



# La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural







## **La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural**

Defensoría del Pueblo  
Jirón Ucayali N° 394-398  
Lima-Perú  
Teléfono: (511) 311-0300  
Fax: (511) 427-889  
Correo electrónico: [defensor@defensoria.gob.pe](mailto:defensor@defensoria.gob.pe)  
Página web: <http://www.defensoria.gob.pe>  
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, enero de 2015  
Tiraje: 500 ejemplares

El Informe Defensorial N° 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» ha sido elaborado, con la colaboración de las Oficinas y Módulos Defensoriales de las diferentes regiones del país, por las comisionadas Diana Cordano Gallegos y Dulce Morán Anticona, bajo la dirección de Daniel Sánchez Velásquez, Jefe del Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2015-00230  
Impreso en Sinco Diseño EIRL  
Jr. Huaraz 449, Breña  
Teléfono: 433-5974  
[sincoeditores@yahoo.com](mailto:sincoeditores@yahoo.com)  
Lima, Perú

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>ANTECEDENTES Y COMPETENCIA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA SUPERVISIÓN</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO</b>	<b>21</b>
3.1 Interculturalidad y diálogo intercultural	25
3.2 La salud intercultural	27
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PRINCIPALES RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN EN SALUD INTERCULTURAL</b>	<b>29</b>
4.1 La información sobre la salud de los pueblos indígenas	30
4.2 El sistema oficial de salud y la medicina tradicional de los pueblos indígenas	39
4.3 El enfoque intercultural en los servicios de salud: la atención de la salud sexual y reproductiva	52
4.4 La reducción de las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas	59
4.5 Capacidad de acción del sistema de atención de salud a los pueblos indígenas	66
4.5.1 Insuficiente dotación de medicamentos y vacunas	66
4.5.2 Insuficiente capacidad logística y de transporte	76
4.5.3 Disponibilidad de personal profesional en los establecimientos de salud	88

4.5.4 Insuficiente formación profesional en salud intercultural	94
--	----

<b>CAPÍTULO V</b> <b>ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN DEL DERECHO</b> <b>A LA SALUD INTERCULTURAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL</b> <b>MARCO DE LA REFORMA DE SALUD</b>	<b>101</b>
--	------------

<b>CAPÍTULO VI</b> <b>SOBRE UNA RECTORÍA QUE GARANTICE LA IMPLEMENTACIÓN</b> <b>ADECUADA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD INTERCULTURAL</b>	<b>117</b>
--	------------

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>125</b>
---------------------	------------

<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>137</b>
------------------------	------------

# PRESENTACIÓN

Conforme a su mandato constitucional de defensa de los derechos fundamentales y de supervisión de la administración pública, la Defensoría del Pueblo ha venido supervisando a las instancias del Estado que atienden la salud de la ciudadanía indígena a fin de contribuir a la implementación de una efectiva política de salud intercultural que considere las necesidades particulares de los pueblos indígenas.

Según el censo del 2007, en el país habitan más de cuatro millones de indígenas, es decir, cerca del 16% del total de nuestra población. El Estado ha reconocido, hasta el momento, la existencia de 48 pueblos indígenas en la zona amazónica, lo cual demuestra una diversidad de visiones, prácticas y perspectivas culturales de nuestra población indígena. Además, somos uno de los pocos países donde viven pueblos indígenas en situación de aislamiento, cuyo estado de extrema vulnerabilidad, en términos inmunológicos, merece una atención prioritaria del Estado.

En atención a ello, en el período comprendido entre los años 2007 y 2008, se realizó una supervisión al Ministerio de Salud y a las direcciones regionales de salud de los departamentos de Loreto, Amazonas, Madre de Dios y Ucayali. Sus resultados se plasmaron en el Informe Defensorial N° 134, «La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado». Este documento evidenció diversos problemas en la calidad del servicio brindado, por lo que se hicieron diversas recomendaciones orientadas a garantizar el derecho de los pueblos indígenas.

A fin de continuar con esta labor, en el 2013 iniciamos una nueva supervisión al servicio de salud, a fin de analizar la atención que el Estado brinda a los pueblos indígenas amazónicos. Así, se realizaron visitas de supervisión a 47 establecimientos de salud del primer nivel de atención de las zonas más alejadas del país y se sostuvieron reuniones con los funcionarios del Ministerio de Salud y de las direcciones regionales de salud.



Esta supervisión ha permitido observar que los pueblos indígenas conforman uno de los grupos humanos más olvidados y postergados por el Estado. Décadas de exclusión han propiciado brechas sanitarias tan amplias que han impedido que la población indígena reciba una atención que se adecúe a su cultura. Es tan deficitaria la atención de salud que el 51.2 % de las comunidades nativas carece de algún tipo de establecimiento. De acuerdo con lo que reporta el Censo Nacional Agropecuario 2012, una de cada dos comunidades nativas de nuestro país no estaría siendo atendida con estos servicios vitales.<sup>1</sup>

Asimismo, la falta de reconocimiento de las necesidades, percepciones y prácticas de las comunidades indígenas no contribuye a superar las barreras culturales, maltratos y posibles situaciones de discriminación que se presentan en la atención de salud. Una de las quejas más frecuentes recogidas en reuniones con representantes indígenas es que el personal de salud no habla su lengua y no conoce su cultura. Asimismo, que la contaminación producida por algunas empresas extractivas altera sus territorios y que ello, junto con la desnutrición, el bajo nivel educativo, la falta de sistemas de agua potable y servicios de saneamiento, entre otros, contribuye a agudizar su situación de vulnerabilidad.

Se ha podido apreciar también que la atención de la salud es brindada por un personal agobiado por las dificultades que afronta para ejercer su trabajo, entre ellas bajas remuneraciones, malas condiciones de vivienda y falta de formación en salud intercultural, lo que limita su capacidad para interactuar en las comunidades. Esto explicaría problemas del sistema de salud para encontrar y retener profesionales en estas zonas.

Corregir esta situación demanda un esfuerzo planificado y sostenido que permita, entre otros, la asignación de un mayor presupuesto, la adecuación de la normativa y el incremento de la formación y capacitación del personal, a fin de superar las barreras comunicacionales con los pacientes e incrementar la confianza de las poblaciones indígenas en los servicios de salud.

En este sentido, requiere que el Ministerio de Salud —en el marco del proceso de su reforma— fortalezca la implementación de una política de salud intercultural que contribuya a alcanzar una prestación sanitaria con pertinencia cultural y que tome en cuenta la alta dispersión poblacional en nuestra Amazonía.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *IV Censo Nacional Agropecuario*. Lima, 2014, p. 162. Fueron censadas en total 1,113 comunidades nativas.

El Sector Salud tiene, además, una oportunidad única con el proceso de consulta previa que se viene implementando de la política sectorial de salud intercultural. Este proceso de consulta debe convertirse en un espacio participativo y horizontal de diálogo entre el servicio de salud oficial y los pueblos indígenas, que permita recoger adecuadamente en la política estatal, el carácter plural de nuestra sociedad y, de esta manera, contribuir a erradicar, de una vez y para siempre, la discriminación en la atención de la salud.

Esperamos que el presente informe sirva a este propósito y sea un insumo útil para la toma de decisiones en todos los niveles de gobierno, y contribuya a una gestión pública coordinada y articulada. Esta política debe conjugar lo mejor de la medicina oficial y la tradicional, dar respuestas adecuadas y eficientes frente a los problemas de salud de la ciudadanía indígena y respetar sus particularidades culturales.

No quisiera concluir esta presentación sin expresar mi agradecimiento al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su generoso apoyo, que ha hecho posible la supervisión y elaboración del presente documento.

Hay que recordar que los pueblos indígenas han desarrollado, durante siglos, conocimientos y prácticas para preservar su salud sobre la base de su experiencia y relación con la naturaleza. Ello les ha permitido sobrevivir y convertir a la sociedad peruana en testigo de su milenaria ciencia y de su experiencia tecnológica. Solo una salud inclusiva, pertinente culturalmente y de calidad nos permitirá superar las desigualdades sociales y la exclusión, y nos garantizará la construcción de una ciudadanía respetuosa de los derechos de los pueblos indígenas.

Lima, enero de 2015

**Eduardo Vega Luna**  
**Defensor del Pueblo (e)**



## Capítulo I

---

# ANTECEDENTES Y COMPETENCIA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

El 2008 la Defensoría del Pueblo elaboró un informe sobre la atención de salud a los pueblos indígenas amazónicos, en el que se daba cuenta de los principales problemas y limitaciones que presentaba el servicio de salud dirigido a dichos grupos sociales.<sup>2</sup> Las principales conclusiones mostraban que se incumplía con los estándares de salud contenidos en las normas internacionales y nacionales, y que no existía una política de salud intercultural que garantizara el derecho de los pueblos indígenas a recibir un servicio con pertinencia cultural. Un acontecimiento importante marcaba el contexto político del momento: la culminación del proceso de descentralización y la transferencia de las principales funciones del Ministerio de Salud a los gobiernos regionales.

Seis años después, hemos desarrollado una nueva supervisión de los servicios de salud del Estado dirigidos a pueblos indígenas amazónicos para evaluar las principales acciones de política de salud en relación con estos pueblos y la incorporación del enfoque intercultural. El sustento de esta nueva supervisión tiene, además, asidero en las continuas quejas de personas y organizaciones indígenas, que hacen referencia a las deficiencias del servicio de salud.

---

<sup>2</sup> Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 134. *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado*. Lima, 2008.

Estudios recientes han permitido constatar la persistencia de grandes brechas de salud entre los pueblos indígenas y otros sectores poblacionales. Así por ejemplo, en el 2012 la prevalencia de desnutrición crónica de niñas y niños indígenas casi duplica a la de niñas y niños no indígenas en la Región Amazonas, y es más del triple que el promedio nacional.<sup>3</sup>

Por consiguiente, los objetivos de la presente supervisión defensorial fueron los siguientes:

- Evaluar el cumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud en la prestación del servicio a los pueblos indígenas amazónicos.
- Determinar si los programas, proyectos y acciones del Sector Salud cuentan con pertinencia cultural.
- Dar seguimiento a la obligación del Estado a consultar a las organizaciones indígenas la aprobación de la Política Sectorial de Salud intercultural conforme a las normas aprobadas
- Contribuir a la mejora del servicio público de salud a los pueblos indígenas amazónicos, mediante la formulación de propuestas.

---

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la Región Amazonas*. Informe Técnico. Lima, 2012.

## Capítulo II

# ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA SUPERVISIÓN

En el periodo comprendido entre junio de 2013 y septiembre de 2014, la Defensoría del Pueblo evaluó el servicio de salud dirigido a los pueblos indígenas. Para tales efectos, supervisó 47 establecimientos de salud del primer nivel de atención, principalmente, de las categorías I-1 y I-2, que brindan servicios a poblaciones indígenas (Cuadro N° 1). Asimismo, participó en las etapas del proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural. En el siguiente cuadro se presenta el detalle de los establecimientos supervisados:

**Cuadro N° 1**  
**Establecimientos de salud supervisados según ubicación geográfica y adscripción a red de salud**

N°	Establecimiento de salud	Distrito	Región	Red de salud
1	Nazareth	Imaza	Amazonas	Bagua
2	Chipe	Imaza	Amazonas	Bagua
3	Numpakaim	Imaza	Amazonas	Bagua
4	Wajuyat	Imaza	Amazonas	Bagua
5	UUT	Imaza	Amazonas	Bagua
6	Imacita	Imaza	Amazonas	Bagua
7	Chiriaco	Imaza	Amazonas	Bagua
8	Durán	Imaza	Amazonas	Bagua
9	Quiteni	Rio Tambo	Junín	Satipo
10	Cutivireni	Rio Tambo	Junín	Satipo
11	Puerto Bermúdez	Puerto Bermúdez	Pasco	Oxapampa

N°	Establecimiento de salud	Distrito	Región	Red de salud
12	San Francisco de Cahuapanas	Puerto Bermúdez	Pasco	Oxapampa
13	Constitución	Constitución	Pasco	Oxapampa
14	Amambay	Puerto Bermúdez	Pasco	Oxapampa
15	Maime	Villa Rica	Pasco	Oxapampa
16	San Luis de Charasmaná	Contamana	Loreto	Ucayali
17	Santa Rosa del Río Pisqui	Contamana	Loreto	Ucayali
18	Contamana	Contamana	Loreto	Ucayali
19	Canaan de Cachiyacu	Contamana	Loreto	Ucayali
20	Valle Esmeralda	Rio Tambo	Junín	Satipo
21	Yaviro	Pangoa	Junín	Satipo
22	Selva de Oro	Rio Tambo	Junín	Satipo
23	Unión Puerto Ashaninka	Mazamari	Junín	Satipo
24	Potsoteni	Pangoa	Junín	Satipo
25	Quempiri	Rio Tambo	Junín	Satipo
26	Micaela Bastidas	Pangoa	Junín	Satipo
27	Alianza Cristiana	Andoas	Loreto	Datem del Marañón
28	Loboyacu	Andoas	Loreto	Datem del Marañón
29	Andoas Nuevo	Andoas	Loreto	Datem del Marañón
30	Sabaloyacu	Andoas	Loreto	Datem del Marañón
31	Oventeni	Raymondi	Ucayali	Atalaya
32	Pauti	Raymondi	Ucayali	Atalaya
33	Alto Chencoreni	Raymondi	Ucayali	Atalaya
34	Chikitavo	Raymondi	Ucayali	Atalaya
35	Sepahua	Sepahua	Ucayali	Atalaya
36	Puija	Sepahua	Ucayali	Atalaya
37	Bufeopozo	Sepahua	Ucayali	Atalaya

N°	Establecimiento de salud	Distrito	Región	Red de salud
38	Santa Martha	Codo del Pozuzo	Huánuco	Puerto Inca
39	Dos Unidos	Honoría	Huánuco	Puerto Inca
40	Antigua Honoría	Honoría	Huánuco	Puerto Inca
41	Cleyton	Puerto Inca	Huánuco	Puerto Inca
42	Tayakome	Fitzcarrald	Madre de Dios	Manu
43	Boca Manu	Fitzcarrald	Madre de Dios	Manu
44	Shipetiari	Fitzcarrald	Madre de Dios	Manu
45	Diamante	Fitzcarrald	Madre de Dios	Manu
46	Shintuya	Manu	Madre de Dios	Manu
47	Palotoa	Manu	Madre de Dios	Manu

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con ello, hemos visitado el 21.2% de los 222 establecimientos de salud que existen en dichas unidades de gestión supervisadas, ubicadas en 7 regiones, 8 provincias y 16 distritos distintos. Ello constituye un número representativo de establecimientos de salud por microred.

Como puede apreciarse en el Cuadro N° 2, en la microrred de Sepahua (Ucayali) se supervisó al 100% de establecimientos de salud; en las microrredes de Valle Esmeralda (Junín) y Salvación (Madre de Dios) se supervisó al 60% de establecimientos; en Andoas y Tournavista al 57.1% y al 50% respectivamente. Sin embargo, las dificultades de acceso geográfico y logístico impidieron que estos altos porcentajes se mantengan en otras microrredes. Así, en Imaza se supervisó al 25% de establecimientos, en Contamana al 23.5% y en Pangoa al 9.5% de ellos. Asimismo, en Puerto Inca, Villa Rica y Chipe se supervisó únicamente a la cabecera de microred.



**Cuadro N° 2**  
**Porcentaje de establecimientos de salud supervisados por micro redes**

Micro redes	N° total de establecimientos de salud en las micro redes	N° de establecimientos de salud supervisados	%
Sepahua	3	3	100.0
Valle Esmeralda	10	6	60.0
Salvación	10	6*	60.0
Andoas	7	4	57.1
Tournavista	4	2*	50.0
Atalaya	15	4	26.7
Imaza	16	4	25.0
Contamana	17	4	23.5
Chiriaco	13	3	23.1
Codo del Pozuzo	6	1	16.7
Ciudad Constitución	15	2	13.3
Puerto Ocopa	10	1	10.0
Puerto Bermúdez	20	2	10.0
Pangoa	21	2	9.5
Puerto Inca	11**	1	9.1
Villa Rica	15	1	6.7
Chipe	29	1	3.4
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>47</b>	<b>21.2</b>

\* Uno de estos establecimientos es un puesto de apoyo que no contaba aún con código de RENAES.  
 \*\* Incluye Puerto Inca y Puerto Inca I.

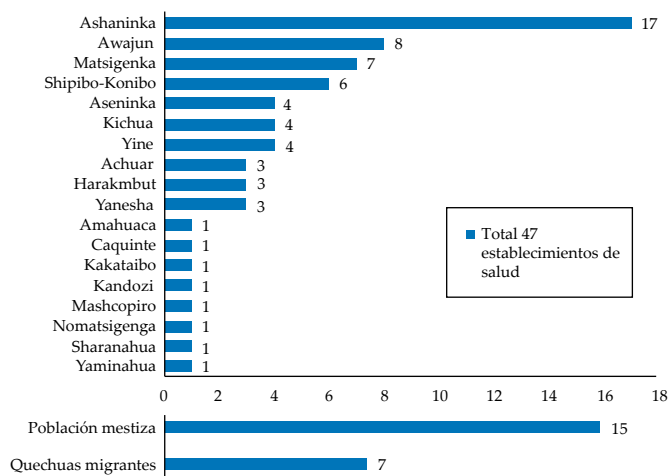
Fuente: Minsa. Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RENAES.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Como se ha señalado, todos los establecimientos supervisados atienden a población indígena. Así, conforme se puede apreciar en el Gráfico N° 1, 17 de los establecimientos supervisados atienden a población Ashaninka, ocho a población Awajún y siete a Matsigenka, entre los más frecuentes. Asimismo, se comprobó que siete de los 47 establecimientos atienden además a población Quechua migrante de otras zonas y 15 a población mestiza.

De estos establecimientos de salud, 29 atienden a un solo pueblo indígena, mientras que 18 atienden a más de uno (entre dos y siete Pueblos). De esta forma, en la supervisión se ha identificado establecimientos que tienen a su cargo varios centros poblados, comunidades, anexos y caseríos. Algunos de ellos son habitados por diferentes pueblos indígenas y población mestiza migrante de otras zonas del país. Un ejemplo de lo anterior es el caso del establecimiento de salud Sepahua (Ucayali) que atiende a seis pueblos: Yaminahua, Sharanahua, Amahuaca, Matsigenka, Asháninka, y otros pobladores no indígenas.

**Gráfico N° 1**  
**Poblaciones atendidas por los establecimientos de salud supervisados**



Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

La supervisión defensorial abarcó las cuatro categorías de establecimientos de salud del primer nivel de atención identificadas en las normas.<sup>4</sup> No obstante, la mayor parte de los establecimientos supervisados, como se dijo, pertenecen a las

<sup>4</sup> Las cuatro categorías de establecimientos de salud correspondientes al primer nivel de atención son: I-1, I-2, I-3 y I-4. Esta clasificación obedece a la capacidad que tienen para producir servicios de diferentes niveles de complejidad, de menor a mayor, a fin de dar solución a las diversas necesidades de la población, y dependen de la especialización y tecnificación de sus recursos.

categorías I-1 (30) y I-2 (9); en las categorías I-3 y I-4 se supervisaron cinco y tres establecimientos respectivamente.

Cabe señalar que las entrevistas realizadas por la Defensoría del Pueblo se efectuaron, principalmente, a las jefaturas de establecimientos (27) y en lo que refiere a grupo ocupacional, a técnicas/os en enfermería (25). Del universo de las personas entrevistadas se advirtió que 32 de 47 no hablan ninguna lengua indígena.

**Cuadro N° 3**  
**Datos del personal entrevistado**

Variables	Categorías	sexo		Sub total	Total
		Mujeres	Varones		
Cargo	Jefaturas del establecimiento de salud	14	13	27	47
	Encargada/o del personal de salud	08	04	12	
	No responde	05	03	08	
Habla la lengua indígena de la comunidad	Sí	02	08	10	47
	No	21	11	32	
	No responde	04	01	05	
Grupo ocupacional	Médica/o	05	04	09	47
	Enfermera/o	04	02	06	
	Obstetra	04	00	04	
	Técnica/o en enfermería	12	13	25	
	Otra profesión	02	00	02	
	No responde			01	
Sexo	Mujer	-	-	27	47
	Varón	-	-	19	
	No responde	-	-	01	

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Es importante precisar que con el objetivo de contrastar la información recogida en los establecimientos de salud, se realizaron 50 grupos focales: 17 con mujeres,

12 con varones y 21 con grupos mixtos.<sup>5</sup> Para tal efecto se empleó una guía de grupo focal para recoger percepciones, necesidades y expectativas de la población indígena frente al servicio de salud. (Ver Anexo N° 1)

De igual forma, entre agosto y diciembre de 2013, se organizaron reuniones de trabajo con funcionarias y funcionarios públicos de las redes de salud y con representantes locales y regionales de las organizaciones indígenas. Ambas actividades permitieron a la Defensoría del Pueblo presentar los resultados preliminares obtenidos en las visitas de supervisión y, a la vez, recoger información complementaria.<sup>6</sup>

También se enviaron cuestionarios a las redes de salud de los ámbitos de la supervisión para obtener información estadística sobre el número de personas afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS), la modalidad de trabajo y el sueldo del personal de salud, las principales causas de morbilidad, entre otros. Esta información fue proporcionada por las Redes hasta finales del primer trimestre del año 2014.<sup>7</sup>

Se solicitó, además, información a especialistas sobre las universidades que incorporaban cursos de salud intercultural en sus planes de estudio. La información de estos cursos y el perfil de las y los alumnos se obtuvieron de las páginas web de las universidades que ofrecen alguna de las carreras en salud.

Finalmente, entre noviembre de 2013 y septiembre de 2014, la Defensoría del Pueblo ha supervisado el proceso de consulta previa de la Política Sectorial de Salud intercultural a los Pueblos indígenas y originarios.<sup>8</sup> Se ha participado en las reuniones preparatorias a la elaboración del plan de consulta, de los talleres

---

<sup>5</sup> Inicialmente se planteó que los grupos focales fuesen homogéneos según sexo. Sin embargo, en algunas comunidades esto no se pudo cumplir debido a que sus autoridades solicitaban que las reuniones fuesen mixtas para poder tratar otros problemas considerados urgentes, como la titulación de tierras.

<sup>6</sup> El ingreso a cada una de las zonas de intervención fue coordinado con las organizaciones indígenas locales y regionales, quienes proporcionaron información sobre la situación de los servicios de salud en sus respectivas localidades y/o regiones. También se coordinó con algunas municipalidades provinciales y distritales, y ONG como el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (Caaap).

<sup>7</sup> Sin embargo, dos redes de salud no cumplieron con enviar dicha información: la red de salud de Oxapampa (Pasco) y la de Ucayali (Loreto).

<sup>8</sup> Las organizaciones indígenas participantes del proceso de consulta previa han sido la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesep), la Confederación Campesina del Perú (CCP), la Confederación Nacional Agraria (CNA), la Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (Conap), la Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (Onamiap), y la Unión Nacional de Comunidades Aymaras (Unca).

de la etapa de información desarrollados en las ciudades de Cusco, Bagua (Amazonas), Satipo (Junín), Ucayali y Lima, así como de la etapa de diálogo. Hasta el momento se ha cumplido con seis de las etapas del proceso de consulta previa establecidas en el Reglamento de la Ley N° 29785, y se encuentra pendiente la etapa de decisión.

## Capítulo III

---

# MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

El derecho a la salud de las personas y su adecuada prestación, principalmente a favor de poblaciones más vulnerables como los pueblos indígenas, ha sido, desde el inicio de sus funciones, una de las preocupaciones principales de la Defensoría del Pueblo. Por tal motivo, en diversos documentos defensoriales<sup>9</sup> han sido formuladas recomendaciones al Estado y a las instituciones encargadas de su gestión, con la finalidad de garantizar el goce de dicho derecho de modo efectivo y en condiciones de igualdad y calidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Asimismo, en su Constitución, el goce del grado máximo de salud que puede alcanzarse es reconocido como un derecho fundamental.<sup>10</sup> Así los estados partes declaran la salud como uno de los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, más aún, tomando en cuenta que esta permite el ejercicio de otros derechos fundamentales como la educación, el trabajo, entre otros.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Entre ellos podemos citar el Informe Defensorial N° 134 *La salud de las comunidades nativas: Un reto para el Estado*, 252 pp. Lima, 2008.

<sup>10</sup> La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. WldHlthOrg.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Revisado en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

<sup>11</sup> Del mismo modo, en diversos documentos normativos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros, se reconoce la naturaleza jurídica de derecho fundamental que tiene la salud.

Dicha definición conlleva una interpretación integral de la salud que tiene correspondencia con las concepciones que los pueblos indígenas tienen de esta, y que incluye aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales; así como las relaciones entre las personas, comunidades, el medio ambiente y la sociedad en general.<sup>12</sup>

La Constitución Política del Perú reconoce, además, los derechos de las personas a la protección de su salud (artículo 7°) y a su identidad étnica y cultural (artículo 2, inciso 19°).<sup>13</sup> Asimismo, establece la obligación del Estado de respetar la identidad cultural de las comunidades campesinas y nativas (artículo 89°). Por su lado, el artículo 25° del Convenio N° 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) establece que el Estado tiene la obligación de poner a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados, considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, y sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. De igual forma, establece que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados sin discriminación alguna, y que los servicios de salud deben organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario con cooperación de los pueblos indígenas en cuanto a su planificación y administración. (Artículos 24°, y 25.2 respectivamente)

La participación y la consulta previa a los pueblos indígenas respecto de las medidas administrativas o legislativas que tome el Estado susceptibles de afectarles, constituyen las piedras angulares del Convenio N° 169. Por su lado, la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas establece que aquellos tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda, y demás programas económicos y sociales que les conciernan (Artículo 23°).

---

Por tanto, de conformidad a lo señalado por la doctrina del derecho constitucional, la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, además de su adecuada prestación por parte de los estados, puede ser exigible en los tribunales judiciales nacionales e internacionales.

<sup>12</sup> OIT. *Una guía sobre el Convenio N° 169 de la OIT*. Ginebra, 2009.

<sup>13</sup> Bajo esa premisa, la interculturalidad es un enfoque alternativo que parte del reconocimiento de la diversidad, pero coloca en primer lugar las complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción positiva entre personas, con conocimientos y prácticas culturalmente diferentes. Este enfoque, debe afianzarse como una política nacional, como es el caso de la educación intercultural bilingüe.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), en su artículo 12°, establece que los Estados parte, con la finalidad de garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental deben adoptar entre otras medidas: *a)* La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; *b)* El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; *c)* La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y, *d)* La creación de condiciones que aseguren a todos y todas asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

En esta misma línea el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, en su Observación General N° 14<sup>14</sup> ha establecido que el Estado debe garantizar que el derecho a la salud de los pueblos indígenas sea:

**Disponible:** previendo un número suficiente de establecimientos, insumos, equipamientos y profesiones de la salud.

**Accesible:** para todos los pueblos indígenas, en términos: *geográficos*, considerando su condición de lejanía y dispersión poblacional, *económicos* para que todos y todas estén afiliados a un seguro, y de *igualdad* para que no sean discriminados por pertenecer a una determinada etnia.

**Aceptable:** en la medida que respete la cultura de cada pueblo indígena a través de programas con pertinencia cultural; y

**De calidad:** observando que los establecimientos y equipos se encuentren en óptimas condiciones y con personal formado y capacitado para dar un servicio integral con enfoque intercultural.

Por tanto, se puede concluir que el adecuado cumplimiento de los elementos del derecho a la salud permitirá que los ciudadanos y ciudadanas, en especial de las poblaciones más vulnerables, como es el caso de los pueblos indígenas y las minorías étnicas, logren el ejercicio pleno de dicho derecho. Para tal efecto, es necesario que el Estado desarrolle las acciones necesarias que garanticen el

---

<sup>14</sup> El Comité — como parte de su labor de supervisión de la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc)— también publica su interpretación del contenido de las disposiciones en documentos denominados observaciones generales sobre cuestiones temáticas o sus métodos de trabajo con la finalidad de contribuir en su implementación por parte del Estado y para el efectivo disfrute del derecho de la población.



estricto cumplimiento de lo dispuesto por el citado Comité en su Observación General N° 14.

Por otro lado, la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud reunida en Ottawa (Canadá), marca un nuevo desafío para la doctrina predominante al establecer que la promoción de la salud debe tomar en cuenta el fomento de la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Bajo esta nueva concepción de la salud se espera que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud, debiendo los Estados proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario.<sup>15</sup>

Asimismo, de acuerdo con la Organización Panamericana de Salud<sup>16</sup> el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a las usuarias y los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*, aprobada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2000».

<sup>16</sup> OPS/OMS. 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, 2014.

<sup>17</sup> El acceso a la salud es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad. El acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género.

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. Al respecto el género, la etnia, la edad y la condición económica y social son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud.

En el Perú, además del texto constitucional que garantiza la protección del derecho a la salud de todas las personas y establece que el Estado es responsable de facilitar y supervisar el acceso equitativo y libre a los servicios de salud,<sup>18</sup> existen otras normas de carácter nacional, como la Ley General de Salud, mediante las cuales el Estado está obligado a implementar diversas acciones a fin de garantizar el referido derecho. En la Ley General de Salud se señala que la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública es irrenunciable y es un deber intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglos a principios de equidad.<sup>19</sup>

Asimismo, se señala que toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médica quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. También menciona que las personas usuarias tienen derecho a exigir que los servicios que se prestan para la atención de salud cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y en las prácticas profesionales.<sup>20</sup>

### 3.1 INTERCULTURALIDAD Y DIÁLOGO INTERCULTURAL

Todos los grupos humanos son productores de cultura. Esta es un sistema de significados y prácticas, a partir del cual una colectividad interpreta y actúa sobre la realidad.<sup>21</sup> Cada cultura tiene una manera o forma particular de hacer, sentir y pensar; de relacionarse (o no) con el resto de la humanidad, con los seres de la naturaleza, con los seres sagrados y con la persona misma.

<sup>18</sup> Constitución Política del Perú, Artículo 7° y Artículo 9°.

<sup>19</sup> Ley N° 26482, Ley General de Salud, Artículo 6°, título preliminar.

<sup>20</sup> Ley N° 26482, Ley General de Salud, Artículo 2°.

<sup>21</sup> CORREA, Norma. *Interculturalidad y políticas públicas: Una agenda al 2016*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú y Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), 2011.

En el Perú las relaciones entre culturas han sido históricamente asimétricas, lo que en muchos casos condujo a la exclusión y subordinación de los pueblos indígenas u originarios. No obstante, los avances normativos antes presentados, subsiste aún la necesidad de avanzar hacia la construcción de relaciones de equidad y simétricas entre las culturas. En ese sentido, desde varias fuentes se ha ido construyendo la noción de interculturalidad.

La interculturalidad se define como el reconocimiento y respeto de las diferencias existentes, bajo la concepción de que las culturas pueden ser diferentes entre sí, pero igualmente válidas, no existiendo culturas superiores ni inferiores. Este relacionamiento está basado en el diálogo en donde ambas partes se escuchan y enriquecen mutuamente, o sencillamente respeta sus particularidades. No se trata, pues, de imponer sino de dialogar para buscar concertar o articular.

En ese sentido el diálogo intercultural es un instrumento basado en el respeto y la voluntad de escuchar con la finalidad de establecer acuerdos, en este caso referidos a la salud, a partir de un intercambio en condiciones de equidad.

El Ministerio de Salud, asimismo, al definir la interculturalidad en sus diversos documentos normativos y de trabajo rescata la relación respetuosa, simétrica y sin imposiciones que debe existir entre grupos culturalmente distintos, en donde subyace un proceso democrático de diálogo para consensuar:

La interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. Implica reconocimiento y valoración del otro. Propone la interrelación, la comunicación, y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto, garantizarles a cada una un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promover su integración a la ciudadanía, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe. (R.M. N° 638-2006/ Minsa Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud).

No obstante, como es reconocido por el mismo Ministerio de Salud, el diálogo intercultural es un proceso complejo y, ciertamente, difícil que no brota espontáneamente, ya que las personas y los grupos sociales tienden a pensar que lo propio es lo mejor. En el Sector Salud, por ejemplo, no ha sido fácil asimilar la visión intercultural, por cuanto durante años ha predominado un enfoque biomédico basado en el método científico positivista, que encuadra la ciencia en lo visible y comprobable, y en donde no hay cabida para las concepciones de salud de los pueblos indígenas.

## **3.2 LA SALUD INTERCULTURAL**

Si bien en la Constitución Política no se establece expresamente la obligación estatal de garantizar el derecho a la salud bajo un enfoque de interculturalidad, se reconoce el derecho de las personas a su identidad étnica y cultural,<sup>22</sup> y se establece que el Estado es responsable del diseño de una política nacional de salud plural y descentralizada.<sup>23</sup> Existe pues un reconocimiento tácito del enfoque de interculturalidad, como parte del derecho a la salud.

Más aún, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 55<sup>o</sup> de la Constitución Política, el Convenio N° 169 de la OIT es obligatorio para el Estado Peruano.

No obstante, las disposiciones contenidas en los citados documentos normativos, la Ley General de Salud a diferencia de la Ley General de Educación, por ejemplo, carece del referido enfoque de interculturalidad,<sup>24</sup> mediante el cual se establezca la obligatoriedad de transversalizar dicho enfoque en la gestión e implementación del derecho.

Este vacío normativo, sin duda, pudo haber contribuido en la escasa y aún incipiente aplicación del enfoque de interculturalidad en los establecimientos de salud que están al servicio de los pueblos indígenas, así como en la formación de los profesionales de la salud que los atienden.

---

<sup>22</sup> Constitución Política del Perú. Artículo 2, inciso 19° «Toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación. (...)»

<sup>23</sup> Constitución Política del Perú. Artículo 9° «El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.»

<sup>24</sup> Si bien la Ley General de Salud incorpora una disposición que establece que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado (artículo XVII), el cuerpo general de la ley carece de un enfoque intercultural.



## Capítulo IV

---

# PRINCIPALES RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN EN SALUD INTERCULTURAL

El diseño del presente estudio se realizó tomando en cuenta las principales obligaciones del Estado en materia de salud intercultural expuestos en el capítulo anterior. Del marco anterior derivan, además, otros dispositivos específicos a cada uno de los temas abordados, los que se irán presentando en el desarrollo de la exposición

En primer término se presenta la situación de salud de los pueblos indígenas, en donde se aprecia claramente el fenómeno de ingreso de nuevas enfermedades a sus comunidades, así como las limitaciones del Sector para contar con estadísticas sobre la magnitud y las condiciones de salud de estos pueblos, lo cual evidentemente dificulta la toma de decisiones.

En el segundo y tercer subcapítulo se presentan evidencias sobre un servicio de salud con pertinencia cultural, a partir del trabajo del personal de salud realizado dentro del establecimiento o en trabajo extramural en otras comunidades de su circunscripción. Así, se revisa por ejemplo el uso de plantas medicinales en la atención de salud, o la relación que establece (o no) el personal de salud con los agentes de la medicina tradicional. Asimismo, se aborda el rol del agente comunitario de salud (o promotor de salud) y la desvaloración de su trabajo, a pesar de que la promoción de la salud es concebida como una piedra angular dentro de las políticas de salud.

En el tercer sub-capítulo se revisa el enfoque intercultural en el servicio de salud sexual y reproductiva a los pueblos indígenas, que, cabe decir, representa un campo en donde la adecuación cultural ha recibido una particular atención por parte del Estado, debido, principalmente a las metas de reducción de muerte materna comprometidas.

Luego, se evalúa la cobertura de salud, que es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de los pueblos indígenas considerando sus

características culturales, sociales, demográficas y geográficas. Así, en el cuarto subcapítulo se presenta los avances y dificultades en relación con la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), que es un mecanismo para reducir las barreras económicas.

En esa misma línea, en el quinto subcapítulo se presenta la disponibilidad de las tecnologías de la salud (que incluye medicamentos, vacunas), la capacidad de los medios de transporte y de la oferta móvil de servicios, a través de los equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (Aisped), para atender a las personas de pueblos indígenas, especialmente en situación de emergencias.

En este mismo subcapítulo quinto se presenta la disponibilidad de recursos humanos, considerando su número y categoría ocupacional, haciendo hincapié en las limitaciones del Estado para dar cobertura de salud a poblaciones alejadas y dispersas como las de pueblos indígenas. Finalmente se aborda la formación profesional de salud intercultural que representa un reto que el Estado debe afrontar sin más dilación.

#### **4.1 LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

El conocimiento de las enfermedades de las y los integrantes de los pueblos indígenas es necesario para la planificación y toma de decisiones de las autoridades sanitarias competentes.<sup>25</sup> En efecto, conocer la situación de la salud de un pueblo indígena permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades, las cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

---

<sup>25</sup> Un primer esfuerzo de acercamiento al tema lo constituye la elaboración de los estudios de Análisis Situacional de Salud de los pueblos indígenas Shipibo-Konibo (2002), Nanti (2003), Achuar (2006), Matsigenka (2006). Estos documentos fueron elaborados por la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Minsa en el marco de un convenio de participación con la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesepe). Posteriormente, la OGE redactó el documento "Aportes metodológicos para la elaboración del Análisis Situacional de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana" (2012), en el cual da pautas para lograr el conocimiento de los problemas de salud orientado a su priorización, utilizando una metodología de consulta con los propios sujetos. Finalmente, cabe señalar que el año 2014, se ha actualizado y publicado el ASIS Nanti.

Sin embargo, la falta de aplicación o la aplicación inadecuada de la variable «pertinencia étnica» en el sistema de información del Minsa, además de las imprecisiones en los diagnósticos o los subregistros de atención, no permite obtener un diagnóstico cabal sobre las enfermedades que aquejan a las y los integrantes de los pueblos indígenas ni identificar las brechas sanitarias entre los diferentes estratos poblacionales y explicar los factores que las determinan.

Cabe señalar que a partir del 2010 la variable de pertenencia étnica ha sido incorporada en algunos registros de salud, como el Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud (HIS).<sup>26</sup> Posteriormente, se incluyó también esta variable en el Registro Semanal de Notificación Epidemiológica Sindrónica.<sup>27</sup> Sin embargo, aún no se ha incluido en otros formatos importantes como el del Seguro Integral de Salud (SIS), o en el libro de atención de partos, por citar dos ejemplos.

Los criterios usados por el personal de salud para anotar la variable de pertenencia étnica en ambos formatos, también han sido disímiles. En 26 establecimientos se consignó la variable de pertenencia étnica tomando en cuenta la lengua de los usuarios y usuarias. En 21 se consideró el conocimiento anterior que tenían sobre las personas de la comunidad; en 12 se guiaron por el apellido; en 11 por la vestimenta; en 10 por el lugar de nacimiento o procedencia; y, en 5, por el aspecto físico de la persona. Y solo en 11, de manera correcta, se preguntó al usuario o usuaria sobre su identidad étnica.

Las diversas respuestas proporcionadas reflejan las dificultades del personal de salud para recoger la variable. Existe poca claridad y, en muchos casos, desconocimiento sobre el recojo, codificación y procesamiento de la variable de pertenencia étnica debido, entre otras razones, a la falta de lineamientos precisos y capacitación. Asimismo existe poca predisposición, a nivel de las redes de salud, para sistematizar esta información, lo que se explica, en parte, por la misma desconfianza que existe respecto de las limitaciones al momento de su recojo.

---

<sup>26</sup> Para la variable de pertenencia étnica se han creado, en total, 73 códigos de identificación de los pueblos indígenas andinos y amazónicos, además uno para afroperuanos, otro para asiáticosperuanos, y por último para la población mestiza.

<sup>27</sup> La notificación de los síndromes, que es semanal, es llevado en el «Registro semanal de notificación epidemiológica sindrónica». Este registro permite identificar en forma precoz los brotes epidémicos, y generar respuestas rápidas y coordinadas a nivel local, regional y nacional.



La Defensoría del Pueblo ha buscado tener una aproximación a dicha situación, a partir de los datos proporcionados por el personal de los establecimientos de salud supervisados,<sup>28</sup> y de información brindada por las redes de salud sobre las morbilidades diferenciadas de acuerdo con la variable de pertenencia étnica<sup>29</sup>, así como de la revisión de fuentes secundarias que alertan de nuevas enfermedades que aquejan a los pueblos indígenas de la Amazonía, relacionadas con los procesos de cambio a los que están expuestos.

A partir de ello, se ha podido verificar que los pueblos indígenas se encuentran en un proceso de *acumulación epidemiológica*<sup>30</sup>, pues, además, de las enfermedades más recurrentes, se ha advertido el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con los procesos de cambio que inciden en ellos, tales como la urbanización, migración, contaminación de los ríos, fuentes de agua y medio ambiente, entre otros. Según la información recabada de las redes de salud, las principales causas de consulta médica son las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones agudas de las vías respiratorias, así como las enfermedades dentales (Ver Anexo N° 2) que, como indican los expertos, se encuentran relacionadas con la falta de condiciones adecuadas de vida y de acceso a agua potable y saneamiento.

Como se observa en el cuadro N° 4, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis se han presentado en más de la mitad de los establecimientos supervisados. Los casos de malaria reportados en 15 establecimientos de salud, concentrados en tres zonas específicas: Oxapampa (Pasco), Satipo (Junín) y Datem del Marañón (Loreto), resultan sumamente preocupantes, sobre todo porque estas dos últimas provincias se caracterizan por ser zonas de mediano y alto grado endémico de malaria.

---

<sup>28</sup> Sobre un listado de enfermedades atendidas en los doce meses anteriores a la supervisión. Debe precisarse que no se recoge la prevalencia de la enfermedad sino más bien el número de establecimientos que atendió por lo menos a un paciente con determinado diagnóstico, en un periodo específico de tiempo.

<sup>29</sup> Mediante el Oficio Múltiple N° 001-2014-DP/AMASPPI-PPI, remitido a nueve redes de salud, se solicitó entre otros ítems, las diez principales causas de atención de salud en los distritos supervisados, considerando la variable de pertenencia étnica. Sin embargo, no todas cumplieron con enviar la información solicitada. Igualmente se solicitó al Minsa información desagregada por pueblo indígena, pero tampoco se obtuvo ninguna respuesta.

<sup>30</sup> Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 134. *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado*. Lima, 2008. El término "acumulación epidemiológica" ha sido tomado de ROJAS, Rocío. Programa de Salud de los Pueblos Indígenas. «Plan de Acción 2005-2007: OPS-OMS.» p.6.

En cuanto a las enfermedades mentales, en 15 establecimientos se reportó la atención de pacientes con esta condición, especialmente por trastornos depresivos y/o intento de suicidio, este último sobre todo en mujeres. Asimismo, en relación con las enfermedades crónicas, en 13 establecimientos se atendió a pacientes con diagnóstico de hipertensión. A su vez, diez establecimientos respondieron haber atendido a pacientes con VIH/SIDA, de los cuales la mitad de aquellos se encuentran en el distrito de Imaza. Finalmente, entre las enfermedades que han sido atendidas en menor número se encuentran la fiebre amarilla (1) y rabia humana (1), reportadas en los centros de salud de Contamana (Loreto) y Puerto Bermúdez (Pasco), respectivamente.<sup>31</sup>

**Cuadro N° 4**  
**Enfermedades atendidas en EE SS durante el período 2012 - 2013**

Enfermedades	Número de EESS
Infecciones de transmisión sexual	34
Tuberculosis	26
Malaria	15
Enfermedades mentales	15
Hipertensión	13
VIH-SIDA	10
Hepatitis B	5
Fiebre amarilla, rabia humana	2

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

La información recabada permitió observar la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual. De los 34 establecimientos que atendieron personas con alguna ITS, 20 atendieron casos de sífilis, 16 infecciones vaginales (candidiasis,

<sup>31</sup> Los pacientes con rabia humana se concentran principalmente en la región de Amazonas, mientras que los infectados con hepatitis B, en la provincia del Datem del Marañón, zona que durante el 2012 llegó a grados de epidemia de los pueblos Kandozi y Shapra. El Poder Judicial declaró fundada la demanda de amparo presentada contra el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de Loreto, por violación del derecho a la salud al no brindar atención a la población infectada con esta enfermedad. Disponible en: <http://www.justiciaviva.org.pe/userfiles/Sentencia.pdf> (Visitada el 10 de diciembre del 2014).

vaginitis bacteriana y flujo vaginal) y 8 establecimientos atendieron casos de gonorrea. De acuerdo con las entrevistas, las causas de su contagio o propagación son muy diversas. Sin embargo, la falta de acceso a los servicios de salud y el limitado desarrollo de acciones de promoción y prevención de estas enfermedades contribuirían con su incremento.

Una de las ITS más preocupantes, por su alto grado de vulnerabilidad en los pueblos indígenas es el VIH/Sida. En diez establecimientos de salud se atendió a pacientes indígenas con VIH, encontrándose casi la mitad en comunidades nativas y centros poblados del distrito de Imaza (Amazonas). El 2013, la Diresa Amazonas notificó 80 casos de VIH/Sida en los distritos de Imaza, Nieva, Cenepa y Río Santiago. En los establecimientos de las comunidades nativas de Nuevo Andoas y Sepahua en Loreto y Ucayali, respectivamente, también se reportó la atención de pacientes indígenas con dicha enfermedad. Incluso, en la microred de Sepahua se informó de un paciente fallecido a causa del Sida. La mayor prevalencia se presenta en la población indígena masculina. Así, de acuerdo a un estudio<sup>32</sup> realizado en una comunidad nativa del pueblo Shawi (también conocido como Chayahuita) se evidencia que la prevalencia de VIH es del 7.5%. De ellos, la gran mayoría son varones.

La Dirección General de Epidemiología, en el último análisis de la situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú, informa que la prevalencia de esta enfermedad se encuentra en aumento y enfatiza que, dadas las características económicas y socioculturales de los pueblos indígenas, la epidemia podría generalizarse rápidamente.<sup>33</sup> Asimismo, en aras de controlar la transmisión de VIH, esta dirección recomienda realizar con urgencia más estudios con enfoques médicos y antropológicos, que sean representativos en población indígena, recomendación que también es compartida por la Defensoría del Pueblo.

Hay otras enfermedades, como la tuberculosis, que a pesar de los avances en las últimas décadas, continúan siendo un problema de salud pública, agravado por la presencia de formas más agresivas y resistentes, cuyo tratamiento es más costoso y de mayor duración, sobre todo para los pueblos indígenas. Según explica el «Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en

---

<sup>32</sup> Zavaleta, Carol y otros. «Short Report: High Prevalence of HIV and Syphilis in a remote native community of the peruvian amazon». En: *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 76 (4), 2007. pp. 703-705.

<sup>33</sup> Minsa. *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*. Lima, 2013. p. 70.

el Perú 2010 - 2019»<sup>34</sup> si bien los pueblos indígenas son una minoría del total de contagiados, cuando la enfermedad llega a una población no expuesta (como la indígena) se presenta de forma más agresiva, elevando así el número de personas con este diagnóstico.

En el marco del compromiso del Estado peruano con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas,<sup>35</sup> la tuberculosis ha sido considerada parte de una estrategia sanitaria y, en este sentido, se vienen desarrollando esfuerzos para disminuirla y erradicarla junto con el VIH/Sida y la malaria.<sup>36</sup>

No obstante, en la supervisión realizada se informó que 26 establecimientos de salud atendieron por lo menos a una persona indígena diagnosticada con tuberculosis y que, a excepción de Manu (Madre de Dios), todas las provincias visitadas tienen pacientes con esta enfermedad. Inclusive en Satipo (Junín), ocho de los nueve establecimientos supervisados reportaron atención a población diagnosticada con esta enfermedad. Según señala el director de dicha Red de Salud, este número está en aumento: «Los casos de tuberculosis en indígenas están incrementándose sobre todo en [los distrito de] Río Tambo y Pangoa. Probablemente la tuberculosis se convierta en una epidemia, pues ellos viven en hacinamiento, no tienen cada uno sus habitaciones, no entienden la situación de que si yo tengo tuberculosis te puedo contagiar; si preparo mis alimentos sin las medidas higiénicas».

Asimismo, a pesar de que el referido Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010–2019 establece como primer objetivo «garantizar el acceso desde cualquier establecimiento de salud, a los recursos y tecnologías necesarias para el diagnóstico oportuno y adecuado», se tomó conocimiento que las pruebas de apoyo al diagnóstico se realizan sólo en las capitales de provincias, constituyéndose así en una limitación no sólo para los pacientes indígenas —debido a la lejanía, la falta de recursos para su traslado, ya que muchas veces deben asumir estos gastos— sino también para el personal de salud, porque no cuentan con el diagnóstico adecuado que les permita iniciar el tratamiento

<sup>34</sup> Minsa. *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019*, aprobado el 6 de mayo del 2010 mediante D.S. N° 010-2010-SA.

<sup>35</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) emanaron de la *Declaración del Milenio*, suscrita por 189 jefes de Estado en el año 2000 cuyo objetivo fue combatir contra los efectos deshumanizantes de la pobreza. El Gobierno peruano asumió dicho compromiso y ha colocado la lucha contra la pobreza y la reducción de las desigualdades dentro de sus prioridades.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

En este sentido, el Director de la Red de Satipo indicó: «Diagnosticamos un paciente en [la comunidad nativa] Cutuvireni, necesitamos tener un perfil de su hígado para poder darle sus medicamentos. Pero, ¿qué hacemos si el paciente no va a poder salir de ese lugar? Nosotros tenemos que encargar [al personal] de los establecimientos que le inicien el tratamiento pero con incertidumbre». Prosigue poniendo en conocimiento que muchas veces el personal tiene que asumir estos costos: «...En cuanto a los insumos... acá está el problema: yo recolecto una muestra, pero, ¿qué hago con esa muestra si no tengo bote? Tengo que juntar dos o tres [muestras] para mandar, y el costo del envío corre a cuenta del personal. Los trabajadores exigen su movilidad para el seguimiento de su paciente. Muchas veces usan horas extras de trabajo. Pero el presupuesto es demasiado limitado para darle la movilidad todos los meses».

Asimismo, durante la supervisión en 15 establecimientos se informó de la atención de pacientes indígenas por casos relacionados con su salud mental, siendo más de la mitad de ellos por depresión y, en menor cantidad, por esquizofrenia, alcoholismo o ansiedad. La falta de recursos económicos para la adquisición de determinados bienes y/o servicios, así como para enviar a sus hijos a las escuelas, constituye la principal causa de preocupación y estrés en la población indígena entrevistada.

Sin embargo, hay casos en que la falta de estos recursos económicos, así como problemas sociales —de género para ser más precisos— ocasiona que se opte por el suicidio. Así, se han presentado casos de mujeres mayormente jóvenes adolescentes que recurren a la ingesta de veneno o plantas venenosas, como el barbasco. En el cuadro N° 5, se puede observar que en aquellos establecimientos que cuentan con registro de fallecidos por suicidio, todas las víctimas fueron mujeres, con una edad promedio de 18 años. La mayoría de casos se ha presentado en el pueblo Awajun de la región Amazonas.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Cabe señalar que estos son los casos de fallecidas/os reportados por el personal de salud aunque no se debe desatender los intentos de suicidio y el subregistro que es usual en estas localidades. La mayoría de casos se ha presentado en el pueblo Awajun de la región Amazonas pero también se presentan en otros pueblos, como los Ashéninka del Gran Pajonal (Región Ucayali), por ejemplo.

**Cuadro N°5**  
**Suicidios reportados para el periodo 2013**

Distrito	EE SS	Nombre	CC NN	Sexo	Edad
Imaza	Chipe	A.M.T.P	Chipe Cusu	Femenino	22
Imaza	Chipe	V.S.T	Chipe Cusu	Femenino	20
Imaza	Chipe	I.S.P	Chipe Cusu	Femenino	14
Imaza	Chipe	E.A.K	Chipe Cusu	Femenino	18
Imaza	Chiriaco	No sabe	San Ramón	Femenino	26
Río Tambo	Cutivireni	J.C.S	Chincheni Gran Pajonal	Femenino	16
Puerto Bermúdez	San Francisco de Cahuapanas	No sabe	San Francisco de Cahuapana	Femenino	14

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Según un estudio entre los Awajún de la Cuenca del Río Cenepa (provincia de Condorcanqui, Amazonas), elaborado por Unicef<sup>38</sup>, en las últimas décadas el número de suicidios o intentos de suicidios ha aumentado, especialmente entre las mujeres adolescentes y jóvenes. Las y los autores señalan que se viene atravesando por una «epidemia de intentos de suicidio entre escolares y jóvenes» que preocupa a las familias. Entre el 2001 y 2007, la Red de Salud Bagua reportó 69 pacientes Awajún de Bagua y Condorcanqui) que se quitaron la vida o intentaron hacerlo, de los cuales 62 fueron mujeres y 7 varones, tal como se puede apreciar en Cuadro N° 6.

<sup>38</sup> Tuesta, Irma *et.al.* «Perú: oportunidad para los niños y el suicidio continuado de jóvenes de la Nación Awajún en el noroeste peruano». En: *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de casos*. Lima: Unicef, 2012. pp. 26 – 110.

**Cuadro N° 6**  
**Suicidio, intentos de suicidios y letalidad por año y sexo en la DISA Bagua, 2001-2007**

Año	Suicidios e intentos			Letalidad					
	Total	Mujeres	Varones	Muertos	Vivos	Mujeres muertas	Mujeres vivas	Varones muertos	Varones vivos
2001	14	13	1	5	9	4	9	1	0
2002	18	15	3	8	10	5	10	3	0
2003	17	17	0	3	14	3	15	0	0
2004	5	4	1	1	4	1	3	0	1
2005	12	10	2	3	9	3	6	0	2
2006	1	1	0	0	1	0	1	0	0
2007	2	2	0	0	2	0	2	0	0
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>46</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

Fuente: Disa Bagua 2007.

Elaboración: Unicef 2012.

El suicidio siempre ha estado presente en la sociedad Awajún, como explica Belaunde.<sup>39</sup> Es una reacción emocional de «rabia» y rechazo ante los intentos de coerción de los demás o ante una pérdida. Podía ocurrir entre los hombres, cuando se les negaba la posibilidad de casarse con quienes ellos querían o cometían una falta que la comunidad reprobaba. Mientras que entre las mujeres, la infidelidad y el maltrato de sus esposos era un factor clave.<sup>40</sup>

Para algunos indígenas varones, el suicidio de las mujeres se debe a la debilidad de su carácter en comparación con la de los varones, o en la imposibilidad de solucionar los problemas que las aquejan que pueden ser muy diversos, desde un embarazo no deseado hasta la negativa a enviarlas a estudiar: « ¿Son más mujeres o más hombres? Sí, más mujeres porque son más delicadas, porque ellas se

<sup>39</sup> Belaunde, Luisa Elvira. *El recuerdo de Luna. Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: Fondo editorial de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005.

<sup>40</sup> Fuller, Norma. *Relaciones de género en la sociedad Awajún*. Lima: CARE, 2009.

sienten que no va a salir nada, que van a salir embarazadas o que sus padres les dicen que gastan plata por sus estudios, entonces se hacen su suicidio». (Varón, CN Uut, distrito de Imaza, Amazonas).

Por ello se hace necesario, sobre todo en aquellas zonas donde se tiene conocimiento de cifras altas de suicidio que las direcciones regionales de salud y sus redes presten mayor atención a esta problemática, elaborando lineamientos dirigidos al personal de salud, que les permita prestar atención médica e intervención emocional adecuada en los casos de salud mental.

Por todo lo expuesto, resulta claro que contar con información sobre la salud de los pueblos indígenas constituye un elemento fundamental para comprender mejor las condicionantes de la salud y enfermedad entre pueblos indígenas y proponer las mejores respuestas desde el Sector Salud. Sin esta información es complejo diseñar políticas y estrategias adecuadas que permitan mejorar el sistema de vigilancia y atención de la salud para poder actuar de manera más efectiva en salvaguarda de la salud e integridad de estos pueblos.

#### **4.2 EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD Y LA MEDICINA TRADICIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

Los pueblos indígenas han desarrollado y mantenido, en el campo de la salud, conocimientos y prácticas ancestrales que les han permitido desenvolverse y mantenerse como grupo social. La medicina tradicional ha estado orientada a la búsqueda de un equilibrio entre lo físico, psicológico, social y espiritual.

Las familias de los pueblos indígenas tienen, por lo general, un buen conocimiento sobre plantas medicinales e incluso las siembran en sus casas y chacras. Las que no son cultivadas en dichos espacios son recolectadas en el bosque donde crecen de manera natural: «Tengo para el aire, para el mareo, diarrea, para el susto, vegetal es todo. Por ejemplo, malva para nosotros es bueno. En vez de darle ampollas, malva es para fiebre, dolor de cabeza, con malva le pasa». (Mujer, CN Nueva Unión, Sepahua, Ucayali).

El conocimiento que se tiene sobre la diversidad de plantas medicinales y sus propiedades curativas es extenso, en muchos casos, sofisticado. Gracias a la práctica permanente pueden reconocer distintas variedades de una misma planta que a simple vista no serían perceptibles: «Son jengibres pero diferentes estilos, todos se ven iguales, pero tienen categorías: una señora tienen de gripe, otra tiene del estómago, otra tiene de otra enfermedad. Cada persona tiene jengibres diferentes que siembran en su casa» (Varón, CN Uut, Imaza, Amazonas).

De acuerdo con los testimonios, quienes mejor manejan este conocimiento ancestral son las mujeres y las personas mayores. Ellas ponen especial dedicación



en conocer el valor curativo de las plantas, debido a que las necesitan para sanar a los niños y a la familia cuando algún miembro enferma. Por su parte, los varones, además de conocer las propiedades de las plantas medicinales, tienen el rol de ocuparse especialmente de su siembra.

El uso de esta medicina tiene plena vigencia hoy en día. Sin embargo, existe la preocupación de que estos saberes tradicionales se pierdan con el tiempo<sup>41</sup>: «¿Siembran plantas medicinales? M: Antes, algunitos, no más, más pastilla se compra. Ya no hay ya» (CN Puerto Amistad, Puerto Bermúdez, Pasco). Algunos indígenas señalan que el conocimiento que el personal de los establecimientos de salud tiene sobre plantas medicinales es muy pobre o inexistente: «Yo recién estoy un año acá, pero el personal de salud nunca nos ha recomendado plantas. Allá en frontera era más, nos visitaba los personales, pero acá casi, está mal, no veo algunas plantas medicinales, a veces nos hacían sembrar medicinales frente a la posta y acá no le veo casi nada» (CN San Luis de Charasmana, Contamana, Ucayali).

Sin embargo, cuando se han realizado las entrevistas con el personal de los establecimientos de salud, la mayoría de entrevistados (36) dijo conocer la existencia de un sistema tradicional para curar, tratar y prevenir sus enfermedades; siete reconocieron que sabían poco del tema, y cuatro respondieron que no conocían en absoluto.

Sobre plantas medicinales, 34 de las personas entrevistadas respondieron conocer varios de sus tipos, y entre las plantas más mencionadas estuvieron el piripiri, el matico, la sangre de grado, el ojé, el achiote y la toé. Por otro lado, quienes dijeron desconocer sobre plantas medicinales, respondieron que esto obedecía a su reciente contratación de trabajo en comunidades indígenas, que no habían prestado atención al uso de estas plantas, o porque conocían a las plantas solo de nombre.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> El estudio realizado por Mathez-Stiefel precisa que los jóvenes pueden conocer tanto como los mayores, respecto a plantas medicinales y sus propiedades, pero lo que van perdiendo es el conocimiento de su uso tradicional. Mathez-Stiefel, Sarah-Lan e Ina Vandebroek. «Distribution and Transmission of Medicinal Plant Knowledge in the Andean Highlands: A Case Study from Peru and Bolivia». Research Article. Centro para el desarrollo y ambiente. Universidad de Berna, Suiza, 2011.

<sup>42</sup> Es importante tomar nota, como dice Mathez-Stiefel, que conocer el nombre de la planta medicinal o sus propiedades, no significa tener conocimiento de su uso tradicional. Escapa a los límites del presente informe determinar el alcance de este conocimiento, aunque es posible distinguir el valor que se da al uso de las plantas medicinales a través de su recomendación como uso terapéutico. Mathez-Stiefel, Sarah-Lan e Ina Vandebroek. Op. Cit. 2011

De los 34 personas entrevistadas que indicaron conocer sobre plantas medicinales, 24 afirmaron haber recomendado su uso a las y los usuarios. Este es un paso importante, pues significa un acercamiento real del personal de salud al reconocimiento del valor medicinal de algunas plantas, ya sea como medio de curación o prevención. Entre las plantas medicinales recomendadas por el personal de salud, figuran hasta 27 variedades, siendo las más reiteradas: el matico, achiote, cola de caballo, llantén, piripiri y aceite de copaiba. En el Cuadro N° 7, se puede apreciar cuáles son los problemas de salud para los cuales se prescribe alguna de estas plantas medicinales, de acuerdo con lo manifestado por el personal de salud.

**Cuadro N° 7**  
**Recomendación de plantas medicinales por el personal de salud**

Planta medicinal recomendada	Problema de salud
Matico	Infección urinaria y lavado de heridas
Cola de caballo	Mal de riñones
Ajos y aceite de suri	Enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias
Sangre de grado y uña de gato	Cicatrización de heridas
Piripiri	Desmayos, vómitos y cólicos.
Aceite de copaiba	Gastritis

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Es importante recordar que de conformidad con la Ley N° 27300, Ley de Aprovechamiento Sostenible de las Plantas Medicinales<sup>43</sup>, el Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) cuenta con un Inventario Nacional de Plantas Medicinales,<sup>44</sup> que se caracteriza principalmente por la exposición de los usos tradicionales de las plantas medicinales. El derecho al aprovechamiento sostenible

<sup>43</sup> Son plantas medicinales aquellas cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas científicamente en beneficio de la salud humana. Art. 2° de la Ley N° 27300.

<sup>44</sup> Instituto Nacional de Salud. Información disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/110/inventario-nacional-de-plantas-medicinales/jer.110> (consultado el 6 de junio de 2014).

de las plantas se sustenta en el mantenimiento del equilibrio ambiental, la distribución de sus beneficios, y el respeto a las comunidades nativas y campesinas (artículo 5°). Asimismo, la norma define que el Censi —con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia— es el encargado de la investigación y de la divulgación de los usos farmacológicos, toxicológicos, clínicos y formas de consumo adecuados de las plantas medicinales (Art. 7.1). Sin embargo es muy poco lo avanzado en este tema.

Esta falta de divulgación se puede apreciar en el número de profesionales de la salud que no recomendaría el tratamiento con plantas medicinales debido a que, de acuerdo con lo que señalan, “no está permitido por las normas del Minsa», «no limpian bien las plantas, lo que podría ser perjudicial para la salud de las personas», «la vaporización con plantas medicinales puede afectar la salud de los niños al deshidratarlos» o porque «no conoce las propiedades de las plantas» o «no sabe cómo prepararlas».

Por ello, resulta recomendable que el personal pueda identificar y dialogar con las personas que conocen su uso y llevar un registro de las plantas (conocimientos y prácticas culturales) que permita que no se pierda dicho conocimiento, quedando como documento testimonial o de investigación para que las y los nuevos profesionales que se incorporen a la comunidad, o quienes no conocen de la cultura en la que desarrollarán su trabajo, puedan contar con información valiosa.

En virtud de lo expuesto, se puede afirmar que la mayoría del personal entrevistado declara conocer «algo» sobre las plantas medicinales. No obstante, este número disminuye cuando se trata de recomendarlas como tratamiento. Asimismo, un mayor número de comuneros y comuneras ha notado que el personal de salud no prescribe el uso de dichas plantas medicinales.

Es importante también señalar que, de acuerdo con la cosmovisión de los pueblos indígenas amazónicos, existen en las comunidades: parteras, hueseros, herbolarias, yerberos o curanderos y curanderas que tienen ciertos conocimientos para la curación, no solo de males físicos sino también de aquellos que conciernen a la dimensión espiritual o cultural de la persona.<sup>45</sup> La percepción de quien

---

<sup>45</sup> El 2011, la organización Aidesep realizó un mapeo de agentes de medicina tradicional Awajun en las provincias de Bagua y Condorcanqui (Región Amazonas) en el marco de la capacitación a enfermeras/os técnicos en salud intercultural amazónica. A partir de este trabajo corroboró la existencia de un número importante de agentes de la medicina tradicional en la zona, y que las personas de las comunidades acuden a estas o estos en situaciones de enfermedad. Las entrevistas realizadas permitieron corro-

las usa es que estas curas son realmente efectivas, por lo que gozan de la confianza de la población indígena.<sup>46</sup>

A estas personas se les conoce como agentes de la medicina tradicional (AMT).<sup>47</sup> Sus conocimientos son adquiridos a lo largo de muchos años y transmitidos, por lo general, de generación en generación. En muchos casos, la selección, preparado y uso de las plantas medicinales forman parte de su especialización: «Vaporadoras hay. Por ejemplo yo tengo una niña especial le agarra convulsión epilepsia y cuándo él la vapora mi hija se calma, más bien yo le estoy agradeciendo, mi hija está mejorando bastante». (CN Nueva Unión, Río Tambo, Junín).

De acuerdo con el Censi, estos agentes se clasifican según su especialidad, los elementos curativos que emplean, o los rituales que llevan a cabo.<sup>48</sup> Así, la *Parte-rra* es la especialista de la medicina tradicional que atiende partos, y en muchos casos, tratamientos de enfermedades de tipo vaginal. El *Huesero/a* es quien realiza la curación de luxaciones y fracturas, «acomoda» los huesos y alivia mediante «sobadas» las dolencias de tipo artrítico o reumático. El *Herbolario/o* es quien posee las capacidades de curar enfermedades de tipo natural mediante la utilización de recursos curativos vegetales. El o la *curandera* diagnostica y cura las enfermedades, a través de procedimientos naturales y simbólicos. No solo trata enfermedades corporales sino también mentales originadas por la ansiedad y el temor y otros estados emocionales causados por presiones sociales o medioambientales. La supervisión defensorial identificó también otros especialistas, como *vaporadores/las* y *curiosos*, entre otras denominaciones en su lengua indígena como *Sheripiares*, *Paller*, *Iwishín*, *Nishishaque*.

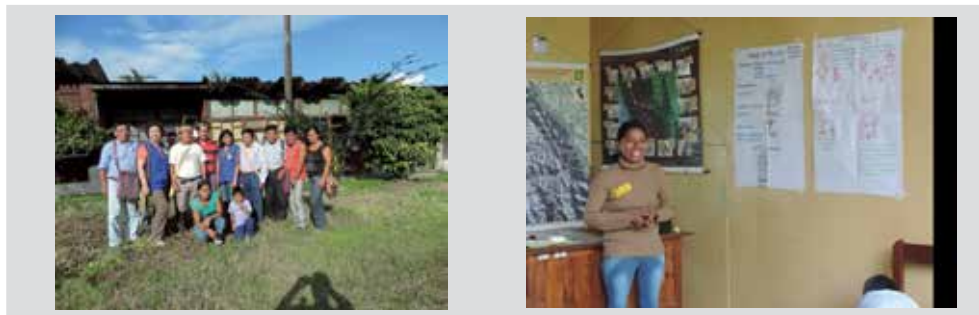
---

borar que, lamentablemente, existe poca o nula coordinación con el personal de salud, experimentando marginación de los servicios de salud. En 71 comunidades Aidesep logró registrar 153 agentes, de los cuales 96 eran mujeres (por lo general, parteras) y 57 varones. Cárdenas, Cynthia y M. Amelia Pesantes. «Fortalecimiento de competencias interculturales del Proyecto de Salud Intercultural Amazónica en ORPIAN - Informe Final». Perú, 2011.

<sup>46</sup> Velasco, Oscar. *Aún nos cuidamos con nuestra medicina. Inventario sistematizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos*. Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue/ Comisión Andina de Salud Intercultural, 2010.

<sup>47</sup> El término “agentes de la medicina tradicional” se encuentra actualmente en proceso de revisión en el marco de la consulta previa sobre la Política sectorial de salud intercultural.

<sup>48</sup> Centro Nacional de Salud Intercultural - Censi. «Concepto básico sobre la terminología que define a los Agentes de Medicina Tradicional Peruana- Documento de Trabajo» Lima, 2005.



**Foto 1.** Taller con agentes de medicina tradicional, líderes y lideresas Asháninkas y Yaneshas de la provincia de Oxapampa - Pasco; y mujer Ashaninka explicando la técnica de la vaporización.

La reunión con los usuarios del servicio de salud también ha permitido advertir que existen otros tipos de síndromes culturales o también llamadas «enfermedades propias de los pueblos»<sup>49</sup> que no pueden ser explicadas desde la medicina occidental y que están relacionadas, de acuerdo con los entrevistados, con fuerzas sobrenaturales que sustraen el «alma» del paciente, como el *susto*, u ocasionados por la acción de la comunidad como el *mal del ojo*, el *daño* o la *envidia*. Otras, por el influjo de elementos del ambiente físico, como el *aire*, el *apu* o la *cocha*; u ocasionados por una situación conflictiva como el *chucaque*.<sup>50</sup>

### **¿Qué es el manchari?**

*Es el susto, puede ser niño o puede ser grande. Se asustan de un golpe, por ejemplo está pasando una vía y ¡zas!, se asustan. A la hora de dormir grita, eso es susto, y ¿cómo le curo yo? agarro mi «cashimbo».*

### **¿Qué cosa es el cashimbo?**

*Es el cigarro, tabaco, ahí le lleno y ya está. (CN Nueva Unión, Río Tambo, Junín).*

<sup>49</sup> El término «síndrome cultural» viene siendo recusado por las organizaciones indígenas peruanas por la presunta carga peyorativa que conlleva. En el marco de la consulta previa las organizaciones han propuesto en su lugar: «enfermedades propias de los pueblos.»

<sup>50</sup> Valdivia Ponce, Oscar. *Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*, citado en Salaverry, Oswaldo. «Interculturalidad en salud». En: Revista Perú Med Exp Salud Publica, 2010, p. 80-93.

Las personas indígenas entrevistadas también hicieron referencia a la existencia de «brujos» en las comunidades. Señalan que son personas que hacen maldad a la gente, siendo rechazados y temidos al mismo tiempo.<sup>51</sup> Para contrarrestar la hechicería, según refieren algunos y algunas de las entrevistadas, se busca a otra persona para que deshaga el «daño».

Cabe resaltar que, actualmente, las acusaciones de brujería van en aumento e incluso se tratan públicamente en las asambleas de las comunidades nativas, terminando en muchos casos con la expulsión del acusado/a.<sup>52</sup> Se han reportado casos en los que, además, se llega hasta quemar la vivienda o atentar contra la vida de quien realizó el «daño».<sup>53</sup>

En la supervisión se llegó a establecer que en los 47 establecimientos de salud supervisados, 33 funcionarios (as) dijeron conocer la existencia de agentes tradicionales en la localidad, principalmente a partir del trabajo de *parteras*, *curanderos* (o *sheripiaris*) y *vaporadoras*. De ellos, 19 indicaron haber coordinado algún tipo de tratamiento conjunto, especialmente con parteras, quienes tienen mayor experiencia y aceptación social. También se han presentado casos en los que se ha atendido una fractura con una *sobadora* (Junín), con un *sheripiaris* usando tabaco ante una enfermedad diarreica aguda (Ucayali) o con el curandero para bajar la fiebre (Loreto).

Sin embargo, existe personal de salud que no se relaciona con agentes de la medicina tradicional, debido a que consideran que no conocen los tratamientos que brindan (tres casos), que su medicina no está sustentada científicamente o está relacionada con la brujería (dos casos), que no se encuentra en la comunidad sino en el monte (dos casos), que no son eficaces en situaciones de emergencia (un caso), y porque «la planta es celosa» (un caso).

---

<sup>51</sup> En la Amazonía, acusar a alguien de brujería es una descalificación que proviene de previos conflictos derivados de la envidia, los celos y todos los sentimientos negativos.

<sup>52</sup> Guevara, G. *La Brujería Awajun y textos afines. Investigaciones de campo en desarrollo*, publicado en el blog <http://wyllyguevara.blogspot.com>. Trabajo derivado de una consultoría para la OPS-OMS.

<sup>53</sup> La Defensoría del Pueblo recibió en el año 2011 el caso de más de quince curanderos asesinados en el distrito de Balsapuerto (provincia de Alto Amazonas, Región Loreto). A raíz de ello, comisionados y comisionadas viajaron a la zona y se entrevistaron con autoridades del distrito. En la zona se pudo corroborar una situación social y política muy conflictiva y tensa, además que la población de Balsapuerto tenía desconfianza y temor a hablar sobre las muertes de estos curanderos muertos. (Oficio N° 0167-2012-DP, remitido el 22 de febrero de 2012 a la Fiscalía de la Nación).

Es importante recordar que entre el personal entrevistado se encontró un personal de origen indígena, minoritario, pero que sin duda presenta mejores condiciones para entender la cosmovisión de las personas y su sistema de creencias respecto a la salud. Por otro parte, la actitud de rechazo a la medicina tradicional por parte de un personal de salud es percibida como un rechazo a su propia cultura acentuando el nivel de desconfianza de las personas de pueblos indígenas a los servicios de salud.

De otro lado, una figura que requiere un apoyo mayor para el relacionamiento entre el establecimiento de salud y la comunidad es la o el agente comunitario de salud (ACS).<sup>54</sup> Si bien en los últimos años se han emitido varias normas que regulan su trabajo voluntario,<sup>55</sup> es necesario una adecuada promoción de sus labores, teniendo en cuenta el importante rol articulador que ejerce entre la comunidad y el personal de salud así como nexo cultural para las tareas de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades que apunta la atención primaria de salud.<sup>56</sup>

Es importante señalar, además, que en estas normas solo se ha reconocido expresamente dentro de este grupo a las parteras, no así a los otros especialistas o agentes de medicina tradicional (como curanderos, yerberos, etc.), aunque es

---

<sup>54</sup> Existen otras denominaciones de la y del agente comunitario de salud como son: promotores de salud, vigías de salud, delegados de salud, agentes pastorales de salud, visitadores de enfermos. La partera tradicional ha sido considerada dentro de este grupo. R.M. N° 576-2006/Minsa que aprueba la Directiva administrativa para la implementación de los procedimientos de identificación, registro y actualización de la base de datos de los agentes comunitarios de salud (ACS) a nivel nacional; R.M. N° 702-2009/Minsa que aprueba el Documento técnico «Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestante y de las niñas y niños menores de 5 años»; R.M. N° 991-2010/Minsa que aprueba la Directiva administrativa para el voluntariado en salud; R.M. N° 299-2011/Minsa que aprueba la Directiva Administrativa para el trabajo con el agente comunitario de salud; R.M. N° 889-2012/Minsa que aprueba el documento técnico «Metodología para la capacitación de las y los agentes comunitarios de salud – Guía de la y el facilitador.»

De acuerdo con entrevista realizada a funcionaria de la Dirección General de Promoción de la Salud, a la fecha se encuentran en proceso de aprobación dos documentos técnicos: «Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud», y «Programa de capacitación integral del agente comunitario de salud y otros voluntarios.»

<sup>55</sup> Como la R.M. N° 991-2010/MINSA que aprueba la Directiva administrativa para el voluntariado en salud; R.M.N° 299-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa para el trabajo con el agente comunitario de salud; R.M. N° 889-2012/MINSA que aprueba el Documento técnico «Metodología para la capacitación de las y los agentes comunitarios de salud – Guía de la y el facilitador.»

<sup>56</sup> En 1978, la *Declaración de Alma Ata*, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF expresa la necesidad de un compromiso por la atención primaria de salud. Esta cumbre mundial definió que la atención primaria de salud es el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan.

probable que una parte de los agentes comunitarios de salud también conozca o practique esta medicina.

Las funciones que realizan las y los agentes comunitarios de la salud son múltiples, tanto en la atención a la persona, como a la familia y comunidad. Una función que destaca es la labor educativa, a través de charlas, conversatorios para la prevención de enfermedades transmisibles, promoción de hábitos alimentarios, visitas para estar al tanto de la salud en la familia, entre otros.

El trabajo de las y los agentes comunitarios de salud se ha desarrollado desde sus inicios con participación de la comunidad. Se les elige en asamblea comunal tomando en cuenta criterios como su disponibilidad para apoyar a la comunidad, liderazgo y representatividad comunal, para que su acción sea legítima.<sup>57</sup>

De acuerdo con la supervisión realizada, la gran mayoría de agentes comunitarios de salud (97%) habla la lengua del pueblo indígena de la comunidad. Esta condición es importante en la medida que la mayor parte del personal de salud, en especial profesionales de la salud, no comparte la cultura ni habla la lengua de las usuarias y usuarios de salud.

También se ha podido constatar que existen algunos problemas relacionados con el trabajo del agente comunitario de salud, entre ellos, la falta de reconocimiento monetario, su insuficiente capacitación, la falta de valoración de su trabajo, así como el bajo número de agentes comunitarios en cada establecimiento de salud. Esto último es particularmente preocupante en establecimientos de categoría I-1 y I-2, donde, de por sí, hay poco personal que debe atender a varias localidades, algunas lejanas del establecimiento.<sup>58</sup> Por ejemplo, en Amambay (Pasco), el establecimiento no cuenta con agentes comunitarios y el personal tiene que atender a 12 localidades. De igual modo, en Pauti (Ucayali) el establecimiento debe atender a 13 localidades y solo tiene dos agentes comunitarios de salud en total, tal como se puede ver en el Cuadro N° 8.

---

<sup>57</sup> R.M. N° 576-2006/Minsa Op. Cit.

<sup>58</sup> El término «localidad» en el presente informe engloba a diversos núcleos poblacionales como son: comunidades, centros poblados, anexos, caseríos, entre los principales.



**Cuadro N° 8**  
**Número de agentes comunitarios en establecimientos de salud que atienden un mayor número de localidades**

Establecimiento de salud	Categoría	Total de agentes comunitarios de salud	N° de localidades que debe atender el ES
Amambay	I-2	0	12
Sabaloyacu	I-1	2	5
Loboyacu	I-1	1	5
Pauti	I-1	2	13
Santa Rosa del Río Pisqui	I-1	1	6
San Luis de Charasmaná	I-2	2	6
Canaán de Cachiyacu	I-1	1	5
Antigua Honoria	I-1	2	10
Santa Martha	I-2	1	7
Dos Unidos	I-1	1	4
Cleyton	I-1	1	4

Fuente: Cuestionario de supervisión a redes de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sin embargo, como han señalado los testimonios, en muchos casos su rol no es reconocido ni valorado por el sistema de salud. «Falta que el centro de salud mismo trabaje con sus promotores, que se ha dejado abandonado eso de los promotores de salud, ya no se les toma en cuenta. A veces, eso solamente, cuando se le necesita lo toman en cuenta» (CN El Naranjal, Puerto Inca, Huánuco).

Esta falta de valoración también se advierte en la falta de incentivos monetarios para el agente comunitario.<sup>59</sup> En su lugar se trata de compensar retribuyéndoles con la entrega de diplomas, canasta de víveres en fechas especiales, colocación de placas en la vivienda del agente comunitario, vestuario, entre otras. Sin embargo la política de no reconocer monetariamente al agente comunitario no es adecuada, considerando las responsabilidades que este asume, y que, en diver-

<sup>59</sup> R.M. N° 991-2010/Minsa, que aprobó a Directiva Administrativa N° 168-Minsa/DGPS. Directiva Administrativa para el Voluntariado en Salud.

sas ocasiones se quedan a cargo del establecimiento cuando el personal tiene que ausentarse de la comunidad.

La entrega de estipendios a agentes comunitarios debiera analizarse y tomarse en cuenta.<sup>60</sup> Los comuneros y comuneras expresaron estar a favor de que el Estado pueda reconocerle con un incentivo monetario. «Un reclamo para tener promotoras, ellas también tienen que ganar algo, porque ellas esperan, a veces se amanece, o tardan, también tienen sus hijos, y ahí estaban reclamando. Ellos estaban diciendo que no le pueden pagar a ellos, son voluntarios, también los promotores trabajan, no tienen plata.» (CN Sabaloyacu, Andoas, Loreto). Algunas municipalidades, como Río Tambo y Sepahua, vienen retribuyendo esta labor.

También se observó que las y los agentes comunitarios no han recibido la suficiente capacitación en temas de salud. De 159 agentes comunitarios de salud, 42% no había recibido esta capacitación: «Queremos conocer más de los medicamentos, a veces ellos [el personal] viaja y nosotros nos quedamos sin saber ni poder usar los medicamentos. Todavía no nos están enseñando a poner inyecciones, o como se llaman los medicamentos, para qué sirven, para qué son estos remedios». (Promotor de salud, CN Sabaloyacu, Andoas, Loreto).

Asimismo, algunos funcionarios son muy renuentes a que el agente comunitario de salud organice y administre botiquines comunales, a pesar de que la misma norma del trabajo con el agente comunitario de salud considera que forman parte de sus actividades.<sup>61</sup> «Sobre los botiquines comunales, no le vamos a dar una pistola a un niño, si no hay policía no le vamos a decir al niño toma esta pistola para que te defiendas. Proporcionar medicamentos a un personal que no está capacitado. La cura puede ser peor que la enfermedad». (Reunión con funcionarios de salud de la Red Leoncio Prado).

---

<sup>60</sup> En zonas rurales, otros programas como Cuna Más, vienen pagando a sus promotores un pequeño estipendio. Iguíñez sostiene que «si hubiera un promotor o promotora de salud en cada centro poblado rural y se les pagara 200 soles al mes, el presupuesto mensual para el país sería de 19'173,600 soles. Unos 230 millones de soles al año. La derivación de los casos de mayor gravedad a centros de salud, etc. se haría con más frecuencia, criterio y menos desperdicio de recursos. Así, la base de la pirámide de la atención a los problemas de salud estaría sólidamente cimentada y ayudaría a cubrir mucho mejor, y mucho más eficientemente las necesidades primarias y de más alta complejidad». Iguíñez, Javier. «Centros poblados, acondicionamiento del territorio y política de salud.» en Diario La República.pe. 13 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/columnistas/actualidad-economica/centros-poblados-acondicionamiento-del-territorio-y-politica-de-salud-13-07-2008#!foto1>

<sup>61</sup> R.M. N° 299-2011/Minsa. «Trabajo con el Agente comunitario de salud.» Entre las principales acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades se indica que éste «organiza y administra el botiquín comunal» p. 16.

Estos testimonios permiten observar que se desaprovecha el conocimiento de los agentes comunitarios para trabajar la atención de salud con pertinencia cultural, así como articular el trabajo del establecimiento con la medicina tradicional. Por ello, se requiere revalorar su trabajo dentro del sistema de salud nacional. Asimismo, resulta indispensable incluir en la capacitación del agente comunitario conocimientos y técnicas para que pueda proporcionar una primera atención en salud frente a alguna urgencia o emergencia.

Ahora bien otro indicador de la necesidad de una mayor coordinación entre el sistema oficial y el de medicina tradicional se puede observar en el campo de la promoción de la salud.<sup>62</sup> Los lineamientos de política de promoción de salud señalan que el modelo de promoción debe incorporar un enfoque intercultural que reconozca valores y reivindique las concepciones que tiene la población peruana sobre los procesos de salud y enfermedad. Asimismo, se señala que es mediante el diálogo intercultural que se determinan las condiciones más favorables para desarrollar dichas acciones.<sup>63</sup>

Sin embargo, los protocolos sobre promoción de la salud no establecen con claridad las características del enfoque intercultural de determinadas intervenciones: la medida a ser aplicada, la población beneficiaria o los mecanismos para lograr su aplicación con aceptación cultural. Los pueblos indígenas tienen prácticas preventivas aun poco estudiadas como el uso de plantas medicinales con capacidad bactericida que podrían ser promocionados para la higiene personal e incorporadas en los protocolos de las estrategias de salud.

Similar observación se puede realizar respecto del Programa de Municipios y Comunidades Saludables, cuyos objetivos son disminuir la desnutrición infantil y la mortalidad materna neonatal. Para su funcionamiento se han creado 1,500 centros de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y la niña o el niño.<sup>64</sup> Si bien en su estrategia se menciona que las prácticas saludables se basan en los saberes de la cultura indígena, y se apoya en la participación activa y articulada de agentes comunitarios de salud —lo que es

---

<sup>62</sup> La promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Exigen cambios en los estilos de vida de la población y en la organización de la sociedad en su conjunto.

<sup>63</sup> R.M. N° 111-2005/Minsa «Lineamientos de política de promoción de la salud.» p.11.

<sup>64</sup> Minsa. *Criterios Técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño*. 2014.

acertado— no se termina de explicitar cómo se pondrá en práctica esta articulación de saberes.<sup>65</sup>

En reuniones con funcionarios de las redes y microredes de salud se hizo hincapié, por ejemplo, en el bajo presupuesto que les asignan para las acciones de promoción. La supervisión permitió conocer que el 67% del personal de salud entrevistado opina que este apoyo es muy poco o nada relevante: «Este problema lo tiene el Ministerio de Economía y Finanzas, cuando viene preguntan cuánta gasolina, cuántas medicinas o mochilas, pero no tienen idea de la parte preventiva. 5% a promoción de la salud, el resto para la parte recuperativa, pero no a cambiar estilos de vida saludables en las familias o en la comunidad. Eso viene desde el nivel central en Lima». (Reunión con funcionarios de salud de Atalaya).

Asimismo, se ha constatado la presencia de técnicas y técnicos sanitarios indígenas en los servicios de salud contratados por el Ministerio de Salud. Algunos de ellos recibieron una formación especial que combinaba en sus planes de estudios materias de la medicina occidental y medicina indígena.<sup>66</sup>

Este personal tiene la ventaja de conocer el idioma y la cultura local, así como permanecen en los establecimientos de salud durante largos periodos. La supervisión realizada ha recogido opiniones positivas de un personal médico que reconoce las competencias desarrolladas por las técnicas y técnicos sanitarios indígenas al permitirles un mejor desempeño laboral. No obstante, se observa que en general este personal es poco valorado y generalmente permanece al margen de los procesos de capacitación y toma de decisiones en la gestión de los establecimientos de salud.

---

<sup>65</sup> «Educación en prácticas saludables, consiste en generar conocimientos a partir de los saberes previos de las familias respetando creencias, costumbres, etc., a través del intercambio de experiencias de las familias, del agente comunitario de salud y del personal de salud, mediante sesiones demostrativas, sesiones educativas y sesiones de desarrollo del crecimiento y el desarrollo de la niña y del niño». Minsa. «Criterios Técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño.» 2014 p.6.

<sup>66</sup> Al respecto, existe desde hace años un programa promovido por AIDSESEP que ha sido desarrollado en las zonas de Atalaya (Región Ucayali), Bagua (Región Amazonas), San Lorenzo y Nauta (Región Loreto). AIDSESEP. *Construyendo puentes: Proyecto de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural en Bagua. Memoria de una propuesta de formación a nivel superior tecnológico desde las organizaciones indígenas.* Lima: 2013.

Por todo lo expuesto, se aprecia un vacío en el relacionamiento del sistema oficial de salud con el sistema indígena de salud, en cuanto al conocimiento y uso terapéutico de plantas medicinales como en lo que se refiere a la articulación con los agentes de la medicina tradicional para la promoción, atención y rehabilitación de salud de las personas de las comunidades. Es necesario que el Estado facilite la puesta en marcha de programas de salud intercultural donde ambos sistemas de salud se complementen y no se confronten. Se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para todos.

Asimismo, la supervisión muestra un descuido del trabajo con las y los agentes comunitarios de salud, así como con las técnicas y técnicos sanitarios indígenas, a pesar de que representan el único nexo cultural con la comunidad, lo que es urgente remontar a partir de la puesta en práctica de estrategias de reconocimiento reales, así como para la participación consultada a los agentes tradicionales de salud.

#### **4.3 EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La problemática de la salud, como se ha señalado, es una de las mayores preocupaciones de los pueblos indígenas, debido a su situación de vulnerabilidad. Una de las razones principales de esta situación es el abandono y la falta de acceso a los recursos públicos, pero también de la imposición de un sistema de salud ajeno que no se adecuaba a la perspectiva cultural de estas poblaciones.

El sistema de salud ha repetido pautas y esquemas de salud que se podían dar en zonas urbanas o urbano-marginales sin adecuarse a las necesidades propias de esta población. En este sentido, se requiere hacer un cambio en la forma en la que los servicios de salud se relacionan con los pueblos indígenas, desde sus diversas especificidades y tradiciones culturales en salud acumuladas a lo largo de su existencia. Esto es clave para que los servicios sean reconocidos y usados; de lo contrario, los esfuerzos que se hagan serán limitados.

Un aspecto preocupante identificado en la supervisión se refiere al trato que se brinda a las mujeres indígenas en la atención de su salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud establece que para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, los partos deben ser atendidos a nivel institucional. Para tal efecto, la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, desde el 2008, ha introducido orientaciones programáticas que buscan, entre otras cosas, «contribuir al fortalecimiento de la calidad de la atención integral a través de la adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.»

Para este fin la norma desarrolla un modelo para la adecuación cultural de la orientación/consejería, «basado en una comunicación horizontal, respeto de los derechos en salud, y promoviendo la equidad de género».<sup>67</sup>

Sin embargo, a pesar de dicha estrategia, en las entrevistas, las usuarias indígenas de estos servicios manifestaron que prefieren el parto domiciliario porque en casa ellas pueden recibir el trato adecuado según las costumbres y conocimientos que han adquirido, así como recibir los cuidados de las parteras o madres que las ayudan en el trabajo de parto: «para dar a luz; a mi mamá, yo le tengo confianza, con ese valor yo doy a luz y ella me atiende» (CN Nueva Unión, Sepahua, Ucayali) y «el parto en casa nomás, con parteras tradicionales y el llamado parto vertical que aquí se llama parto natural» (CN Ponchoni, Ucayali).

Las mujeres también indican que encuentran en el personal de salud actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas. Esto crea un ambiente de desconfianza e incomodidad por parte de las mujeres indígenas hacia el equipo de salud: «Mamás cuando se van a la posta no saben te dicen ya échate de una vez abre tu pierna y nosotras no tenemos el valor para dar a luz y cuando nosotros damos vertical tenemos el valor y fuerza y empujamos y ya sale el bebé» (CN Nueva Unión, Ucayali).

Otro obstáculo que inhibe a las mujeres de buscar atención en el servicio de salud es la ausencia de personal femenino que hable el idioma local: «Hay gestantes que no conocen otras palabras, otro es que las mamás por la vergüenza no le hacen ver que está embarazada, que está gestando, el control cuando le explique las mamás no entienden que dicen».

Lo manifestado por las usuarias indígenas se refleja en el Cuadro N° 9, en el que puede apreciarse que el personal de salud indicó que, durante el 2013, se atendió 376 partos.<sup>68</sup> De ellos, 225 (60%) se realizaron en sus domicilios, sólo 76 (20%) en un establecimiento de salud y otros 75 (20%), en un establecimiento de mayor nivel resolutivo.

<sup>67</sup> R.M. N° 278-2008/Minsa, que aprueba el documento técnico «Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva». pp 3 y 8.

<sup>68</sup> Es importante mencionar que los datos del número de mujeres que han dado a luz son estimados pues no todo el personal lleva el registro exacto de los mismos, especialmente cuando se trata de partos domiciliarios.

**Cuadro N° 9**  
**Número de partos durante el 2013 según lugar donde fueron atendidos**

Lugar donde fueron atendidos	Número de mujeres que han dado a luz
En sus domicilios	225
En el establecimiento de salud	76
En un establecimiento de salud de mayor nivel resolutivo	75

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.  
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, las distancias geográficas que existen entre la comunidad y el establecimiento son otro obstáculo para que las mujeres puedan realizar un parto institucional: «No podemos ir cuando hay la lluvia, le explicamos al personal, y nos grita. Ella tiene que entender porque vivimos lejos a veces no se puede ir, a veces no hay canoa, a veces no hay gasolina. Mientras que le pedimos préstame, ya estamos dando luz. Eso debe comprender, si sería cerca podría tener razón, en cambio nosotros tenemos problemas para ir de aquí para allá». (CN de Sheboja, Ucayali).

También se evidenciaron barreras de carácter económico que impiden a las gestantes ir hasta un establecimiento de salud: «Pasaje tienes que poner, tienes que pagar para venir, para regresar otra vez. A veces no hay, a veces no nos quieren traer, a veces nos traen personas conocidas, hay que trabajar para pagar pasaje, a veces ni para la comida hay» (CN de Santa Martha, Huánuco).

En la supervisión se han identificado pocos puestos de salud que contemplan una atención culturalmente sensible, cualidad que permite que las mujeres se sientan cómodas. Un ejemplo es el Puesto de salud de Shintuya: «Allí si respetan, porque es de cuclillas, respetan nuestras costumbres, y nos dejan decidir, ya están años y ellos saben todo, hasta nuestra lengua saben, si respetan nuestras culturas». También se ha podido evidenciar que el personal de algunos establecimientos acompaña partos domiciliarios, como por ejemplo, en los distritos de Imaza, Puerto Bermúdez y Andoas.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Personal de diferentes establecimientos de Imaza explicaron que cuando hay una mujer en trabajo de parto se acercan al domicilio de la gestante para acompañarla durante el alumbramiento, estando pendientes por si surge alguna complicación.

De esta forma, si bien existe la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural,<sup>70</sup> solamente 16 de los 47 establecimientos supervisados contaban con el servicio de parto vertical. De ellos, únicamente siete habían realizado un parto vertical en el último año.

Una situación alarmante es que algunas veces el personal de salud condiciona a la mujer a dar a luz en el establecimiento a cambio de recibir los beneficios del seguro o el certificado de nacido vivo: «El técnico le dijo que si no la atendían ellos, el seguro no le cubriría nada y como ella era primeriza, accedió; cuando pudo atenderse con la partera, con quien quería hacerlo. Este tipo de casos pasa mucho. Esto pasa y no se está respetando la idiosincrasia del pueblo» (Varón, CN San Francisco de Cahuapanas, Puerto Bermúdez).

En este sentido, es necesario, generar estrategias con pertinencia cultural que creen condiciones favorables para que las mujeres indígenas vean al parto institucional como una opción aceptable y no impuesta. Asimismo, se deben promover alternativas de atención para disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios.

Otro problema identificado, en este ámbito, se encuentra relacionado con los métodos anticonceptivos. Si bien la Norma Técnica de Planificación Familiar define la salud reproductiva como «la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo», existe mucha desinformación que genera diversos problemas de embarazos no deseados.

Al respecto, se advierte expectativa e interés en la ciudadanía indígena para estar protegida en sus relaciones sexuales: «Yo misma me decido para cuidarme. Mejor hay que cuidarse, a veces viene una enfermedad y el hijo está bien grave, de dónde vas agarrar dinero, hay que cuidarlo que está enfermo, eso ya no depende de marido y solo la mujer para cuidar». (Mujer, CN Santa Martha, Huánuco). «Los dos decidimos. La mayoría acá no puede tener más hijos por el trabajo. Uno tiene que salir a trabajar, con quién se va a quedar los hijos, los muchachos también están estudiando» (Mujer, Puerto Amistad, Pasco). «Acá señorita aquí quien puede hacer esas cosas es el hombre... necesitamos expliquen algunas ideas, cómo usar preservativo, pero para mí es necesario saberlo como es. Yo tengo tres hijos, no quiero más. Mejor explicar bien a mí el hombre» (Varón, CN Alianza Cristiana, Andoas, Loreto).

---

<sup>70</sup> R.M. N° 598-2005/Minsa.



El embarazo en adolescentes representa una gran preocupación debido a las múltiples dificultades de índole psicológico, de salud y socioeconómico que genera, como el alto riesgo durante el parto, los partos prematuros, el bajo peso al nacer de la recién nacida o nacido, la deserción escolar y las menores posibilidades de desarrollo personal, entre otros.<sup>71</sup> De esta manera, la supervisión evidenció que de 396 partos atendidos, 45 de ellos corresponde a adolescentes entre 13 y 15 años y 41, a mujeres entre 16 y 19 años.

Asimismo, las mujeres sostienen que habría una falta de interés del personal en explicar en detalle las características, ventajas o desventajas de los métodos anticonceptivos «Las enfermeras vienen más por planificación familiar. Entonces acá, de repente hay señoras que no entienden, nunca las enfermeras han explicado, no dice en qué nos va a dañar, no se ha dado la información». (Mujer, CN Puerto Asháninka, Satipo).

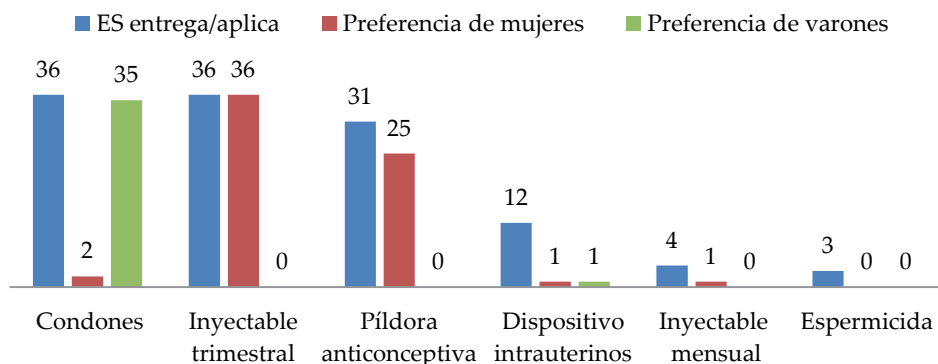
Tal vez por ello, algunas de ellas indican que no usan métodos anticonceptivos, pues su uso conlleva efectos secundarios, como subir de peso y sangrado vaginal. «En eso llega este medicamento de la posta y son tres meses que no le cae a ella, porque son tres meses de hemorragia, por eso no usa esas pastillas de la posta y solo plantas naturales para planificación». (GF Mujer, CN Duran, Imaza, Bagua).

Otro problema identificado es que las preferencias en el método a seguir son limitadas. No es un tema de elección sino de disponibilidad del método. Al personal de salud se le preguntó, en primer lugar, cuáles eran los métodos anticonceptivos que el establecimiento de salud entrega o aplica, y, en segundo lugar, cuáles eran los preferidos por las mujeres y varones. De acuerdo con el gráfico N° 2 se aprecia que existe coincidencia entre los métodos anticonceptivos ofrecidos por el servicio de salud y los que la población presuntamente prefiere: condones, inyectables trimestrales y píldora anticonceptiva.

---

<sup>71</sup> La Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres reconoce expresamente la importancia de la prevención del embarazo adolescente. Ley N° 28983 «Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres», del 16 de marzo del 2007, Perú. Inciso i) del artículo 6° de los lineamientos del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales.»

**Gráfico N° 2**  
**Disponibilidad y preferencia de métodos anticonceptivos**



Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas. Supervisión 2013.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Finalmente, en las entrevistas se pudo observar que las mujeres indígenas siguen empleando plantas medicinales como anticonceptivos. Una de ellas es: «El Piripiri (...) una planta larguita así, la lavan, la chancan y la toman todos los días». (CN Durán, Amazonas).

Las dificultades advertidas respecto del tratamiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, demandan que el Ministerio de Salud incluya en sus estrategias, de modo urgente, un servicio eficiente, que garantice el derecho a la información sobre el uso y la elección de métodos anticonceptivos. Entre estos se debe incluir los métodos ancestrales, permitiendo que las mujeres decidan cuál es el método adecuado para cada una de ellas.

Asimismo, un servicio con pertinencia cultural exige contar con una mirada desprejuiciada respecto a la sexualidad o a las relaciones parentales de las personas de pueblos indígenas. Calificar, por ejemplo, de «promiscuos» a mujeres y varones de pueblos indígenas, como lo hizo un personal de salud de Puerto Bermúdez (Región Pasco) durante la supervisión, tratando de explicar los embarazos no deseados o la expansión del VIH-SIDA, no sólo puede expresar una visión etnocéntrica sino, además, representar una excusa para eximirse de cumplir con las responsabilidades del Estado en relación con la salud sexual y reproductiva que, de acuerdo con el Minsa, «forma parte de la vida de las personas y se de-

sarrolla sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social».<sup>72</sup>

Al respecto, por ejemplo, en muchas culturas amazónicas existe la poliginia, o la posibilidad de unión de un varón con dos o más mujeres.<sup>73</sup> Entre las personas integrantes del pueblo indígena Ese eja, por ejemplo, existe fluidez y flexibilidad de las relaciones que se tejen alrededor de la sexualidad y tenencia a fin de crear un círculo de «aprovisionadoras» y «aprovisionadores» de los niños que ayuden a garantizar su sobrevivencia.<sup>74</sup> Igualmente, entre los Amahuaca, las alianzas sexuales que una mujer establece bien pueden ser con uno o más de los hermanos de su marido, que lo pueden reemplazar como aprovisionador en épocas de su ausencia. Bajo esas condiciones, es probable que se acepte la paternidad o copaternidad de sus hijos con otros hombres.<sup>75</sup>

El enfoque intercultural coadyuva a comprender ciertas prácticas de los pueblos indígenas en el marco de sus condiciones e historia. Pero sobre todo el personal de salud tiene la obligación de cumplir con los protocolos sobre salud sexual y reproductiva que incluye promover en las personas una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse. Esto implica que puedan tener acceso a métodos anticonceptivos de manera informada con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Por todo lo expuesto, los programas de salud en zonas indígenas deben tomar en cuenta las opiniones, concepciones y percepción de la salud y de la enfer-

---

<sup>72</sup> Página Webb de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. <http://www.Minsa.gob.pe/index.asp?op=6> (consulta: 8 de septiembre de 2014)

<sup>73</sup> Dradi resalta el apoyo que coesposas se dan en el trabajo de la chacra y la atención a los hijos. Dradi, Maria Pía. «La mujer chayahuita: ¿un destino de marginación?» Lima: Instituto Nacional de Planificación, Gobierno del Perú / Fundación Fredrich Ebert, 1987. En: Anderson, J. *Cambios y diversidad de situaciones familiares en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2004.

<sup>74</sup> Hay la sugerencia de que, en algunos grupos muy afectados por la cercanía de actividades económicas, oportunidades laborales para los hombres que implican desplazarse lejos por largos tiempos, movimientos violentistas u otros fenómenos que perturban el orden usual, el reconocimiento de múltiples padres constituye un mecanismo de seguridad: «pase lo que pase con el esposo de la madre, habrá un varón (o más) que asuma el papel de proveedor, guía y protector.» Peluso, D. M., & Boster, J. «Partible parentage and social network among the Ese Eja.» En P. Valentine & S. Beckerman (Eds.), *Cultures of multiple fathers: The theory and practice of partible paternity in South America* (pp. 137–159). Gainesville: University Press of Florida, 2002. Revisión bibliográfica de la Dra. Jeanine Anderson para un informe sobre la infancia indígena encargado por UNICEF.

<sup>75</sup> Dole, Gertrude E. «The Marriages of Pacho: A Woman's Life among the Amahuaca.» En *Many Sisters: Women in Cross-Cultural Perspective*, edited by Carolyn J. Matthiasson, 3-35. New York: Free Press, 1974.

medad que tienen los propios pueblos indígenas evitando extrapolar modelos urbanos ajenos a la realidad social e idiosincrasia de estas poblaciones. Ello permitirá mejorar el grado de confianza y satisfacción sanitaria de la población, y el incremento de los indicadores de salud.

#### **4.4 LA REDUCCIÓN DE LAS BARRERAS ECONÓMICAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

El grado de aceptación y legitimidad del servicio de salud está en función de la receptividad y capacidad de respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que se atiende. La pobreza es un factor social determinante de la salud, por ser una condición que genera una mayor probabilidad de que las personas contraigan enfermedades, en razón de sus precarias condiciones de vida.

En efecto, según cifras oficiales del censo del 2007, la incidencia de pobreza total en la población indígena es aproximadamente el doble (55%) de la registrada en la población cuya lengua materna era el castellano (29%). Al interior de la población indígena los pueblos indígenas amazónicos son los que enfrentan una mayor incidencia de pobreza total (81%) y extrema (41%).

El Estado debe, en este sentido, promover políticas en salud que respeten y protejan el derecho a la salud, con énfasis en la población más pobre y excluida que, por efecto de límites económicos y geográficos, entre otros, ve lejana la posibilidad de su acceso a los servicios de salud. Eliminar estas barreras de acceso para la población indígena implica contar con un sistema que permita el financiamiento público de las prestaciones de salud en favor de los más pobres y excluidos.

En este marco, la Política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) busca garantizar que toda la población nacional cuente con un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud, con calidad y de manera oportuna. Es a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que el Estado y, específicamente, el Minsa, procura que las poblaciones más vulnerables y con menores recursos económicos, como lo es un sector amplio de los pueblos indígenas, accedan a los servicios de salud.

De esta manera, el SIS es una de las políticas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento público de la población más pobre del país, que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad. Su creación respondió al reconocimiento de la necesidad de que el Estado abordase su obligación de proteger el derecho a la salud de la población más pobre y excluida.

Sin embargo, durante la supervisión realizada se ha podido observar que aún subsisten diversas dificultades que impiden alcanzar el objetivo del aseguramiento universal de la población y consecuentemente garantizar su derecho a la salud. Entre estas dificultades podemos encontrar las que están directamente vinculadas con el proceso de afiliación. En efecto, para ser beneficiario del SIS se requiere que el usuario tenga su Documento Nacional de Identidad (DNI) vigente, no tenga otro seguro de salud y esté registrado en el Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares.

No obstante, en la medida que el 90% de los establecimientos de salud supervisados no cuenta con internet, se deriva la información a un centro de digitación para que se inicie el proceso de afiliación. La lejanía y dispersión geográfica genera que el personal de salud, en muchos casos, envíe esta documentación a la microred mensualmente, aprovechando la visita que debe hacer a la microred para la entrega de los informes que debe realizar.

Esta situación origina una demora para las personas usuarias en su acceso al sistema pues el tiempo que emplean para devolver los resultados de la evaluación a los establecimientos puede demorar hasta seis meses. «Algunos bebidos no tienen [SIS]. Por ejemplo, yo tengo mi nietita, ya tiene su DNI, pero no su seguro. Acá me dicen que el seguro no llega, que lo tienen que traer de Palcazu. Hace como tres meses que lo hemos tramitado, pero lo que no llegan son los formatos. Esas criaturas no tienen seguro, se enferman y tienen que comprar medicina». (GF Mixto, CN Puerto Amistad, Pasco). Esto a pesar de que la Directiva estipula que el centro de digitación tiene un plazo de 15 días hábiles para devolver el documento con la respuesta al establecimiento.<sup>76</sup>

En los establecimientos sin internet, de acuerdo con la citada Directiva, el personal de salud es responsable directo del seguimiento del proceso de afiliación al SIS. Además de señalar a la usuaria o usuario la fecha en que debe retornar para recoger el resultado de su solicitud de afiliación. Sin embargo, en algunos casos las propias personas usuarias se ven obligadas a acudir a los centros de digitación para indagar sobre los motivos del retraso y de ser el caso solucionar los problemas que dificultan el referido proceso.

Un ejemplo de esta situación es lo informado por los pobladores de la comunidad nativa Nueve de Octubre, en la provincia de Ucayali (Región Loreto), quienes señalaron que ante sus reiteradas visitas al puesto de salud de San Luis de

---

<sup>76</sup> Directiva Administrativa N° 001-2012-SIS/GA, aprobada por la Resolución Jefatural N° 190-2012-SIS.

Charasmaná, para indagar sobre los resultados de su afiliación, el personal de salud les dijo que fueran a solucionar el problema a la propia ciudad de Contamana, a una distancia de 20 horas, vía fluvial. «Yo mismo me he ido a sacar a Contamana. El técnico me dice también lo que dice el amigo, que se ha perdido cuando estaban arreglando el hospital. No sé adónde lo habrán botado [mis documentos] o lo habrán quemado, no sé. Yo me he acercado al hospital, yo ya tengo». (CN Nueve de Octubre, Contamana, Loreto).

Asimismo, existen condiciones propias de cada red que dilatan la obtención del SIS. Por ejemplo, en el puesto de salud Antigua Honoría y el puesto de apoyo Dos Unidos, en Huánuco, el personal manifiesta que no realizan afiliaciones desde marzo del 2013. La explicación que les han brindado desde la Unidad de Seguros de la Red de Salud Leoncio Prado es que, al estar el establecimiento adscrito a la recién creada Red de Salud Puerto Inca, escapa de su competencia afiliar a la población asignada a otra circunscripción. No obstante, si bien es cierto que la mencionada red ha sido creada, los establecimientos aún continúan siendo administrados por la Red Leoncio Prado.

También se exige requisitos no contemplados en la ley. Así, se han presentado casos en los que se solicita para la afiliación estar registrado en los censos locales que realizan los establecimientos de salud. La exigencia de este último requisito perjudicó a la población de la comunidad nativa San Francisco de Cahuapana, debido a que hasta el año 2010 pertenecía al distrito de Puerto Bermúdez. Luego pasó a formar parte del recientemente creado distrito de Constitución<sup>77</sup> y a la nueva microred de salud. Sin embargo, como hasta la fecha de la supervisión no se había realizado ningún censo de la población que atiende, los pobladores no podían cumplir con acreditar este requisito y acceder a la gratuidad del servicio.

Al respecto, es necesario señalar que la exigencia de determinados requisitos no contemplados en la citada Directiva, tal como lo observado en la región Pasco, además de la grave afectación al derecho a la salud previsional y su componente de accesibilidad en agravio de los pobladores indígenas del lugar, constituyen un acto arbitrario de la autoridad administrativa y consecuentemente pueden devenir en faltas administrativas pasibles de sanción.

---

<sup>77</sup> En junio del año 2010 se creó el distrito *Constitución* a través de la ley 29541. Sin embargo, el primer alcalde juramentó a inicios del año 2012. Asumimos que debido a ello, los cambios en la circunscripción de las microredes también tardaron en efectuarse.

De otro lado, es importante señalar que el 90% del personal de salud entrevistado responde que el principal problema en la afiliación de las personas usuarias al SIS se debe a la falta de su documento de identidad. Las campañas gratuitas promovidas por el Reniec para la mayoría de pobladores indígenas son la única forma de poder acceder al DNI. Ello debido a los altos costos que les ocasionaría trasladarse hasta las ciudades para tramitar personalmente dicho documento.

No obstante, las opiniones favorables sobre el desarrollo de estas campañas gratuitas y su importancia en el circuito de la documentación, los pobladores de diversas comunidades nativas señalaron que el escaso nivel de coordinación que existe para informar sobre las fechas en que arribarán los equipos del Reniec y el tiempo que permanecerán en determinado lugar, no permite que los jefes de las comunidades nativas informen a su vez de su presencia a los pobladores de su comunidad y en especial de las aldeañas. Esto limita, en algunos casos, la participación de aquellos que viven más alejados. «A veces no se anticipa [con suficiente tiempo]. Por eso estoy exigiendo a la registradora de Pangoa que tienen que comunicar a tiempo para yo comunicar a la gente cuando esté presente, cosa que llegan y ahí está ya». (Varón, CN Potsoteni, Junín).

Otra razón identificada por los entrevistados, se encuentra en los errores de registro en la documentación. Es frecuente que los datos brindados para el DNI y los consignados en la partida o acta de nacimiento no coincidan, lo que genera dilatación en la obtención del documento de identidad, debido a la rectificación que debe efectuarse: «No sé cuál serán los requisitos para ser registrador civil (...) Pero, tú lo pones a un muchacho de quinto año de secundaria [como registrador civil y] en vez de escribir con S escribe con T. Entonces, ahí es el problema de que malogran su nombre de esa señora y no lo escriben como debería de ser (...) Entonces ¿qué hacen? Reniec lleva y en Lima le rebota porque tienen en el sistema, aquí te faltó, lo traen nuevamente, ese es el problema yo diría». (CN Alianza Cristiana, Andoas, Loreto).

Cabe señalar que el Minsa también ha identificado este problema. Por ello, en el marco de la reforma del Sector Salud, aprobó el Decreto Legislativo N° 1164, que en su artículo 5° hace mención a la afiliación temporal de personas no inscritas en el Reniec, estableciendo un plazo de 45 días. Lo positivo de esta norma es que extiende la cobertura poblacional a otras personas que no estaban contempladas en la Directiva N° 01-102-SIS/GA.<sup>78</sup> Sin embargo, el tiempo que establece para

---

<sup>78</sup> El artículo 2° del D.L. N° 1164 establece incorporar de manera directa al régimen de financiamiento subsidiado a la población residente en los Centros Poblados Focalizados, el 3° en forma directa a las personas que no residen en una unidad de empadronamiento (centros penitenciarios, centros de aten-

regularizar la presentación del DNI resulta insuficiente, sobre todo en aquellos casos en los que se debe tramitar una rectificación administrativa o judicial de los datos registrados erróneamente en las actas de nacimiento.

Otro problema que también se ha identificado en la supervisión es la insuficiente información que se brinda a las personas sobre la cobertura del SIS, y sus derechos. Esto impide que puedan exigir, al personal de salud, un servicio acorde a la cobertura de su seguro. «El (SIS) es insuficiente, porque incluso hay malas informaciones, que el seguro se va a utilizar cada mes o bimensual, o hasta que venza el costo que tiene. Hay tantos comentarios que para eso habíamos solicitado al centro de salud que informe a la población claramente. Ahora, ¿cuál es la forma del SIS?, ¿cuánto, cuántas atenciones se tiene que hacer, mensual trimestral, semestral o anual? Pero todavía no lo están haciendo» (CN El Naranjal, Tournavista, Huánuco).

El Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en su artículo 11°, sobre funciones de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud –en este caso el SIS– establece que con la finalidad de que los y las aseguradas comprendan el objeto y la cobertura del seguro deben emplear «el idioma que entiendan».

Asimismo, se ha podido observar que el personal de salud desconoce lo establecido por las normas que regulan el SIS, por ejemplo, sobre quién debe asumir el costo de la referencia en casos de emergencia. Personal del puesto de salud de Antigua Honoría (Puerto Inca, Huánuco) desconocía que el SIS debía cubrir los viáticos del personal que acompaña al paciente en caso de referencias por emergencias.

La falta de información ha dado lugar a que ocurran algunas situaciones irregulares, tales como la realización de cobros indebidos o la restricción, de forma arbitraria, de la atención a horarios establecidos por el personal de salud. «Una vez a mi hijo no se qué le había picado, fui y no me han atendido. Me dijeron «no es hora de atención, y no me han atendido a mí. Me dice ¿quieres? entonces me pagas los 10 soles para que me ponga la vacuna. Pero yo no tenía dinero» (CN Puerto Amistad, Puerto Bermúdez, Pasco), «Hay personas que tienen su seguro, le dicen que tal día es atención con seguro y tal otro no. Según la enfermera, así dice». (CN Santa Rosa de Río Pisqui, Contamana, Loreto).

---

ción residencial de niñas, niños y adolescentes, centros juveniles, y personas en situación de calle), y el 4° de manera progresiva a las gestantes y a los grupos poblacionales entre 0 y 5 años siempre que no cuenten con otro seguro de salud.



Muchos de los beneficiarios no pudieron realizar dichos pagos por no contar con recursos económicos. Además, indicaron que en algunos establecimientos de salud les señalaron que se acerquen a los consultorios particulares de los profesionales a fin de que lleven a cabo exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico, lo cual constituía un pago adicional.

Asimismo, durante la supervisión realizada se tomó conocimiento de que, en algunos establecimientos, el personal de salud exige a las personas usuarias realizar trabajos de corta duración, como por ejemplo «machetear» la hierba que crece en los alrededores del establecimiento de salud, a cambio de entregarles medicamentos o las porciones de alimentos que envían los programas sociales. En un establecimiento de salud de la provincia de Satipo (Junín), el personal del puesto exigía el pago de S/. 15.00 para la renovación de su Seguro Integral de Salud.<sup>79</sup>

La Directiva<sup>80</sup> que regula el proceso de reembolso por traslado de pacientes asegurados al SIS, en casos de emergencia, establece que cubre el transporte ya sea por vía aérea, terrestre, fluvial, lacustre, marítima o mixta. Éste puede ser desde el domicilio del paciente o un centro asistencial hacia otro establecimiento de mayor nivel para su atención. Inclusive, si es que fuese referido por un agente comunitario de salud, desde una comunidad nativa hasta el establecimiento más cercano, el costo es reconocido. Se contempla, además, el acompañamiento de un pariente, así como la contrarreferencia.

Según lo informado por el personal de salud, el SIS solo cubre los costos de traslado de emergencia en 22 establecimientos visitados. Sin embargo, solo 12 indicaron haber brindado la cobertura total del traslado. En los otros 10, estos gastos fueron compartidos por el personal, los familiares del paciente y/o la comunidad. «Mire, mis dos hijos y mi esposa se habían quemado en un incendio [...] Y de ahí, mire, no puedo reclamar, me olvido nomás. ¿Quién ha colaborado ahí? El técnico ni se ha preocupado, ni una ampolla ha puesto y también ni se ha preocupado de combustible, ni moverse. Yo puse un bidón de cilindro para llevarlos y de eso no reclamo». (GF Mixto, CN Sabaloyacu, Andoas, Loreto).

<sup>79</sup> Expediente N° 11082013000782 tramitado por el Módulo de Atención Defensorial de Satipo.

<sup>80</sup> Directiva Administrativa N° 001-201-SIS-GNF, que regula los procedimientos para el traslado de emergencia de los inscritos o asegurados al Seguro Integral de Salud. Aprobada mediante Resolución Jefatural N° 161-2011/SIS.

En casos de emergencia, la o el usuario puede ir acompañado por un pariente. Los gastos de traslado y alimentación de este acompañante están cubiertos por el SIS. La Directiva estipula que el centro que brinda la atención deberá entregar un subsidio diario de alimentación, que puede consistir en alimentos preparados (tres raciones al día) o en dinero (diez nuevos soles).<sup>81</sup> Sin embargo, la Directiva no menciona el concepto de hospedaje del acompañante, quien termina asumiendo estos costos. Al acudir referenciado a establecimientos localizados en zonas urbanas, por lo general, el paciente y su acompañante no cuentan con una red de apoyo que pueda acogerlos. «Ellos [el puesto de salud] ponen donde te van a llevar: el suero nada más. Todo el gasto por ejemplo vamos a gastar nosotros: alimento, hospedaje, todo vamos a gastar». (GF Mujer, CN Nueva Unión, Ucayali).

La falta de hospedaje, el incumplimiento del subsidio por alimentación y el pago por medicamentos que no están disponibles en la farmacia constituyen razones importantes para disuadir a las o los usuarios de buscar ayuda ante una emergencia. A pesar de ello, solo 12 establecimientos visitados consideran una dificultad que el SIS no cubra los gastos de alimentación y hospedaje.

Cuando se ha solucionado el problema de salud o se ha resuelto de manera parcial la salud del paciente, el establecimiento de referencia devuelve el cuidado de la atención de la salud al establecimiento de origen. A este proceso administrativo-asistencial se le conoce como contrarreferencia. El SIS contempla el pago del retorno del paciente y del familiar que lo acompaña. Sin embargo, el personal de salud afirma que son pocos los casos en que se cumple con ello. Estos derechos son desconocidos por el paciente y vienen siendo incumplidos por los trabajadores de salud. «Uno mismo ve. Nada, tú ya ves cómo vas a volver, si estás muerto te dejan botado por ahí. Yo fui para dar a luz; de cocinera tuve que hacer para poder regresar. No podía volver con el bebé, me quedé 4 días. (...) El SIS no te cubre todos los gastos». (CN Loboyacu, Andoas, Loreto).

Así, el derecho a la salud de las y los usuarios se ve menoscabado en diferentes aspectos cuando barreras de acceso económico y geográfico impiden un ejercicio efectivo de este. En ese sentido, es necesario que el Ministerio de Salud evalúe las situaciones advertidas y emita los correctivos necesarios a fin de que no se impida a la población indígena recibir atención en salud, sobre todo cuando un sector

---

<sup>81</sup> Directiva Administrativa N° 001-2011-SIS-GNF, emitida mediante Resolución Jefatural N° 161-2011/SIS.

de la población indígena no tiene DNI, debido a dificultades para realizar los trámites requeridos o errores registrales con sus nombres indígenas. Se requiere, por ello, fortalecer el trabajo intersectorial con el Reniec, a fin de documentar a la población que, según los establecimientos de salud, no cuenta con DNI.

#### **4.5 CAPACIDAD DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD A LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

##### **4.5.1 Insuficiente dotación de medicamentos y vacunas**

Otro aspecto preocupante identificado durante la supervisión tienen que ver con la cantidad de medicamentos y vacunas que se provee a cada establecimiento de salud. Si bien la gran mayoría de establecimientos visitados se encuentran provistos con medicamentos para la atención de las diversas enfermedades de la población indígena, la dotación de estos, en algunos casos, resulta insuficiente.

Así por ejemplo, 45 de los establecimientos supervisados cuentan con medicamentos para atender las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y 46, para las enfermedades diarreicas agudas (EDAS). Sin embargo, en casi el 40% de los casos el personal entrevistado manifestó que la cantidad es insuficiente para el total de pacientes,<sup>82</sup> en especial en los establecimientos de salud de las microredes de Atalaya y Sepahua (Ucayali); y de Andoas y Contamana (Loreto).

Similar situación ocurre en el caso de la malaria.<sup>83</sup> Los 16 establecimientos que reportaron atender a pacientes con dicha enfermedad, manifestaron contar con los medicamentos necesarios para su atención. No obstante, en cuatro de ellos, el personal señaló que la dotación resultaba insuficiente debido a que la zona de su circunscripción es altamente endémica y la prevalencia de dicha enfermedad es alta.

Asimismo, en 42 establecimientos visitados el personal de salud informó tener medicamentos para el tratamiento de las enfermedades de la piel, pero solo el 64% de ellos señaló contar con la cantidad suficiente para atender la demanda.

---

<sup>82</sup> Esta información se obtuvo de las respuestas proporcionadas a dos preguntas formuladas en la ficha de supervisión aplicada. La primera: si el establecimiento contaba con medicamentos para una lista de enfermedades que se adjuntó, y, segunda, si de acuerdo al criterio del personal de salud entrevistado esta dotación era suficiente para cubrir la demanda.

<sup>83</sup> Según el documento *Análisis de situación de salud del Perú* del Minsa, en el 2012 el 79.3% de notificados con malaria pertenecían a la región de Loreto. Asimismo, la Dirección General de Epidemiología, señala que otras zonas consideradas de mayor riesgo de transmisión son la selva central y el Valle de los Ríos Apurímac Ene y Mantaro (Vraem).

Una situación similar ocurre en el caso de los medicamentos para la atención de pacientes con ITS. Del total de puestos de salud visitados, 37 informaron contar con el tratamiento, pero, solo a 22 les alcanzaba para cubrir la atención de las personas infectadas.

En cuanto al VIH/Sida, sólo dos de 10 establecimientos que reportaron atención a pacientes con este diagnóstico señalaron tener el tratamiento antirretroviral; tres respondieron que suelen solicitarlo a sus respectivas microredes. Mientras que establecimientos como Contamana y Nuevo Andoas, que reportan tener pacientes con dicha enfermedad, no cuentan con el tratamiento.

De igual forma ocurre para la atención de la tuberculosis.<sup>84</sup> Pese a que 26 establecimientos de salud reportaron atender a pacientes con esta enfermedad, sólo 18 indican contar con los medicamentos para su tratamiento, y únicamente 12 de ellos podían brindar un tratamiento farmacológico completo. Siete manifestaron no contar con ningún medicamento para su atención y uno no proporcionó información al respecto.

Por otro lado, resulta especialmente preocupante haber identificado establecimientos de salud con precarias condiciones para el almacenamiento y la disposición de los medicamentos; donde los ambientes destinados para tal fin ponen en riesgo su conservación. Es el caso, por ejemplo, de los puestos de salud de Santa Rosa del Río Pisquis (Contamana) y Diamante (Manú). Tal como puede apreciarse en las Fotografía N° 2 y 3, se advierten medicamentos ubicados directamente en el piso y en condiciones poco higiénicas.

---

<sup>84</sup> De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 104- Minsa/DGSP V.01, son los establecimientos de primer nivel de atención los responsables de la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de tuberculosis.



**Foto 2.** Puesto de salud de Santa Rosa del río  
Pisquis (Loreto).

**Foto 3.** Puesto de salud de Diamante  
(Madre de Dios).

En otros casos, como Sabaloyacu (Loreto), se pudo apreciar que los medicamentos se encontraban contenidos dentro de cajas de cartón abiertas, expuestas al sol y al polvo, además del posible riesgo de humedecerse por su ubicación sobre el piso y/o contaminarse por estar almacenados con otros elementos (pilas).



**Foto 4.** Puesto de salud de Sabaloyacu (Loreto).

Del mismo modo, en la Fotografía N° 4 se aprecia que en el establecimiento de Puija (Ucayali) se encontraron cajas ubicadas frente a los anaqueles de los medicamentos, impidiendo el libre desplazamiento del personal para la dispensación de los mismos.

En cuanto a las condiciones de higiene, se observó que de 34 establecimientos 22 cumplen con este requisito. Mientras que otros 12 mantienen prácticas poco salubres, tal como se observa en la Fotografía N° 6, donde se advierte medicamentos almacenados junto a material desechable acumulado y a los artículos de limpieza.



**Foto 5.** Puesto de Salud Puija (Ucayali).



**Foto 6.** Puesto de salud Andoas Nuevo (Loreto).

Finalmente, se observó que en los puestos de salud de Santa Rosa del Río Pisqui (Contamana); Andoas Nuevo y Sabaloyacu (Andoas); Santa Martha y Dos Unidos (Puerto Inca); Chipe, Numpakain, Wajuyat y Duran (Imaza); y, Diamante (Manu), los espacios destinados para el almacenamiento y conservación de los medicamentos se encontraban desordenados.

En relación a las vacunas, es importante señalar que la OMS las define como cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad, estimulando la producción de anticuerpos.<sup>85</sup> Por tal motivo, con la finalidad de prevenir y controlar diversas enfermedades, en especial en los más pequeños, dicho organismo ha señalado que la cobertura esperada de vacunación en niños y niñas menores de doce meses es del 95%.

Según las cifras reportadas en el 2012 por el Inei, en el Perú el promedio nacional alcanzado sólo fue del 77.1% y en regiones como Loreto y Amazonas evidencian índices menores, 61.7% y 63.3%, respectivamente. Hay que considerar que estos datos no informan de la cobertura en las poblaciones indígenas con lo que el

<sup>85</sup> Puede verse en: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

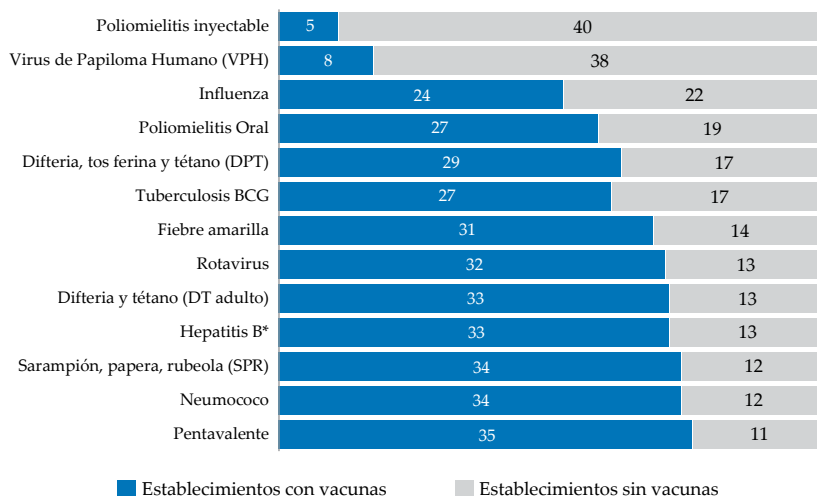
porcentaje de cobertura sería más bajo por las precarias condiciones de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud.

En el país, las vacunas aprobadas oficialmente se administran siguiendo un orden cronológico y secuencial, establecido en el Esquema Nacional de Vacunación. La aplicación de este esquema es de cumplimiento obligatorio por todas las entidades públicas, privadas y mixtas del Sector Salud. Además, el Estado brinda este servicio de manera gratuita y garantiza la provisión de los insumos para su cumplimiento. Por tal motivo, en la supervisión realizada se verificó la disponibilidad, en los puestos de salud, de 13 de las 15 vacunas aprobadas en el referido Esquema Nacional.

Como puede verse en el Gráfico N° 3, la mayoría de establecimientos tienen las vacunas para prevenir y/o controlar las diversas enfermedades que aquejan a los niños y niñas en nuestro país. Sin embargo, también se observa de manera preocupante que una cantidad importante no cuenta con dichos insumos para combatir enfermedades muy graves, como la poliomielitis, para la cual sólo cinco establecimientos reportaron contar con la vacuna en forma de inyectable y 27, en su presentación oral.

De la misma forma ocurre en el caso de enfermedades como la Hepatitis B y la Tuberculosis (BCG), para las cuales la norma técnica establece que las vacunas deben ser aplicadas a los niños y niñas dentro de las 24 y 48 horas de nacido, respectivamente, de lo contrario su efectividad disminuye. No obstante ello, en la supervisión se tomó conocimiento (Gráfico N° 3) que sólo 33 establecimientos (de los 46 visitados) cuentan con las vacunas para la primera de ellas, y 27 para la segunda. Por lo tanto, la salud de la población indígena infantil atendida en aquellos puestos de salud carentes de dichas vacunas, se encuentra en grave riesgo.

**Gráfico N° 3**  
**Disponibilidad de vacunas en establecimientos de salud**



\* En la ficha de supervisión no se especificó la presentación de la vacuna. Si es en frasco monodosis para recién nacidos y menores de un año, o multidosis, para aquellos mayores de cinco años.

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas. Supervisión 2013  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, el Gráfico N° 3 nos permite observar que solo 34 establecimientos cuentan con vacunas neumococo y 32, con rotavirus, a pesar de que son estas las que ayudan a prevenir las enfermedades más prevalente en la infancia, tales como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

En promedio los establecimientos cuentan con diez tipos de vacunas. Sin embargo, se encuentran algunos que solo tienen siete, como Loboyacu (Loreto); Chiquitavo y Alto Chencoreni (Ucayali). O, casos más extremos como el de Sabaloyacu, en Andoas, cuyo stock solo comprende las vacunas antipolio oral, BCG, neumococo, hepatitis B, DPT y DT.

Lo descrito muestra la vulnerabilidad en la que se encuentra la población indígena infantil de nuestra Amazonía peruana y la necesidad de que se tomen medidas urgentes para revertir esta situación que afecta su derecho a la salud.

De otro lado, durante la supervisión también se pudo conocer, a través del personal de salud entrevistado, que uno de los problemas que afrontan recurrentemente es el desabastecimiento de las vacunas debido a que, en algunas ocasiones, las cantidades recibidas no concuerdan con su requerimiento y, en otras,



porque tienen que ser devueltos por haber llegado en mal estado<sup>86</sup> o próximas a su fecha de vencimiento.<sup>87</sup>

Es importante señalar que la rabia silvestre, transmitida principalmente por la mordedura de murciélagos, es una enfermedad que afecta gravemente la salud de las personas, en especial de los niños, niñas y adolescentes, llegando incluso a causar la muerte de no recibirse el tratamiento de manera oportuna. Por tal motivo a pesar de que, no se encuentra en el Esquema Nacional de Vacunación, su uso debería ser de carácter obligatorio en las zonas donde hay alta prevalencia de mordeduras para prevenir el contagio.

De acuerdo con información proporcionada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Zoonosis y las Diresa, entre el 2009 y el primer trimestre del 2013 se reportó a nivel nacional un total de 20, 261 personas mordidas por murciélagos, siendo las regiones de Loreto, Junín, Cusco y Amazonas, las que reportaron mayor cantidad de casos. Inclusive en esta última región, específicamente en Bagua, el 2011 se registró 19 personas fallecidas.

Por tal motivo, la Estrategia Sanitaria Nacional de Zoonosis, consideró pertinente implementar como medida de prevención el «Plan de vacunación antirrábica de pre-exposición con vacuna de cultivo celular en comunidades de selva amazónica y selva central en riesgo de rabia 2011-2013», el mismo que se inició en la región de Amazonas y posteriormente se incorporó a las comunidades nativas consideradas de alto riesgo de Cusco, Loreto y Junín. Sin embargo, para el 2013, del total de la población asignada a vacunar (121 235), solo se cumplió con el 42.7%. Si bien Amazonas es la región en la que más personas se han vacunado, esto representa apenas el 39.9% del total de su población.<sup>88</sup> No obstante, en el 2012 la Diresa Cusco informó de un brote de dicha enfermedad en la comunidad nativa de Camana, distrito de Echarate, que ocasionó la muerte de siete menores indígenas.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Información reportada por personal del establecimiento de Salud de Maime (Pasco).

<sup>87</sup> Información reportada por personal del establecimiento de Salud de Palotoa (Madre de Dios).

<sup>88</sup> Información proporcionada por la Dirección General de Salud de las Personas (Minsa) mediante Oficio N° 1667-2012-DGSP/Minsa

<sup>89</sup> Mediante Oficio N° 2587-2012-SG/Minsa, se informó a la Defensoría del Pueblo que sólo en dos casos se pudo determinar que la causa de muerte de los siete niños fallecidos había sido la rabia silvestre, y que, además de las acciones de vacunación como medida de prevención se habían desarrollado otras acciones de educación sanitaria, protección de la vivienda para evitar el ingreso de murciélago, y la adquisición de mosquiteros.

En la supervisión se encontró que las vacunas de pre-exposición solo existían en seis establecimientos: Chipe, Wajuyat y Chiriaco (Bagua); Yaviro (Satipo); y en Constitución y Puerto Bermúdez (Oxapampa). En el caso de las de post-exposición se encontró en similar cantidad de establecimientos: Nazaret, Chipe, Wajuyat y Chiriaco (Bagua); Puerto Bermúdez, (Oxapampa), y Potsoteni (Satipo).

El ofidismo es una de las enfermedades con mayor prevalencia en las zonas rurales de la Amazonía. Es producida por la inoculación del veneno de serpiente en alguna parte del cuerpo humano.<sup>90</sup> Durante el 2013 se registraron 2,143 personas mordidas por serpientes,<sup>91</sup> de las cuales 1,505 fueron en las regiones de Ucayali, Loreto, Huánuco, Junín, Amazonas y Madre de Dios.

No todas las mordeduras de serpientes tienen la misma gravedad y solo algunas, dependiendo de la especie de la víbora, requieren el uso de sueros antiofídicos. Sin embargo, para determinar la gravedad del accidente y evaluar la necesidad de administrar el suero antiofídico, la atención del paciente debe ser inmediata, ello debido a que el suero debe ser suministrado dentro de las primeras cuatro horas de producido el envenenamiento, tal como lo establece el Informe Técnico de la Dirección General de Insumos y Drogas.<sup>92</sup>

A pesar de ello, en la supervisión se encontró que solo 19 de 47 establecimientos supervisados contaban con el suero antiofídico. De ellos seis son centros de salud de categoría I-3 o I-4; y 13 son I-1 o I-2; la mayoría de estos solo cuentan con personal técnico en enfermería.

De acuerdo con lo manifestado por diversos funcionarios y funcionarias de salud entrevistadas, la insuficiente disponibilidad de sueros antiofídicos en establecimientos I-1 o I-2, se debe a la complejidad del suero, pues este solo debe ser manipulado por médicos, además de que en caso ocurriera una reacción de hipersensibilidad al suero, en estos establecimientos no existen los medicamentos para su tratamiento. Por tal motivo, ante los casos de mordedura de serpiente la indicación es referirlo rápidamente a un establecimiento de mayor complejidad.

---

<sup>90</sup> La mayoría de los casos son ocasionados por el género *Bothrops* y, en menor medida, *Crotalus* y *Lachesis*.

<sup>91</sup> Datos preliminares proporcionados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Zoonosis sobre el número de accidentes por animales ofídicos ponzoñosos reportados por las direcciones regionales de salud durante el periodo 2013.

<sup>92</sup> Minsa. «Suero Antiofídico liofilizado inyectable Informe Técnico N° 12.» Medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, 2007.

Sin embargo, como ya se ha explicado anteriormente, la referencia de un paciente de una comunidad nativa o una zona rural dispersa hacia a un establecimiento de mayor complejidad, puede resultar sumamente complejo y requerir mayor tiempo del requerido para la administración del referido suero. Por ello, urge pensar en soluciones pertinentes ante esta compleja realidad.

De otro lado, la cadena de frío es un sistema de procesos que permite la conservación, el manejo y la administración de las vacunas, dentro de rangos de temperatura adecuados para su conservación.<sup>93</sup> Si bien en los últimos años el Minsa, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, ha logrado mejorar la cadena de frío, aún se presentan dificultades para lograr un adecuado mantenimiento preventivo de los equipos, así como la renovación periódica de los mismos.<sup>94</sup> A su vez, todavía hay un importante porcentaje de establecimientos que no cuentan con equipos refrigerantes y entre los que sí cuentan con ellos, la conservación de las vacunas tampoco está garantizada.

Durante la supervisión se encontró que 37 establecimientos cuentan con un equipo de cadena de frío. Sin embargo, en cinco establecimientos nos informaron que sus equipos se encuentran inoperativos y en otros cinco, que no cuentan con dichos equipos, motivo por el cual el requerimiento de vacunas se realiza de acuerdo con la cantidad de niños y niñas que lo requieren. En otros casos, deben esperar el arribo del personal de los equipos itinerantes.

Asimismo, se observó que, en algunos casos, el funcionamiento de los equipos refrigerantes es en base a electricidad, y en otros por gas propano o energía solar. En aquellos que usan el gas, como Tayakome (Madre de Dios), el personal señala que el balón de gas les alcanza para un promedio de 15 días y su adquisición resulta compleja debido a la distancia de la comunidad nativa.

Por otro lado, en el puesto de salud de Antigua Honoria, (Huánuco) nos informaron que la Diresa les envió dos equipos que funcionan con electricidad, a pesar de que el personal indicó que no cuentan con luz eléctrica y, por lo tanto, requerían de equipos fotovoltaicos. Hasta la fecha de cierre del presente informe,

---

<sup>93</sup> Definición extraída de la Norma Técnica de Salud N° 058-Minsa/DGSP-V.01, aprobada mediante R.M. N° 600-2007/Minsa. P. 4.

<sup>94</sup> Castillo, Oscar et al. *Intervención pública evaluada: servicio de vacunación. Tercer Informe*. Documento consultado el 31 de marzo del 2014, en la siguiente página:  
[http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/eval\\_indep/2010\\_informe\\_final\\_VACUNACIONES.pdf](http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2010_informe_final_VACUNACIONES.pdf)

la Diresa Huánuco no ha recogido los equipos del establecimiento, y tampoco ha enviado los requeridos.

En la microred Andoas se observó que, no obstante tener equipos refrigerantes con unos pocos meses de antigüedad, estos ya presentaban averías. En otros establecimientos, como el de Chipe (Amazonas), señalaron que su equipo debería ser cambiado por tener varios años de antigüedad.

Cuando los niños y las niñas no acuden al puesto de salud el personal debe de realizar actividades extramurales de vacunación con la finalidad de completar el esquema de inmunización. Si además estos niños viven en comunidades alejadas, el personal debe tomar mayores precauciones para evitar que las vacunas pierdan su calidad. Por ello, la importancia de los termos porta vacunas que mantienen las vacunas a temperaturas necesarias por la existencia de paquetes fríos, los cuales tienen una duración de 32 y 72 horas como máximo.

De los 37 establecimientos que indicaron contar con equipos refrigerantes, 31 señalaron tener termos porta vacunas. Un caso específico, es el puesto de salud Alianza Cristiana, que tenía los termos, mas no los utilizaba por no tener cómo producir paquetes fríos. Por último, si bien los otros diez establecimientos sin equipos de cadena frío señalan que poseen los termos porta vacunas, tampoco tienen forma de generar estos paquetes fríos.

Según la Norma Técnica<sup>95</sup>, en los establecimientos de salud los equipos refrigerantes deben encontrarse entre 2° y 8° C. De lo contrario, los principios activos se estropean. Además, la temperatura del equipo debe ser medida dos veces al día y registrada en una hoja de control.

A pesar de ello, en la supervisión se observó que de los 37 establecimientos que cuentan con equipos refrigerantes, solo 32 se encontraban con temperaturas dentro del rango estipulado, mientras que en cinco, estos eran superiores a lo establecido.

En cuanto al registro diario, de 28 establecimientos observados, 22 llevaban el control de la temperatura y seis no contaban con dicho registro.

Si bien en el momento de la supervisión una parte significativa de los equipos refrigerantes mantuvo los niveles dentro del rango esperado, no necesariamente estos niveles son estables. Es por ello que se requiere contar con diversos dispositivos, como el *data logger*. Este dispositivo electrónico permite almacenar en su

---

<sup>95</sup> NTS N° 058-Minsa/DGSP-V0.1 emitida por R.M. N° 600-2007/Minsa.

memoria la información de la temperatura durante un tiempo programado, por lo general de un mes. Luego, esta información debe ser enviada a las microredes o redes para el control de los equipos.

De los 37 establecimientos que cuentan con equipos refrigerantes operativos, solo 19 poseen este dispositivo. Esto limita el monitoreo de la temperatura de las vacunas y, por ende, la efectividad de las mismas. Siendo así, corresponde recomendar a las redes de salud la adquisición y distribución de los *data logger*.

#### 4.5.2 Insuficiente capacidad logística y de transporte

Otro problema identificado se encuentra en la limitada capacidad de atención de los establecimientos supervisados. Esto produce restricciones en el disfrute del derecho a la protección de la salud de las personas que deben ser atendidas por estos establecimientos. En efecto, muchos de estos centros tienen que atender a más de una localidad, <sup>96</sup> viendo limitadas sus reales capacidades de atención. Así, por ejemplo, en el nivel I-1 hay 13 establecimientos de salud que atienden entre 3 a 5 localidades, 4 establecimientos que hacen los propio con 10 a 18 localidades, tal como se puede apreciar en el Cuadro N° 10.

**Cuadro N° 10**  
**Número de establecimientos de salud que atienden localidades según categoría**

N° de localidades bajo la jurisdicción del ES	I-1	I-2	I-3	I-4	Total
1 a 2	6	0	0	0	6
3 a 5	13	4	2	0	19
6 a 9	7	2	0	1	10
10 a 18	4	3	1	0	8
19 a más	0	0	2	2	4
Total	30	9	5	3	47

Fuente: Ficha a establecimientos de salud que atienden pueblos indígenas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>96</sup> El término «localidad» en el presente informe engloba a diversos núcleos poblacionales como son los siguientes: comunidades, centros poblados, anexos, caseríos, entre los principales.

La supervisión pudo corroborar casos en que un solo personal atiende establecimientos que tienen a su cargo un alto número de localidades. Esto resulta crítico si se consideran las distancias que existen entre las mismas, los problemas de falta de presupuesto para adquirir combustible y la carencia de medios de transporte. El caso extremo es el establecimiento de Quiteni (Región Junín) cuyo único personal es un técnico de enfermería que debe atender a 18 localidades.

También se recogieron múltiples quejas de usuarios y usuarias del servicio de salud y de las organizaciones indígenas debido a las continuas ausencias del personal asignado a los establecimientos de salud. Entre otras cosas, ellos manifiestan que después de recorrer grandes distancias, llegan al establecimiento de salud y lo encuentran cerrado: «A veces venimos por gusto. Caminando, llegando, y nos informan diciendo que las enfermeras han salido y nosotros renegando tenemos que volvernos.» (CN Catoteni, Raymondi, Ucayali). «No nos comunica que va a salir a otra parte, y no hay atención, y tenemos que volver otra vez, a veces la persona no tiene, a veces canoa no tenemos, nuestra embarcancioncita, es lejos» (CN Centro Sheboja, Sepahua, Ucayali).

Sobre este hecho, en el Reglamento de establecimientos de salud se establece que el profesional responsable de la atención de salud debe permanecer en el establecimiento durante el horario de funcionamiento. Precizando que en caso de ausencia se dispone su reemplazo inmediato por otro profesional de la salud. Para tal efecto, es necesario que el establecimiento de salud prevea la línea de reemplazo.<sup>97</sup>

No obstante, en la supervisión se ha advertido que estas disposiciones no se cumplen con rigurosidad. Así por ejemplo, en las visitas de supervisión se encontraron cerrados los establecimientos de salud de Río Tambo y Pangoa (Junín), Constitución (Pasco) y Andoas (Loreto); y en otros cinco establecimientos no se encontró al personal en sus puestos de trabajo, aunque fueron posteriormente ubicados con el apoyo de la población. Esta ausencia del personal ocasiona que la población, sobre todo la que vive en comunidades diferentes a la que se encuentra el establecimiento, dude en acudir, incluso en casos de parto o emergencia.

---

<sup>97</sup> D.S.N° 013-2006-SA, que aprueba el «Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.» Artículo 36°.

Asimismo, deben considerarse las ausencias del personal durante los días de vacaciones, que en ocasiones se extienden cuando la Red de Salud les autoriza acumular las vacaciones con los días libres laborados, lo que puede sumar diez, quince o más días fuera de la comunidad. Tal situación resulta grave cuando el establecimiento se ve obligado a cerrar temporalmente porque no hay otra persona de reemplazo.

Frente a ello, las autoridades comunales demandan conocer el horario de atención, o que se les proporcione el cronograma de *salidas del personal*. Asimismo proponen que existan turnos de atención o que se contrate a más personal: «*Acá trabajan dos enfermeros. El pueblo ha dicho que haya dos para que uno cuando esté libre, ya se queda el otro, para que nos vea cuando nos enfermamos. Sin embargo, los dos se van, queda cerrado*». (CN Puerto Amistad, Puerto Bermúdez, Pasco).

Es importante notar que, en casi la mitad de los 47 establecimientos supervisados, el 49%, se nos informó que la medida que tomaba ante la necesidad de cerrar el establecimiento era dejar al agente comunitario de salud encargado. En el 45% manifestó que el establecimiento no quedaba nunca solo, pues había otro personal para atender. Sólo un el 6% se nos indicó que no se tomaba ninguna medida.

Al respecto, es importante precisar que si la ausencia del personal fuese por un corto período o por algunas horas se podría aceptar una medida como la dejar al agente comunitario de salud encargado del establecimiento. Pero si, como sucede, el personal suele ausentarse por varios días, se suscita una situación irregular reflejada en el incumplimiento de las funciones del personal y en la desatención de población a su cargo. Además, como ya se ha señalado, no existe un trabajo coordinado ni tampoco se le capacita al agente comunitario para que pueda asumir las funciones necesarias en caso de ausencia del personal de salud. Además según el mismo personal, los promotores no deben manejar medicamentos; y si los manejaran no reciben pago alguno para asumir esta responsabilidad.

En los cuestionarios enviados a las redes de salud se preguntó, además, acerca del número promedio de días al mes que el personal de salud puede ausentarse de sus establecimientos. Las cinco redes de salud que respondieron al cuestionario informaron que este número varía de 2 hasta 10 días. Dicho lapso está condicionado a la distancia entre el establecimiento y la Red de salud. Por ejemplo, la Red de Madre de Dios señala que son ocho días de permiso al personal, lo que significa tres días de desplazamiento más los cinco días libres correspondientes.

Asimismo, las y los usuarios indígenas manifestaron que no logran llegar al establecimiento de salud dentro del horario de atención, debido, principalmente, a la demora en el traslado desde sus lejanas viviendas. Ello los obliga a regre-

sar otro día o a pernoctar en la comunidad con los perjuicios que genera en lo económico, tiempo empleado y el eventual abandono de su casa y familia, o la exposición de sus pequeños hijos a los inconvenientes del clima (lluvia, frío, falta de higiene, entre otros).

El personal de salud debe cumplir con una jornada de seis horas diarias, situación que las personas usuarias consideran inadecuado, teniendo a la vista la compleja realidad de las comunidades nativas. Además, el horario puede ser discrecional, lo que no permite a quien lo utiliza programar su visita al establecimiento. En general, el horario del establecimiento de salud no se adecúa a la dinámica comunal, siendo un horario muy ciudadano o urbano. Otros establecimientos, reflejando falta de sensibilidad y pertinencia intercultural, incluso han tomado el sistema hospitalario de citas y obligan al fiel cumplimiento de cita sin considerar las múltiples circunstancias geográficas, climatológicas o de transporte que dificultan su cumplimiento. Las redes deberían impulsar que los horarios de atención sean acordados con las comunidades, de tal manera que tengan en cuenta su cotidianeidad.

Por otro lado, en la supervisión se ha verificado la existencia o no de un letrero en el frontis del establecimiento de salud registrando el horario de atención. Al respecto, el 73.8% de los establecimientos tenían este letrero pero se ha verificado que en algunos casos los letreros no reflejan el verdadero horario de atención, pues había inconsistencia entre la información consignada en el letrero y el horario proporcionado en la ficha de supervisión por el personal de salud.

De igual forma, se han advertido limitaciones con relación a los medios de transporte. En efecto, si bien cada establecimiento de salud requiere contar con un vehículo propio y exclusivo para las visitas extramurales y el traslado de pacientes, especialmente en situaciones de emergencia,<sup>98</sup> en la supervisión se verificó que 12 de los 47 establecimientos no disponen de unidades de transporte. Asimismo, 10 de los establecimientos presentan vehículos inoperativos por problemas técnicos. En 22 establecimientos el personal sanitario no puede movilizarse a través de un medio de transporte propio. Solo 25 poseen entre una y cuatro unidades de transporte operativas.

---

<sup>98</sup> El Minsa elaboró el Documento Técnico «Lineamientos para la elaboración del plan de equipamiento de establecimientos de salud», emitido mediante R.M. N°148-2013-Minsa, que establece la metodología que debe seguir cada Diresa para elaborar este instrumento de gestión con el propósito de identificar las necesidades y reposición de equipos, entre ellos los vehículos de transporte.



Situaciones críticas se han presentado, por ejemplo, en el centro de salud de Condamana, región Loreto, donde se tiene que esperar que el taxi-avioneta complete la venta de todos los asientos disponibles para poder despegar. Se debe tener en cuenta, además, que los vuelos están sujetos a condiciones climáticas y a las restricciones de horarios. Las dificultades pueden incrementarse dependiendo del momento en el que se presenta la emergencia. Por ejemplo, personal del puesto de salud de Alianza Cristiana (Región Loreto), cabecera de la microrred Andoas, señala que cuando la contingencia ocurre por la noche, no están preparados y corren un mayor riesgo al no contar con faros y motoristas disponibles. Algo similar manifiestan servidores de salud de Numpakaim, quienes enfatizan la peligrosidad de las emergencias nocturnas, sobre todo porque el transporte fluvial no está equipado con instrumentos básicos, como faros, sino que solo cuentan con linternas.

Una de las situaciones más graves identificadas se relaciona con la falta de transporte en la provincia del Manu (Región Madre de Dios), donde todos los establecimientos visitados carecen de vehículos o estos se encuentran inoperativos. Esta situación, aunada a las duras condiciones geográficas, el poco tráfico de embarcaciones y la insuficiente cantidad de combustible, limita aún más el acceso a los servicios de salud de las comunidades más alejadas. Un escenario así se presenta en la Red de Salud de Satipo (Región Junín), donde seis de nueve de los establecimientos supervisados carecen de unidades móviles para su traslado.

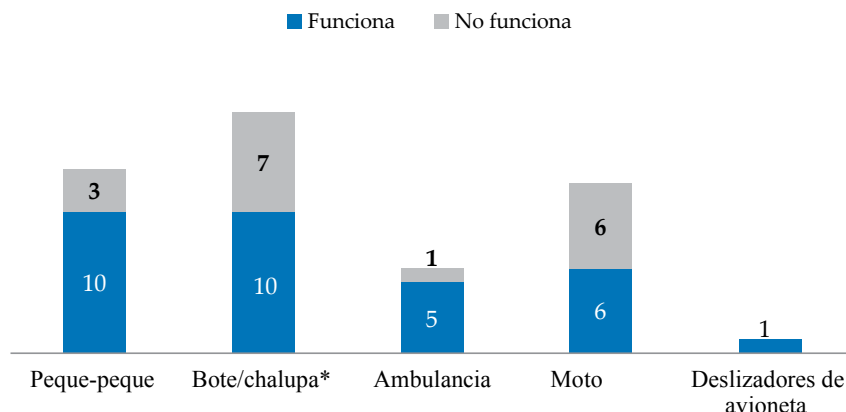
En la provincia de Bagua (Región Amazonas), tres de los ocho puestos de salud visitados (Duran, Nazareth y Wajuyat) no tienen vehículos de transporte. A nivel de toda la Red de Salud de Bagua, solo el 35.1% del total de establecimientos que atiende a población indígena cuenta con algún tipo de vehículo (ambulancia, motocarro, moto, chalupa o peque-peque).<sup>99</sup>

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 4, de los 13 peque-peques contabilizados, que, a su vez, corresponden a 13 establecimientos, 3 no se encuentran en funcionamiento. De otro lado, 7 de las 18 chalupas o botes de un similar número de puestos de salud están inoperativas. De acuerdo con lo señalado por el personal sanitario entrevistado, la principal razón de esta situación es el mal estado del motor o la pérdida o robo del mismo. La segunda razón es el deterioro de la embarcación o el mal diseño de la misma, que impide la navegación.

---

<sup>99</sup> Datos proporcionados por el director de la red de salud de Bagua, durante la reunión de trabajo con funcionarios de la red organizada por la Defensoría del Pueblo en agosto del 2013. En el cuadro presentado señalaban que el puesto de salud de Durán contaba con una moto. En la supervisión se observó que el puesto de salud carecía de dicho medio de transporte.

**Gráfico N° 4**  
**Operatividad de los vehículos de transporte**



\* En total, se contabilizó 18 botes/chalupas, pero no se registró la operatividad de ningún vehículo.

Fuente: Ficha de supervisión a establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

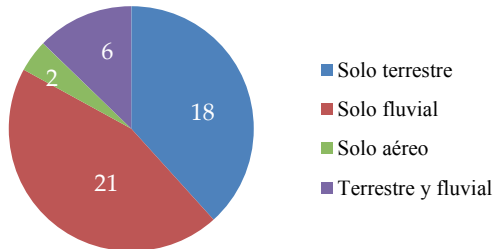
Siguiendo con el gráfico anterior, de siete ambulancias (correspondientes en su mayoría a cabeceras de microrredes), una se encuentra averiada. En el caso de las motos lineales, de 13 (pertenecientes a 12 establecimientos), seis están fuera de uso debido a la falta de mantenimiento o la antigüedad de los vehículos, según lo señalado por el personal de salud.

Cualquier condición repentina e inesperada que ponga en peligro inminente la integridad de la persona requiere de atención inmediata. Los establecimientos de primer nivel de atención al que acuden los y las usuarias indígenas, en muchas ocasiones, no están en la capacidad de dar solución a la emergencia presentada y, por ello, deben referir al paciente a un establecimiento de mayor nivel resolutivo. Sin embargo, hay todavía barreras que impiden este tipo de traslado.

El tiempo para llegar al establecimiento de mayor nivel resolutivo va a depender del medio de transporte y de las condiciones climatológicas. El medio de transporte más usado por los establecimientos de salud en casos de emergencia es el transporte fluvial (21 casos), tal como se aprecia en el Gráfico N° 5. Sin embargo, un número significativo indica que traslada a los pacientes vía terrestre. Asimismo, dada las condiciones geográficas, hay puestos de salud que emplean más de un tipo de transporte (seis casos).

En menor proporción, algunos establecimientos transfieren al paciente vía área. Estos son los casos de los establecimientos ubicados en la comunidad nativa Nuevo Andoas y Contamana, ambos localizados en la Región Loreto, que emplean avionetas por ser la vía más rápida para que el paciente reciba atención.

**Gráfico N° 5**  
**Medios de transportes empleados por los establecimientos de salud en casos de traslados por emergencia**



Fuente: Ficha de supervisión a los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

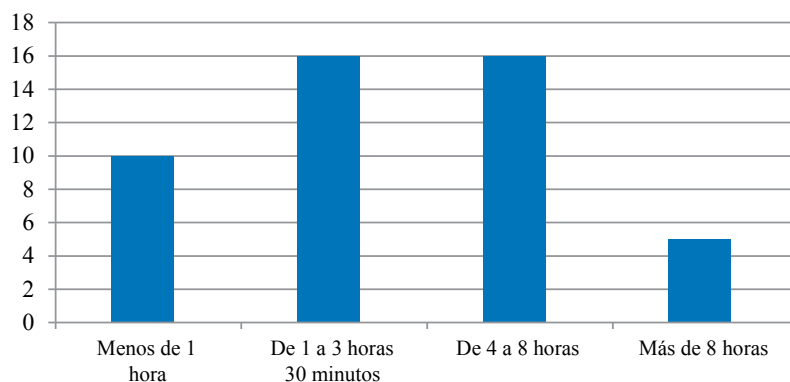
La Amazonía presenta dos épocas climatológicas marcadas: la estación de invierno, de diciembre a abril, y la de verano, de mayo a noviembre. De acuerdo con estas condiciones climáticas, el medio de transporte y el tiempo de traslado pueden variar. Por lo general, durante la época de menor precipitación el tiempo aumenta, dada la disminución del caudal de río. Por ejemplo, para dirigirse desde el puesto de salud ubicado en la comunidad nativa de San Luis de Charasmaná hasta el establecimiento Contamana, ambos en la Región Ucayali, puede demorarse hasta veinte horas.

Si bien la época de invierno propicia una mejor navegación fluvial, no sucede lo mismo por vía terrestre. Las precarias carreteras sin asfaltar suelen inundarse y quedar inhabilitadas para el tránsito, quedando como única salida el uso de la vía fluvial. Por ejemplo, la comunidad nativa Dos Unidos (Región Huánuco), en verano se traslada vía terrestre, pero en invierno debe usar la vía fluvial, duplicando el tiempo empleado para llegar al establecimiento de Antigua Honoría (Huánuco).

En cuanto al tiempo que emplean en trasladarse desde el establecimiento hacia otro de mayor nivel, como se observa en el Gráfico N° 6, en 10 establecimientos tardan menos de una hora; en 16 establecimientos la demora es de entre 1 y 3

horas y media; y en 21 se emplea más de 4 horas en trasladarse, llegando incluso hasta las 20 horas, como son los casos de Sabaloyacu y San Luis de Charasmaná, ambos en la Región Loreto.

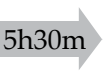
**Gráfico N° 6**  
**Tiempo que emplean los EE SS para traslados de emergencia**



Fuente: Ficha de supervisión a los establecimientos de salud  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Si bien estos datos reflejan el tiempo que demora el paciente para llegar al establecimiento de mayor nivel resolutivo desde el puesto de salud, no evidencia cuánto tiempo tienen que emplear para acudir desde aquellas comunidades que se encuentran adscritas a la circunscripción del establecimiento. De esta manera, por ejemplo, el establecimiento de Santa Martha (Región Huánuco) atiende otras cuatro comunidades nativas y dos caseríos. Una de ellas es la comunidad nativa Puerto Nuevo, ubicada a ocho horas del establecimiento. Esto significa, que en casos en que el puesto no pueda solucionar el problema de salud, tendrá que ser trasladado hasta el centro de salud de Puerto Inca, a 5 horas y media, haciendo en total más de 13 horas (ver Diagrama N° 1).

**Diagrama N° 1**  
**Tiempo que demora el paciente desde su comunidad hasta el ES de mayor nivel resolutivo**

Localidad	Tiempo que tarda en llegar en verano	Transporte	ES donde se atiende	
CN Nueva Alianza	1 hora 30 minutos	A pie	ES Santa Martha	 Centro de Salud Puerto Inca
CN Unipacuyacu	4 horas	Bote		
CN Puerto Nuevo	8 horas	Bote		
CN Campo Verde	Sin datos			
Caserío Frontón	2 horas	Bote		
Caserío Nueva Vida	4 horas	Bote		

Fuente: Ficha de supervisión a los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Una de las estrategias planteadas por el Estado para superar las barreras geográficas, económicas y sociales que limitan el acceso a la salud es la oferta móvil de salud: el servicio que se brinda mediante el desplazamiento de recursos humanos y tecnológicos hasta el lugar donde residen las personas a atender. La Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped) conforma la oferta móvil.

El objetivo de la estrategia de Aisped es mejorar las condiciones de salud de la población con difícil acceso a los servicios de salud, a través de un equipo o brigada (conformado básicamente por profesionales de medicina, enfermería, obstetricia, odontología y técnicos en enfermería) que se desplaza hasta las localidades de los pobladores.

Según la norma técnica, las poblaciones excluidas y dispersas son aquellas cuya población, para acceder al establecimiento de salud más cercano, demora más de cuatro horas por camino de herradura y/o vía fluvial, o por el medio de trans-

porte más usado por los pobladores.<sup>100</sup> Este equipo debe brindar atención oportuna, integral y de calidad a la población que cumple con estos requisitos y complementar la atención brindada por la red de establecimientos fijos. Es decir que la prestación de este servicio no sustituye la atención que debe brindar la oferta fija en salud a la población en el ámbito de su jurisdicción.

Sin embargo, en la práctica, estas comunidades excluidas y dispersas quedan al margen de las actividades programadas por los establecimientos de salud, recibiendo ocasionalmente atención de los equipos Aisped.

De acuerdo con información proporcionada por el Minsa, existen a nivel nacional 155 equipos Aisped, distribuidos en 18 regiones (ver Cuadro N° 11). Si bien desde el inicio de esta estrategia, en el año 2004, el número de equipos ha ido en aumento, este crecimiento no ha sido significativo. Desde el 2007 hasta la fecha solo se crearon, en promedio, 24 nuevas brigadas. En cuanto a la población considerada excluida y dispersa, en el 2012 ascendía a 768, 520, según cifras oficiales.

**Cuadro N° 11**  
**Número de equipos AISPED por región (mayo de 2014)**

DIRESA	Nº de equipos	DIRESA	Nº de equipos
Amazonas	12	Ica	3
Áncash	10	La Libertad	6
Apurímac	16	Loreto	14
Ayacucho	8	Madre de Dios	8
Cajamarca	4	Moquegua	3
Cusco	8	Pasco	7
Huancavelica	9	Puno	8
Huánuco	10	San Martín	10
Junín	15	Ucayali	4
<b>Total</b>		<b>155</b>	

Fuente: Dirección de Servicios de Salud, DGSP, Minsa.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>100</sup>NTS N° 081-Minsa/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud de los «Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas», aprobado por R.M. N° 478-2009/Minsa.

Cabe señalar que de acuerdo con la norma, los Aisped deben visitar como mínimo a cada localidad tres veces al año, complementando el trabajo que por función le corresponde realizar al establecimiento de salud que la adscribe. Sin embargo, como se mencionó, estas comunidades no suelen ser visitadas por el personal. De tal modo, se tiene que la Red de Salud Atalaya cuenta con un equipo Aisped, que atiende a 56 comunidades nativas, además de otras localidades de población mestiza. En promedio realizan tres visitas al año por localidad. El caso de las comunidades nativas de Madre de Dios es aún más dramático, pues reciben solo dos visitas anuales. En la Red de Salud del Datem del Marañón existen cuatro equipos que deben atender a 149 comunidades nativas, las cuales reciben un estimado de cinco visitas al año.

Entre las dificultades que sobresalen se encuentra el desplazamiento de los integrantes del equipo hacia las localidades a ser intervenidas. El no contar con movilidad propia, el tránsito poco fluido de transporte público y el limitado presupuesto por concepto de movilidad, son algunos de los principales problemas que señalan las redes de salud. Por otro lado, el personal entrevistado indica que los factores climatológicos, como las intensas lluvias y el aumento del caudal de los ríos, dificultan y demoran el traslado, además de poner en riesgo la vida de los integrantes de los equipos. Finalmente y no menos importante es el desconocimiento del idioma y las diferencias culturales por parte del personal de los Aisped.

Otra limitante es la alta rotación del personal integrante de los equipos. Los equipos Aisped deben afrontar la permanente renuncia del personal que los conforma. La dureza del trabajo, las malas condiciones y un sueldo poco atractivo, similar a lo que ganarían trabajando en un centro de salud, disuaden a los profesionales de postular: «Casi todos los meses tenemos renunciaciones del personal Aisped. El mes pasado convocamos nueve plazas para el equipo, de los cuales solo se presentó una [persona]. A veces nadie se inscribe». (Funcionario, reunión de trabajo Red de Salud Satipo, 2012), «el equipo de Matareni es el que hemos tenido más problemas en las intervenciones. Se ha tenido tres equipos, o sea se han cambiado tres veces. El último labora desde el mes de agosto, aunque con algunas renunciaciones, como el de la obstetra». (Funcionario, reunión de trabajo Red de Salud Satipo, 2013).

Asimismo según lo indicado por el personal de los establecimientos de salud, no hay una buena coordinación entre los equipos de los puestos de salud y los equipos Aisped. Por tanto, no están al tanto de las actividades que realizarán, ni cuáles son las comunidades que visitan. Por ejemplo, el personal del puesto de salud de Cahuapanas (Región Pasco) relata que el equipo que interviene en las comunidades de su jurisdicción no comparte información recogida, como por

ejemplo la relación de niños y niñas atendidas, el número total de atenciones, etc. Para obtener esta información, el personal debe acudir hasta la microrred de Constitución.

Por otro lado, no hay una supervisión por parte de las entidades competentes. Ni la microrred ni la red de salud tienen la capacidad para verificar las acciones que realizan los equipos debido a los altos costos que implica movilizarse, tal como lo señala un funcionario de salud: «[Supervisar] desde la Red o la Diresa es difícil (...) Nosotros no sabemos si [los equipos Aisped] llegan a la comunidad. Cuando va la supervisión será al año una vez, máximo dos, porque es un gasto ir a supervisar.» (Funcionario de la Red de Salud Leoncio Prado, 2012)

Esta imposibilidad de un monitoreo y supervisión constantes lleva muchas veces a que el personal de los equipos no cumpla con sus obligaciones, desatendiendo a la población que más lo necesita. Varias son las redes que plantean la necesidad de sustituir la estrategia Aisped y fortalecer al personal de salud de los centros de atención, los cuales saldrían a realizar actividades extramurales en salud: «Nosotros creemos que no es una buena estrategia, siempre hemos tenido dificultades, hay quejas de que [el personal] se va, no está los días completos, nadie lo controla. Hemos recomendado reiteradamente que con ese presupuesto se contrate personal que esté en los establecimientos de salud y haga seguimiento. Ir a los lugares, pero desde el establecimiento base. [El personal] del Aisped va y viene y en el trayecto del viaje se pasan más tiempo. Hemos recomendado que se contrate personal para la jurisdicción que van a intervenir y de ahí se desplacen hasta las comunidades. Tendríamos así mayor control desde la microrred». (Funcionario de la Red de Salud Leoncio Prado, 2012)

Finalmente, debemos añadir que en la supervisión se ha advertido que algunas redes de salud designan al personal de los equipos Aisped a puestos de salud donde hay una mayor demanda, como ocurre en la Red de Salud de Bagua: «La oferta debe mejor ser fija con el mismo presupuesto. [Por ejemplo] una brigada de Aisped no llegaba a todas las comunidades, en el papel no más, pero presentaban las coberturas de vacunación. Las veces que he ido se nos presentó tosferina, si tu cobertura está en noventa y tanto por ciento [cómo es que tienes personas con esa enfermedad], son cosas de papel. [El personal del equipo Aisped] hasta fotos traían, eso también se elabora ahora con la tecnología [...] Con el presupuesto estamos poniendo profesionales en los puestos, eso me permite que el profesional me haga labor de problemas madre niño, ahora mes a mes están yendo a la comunidad con el presupuesto [del Aisped] pero con oferta fija». (Funcionario de la Red de Salud Bagua, 2013).



#### 4.5.3 Disponibilidad de personal profesional en los establecimientos de salud

Para garantizar la cobertura de su servicio, un establecimiento de salud requiere estar dotado de una cantidad suficiente de profesionales que permita atender a la población de su circunscripción. En la supervisión, sin embargo, se ha podido identificar el escaso número de personal y la falta de profesionales de la salud en los establecimientos que atienden a la población indígena amazónica debido, entre otras razones, a las condiciones geográficas adversas, tanto de accesibilidad como de dispersión poblacional, y a la falta de incentivos para laborar en dichas zonas.

La normativa nacional establece un número y un tipo de personal determinado para cada categoría de establecimiento de salud.<sup>101</sup> De acuerdo con ello, en la categoría I-1 es obligatorio contar con uno o más profesionales de la salud -no médico cirujano- y opcionalmente con personal técnico de enfermería; en la categoría I-2 se requiere un médico cirujano, además de profesionales de enfermería y obstetricia; para en la categoría I-3 están previstos dos o más médicos cirujanos y con profesionales de odontología, enfermería, obstetricia y personal técnico de enfermería, laboratorio y farmacia; y para en la categoría I-4 se dispone, además de lo anterior, la contratación de médicos cirujanos y médicos especialistas en ginecología y obstetricia, pediatría y en medicina familiar, entre otros.

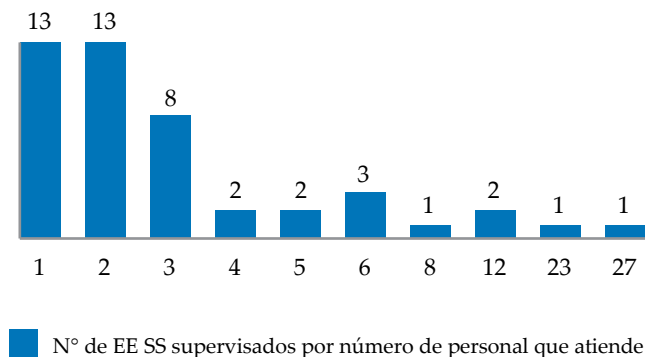
En el Gráfico N° 7 puede apreciarse que de los 47 establecimientos de salud supervisados, en 13 de ellos, labora una sola persona; en otros 13 establecimientos laboran dos trabajadores y solamente ocho cuentan con tres personas.

---

<sup>101</sup> R.M. N° 546- 2011/Minsa que aprueba la NTS N° 021-Minsa/DGSP-V.03 *Norma Técnica de salud «Categorías de establecimientos del Sector Salud.»*

Es importante recordar que la norma sobre categorización de establecimientos de salud, a la que se ha hecho alusión, no indica que los de categoría I-1 deban tener un solo personal. Literalmente, la norma señala que los establecimientos de esta categoría «cuentan con uno o más profesionales de la salud», pero no se sustenta técnicamente cuándo corresponde uno y cuándo más de uno. En la práctica, sin embargo, los establecimientos de esta categoría cuentan con un número mínimo de personal, que se reduce muchas veces a una sola persona.

**Gráfico N° 7**  
**Número de personas que trabajan en un establecimiento de salud**



\* En un establecimiento de nivel I-4, no se pudo recoger el dato sobre personal.

Fuente: Ficha de supervisión a establecimientos de salud

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta situación constituye una seria limitación para ofrecer adecuados servicios de salud, más aún si se toma en cuenta que el personal de salud debe llevar a cabo un conjunto de actividades de prevención y promoción en la comunidad donde se ubica el establecimiento de salud, así como en todas las comunidades y centros poblados que se hallan bajo su circunscripción.

El número de profesionales de salud asignado a cada establecimiento se realiza considerando el tamaño de la población a atender, de tal forma que a menor tamaño de la población, menor número de personal. Bajo dicho criterio, sin embargo, no se consideran otros factores importantes como son las condiciones geográficas de la zona o las poblaciones dispersas que viven en la Amazonía.

Asimismo, se advirtió que algunos requerimientos de contratación de personal para establecimientos de salud I-1 se declararon improcedentes por el bajo número de atenciones que estos brindan. Sin embargo, en esta decisión no se considera que el médico asignado a un puesto de salud ubicado en una comunidad indígena amazónica no cumple con la suficiente «producción de atenciones» por la imposibilidad de trasladarse a otras localidades de su competencia a brindar atención, optando consecuentemente por esperar que la población llegue al puesto de salud para ser atendidos. Se identificó además que algunos profesionales de medicina, inicialmente asignados a establecimientos de categoría I-1 o I-2, luego son transferidos a centros poblados urbanos para atender un mayor número de personas. Es el caso del establecimiento de salud de Tayakome, re-

gión Madre de Dios, donde el médico fue trasladado al puesto de salud de Boca Manú.

En lo que concierne al grupo ocupacional que labora en los establecimientos supervisados, los resultados indican, tal como se puede ver en el Cuadro N° 12, que 44 establecimientos cuentan con técnicos en enfermería; 18, con enfermeros (as); 17, con obstetras; 14 tienen personal médico, y ocho tienen a alguno de los siguientes profesionales de salud: biólogo, odontólogo, o psicólogo.

**Cuadro N° 12**  
**Número de establecimientos de salud según grupo ocupacional(\*)**

Grupo ocupacional	Número de EESS
Técnico(a) en enfermería	44
Obstetra	18
Enfermero (a)	17
Médico (a)	14
Otros profesionales de salud	8

\*Un (1) establecimiento no reportó información sobre personal de salud

Fuente: Ficha de supervisión a establecimientos de salud

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Un aspecto preocupante es que 22 de los establecimientos supervisados reportaron contar únicamente con personal técnico en enfermería, pese a que la norma de categorización de establecimientos de salud no contempla esta disposición para ninguna categoría. De ese número de establecimientos, 18 pertenecen a la categoría I-1 y cuatro en la categoría I-2.

Esta distribución de los profesionales de salud no resulta favorable para la atención de la salud de los pueblos indígenas, la cual es provista por los establecimientos más alejados a los centros urbanos, muchos de los cuales no cuentan con médicos, obstetras, ni enfermeras para su atención integral.<sup>102</sup>

<sup>102</sup> En definitiva, las cifras indican con claridad que en los establecimientos I-1 y I-2 supervisados cuentan con una y dos personas, y que no son personal profesional sino mayoritariamente técnicos en enfermería. En tales condiciones no se cumple con lo que establece los Lineamientos de recursos humanos así como el Llamado a la Acción de Toronto, que plantea el desafío de «colocar las personas adecuadas

Sumado a ello, las unidades ejecutoras encuentran dificultades para cubrir las plazas convocadas para los establecimientos que atienden en ámbitos con población indígena. Con frecuencia estas plazas no llegan a ser ocupadas, y, en otros casos, el personal asignado permanece muy poco tiempo, por su condición de serumista o porque piden ser reubicados en establecimientos más próximos a zonas urbanas. « (...) Además, el personal no quiere trabajar, yo tengo muchos amigos colegas de Lima que les he dicho, les he ofrecido que vengan acá a trabajar y no quieren venir ahora. ¿Cómo podemos ocupar plazas que no tienen ni candidatos?». (Reunión con funcionarios de la Red de salud Leoncio Prado).

De acuerdo con información proporcionada por las redes de salud de Atalaya, Satipo, Bagua, Leoncio Prado y Madre de Dios, el número de plazas que quedaron desiertas en el período 2013 constituye el 11.2% del número total de plazas convocadas. Los casos más preocupantes se presentaron en las microredes de Pangoa y Valle Esmeralda (Satipo), donde el porcentaje de plazas que quedaron vacantes llegó al 24%. «Lo que nosotros vemos es que nuestro personal está renunciando constantemente. Uno, probablemente no hay los servicios básicos no hay dónde hospedarse ni alimentarse y en todas las comunidades lamentablemente el profesional de salud no está acostumbrado a todo esto. De repente está un mes en una comunidad y al otro mes está renunciando» (Reunión con funcionarios de la Red de salud Satipo).

Frente a la poca motivación de las y los profesionales de la salud para trabajar en zonas alejadas, los gobiernos regionales, en coordinación con el Minsa, acordaron «correr las plazas más cerca». Es decir, convocarlas para establecimientos ubicados en zonas urbanas con mayor accesibilidad. Como consecuencia de ello, las plazas asignadas a los establecimientos de salud que comprenden a los pueblos indígenas quedaron sin personal.

Es ilustrativo, al respecto, el testimonio de un funcionario de la Dirección de Recursos Humanos del Minsa: «El año pasado quedaron vacantes cerca de 900 plazas de Serum. La mayoría era de enfermeras y obstetras en las zonas más alejadas. Obviamente una enfermera u obstetra no va a ir por mil soles a zonas alejadas, inhóspitas, donde quizá el alimento es más caro, donde no tiene seguridad, pudiendo quedarse a trabajar en otro lugar y ganar lo mismo. Es una cuestión de *sentido común*. Entonces qué hicimos: nos reunimos con todas las

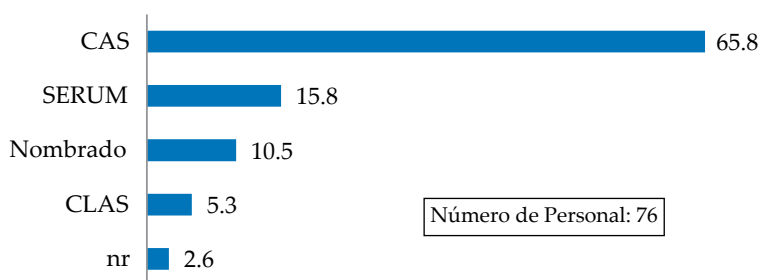
---

en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.»

regiones y reprogramamos las plazas del Serum, aquellas plazas que no se cubrirían en dos o tres años seguidos porque estaban lejos. Esas plazas las corrimos más cerca.»

Otra dificultad que se presenta en este ámbito son las diversas modalidades de contratación del personal del Sector Salud. En el Gráfico N° 8 puede apreciarse que el 68.5% del personal que atiende en los establecimientos supervisados está contratado bajo la modalidad CAS, el 15.1% son personal de Serum, mientras que solo el 11% del total es personal nombrado. Además, en establecimientos de las redes de Salvación (Madre de Dios) y Puerto Inca (Huánuco) el 5.5% del personal está contratado bajo la modalidad de Comité Local de Administración de salud (CLAS). Tener tantos regímenes de contratación dificulta los esfuerzos para garantizar la permanencia del personal, en la medida que los incentivos generalmente alcanzan solo al personal nombrado.

**Gráfico N° 8**  
**Modalidad de contrato del personal de los establecimientos de salud**  
**Supervisados, según Red de salud\***



\* Las Redes de Oxapampa y Ucayali no respondieron los cuestionarios enviados

Fuente: Cuestionario de supervisión a las Redes de salud

Elaboración: Defensoría del Pueblo

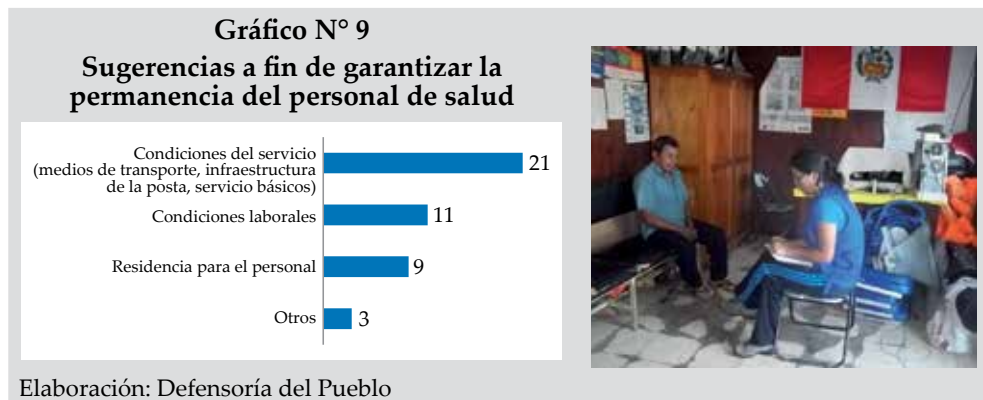
En lo que concierne a las remuneraciones, de acuerdo con la información proporcionada por las Redes de salud para el año 2013, los salarios del personal de salud no contemplan uniformidad. Así por ejemplo, la remuneración del personal técnico en enfermería —el más numeroso en la mayoría de casos— oscilaba entre S/.970.00 y S/.1,776.00; para el personal de obstetricia y enfermería, entre S/.2,000.00 y S/.3,700.00; y para los médicos entre S/.3,068.00 y S/. 5,200.00.

La diferencia en el monto de las remuneraciones se debe a varios factores. Uno de ellos es la condición laboral. Otro factor es la lejanía de las comunidades donde se encuentran los establecimientos. En el documento «Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud 2013» se reconoce que la estructura remunerativa es compleja debido, principalmente, a la existencia de una gran variedad de leyes o decretos que definen los montos de pago según componentes de la remuneración (fijos y variables) para médicos, por ejemplo, 18 componentes; para profesionales de la salud, 25; y para técnicos asistenciales, 19.

En las entrevistas efectuadas dentro de la supervisión se pudo conocer algunos casos en los que el personal de salud, pese a la poca remuneración que percibe, se ve obligado a cubrir gastos que no le corresponden, como el pago al motorista en casos de emergencia o el pago por concepto de movilidad para recoger medicamentos.

En este tema, algunos gobiernos locales han asumido el pago de una bonificación adicional para su personal de salud. Es el caso de la Municipalidad de Sepahua, que subvenciona al personal que atiende en los establecimientos de salud de Sepahua y Santa Rosa de Serjali. De igual modo, la municipalidad de Mazamari ofrece un estipendio para que personal de salud vaya a trabajar al establecimiento ubicado en la comunidad nativa Unión Puerto Asháninka.

Como hemos advertido, las dificultades que existen para contratar y garantizar la permanencia del personal en los establecimientos de salud supervisados son de diverso orden. En lo relativo a la permanencia, el personal demanda una serie de mejoras en las condiciones del servicio de salud que permitirían un adecuado desempeño laboral (mejores servicios básicos, transporte, infraestructura y equipamiento), y en las condiciones laborales (estabilidad laboral, capacitación y contratación de más personal). Asimismo, mejoras en la refacción y/o construcción de las residencias que se les asigna. Véase Gráfico N° 9.



Finalmente, dentro de este ámbito hay que destacar que, en el marco de la actual reforma de salud, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1153, que prevé compensaciones económicas y no económicas, así como bonificaciones para puestos en zonas alejadas, de frontera, de emergencia y atención primaria de la salud. Estas compensaciones solo se abonan al personal de planilla y, conforme hemos precisado, en los establecimientos supervisados muy pocos profesionales tienen dicha condición.<sup>103</sup> Es urgente, por tanto, diseñar una estrategia integral que cubra las expectativas de todos los regímenes de contratación.

#### 4.5.4 Insuficiente formación profesional en salud intercultural

La ausencia de preparación específica de profesionales de la salud sobre las características sociales y culturales de los pueblos indígenas es uno de los problemas fundamentales en la atención de la salud de estas personas, siendo recurrente que en la formación universitaria no se considere el aprendizaje de la medicina con enfoque intercultural.

Ciertamente la formación superior del personal de salud tiene efectos directos en su práctica y desempeño profesional. En tal sentido, resulta importante que las carreras profesionales del sector —medicina, enfermería y obstetricia— ofrezcan cursos que aborden la diversidad cultural y los saberes tradicionales dentro del plan de estudios de la carrera. Con ello, se busca asegurar que las y los profesionales cuenten con las herramientas necesarias para brindar un servicio idóneo a las diversas culturas de nuestro país.

<sup>103</sup> Véase el artículo 9° del D.L. N° 1153.

Este enfoque es recogido en el artículo 3° de la Ley Universitaria, que define a la universidad como una comunidad académica que brinda una formación humanística, científica y tecnológica con una clara conciencia de nuestro país como realidad multicultural.<sup>104</sup>

Asimismo, en los objetivos del Plan para el Desarrollo de Capacidades 2010-2014 - Plansalud<sup>105</sup>, se explicita la necesidad de fortalecer las capacidades del personal de la salud para brindar una atención con eficiencia, calidad, pertinencia, equidad e interculturalidad. En ese sentido, se advierte la necesidad de que el Sector Salud articule esfuerzos con universidades e institutos de educación superior, a fin de mejorar la formación del personal a través de la gestión de redes de trabajo que permitan la implementación de actividades orientadas al desarrollo de dichas capacidades.<sup>106</sup>

En el 2013, la Defensoría del Pueblo solicitó a la Asamblea Nacional de Rectores (ANR) la relación de las universidades públicas y privadas que ofertan las carreras profesionales de medicina humana, enfermería y obstetricia.<sup>107</sup> (Ver Anexo N° 3).

De acuerdo con la información brindada, a nivel nacional existen 64 universidades que ofrecen, por lo menos, alguna de estas carreras; de ellas, 38 son privadas y 26, públicas. Asimismo, tal como se aprecia en el Cuadro N° 13, un 26.6% del total de universidad brindan las carreras de medicina humana, enfermería y obstetricia,<sup>108</sup> el 25% ofrece medicina humana y enfermería; el 18.7%, las carreras de enfermería y obstetricia, y, el 21.9%, sólo la carrera de enfermería.

---

<sup>104</sup> Ley N° 30220, Ley Universitaria publicada en el diario Oficial el Peruano el 9 de julio de 2014.

<sup>105</sup> R.M. N° 184-2011, que aprueba el «Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010 -2014 – Plansalud.»

<sup>106</sup> La reciente reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) —la cual dependerá del Ministerio de Salud y será responsable de proponer y generar políticas en materia de formación de recursos humanos en salud— representa una oportunidad invaluable para trabajar el enfoque de interculturalidad en el Sector Salud. Cuarta disposición complementaria final del D.L. N° 1161.

<sup>107</sup> Oficio N° 011-2013-DP/AMASPPI-PPI del 10 de julio de 2013.

<sup>108</sup> Oficio N° 1480-2013-SE/DGPU/DE/ANR.



**Cuadro N° 13**  
**Universidades públicas y privadas que brindan carreras profesionales de Medicina Humana, y/o Enfermería y/o Obstetricia**

Carreras profesionales	Número de Universidades que brindan carreras profesionales de salud			
	Públicas	Privadas	Total	%
Solo Medicina Humana	0	2	2	3.1
Solo Enfermería	4	10	14	21.9
Solo Obstetricia	0	2	2	3.1
Medicina Humana y Enfermería	10	6	16	25.0
Medicina Humana y Obstetricia	0	1	1	1.6
Enfermería y Obstetricia	4	8	12	18.7
Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia	8	9	17	26.6
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>64</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Asamblea Nacional de Rectores y Defensoría del Pueblo<sup>109</sup>

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Con cargo a que puedan desarrollarse a futuro estudios a mayor profundidad, la Defensoría del Pueblo consideró importante contar con información actualizada sobre la atención que brindan estas universidades al enfoque intercultural. Para ello recopiló información de las universidades cuyos perfiles de egresado y planes de estudios ofrecen ejes temáticos o cursos asociados a la pluriculturalidad y/o interculturalidad en salud.<sup>110</sup> Para acceder a dicha información se solicitó la colaboración de especialistas y docentes de universidades, y se revisaron inves-

<sup>109</sup> La información consignada en el cuadro N° 13 es una versión actualizada de la información proporcionada por la Asamblea Nacional de Rectores (ANR).

<sup>110</sup> Los indicadores perfil de egresado y plan de estudios figuran entre los indicadores considerados en el nivel formación profesional del Modelo de calidad para la acreditación de carreras profesionales universitarias del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU). El Perfil del egresado es la descripción de las características principales que deberán tener los educandos como resultado de haber transitado por un determinado sistema de enseñanza-aprendizaje, buscando cubrir alguna o algunas necesidades sociales. El plan de estudios es el conjunto sistematizado de asignaturas necesarias para concluir una carrera y obtener un grado y un título.

tigaciones sobre esta materia.<sup>111</sup> Esta información fue verificada en los portales web de cada una de las universidades públicas y privadas que ofrecen por lo menos una de las tres carreras señaladas.

Al respecto, de las 64 universidades, solo 16 incluyen el enfoque de interculturalidad como uno de los ejes a fortalecer en la formación de profesionales en salud. Vale decir, que cuentan como mínimo con un perfil de egresado y un plan de estudio asociado al enfoque de interculturalidad. En el cuadro N° 14 se aprecia el número de universidades afines al enfoque de interculturalidad según carrera profesional.

**Cuadro N° 14**  
**Universidades con perfil de egresado asociado al enfoque de interculturalidad**

Combinatoria de carreras profesionales	Número de Universidades con Plan de Estudio y Perfil del Egresado afines al enfoque de interculturalidad		
	Públicas	Privadas	Total
Medicina Humana	4	2	6
Enfermería	2	4	6
Obstetricia	1	0	1
Medicina Humana y Enfermería	0	0	0
Medicina Humana y Obstetricia	0	0	0
Enfermería y Obstetricia	1	2	3
Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia	0	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

Fuente: Páginas Web de universidades  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>111</sup> Un estudio importante al respecto es el de Campos, Roberto. *El enfoque intercultural en la formación universitaria de recursos humanos para la salud en la región andina. Propuesta de contenidos de salud intercultural en la currícula de pregrado y posgrado*. S/l: AECID / ORAS-CONHU, 2010.

Es importante mencionar que la casi totalidad de universidades consignadas por la Asamblea Nacional de Rectores (ANR) ofrecen cursos introductorios sobre realidad nacional peruana o de sociología general. Sin embargo, estas referencias no indican si los cursos tematizan la diversidad cultural del país. En cambio, universidades como las incluidas en el Anexo N° 4 ofrecen planes de estudios que tienden a ser más específicos, en atención a cursos como antropología básica, antropología de la salud, medicina tradicional y/o aprendizaje de lenguas nativas.<sup>112</sup>

En el cuadro N° 15 se observa que existen 41 universidades con planes de estudio asociados a la interculturalidad, de las cuales 22 son privadas y 19 públicas.

**Cuadro N° 15**  
**Número de Universidades que dictan cursos relacionados con enfoque de interculturalidad**

Combinatoria de carreras profesionales	Número de Universidades con Planes de Estudio afines al enfoque de interculturalidad		
	Públicas	Privadas	Total
Medicina Humana	2	2	4
Enfermería	4	7	11
Obstetricia	2	1	3
Medicina Humana y Enfermería	5	1	6
Medicina Humana y Obstetricia	1	1	2
Enfermería y Obstetricia	1	6	7
Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia	4	4	8
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>41</b>

Fuente: Páginas Web de universidades

Elaboración: Defensoría del Pueblo

<sup>112</sup> A nivel de pregrado, en su mayoría son cursos dirigidos a articular la enseñanza de la salud con la formación en ciencias sociales o humanas, como son los cursos de antropología de la salud o de historia y geografía amazónica. En menor número se trata de cursos sobre medicina tradicional, identidad e interculturalidad o etnología andina. Asimismo, existen trece universidades que ofrecen cursos de quechua, sobresaliendo tres que dictan el curso de quechua técnico o quechua médico.

En el cuadro N° 16 se muestra el número de cursos asociados a la interculturalidad, según su condición de obligatorios o electivos. Se observa, al respecto, que de los 113 cursos distribuidos en la oferta académica de las 41 universidades, el 86.7 % son cursos obligatorios y el 8.8%, electivos. Que el grueso de los cursos sea obligatorio es una situación positiva para propiciar la formación de profesionales de la salud en la materia.

**Cuadro N° 16**  
**Número de cursos obligatorios y electivos asociados al enfoque de interculturalidad según plan de estudios**

Tipo de curso según Plan de Estudio	Número de cursos según tipo de universidades que brindan carreras profesionales de salud			
	Públicas	Privadas	Total	%
Obligatorios	51	47	98	86.7
Electivos	4	6	10	8.8
Sin información	4	1	5	4.4
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Páginas Web de universidades

Elaboración: Defensoría del Pueblo

No obstante, se advirtió que el mayor porcentaje de estos cursos son programados en los primeros ciclos de los planes de estudio de las universidades públicas y privadas en salud. Esta opción no es la más apropiada para el desarrollo de competencias en salud intercultural, pues las carreras como medicina humana son bastante largas (14 semestres en promedio) lo que puede significar la poca interiorización del contenido del enfoque intercultural al finalizar la carrera universitaria. Por ello resulta pertinente reforzar los cursos de formación humanística y social, y su vigencia temática a lo largo de las carreras profesionales en salud.

Así, en el cuadro N° 17 se observa que de 93 cursos asociados a la interculturalidad, 65 se ubican en los cuatro primeros ciclos de enseñanza, y 28 en los subsiguientes.

**Cuadro N° 17**  
**Número de cursos obligatorios asociados al enfoque de interculturalidad según semestre académico**

Carreras profesionales	Total facultades	Cursos en salud asociados al enfoque de interculturalidad según semestre		Total cursos en salud
		1er-4to semestre	5to semestre en adelante	
Medicina	20	19	11	30
Enfermería	32	30	9	39
Obstetricia	20	16	8	24
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>65</b>	<b>28</b>	<b>93</b>

Fuente: Páginas Web de universidades

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Hay que destacar que las universidades que ofrecen de manera conjunta perfiles de egresado y planes de estudios con contenidos asociados a la interculturalidad constituyen los mejores escenarios para desarrollar competencias interculturales en la formación de profesionales de la salud, siendo óptimo que la oferta académica no sea inicial sino permanente durante la formación superior.

Sin embargo, como se ha advertido, existen universidades que no ofertan cursos asociados a la interculturalidad, o lo hacen muy incipientemente, pese a la necesidad constante de las y los profesionales de la salud para afrontar el trabajo en contextos sociales diversos y bajo interacción directa con los pacientes, como es el caso de la atención de la salud de los pueblos indígenas. En este sentido, continua pendiente contar con una formación superior que incorpore el enfoque de interculturalidad en la formación universitaria.

## Capítulo V

---

# ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL MARCO DE LA REFORMA DE SALUD

Las políticas públicas son resultados de procesos en los cuales se elaboran y ejecutan programas de acción pública. De acuerdo con la teoría, las políticas públicas son la expresión del interés general de la sociedad por tratar de solucionar determinados problemas considerados de vital importancia,<sup>113</sup> y resultan legítimas en tanto responden a criterios técnicos y/o se encuentran aprobadas mediante dispositivos administrativos y políticos en torno a objetivos explícitos.

Las políticas públicas, no obstante, no son propuestas meramente técnicas en la práctica sino que están permeadas por posiciones políticas, intereses y valores que expresan una interpretación de la realidad, formas de ver el mundo, que se evidencia a lo largo del proceso de formulación y de implementación. Expresan la visión que, desde el Estado, existe sobre el país y sus problemas, cuyas soluciones se concretizan en políticas públicas.<sup>114</sup>

En ese sentido, las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas se han caracterizado por propiciar la asimilación y subordinación de estas culturas a la cultura oficial. Quizá el caso más emblemático sea la política educativa de castellanización ejercida durante décadas y que continúa en muchos lugares aún hasta hoy. Este enfoque parte de la suposición de que el único futuro posible de

---

<sup>113</sup>Oszlak O. *Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas*. Documento de Estudios CEDES Vol. 3 N° 2, Buenos Aires. Según Oszlak, las políticas públicas son —en su formulación— la expresión decantada y genuina del «interés general» de la sociedad, sea porque su legitimidad deriva de un proceso legislativo democrático o de la aplicación de criterios y conocimientos técnicamente racionales a la solución de problemas sociales.

<sup>114</sup>Montalvo Rosa. *Experiencias en materia de diseño de políticas públicas: consideraciones y desafíos para la formulación e implementación de políticas públicas con enfoque de interculturalidad*. Lima, 2014.

algunas culturas consiste en su integración en el conjunto de la sociedad. En el campo de la salud se tiene, como ejemplo, las malas prácticas desarrolladas en torno al parto vertical, cuando se pretende despojarlo de su contexto cultural. Pero también, si se quiere, ha existido una política de negación, que se traduce en subestimar, ignorar y excluir a los pueblos indígenas de los beneficios de las políticas públicas. En el siglo XX y hasta la actualidad estas dos tendencias se han mantenido o coexistido en los servicios públicos del Estado.

Veamos así cómo a partir del 2011 el Estado ha emprendido un conjunto de políticas orientadas a reducir la pobreza, principalmente de los sectores rurales. Pero, a pesar de existir varios estudios que revelan que pobreza y pertenencia étnica se encuentran directamente relacionadas,<sup>115</sup> solo recientemente la condición étnica empieza a ser objeto de preocupación para la determinación del registro de beneficiarios de los programas sociales.<sup>116</sup>

Del mismo modo —a pesar de que el enfoque intercultural en salud es considerado parte del derecho a la salud y es demandado por los pueblos indígenas, que representan un sector importante de la sociedad— esta visión no es necesariamente compartida por la mayor parte de los funcionarios públicos del Sector Salud.

En el siguiente acápite se hace un recuento de las principales normas y políticas aprobadas por el Estado peruano en materia de salud a favor de los pueblos indígenas. Además, se hace un análisis de lo avanzado para su reconocimiento y protección.

En atención al marco conceptual y normativo presentado en el Capítulo III, le corresponde al Estado garantizar que la prestación del servicio de salud en los establecimientos, programas y servicios públicos se brinde respetando la diversidad cultural de las poblaciones indígenas.

El Ministerio de Salud ha promovido, en algunos documentos normativos, la interculturalidad como una relación respetuosa, simétrica y sin imposiciones que debe existir hacia los grupos culturalmente distintos de nuestro país. En este marco, se aprobó la «Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indí-

---

<sup>115</sup>UNICEF. *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*. Lima, 2010 p. 34.

<sup>116</sup>R.M. N° 227-2014-MIDIS que dispone se otorgue la clasificación socioeconómica de pobre extremo a las personas que forman parte de los pueblos indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana, comprendidos en la base de datos oficial de pueblos indígenas listados en la R.M. N° 321-2014-MC, o la que la reemplace o actualice.

genas», que posibilitó un avance en la búsqueda por implementar servicios de salud con pertinencia cultural.

Asimismo, se aprobaron normas para establecer los servicios de salud para la atención del parto vertical, la transversalización del enfoque de género, interculturalidad y derechos en salud, así como guías de salud ad hoc, como las de salud reproductiva con enfoque intercultural, y la de protección, relacionamiento y atención de pueblos indígenas en aislamiento voluntario o contacto inicial.

Sin embargo, la falta de apoyo presupuestal y recursos humanos, así como la diseminación de las iniciativas en la estructura institucional, impidió un avance en la promoción de la salud intercultural, sobre todo para programas de capacitación del personal técnico y promoción de la salud.<sup>117</sup>

De igual modo, en la Ley General de Salud, aprobada en julio de 1997, se observa una ausencia de referencias al tratamiento especial que deben recibir los pueblos indígenas.<sup>118</sup> Este vacío y la carencia de una política pública de salud intercultural han contribuido a la insuficiente aplicación del enfoque de interculturalidad en el Sector Salud, relegando con ello la adecuada prestación del servicio de salud a las poblaciones indígenas del Perú y el desconocimiento de la medicina tradicional practicada por las personas que habitan la Amazonía y los andes peruanos.

En tal sentido, es primordial que el Estado promueva el concepto de *servicio con enfoque intercultural o pertinencia cultural*, que denota una construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional entre el personal de salud y los usuarios y usuarias indígenas. Dentro de este enfoque, los usuarios y usuarias requieren de mecanismos de diálogo para expresar sus creencias culturales y necesidades, de forma que puedan ser consideradas en el servicio de salud que se les brinde.

---

<sup>117</sup> La R.M. N° 039-2005/Minsa, Art. 4°, que aprueba la creación de la Unidad Técnica funcional de Derechos Humanos, Equidad de género e interculturalidad en salud; la R.M. N° 638-2006-Minsa que aprueba la Norma técnica N° 047 V.01, sobre transversalización del enfoque de los derechos, equidad de género e interculturalidad; la R.M. N° 792-2006-Minsa, que aprueba el documento técnico «Enfoque de derechos humanos, Equidad de género e interculturalidad-Marco conceptual»; y la R.M. N° 1112-2006-Minsa, que aprueba la directiva Administrativa N° 102-Minsa/DGSP-V. 01 directiva administrativa para la implementación de la norma técnica «*Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud*».

<sup>118</sup> A diferencia de otras leyes generales como la de educación que si recogen este enfoque y han permitido impulsarlo y transversalizarlo en la gestión e implementación del derecho a la educación intercultural bilingüe.



De esta manera, el enfoque intercultural se presenta como una herramienta que ayuda a analizar las relaciones entre grupos culturales distintos, considerando la distribución del poder en la toma de decisiones y el nivel de reconocimiento de sus diferencias y ayuda a generar políticas para garantizar los derechos de los diversos grupos culturales. Es importante precisar que el concepto de «pertinencia cultural» es distinto al de «adecuación cultural», tal como puede apreciarse en el Cuadro N° 18.

**Cuadro N° 18**  
**Comparación entre adecuación cultural y pertinencia cultural**

Adecuación cultural	Pertinencia cultural
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso predominantemente unidireccional desde la oferta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso democrático de interacción bidireccional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca la aceptación de una propuesta desde una cultura (hegemónica) hacia la otra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción social, participativa entre interactuantes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede buscar la imposición, o llegar a ella.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca el consenso mediante el diálogo entre culturas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preponderante interés en la calidad técnica para el cumplimiento de metas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés en la calidad técnica y humana.</li> </ul>

Fuente: Consultoría realizada para la Defensoría del Pueblo. Diciembre 2011.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Bajo estos criterios, un servicio de salud con pertinencia cultural coteja visiones y constituye un punto de encuentro entre las propuestas técnicas de la oferta (la institución) y las expectativas de las personas usuarias (los pueblos indígenas). Por ello, contar con políticas de salud con pertinencia cultural implica crear condiciones que contribuyan a erradicar las brechas culturales, lo que demanda del Estado y de los pueblos indígenas, una actitud proactiva para buscar un punto de encuentro.

En las normas del Sector se han utilizado ambos enfoques (pertinencia cultural y adecuación cultural) para alcanzar las metas de la salud pública, aun cuando, como hemos precisado, estos responden a concepciones distintas, lo que evidencia la carencia de un criterio claro en el enfoque de la salud intercultural.

Así, por ejemplo, se observa un enfoque con pertinencia cultural en la R.M. N° 638-2006-Minsa, que aprueba la Norma técnica N° 047 V.01, sobre transversa-

lización del enfoque de los derechos, equidad de género e interculturalidad,<sup>119</sup> la R.M. N° 792-2006-Minsa, que aprueba el documento técnico «Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad-Marco conceptual»; y en la R.M. N° 1112-2006-Minsa, que aprueba la directiva Administrativa N° 102-Minsa/DGSP-V. 01, directiva administrativa para la implementación de la norma técnica para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud.

Sin embargo, existe otro grupo de normas que han considerado en sus planteamientos al criterio de adecuación cultural en la salud. Aquí podemos citar a la R.M. N° 598-2005-Minsa que aprueba la Norma Técnica N° 033 V.0, sobre la «Atención del parto vertical con adecuación intercultural»; la R.M. N° 674-2006/Minsa, que aprueba el documento técnico «Casas de espera materna, modelo para la implementación»; la R.M. N° 278-2008-Minsa, que aprueba el documento técnico «Adecuación cultural de la consejería y orientación en salud sexual y reproductiva», y la R.M. N° 815-2010/Minsa, que aprueba el Documento Técnico «Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna».

En su momento, estas normas representaron un avance porque incorporaron un enfoque de adecuación cultural del servicio, respecto de una atención etnocéntrica y monocultural. Sin embargo, en la práctica, la propuesta del Estado se centró en cambios de forma sin tomar en cuenta las condiciones culturales en las que se engarza esta práctica ancestral, como en algunos casos el uso del trípode para el parto vertical. En su lugar se propone, en la actualidad, un servicio de salud con pertinencia cultural, que parta de un proceso participativo, de modo que pueblos indígenas y Estado construyan a través de un diálogo intercultural, propuestas adecuadas a cada realidad, considerando el conjunto de programas ofrecidos por el sistema oficial de salud en el cual deben estar incluidos los agentes comunitarios y de la medicina tradicional.

Otros instrumentos importantes sobre la atención de la salud de los pueblos indígenas, pero que no se encuentran refrendados normativamente, son el Documento Técnico «Registro y codificación de diagnósticos de consulta externa,

---

<sup>119</sup>La norma técnica para la transversalización de los enfoque de derechos humanos, enfoque de género e interculturalidad en salud, orienta las acciones del Sector Salud hacia la necesidad de erradicar la discriminación y exclusión a través de la adopción de medidas tales como: *i*) promover en los agentes del sistema de salud actitudes de respeto a la diferencia y diversidad; *ii*) asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas para promover la complementariedad; y *iii*) el enriquecimiento mutuo.

HIS 3.05», que incorpora la variable de pertenencia étnica en el sistema de salud, y los estudios realizados por la Dirección General de Epidemiología, entre los años 2002 y 2007, sobre la salud de diversos pueblos indígenas, denominados «Análisis de la Situación Social de Salud (ASIS) ».

Sumado a lo anterior, en el 2012, Minsa anunció el inicio de la reforma de la salud. Dentro de este proceso, en julio de 2013, el Consejo Nacional de Salud emitió el documento denominado «Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud».<sup>120</sup> El documento aborda el tema de salud y el enfoque intercultural en el ítem Tercer Reto, precisando que: «El reto es avanzar hacia un sistema de Salud enfocado en la ciudadanía, para lo cual es fundamental (...) responder a las características culturales de la población (...)», y luego en el Lineamiento 2: Fortalecer la atención primaria de salud, especificando que ello se hará «a partir de un enfoque de interculturalidad, un componente de adecuación cultural que reconozca, respete y valore las concepciones de la población sobre salud y enfermedad, y que por tanto requiere de personal de salud con competencias, valores y habilidades para relacionarse con el otro, aceptando esas diferencias».<sup>121</sup> Pese a estas referencias, el documento no desarrolla cómo se afrontará y ejecutará el enfoque intercultural, quedando dicho contenido en el plano del enunciado.

En el mismo marco de reforma, en el último trimestre del año 2013, el Poder Ejecutivo aprobó 23 decretos legislativos, de los cuales 15 están directamente relacionados con la gestión del Sector Salud.<sup>122</sup> A partir de la aprobación de estas medidas, la Defensoría del Pueblo sostuvo reuniones con funcionarios del Minsa para exponerles que las normas aprobadas eran un avance en el tema de la reforma de la salud, pero que la ausencia de una perspectiva intercultural impedía plantear soluciones a problemas que afrontan, específicamente, los pueblos indígenas.

En efecto, el Decreto Legislativo N° 1164 establece disposiciones para la extensión de cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud (SIS). Así, prevé, entre otros, la afiliación directa al SIS, mientras se tramita el DNI, a personas en situación de pobreza que viven en zonas alejadas; la afiliación progresiva al SIS de poblaciones prioritarias de 0 a 5 años y gestantes; y, la afiliación temporal de personas no inscritas en el Reniec.

<sup>120</sup> Consultado en: <http://www.Minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documento-reforma11122013.pdf>.

<sup>121</sup> Minsa. «Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud». Julio 2013, p.44.

<sup>122</sup> Los ocho decretos legislativos restantes inciden en otros sectores como son el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio Interior y el Ministerio de Defensa.

Sin desestimar la importancia de esta norma y su beneficio para los sectores más vulnerables de la sociedad, consideramos, no obstante, que el plazo de 45 días previsto por la norma para regularizar la presentación del DNI, resulta insuficiente en muchos casos. En efecto, como ha señalado el Reniec, los mayores porcentajes de indocumentación en el Perú se encuentran en las comunidades indígenas amazónicas. Así, en las zonas alejadas de la Amazonía, habría un 9.8% de indocumentados.<sup>123</sup> Asimismo, en la supervisión se ha podido advertir que, con frecuencia, las personas indígenas tienen que tramitar una rectificación administrativa o judicial de los datos registrados erróneamente en sus actas de nacimiento. Este trámite, sin duda, excede el plazo de 45 días previsto por la norma.<sup>124</sup>

En segundo término, el Decreto Legislativo N° 1166 aprobó la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (Riaps). Los enfoques establecidos en los incisos a y b del artículo 7°, de esta norma, son particularmente importantes en materia de salud intercultural.

En el primer caso, se ha considerado el enfoque territorial para identificar, comprender y responder a la relación entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos vinculados con la salud. En el segundo caso, se ha considerado el enfoque de salud familiar y comunitaria para atender la atención primaria de salud, considerando que la protección del individuo sólo puede darse trabajando con la familia y la comunidad como espacios en que se establecen relaciones determinadas por un mismo contexto histórico, social y cultural que influye en la salud. Ambos enfoques deben ser priorizados en la atención de la salud a poblaciones indígenas.

Por otro lado, el artículo 6° de la misma norma dispone que las Riaps se constituyan sobre la base de las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud o de los gobiernos regionales, y que tengan como referente los establecimientos estratégicos que aprueba el Ministerio. Sin embargo, la localización de estos establecimientos estratégicos se encontraría muy alejada de un número significativo de comunidades indígenas, y con serias dificultades de

---

<sup>123</sup> Información proporcionada por la Gerencia de Restitución a la Identidad y Apoyo Social del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. Documento en power point titulado «*Diferenciales de indocumentación*» Enapres 2012».

<sup>124</sup> Si bien la norma no explicita que el plazo sea por única vez, y que este podría ser renovable, conforme se nos señala en el Oficio N° 084-2014-DVM-PAS/MINSA, la falta de claridad en este punto podría inducir a error a las y los funcionarios.

accesibilidad geográfica, de transporte y de cobertura económica, lo que puede generar problemas de funcionamiento e interrelación con los otros niveles de atención. Se remarca que la supervisión realizada ha permitido advertir deficiencias logísticas y de recursos humanos en las redes de salud cuando existe la necesidad de transferir a un paciente de un establecimiento de nivel I-1 y/o I-2 a otro establecimiento de nivel I-3 y/o I-4, según corresponda.

En tercer lugar, en el marco de esta reforma también se ha aprobado el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado. Esta norma prevé compensaciones, económicas y no económicas, y bonificaciones para los servidores de la salud que trabajen en zonas alejadas o de frontera, en zonas de emergencia y en establecimientos de atención primaria de salud. Sin embargo, el artículo 9.3 prescribe que «Las compensaciones económicas y las entregas económicas se abonan al personal de la salud que se encuentra registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público del Ministerio de Economía y Finanzas».

Al respecto, la supervisión ha permitido observar que en los establecimientos ubicados en zonas de pueblos indígenas amazónicos, el personal nombrado constituye únicamente el 11%. La mayoría de los servidores está conformado por personal contratado bajo la modalidad del Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (Serum). Sin embargo, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 9.3, el personal CAS quedaría fuera del alcance de la norma, aspecto que debe ser corregido para garantizar la finalidad de la misma.<sup>125</sup> Las y los profesionales del Serum y residentes sí se encuentran comprendidos dentro de los alcances de la norma de acuerdo con la Tercera Disposición Complementaria Final.

Finalmente, el Decreto Legislativo N° 1155 prevé medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud, a nivel nacional. Esto resulta primordial para el caso de los establecimientos supervisados porque se han observado problemas críticos de infraestructura y, en algunos casos, de falta de operatividad de los medios de transporte con los que cuentan

---

<sup>125</sup>D. L. N° 1153. Artículo 2.- La finalidad del presente Decreto Legislativo es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano; a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promuevan el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado.

dichos establecimientos. Esta situación impide el traslado oportuno en casos de emergencia o de atención de partos.

Complementariamente a la anterior norma, el Decreto Legislativo N° 1157 establece mecanismos para la expansión de la oferta de los servicios de salud en todos los prestadores públicos. Así en el artículo 3°, inciso c), la norma señala que la gestión de la oferta pública se inicia con las decisiones de ubicación de los servicios de salud en un territorio, considerando las brechas de atención en salud, mientras que el inciso d) del mismo artículo dispone que la política nacional de salud prioriza el fortalecimiento de establecimientos estratégicos y de las redes integradas de salud a nivel de provincia.

La consideración simultánea de ambos decretos legislativos permite abordar un aspecto medular en la presente supervisión, que remite al difícil acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud por las características del medio geográfico en que se encuentran. No obstante, en julio de 2012 el Minsa aprobó una norma para fortalecer y ampliar la capacidad resolutive de 748 establecimientos estratégicos, a fin de establecer una oferta especializada, de acuerdo con las necesidades de la población residente.<sup>126</sup> De la revisión de los 748 establecimientos estratégicos identificados por el Sector Salud se concluye que solo 33 se encuentran en distritos con presencia indígena amazónica, la amplia mayoría (28) en centros poblados urbanos.

Esta propuesta no satisface las necesidades de la población indígena que se encuentra en zonas alejadas. Históricamente, la política de salud no ha considerado una estrategia continua y sostenida hacia la población indígena que se encuentra sumamente alejada y dispersa. Esta población, por su lejanía, generalmente no es atendida por los establecimientos de nivel I-1 de su circunscripción. Por tal motivo, consideramos urgente acercar los servicios de salud de mayor complejidad y nivel resolutive a las localidades en que se encuentran estos pueblos indígenas.

En tal sentido, la reforma de salud no ha considerado una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas. Aun cuando se señala que la atención se ofrecerá con un enfoque de atención intercultural que tome en cuenta la lengua y cultura de las personas, los decretos legislativos no han abordado diversos temas importantes, tal como se ha visto.

---

<sup>126</sup>R.M. N° 632-2012/Minsa, que aprueba el «Listado nacional de establecimientos de salud estratégicos en el marco de las redes de los servicios de salud.»

Al respecto, el Ministerio de Salud refirió<sup>127</sup> que estos temas serían abordados en el proceso de Consulta Previa de la «Política Sectorial de Salud Intercultural» que promueve, a través del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi),<sup>128</sup> desde el 2013<sup>129</sup>. Esta política consultada constituiría el marco de referencia de las normas y acciones de salud intercultural orientada a brindar un servicio de salud que favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para los ciudadanos y ciudadanas del país. Se encuentra compuesta por cuatro políticas:

- Primera política: Derecho a la salud, inclusión social y equidad en los servicios de salud.
- Segunda Política: Medicina Tradicional y su articulación con la Medicina convencional.
- Tercera Política: Recursos humanos en salud intercultural.
- Cuarta política: Identidad cultural y participación de los pueblos.

Conforme a lo establecido en las normas de consulta, el Censi, como entidad promotora, identificó que esta medida afectaría los derechos colectivos del conjunto de pueblos indígenas del país, por lo que convocó a las siguientes organizaciones indígenas de carácter nacional a participar en el proceso de consulta previa: Asociación Interétnica de desarrollo de la selva peruana (Aidesepe), Confederación Campesina del Perú (CCP), Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (Conap), Confederación Nacional Agraria (CNA), Organización Nacional de Mujeres Indígenas, Andinas y Amazónicas del Perú (Onamiap) y la Unión Nacional de Comunidades Aymaras (Unca).

Es importante señalar que, de acuerdo con las organizaciones indígenas, existen diversas inquietudes que deben explicarse con mayor profundidad en la política de salud intercultural. Así, por ejemplo, no estaría muy bien señalado cómo el proceso de consulta se relaciona con la reforma del Sector Salud en marcha. Tampoco se precisa cuál sería la autoridad sanitaria responsable, y con qué presupuesto se contaría para implementar dicha política sectorial.

<sup>127</sup> Oficio N° 053-2014-DVM-SP/Minsa del 18 de febrero de 2014.

<sup>128</sup> Resolución Directoral N° 002-2013-Censi, de fecha 25 de abril de 2013.

<sup>129</sup> Como antecedente, el Minsa organizó diversas reuniones de trabajo con organizaciones, entre las que estaban organizaciones representativas de los pueblos indígenas a nivel nacional. Luego de ello, a finales del 2010, se obtuvo una propuesta de Política Sectorial de Salud Intercultural, que se identificó podría afectar el derecho colectivo a la salud de los pueblos indígenas, lo que determinó la necesidad de desarrollar un proceso de consulta previa.

Otra limitación, observada por las organizaciones, es que no se cuenta con un diagnóstico nacional que identifique los principales problemas de salud que afectan a la población indígena, elemento sustancial a la hora de formular una política y determinar sus alcances y objetivos específicos. Por último, indican que dicha política no consigna en su interior el marco normativo aplicable a sus cuatro ejes de trabajo ni tampoco los objetivos específicos en función de los problemas detectados. Explicitar lo anterior, sin duda, contribuirá a definir los componentes de la política general de salud.

En atención a ello, plantearon la creación de un Viceministerio de salud indígena e intercultural que permita el reconocimiento y revaloración de su sistema de salud indígena y el cumplimiento de sus derechos colectivos. Así como el reconocimiento, registro, acreditación y remuneración de sus médicos y médicas indígenas.

Ahora bien, en relación con el proceso de consulta cabe señalar que entre agosto y noviembre de 2013 se desarrollaron las reuniones preparatorias. Para ello, la entidad promotora convocó a representantes de las organizaciones indígenas nacionales a fin de informarles sobre la propuesta del Plan de Consulta, así como para contar con sus aportes. Se definió además la participación de otras entidades del Estado como el Ministerio de Cultura y la Defensoría del Pueblo.

La etapa de información se realizó entre noviembre de 2013 y abril de 2014, y consistió en la realización de cuatro talleres macro regionales<sup>130</sup> y de un taller nacional en Lima. En total participaron 531 personas. Durante la etapa informativa se pudo apreciar dos momentos diferenciados. El primero consistió en la exposición de la metodología de la sesión, del derecho a la consulta previa, así como de los antecedentes y el contenido de la propuesta de política sectorial de salud intercultural por parte de los funcionarios del Censi. En el segundo momento, denominado etapa de reflexión, los representantes regionales agrupados de acuerdo con la organización nacional a la que pertenecen evaluaron y discutieron el contenido de la política sectorial, plasmando sus resultados en papelotes para su socialización en plenaria.<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Los talleres macrorregionales se llevaron a cabo en Cusco, Bagua (Amazonas), Satipo (Junín) y Ucayali.

<sup>131</sup> Dependiendo de la iniciativa del grupo, las exposiciones podían ir acompañadas de otras dinámicas como sociodramas sobre la discriminación en los servicios de salud.



Es importante destacar los esfuerzos de la entidad promotora por realizar los talleres informativos. Sin embargo, la supervisión permitió advertir algunos problemas en cuanto a los aspectos metodológicos<sup>132</sup> y de organización de las reuniones<sup>133</sup> en la etapa de información. Estas dificultades fueron señaladas por las organizaciones indígenas en el Acta de Consulta, en la sección de observaciones y recomendaciones sobre el desarrollo del proceso de consulta previa.

Las organizaciones indígenas han criticado que no se contara con facilitadores externos y traductores en el proceso de consulta. Si bien en el plan de consulta se propuso la participación de facilitadores, tanto en los talleres como en la etapa de diálogo, ello no pudo ser cumplido por falta de presupuesto y se encargó la tarea de facilitación al o a la representante del Censi. De otro lado, el Censi no consideró necesaria la participación de intérpretes, pues tomó en cuenta que la lengua de interlocución de los representantes de las organizaciones de nivel nacional es el castellano.

Posteriormente, el proceso ingresó a una etapa de evaluación interna en que las organizaciones indígenas deliberaron en base a las reuniones sostenidas en la etapa de información y con los aportes brindados por las organizaciones indígenas regionales. Cabe señalar que esta etapa duró cinco meses —de abril a septiembre de 2014— extendiéndose mucho más allá del plazo establecido en la norma, que indica 30 días. Finalmente, previo a la etapa de diálogo, todas las organizaciones —excepto CCP— entregaron sus propuestas sobre la política de salud intercultural.

Los principales acuerdos a los que se llegó en la etapa de diálogo se basaron en cambios que resaltan el derecho a la participación y no discriminación. Así, se acordó modificar el enunciado de la primera política, retirando el término «in-

---

<sup>132</sup> La metodología empleada era únicamente expositiva utilizándose diapositivas complejas. El lenguaje utilizado era técnico y, de acuerdo con lo expresado por algunos participantes, confuso. Asimismo, se pudo observar que no se entregaban suficientes copias de documentos considerados importantes por los representantes de las organizaciones indígenas como, por ejemplo, el sustento técnico de la política. Este mismo problema se pudo observar más adelante en la etapa de diálogo cuando solo a insistencia de las organizaciones se les entregó copia de los documentos enviados por las otras organizaciones indígenas.

<sup>133</sup> Sobre los aspectos logísticos, un problema recurrente fue la rendición de cuentas de los participantes por concepto de traslado desde la localidad del participante hasta la sede. Para aquellos que tenían que hacer un solo trayecto no presentaba mayor dificultad. Sin embargo, para los que debían hacer varias conexiones y usar diversos tipos de medios de transportes era difícil presentar comprobantes de todos los servicios que usaron. Esta situación contribuyó a que en determinados momentos se creara un clima tenso en las reuniones.

clusión social» y complementando «pueblos indígenas» con la expresión «pueblos indígenas u originarios». Asimismo, revisar la inclusión del enfoque de género y la utilización del lenguaje inclusivo en todo el documento.

También se acordó la incorporación de una referencia a la Constitución Política y al Convenio N° 169 de la OIT (numeral 3.1.1), así como de las frases «respeto a la diversidad cultural» (numeral 3.1.3), «culturalmente pertinente» (numeral 3.2.4), «análisis de la situación de salud» (numeral 3.2.7) y «respetando lo dispuesto por la Ley de registro de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas», Ley N° 27811. Además, el reemplazo del término «urbano-marginal» por su equivalente (numeral 3.1.5). Un cambio sustantivo se produjo también en el numeral 3.2.4 referido a la promoción y fomento del uso culturalmente pertinente de recursos y tecnologías de la medicina tradicional en que se acordó incorporar la participación de los Agentes de la Medicina Ancestral.

De igual modo, se acordó la modificación del texto del numeral 3.3.2: «Las instituciones prestadoras de salud, en el marco de sus competencias establecidas por la autoridad nacional, promoverán el desarrollo de capacidades y competencias interculturales en los prestadores del Sistema Nacional de Salud, los decisores políticos en salud y los Agentes de la Medicina Ancestral».

Ahora bien, en relación con los desacuerdos, la entidad promotora y los representantes de los pueblos indígenas no llegaron a un consenso sobre la propuesta de las organizaciones indígenas de retirar la referencia de los pueblos afroperuanos y asiaticoperuanos en toda la política de salud intercultural. Sobre este punto el ente promotor se pronunció en el sentido de que no se podía excluir a estos colectivos de la política de salud intercultural, por cuanto existe una norma que define y establece las políticas nacionales para las entidades del gobierno nacional y esta se refiere a pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiaticoperuanos en global.<sup>134</sup>

Asimismo, en cuanto al término «medicina tradicional» algunas organizaciones (CNA, Onamiap y Unca) expresaron que este debía ser reemplazado por «medicina ancestral de los pueblos indígenas u originarios», mientras que otras (Aidesepe, CCP, y Conap) opinaron por que se cambie por «medicina ancestral e indígena». Si bien en un principio la entidad promotora estuvo de acuerdo con el término «medicina ancestral», no estuvo de acuerdo con el término «ancestral

---

<sup>134</sup>D.S. N° 027-2007-PCM de la PCM, que define y establece las «Políticas nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.» Art. 2.4.

de los pueblos indígenas u originarios», pues, en su opinión, no se puede excluir a la medicina de los afroperuanos y asiáticoperuanos.

Tampoco existió acuerdo frente a la propuesta de las organizaciones para que se incluya la denominación «médicos y médicas indígenas» en el reconocimiento e inclusión de la política de salud intercultural. Adicionalmente, no hubo acuerdo para reemplazar el concepto «síndrome cultural» por «enfermedades propias de los pueblos». Ni para que se incluya «con el consentimiento y coordinación de los pueblos» en el numeral 3.2.8.

El ente promotor no aceptó que se incluya que «la autoridad sanitaria debe promover la articulación de proyectos de salud intercultural de las organizaciones indígenas con las instituciones prestadoras de salud» (numeral 3.2.8) ni que se incorpore un nuevo numeral en la tercera política, con el siguiente tenor: «La autoridad sanitaria establecerá mecanismos de registro, reconocimiento y acreditación de los y las médicos indígenas para garantizar el ejercicio de sus derechos y beneficios como prestadores de servicios de salud».

De igual modo, no hubo acuerdo para que se reemplace la frase «promover y propiciar» por «garantizar» la participación de las organizaciones de los pueblos indígenas en la planificación de salud de sus comunidades (numeral 3.4.1.). Ni que se reemplace «la autoridad sanitaria en coordinación con las organizaciones indígenas» por «con la participación de organizaciones indígenas» para la propuesta de acciones que permitan la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de salud» (numeral 3.4.2). Tampoco en que se modifique «sistemas médicos ancestrales» por «sistemas médicos ancestrales e indígenas» en lo referente al establecimiento de mecanismos que los valoren, promuevan y fortalezcan (numeral 3.4.3.).

Al cierre del presente informe se encontraba pendiente la decisión final de aprobación de la política sectorial de salud intercultural que corresponde a la entidad promotora. En atención a ello, es importante recordar que dicha aprobación debe respetar los acuerdos alcanzados por el Estado y los representantes de los pueblos indígenas, de conformidad con los artículos 15° de Ley N° 29785, Ley del Derecho a la Consulta Previa y 23.2 de su Reglamento.

Asimismo, en el caso de los desacuerdos, el Estado debe motivar y fundamentar las razones que llevan a aprobar la medida administrativa. Esto permitirá hacer públicas las razones que sustentan la decisión y garantizar que esta no sea arbitraria. En atención al principio de buena fe, el Estado no debe aprobar una disposición de una medida administrativa que no haya sido considerada dentro de las etapas del proceso de consulta. El Estado se encuentra obligado a respetar las propuestas que estuvieron dentro del marco de deliberación durante el proceso de diálogo.

Este proceso representa una oportunidad de aprendizaje en la relación del Estado con los pueblos indígenas y es fundamental por ser una primera experiencia participativa en materia de salud intercultural. Sin embargo, debemos señalar que la sola aprobación de esta norma no es suficiente para garantizar una adecuada atención en el derecho a la salud de los pueblos indígenas.

En el marco de la reforma del Sector Salud, resulta prioritario realizar otros ajustes normativos pertinentes para lograr un enfoque intercultural en la atención de la salud pública a los pueblos indígenas, de forma que este enfoque sea aplicado en toda decisión e intervención de la materia. De esta manera, se debe contar con una rectoría adecuada y con capacidad para tener efecto sobre el conjunto de las unidades orgánicas, los organismos públicos descentralizados, las direcciones regionales de Salud y todos los establecimientos de salud del Ministerio de salud, a través de la aprobación de una normativa que deberá actualizarse e integrarse en torno a enfoques comunes.

Es necesario, asimismo, que la política pública tome en cuenta la atención de salud con cobertura adecuada y pertinencia cultural lo que exige contar con información diferenciada y con capacidad para poder articularse con los sistemas médicos indígenas presentes en el territorio nacional. Finalmente, se requiere poder incidir en la formación del personal técnico y profesional de salud, a través de planes de estudio con enfoque intercultural.



## Capítulo VI

---

# **SOBRE UNA RECTORÍA QUE GARANTICE LA IMPLEMENTACIÓN ADECUADA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD INTERCULTURAL**

El Ministerio de Salud tiene diversos centros de investigación, direcciones y unidades dentro de su estructura que trabajan con pueblos indígenas. Sin embargo, estas competencias se encuentran dispersas. Así, el Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi), la Unidad Técnica funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (UTF), la Dirección General de Epidemiología, y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que depende de la Dirección General de Salud de las Personas, son todas instancias dentro de la estructura institucional que atienden temas asociados a la salud de los pueblos indígenas.

El Censi fue creado mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.<sup>135</sup> Es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud que desarrolla y transfiere tecnología y conocimiento científico, normas técnicas y procedimientos de regulación en diversas áreas de la salud. Tiene como funciones la articulación de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, con la medicina académica en el sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, buscando contribuir a elevar el nivel de salud de la población y la mejora de la calidad de vida.<sup>136</sup> Para el logro de sus fines, desarrolla actividades de investigación científica y tecnológica, capacitación, difusión y promoción de programas de salud; así también, desarrolla propuestas normativas y estratégicas de salud con enfoque intercultural.

---

<sup>135</sup>Su antecedente inmediato es el Instituto de Medicina Tradicional (Inmetra), creado en 1990, con la categoría de «Organismo Público Descentralizado».

<sup>136</sup>D.S. N° 001-2003-SA, que aprueba el «Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud».

Asimismo, el Censi es el ente encargado de elaborar el Herbario Nacional y la Farmacopea de Plantas Medicinales y afines, así como la promoción de los complementos de uso en salud para el desarrollo alternativo y la implementación de un modelo de interculturalidad en salud que articule los diferentes sistemas médicos tradicionales con la participación de los agentes de la medicina tradicional.

El año 2004 se nombró al Censi como el órgano responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.<sup>137</sup> El objetivo de esta estrategia es contribuir a cerrar las brechas sanitarias persistentes entre el sector mayoritario de la sociedad y los pueblos indígenas. Para estos efectos el Censi elaboró el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010-2012, el cual no pudo implementarse por falta de aprobación y apoyo presupuestal. A fin de conocer los avances alcanzados por el Censi, en septiembre de 2013, la Defensoría del Pueblo solicitó información actualizada de las actividades que realizó durante los años 2011 y 2013.<sup>138</sup> Sin embargo, hasta el cierre de este documento, la información requerida no fue absuelta, pese al reiterativo enviado.<sup>139</sup>

Frente a ello, resulta complejo realizar un análisis completo de las actividades realizadas por el Censi. Sin embargo, se ha realizado un recuento de sus actividades públicas. Entre otras, se ha podido observar diversas acciones vinculadas con diálogos interculturales en Cotabambas y Puno; ha creado el observatorio de interculturalidad y derechos en salud en su portal institucional; ha promovido la inclusión de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud, organizado reuniones macroregionales con organizaciones indígenas nacionales y regionales para la elaboración de la propuesta de política sectorial de salud

---

<sup>137</sup> Aprobado mediante R.M. N° 771-2004/Minsa. Actualmente existen quince estrategias sanitarias en el Sector Salud.

<sup>138</sup> Mediante Oficio N° 021-2013-DP/AMASPPI-PPI del 24 de septiembre del 2013, se solicitó información sobre: i) La evaluación realizada al Plan de la Estrategia Sanitaria de Pueblos Indígenas en el período 2010-2012; ii) Las asistencias y asesorías técnicas que realizadas conforme la R.M. N° 037-2012, que aprueba las metas e indicadores de desempeño 2012 del Ministerio de Salud; iii) Los avances cualitativos en el proceso de consulta previa sobre la propuesta de política sectorial de salud intercultural; y iv) Los presupuestos aprobados y ejecutados correspondientes a los años 2010, 2011, 2012 y 2013.

<sup>139</sup> El pedido de información se reiteró mediante Oficio N° 005-2014-DP/AMASPPI-PPI del 22 de enero de 2014.

intercultural,<sup>140</sup> y ha desarrollado diversas investigaciones en materia de salud de los pueblos indígenas.<sup>141</sup>

El Censi ha logrado, además, la aprobación de la Norma Técnica de Salud para la prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y en contacto reciente, y dos guías técnicas para la protección, relacionamiento y atención a pueblos indígenas en aislamiento, en contacto reciente o indígenas en contacto inicial con alto riesgo de morbimortalidad.<sup>142</sup> También trabajó el Documento Técnico «Dialogo intercultural en salud», que ha sido aprobado recientemente mediante la R.M. N° 611-2014, cuyo objetivo es establecer las orientaciones técnicas para el uso de la metodología del diálogo intercultural en salud y con ello articular acciones con los pueblos indígenas, las poblaciones afroperuanas, los agentes de la medicina tradicional y las autoridades locales, a fin de mejorar el acceso y la calidad de la atención en los servicios de salud. Adicionalmente, el Censi cuenta

---

<sup>140</sup> Conforme al documento «*Plan de Consulta de la Política Sectorial de Salud Intercultural 2013*», a partir del 2010 se realizó un proceso participativo recabando las opiniones y aportes de las organizaciones representativas de los pueblos indígenas de nivel nacional, así como de las organizaciones indígenas de nivel regional y local en las sesiones descentralizadas que se realizaron a lo largo del año. Además se contó además con la participación de todos los sectores del poder ejecutivo en el nivel nacional, organismos multilaterales de cooperación, organizaciones de la sociedad civil de nivel nacional y regional, los gobiernos regionales y sus direcciones de salud y educación.

<sup>141</sup> Entre estas investigaciones destacan: el estudio «*Seroprevalencia de Hepatitis B en poblaciones menores de 5 años del Bajo Urubamba y Datem del Marañón*» (2008); el «*Censo Complementario del Bajo Urubamba*» (2009); Las revisiones etnodemográficas de población Awajun, Wampis, Shipibo-Conibo, Chopccas, Jakarus (2009); El estudio «*Tuberculosis en poblaciones indígenas*» (2009); la evaluación cualitativa de los conocimientos sobre VIH / SIDA en un grupo étnico indígena de la Amazonía peruana (2009); el estudio «*Hepatitis B en población indígena del Datem del Marañón*» (2010); El estudio «*Conocimiento, actitudes y prácticas ante infecciones respiratorias agudas en población andina, Aymaras, y amazónicas, Kandozi y Shapra*» (2010); el estudio «*Conocimiento, actitudes y prácticas de VIH en población andina, aymara, y amazónica, shipibos*» (2011); el estudio «*Hepatitis B en población Matsés*» (2011); La elaboración de las Guías Interculturales de infecciones de transmisión sexual en población Shawi, de material de pertenencia étnica, y monografías de 6 plantas medicinales; la elaboración de protocolo de estudio de enfermedades no transmisibles en población afroperuana (2011); la elaboración de protocolo de estudio de mortalidad infantil por IRAS en las poblaciones indígenas Ashaninkas y Ayamaras (2011), y finalmente el estudio «*Prevalencia de la infección por el virus de hepatitis B en niños menores de 5 años de comunidades indígenas de la Amazonía peruana posterior a intervenciones mediante inmunización*» (2014).

<sup>142</sup> La R.M. N° 797-2007-Minsa, que aprueba la Guía Técnica «*Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente*»; la R.M. N° 798-2007-Minsa, que aprueba la Guía Técnica «*Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad*»; la R.M. N° 799-2007-Minsa, que aprueba la Norma Técnica N° 059 V.01 «*Sobre prevención, contingencia ante el contacto con indígenas en aislamiento voluntario.*»



con el informe técnico «Metodología para el desarrollo de huertos de plantas medicinales», que se encuentra pendiente de aprobación.

Como se ha señalado, dentro de las actividades realizadas por el Censi se encuentra el «Proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural», que viene promoviendo desde el año 2013. En efecto, el Censi ha realizado múltiples esfuerzos para llevar adelante este proceso de consulta. Sin embargo, si bien ha sido una oportunidad de aprendizaje en la relación del Estado con los pueblos indígenas, también ha evidenciado algunas dificultades, precisamente, por ser una primera experiencia participativa en materia de salud intercultural.

Una segunda entidad que trabaja el tema de la salud interculturalidad es la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (UTF), creada el año 2005 como un órgano adscrito a la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. La UTF tiene como función proponer lineamientos técnicos normativos para la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, en las políticas e intervenciones del Minsa; brindar asistencia técnica sobre dichos enfoques a las instancias del Minsa; elaborar indicadores y monitorearlos, así como propiciar su implementación y desarrollo en forma descentralizada.

De acuerdo con el Informe N° 026-2013-MMM-DGPS-DPVS/Minsa, del 24 de septiembre de 2013, respecto del eje de interculturalidad, esta entidad habría realizado las siguientes actividades: la revisión de la normativa sectorial para identificar los vacíos relacionados sobre interculturalidad, la difusión de la ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, la suscripción de un convenio para la ejecución del programa de cooperación socio-sanitaria con apoyo al «Plan binacional de desarrollo de la región fronteriza Perú-Ecuador, II Fase», la emisión de opinión sobre el proyecto de norma elaborado por el Censi sobre diálogo cultural y la participación en diversos espacios de reuniones relacionados con los derechos de los pueblos indígenas, en especial referidos a la salud, entre los principales.

En atención a sus funciones, el 2012, la UTF elaboró un anteproyecto de directiva administrativa para incorporar los enfoques de género e interculturalidad en la salud en el primer nivel de atención. Sin embargo, la directiva propuesta no fue aprobada por la Dirección General de Promoción de Salud. Asimismo, de la revisión de diversos documentos técnicos de la Dirección de Promoción de la salud se aprecia que no se ha incorporado el enfoque de interculturalidad, como por ejemplo, en la «La Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible» (R.M.N° 298-2011/Minsa), «Criterios técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del centro de

promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño» (del 31 de diciembre 2014) o el documento «Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años» (R.M. N° 702-2009/Minsa).

Asimismo, la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Minsa, como órgano responsable de conducir el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, el Análisis de la Situación de Salud y la Investigación Epidemiológica Aplicada, ha elaborado diagnósticos de las condiciones de salud de los pueblos indígenas y, además, ha recopilado evidencias de las brechas sanitarias de los pueblos originarios a través de los «Análisis de Situación de Salud (ASIS)». Hasta el momento ha desarrollado el ASIS del pueblo Shipibo-Konibo (2002). A este le ha seguido los ASIS del Pueblo Nanti del Camisea (2003), del Pueblo Matsigenka (2006), del Pueblo Achuar (2006), de Purus (2009), provincia cuya población mayoritaria está compuesta por diversos pueblos indígenas, del pueblo Aymara (2010). Finalmente, ha actualizado recientemente el ASIS del Pueblo Nanti (2014).

La contribución principal de los ASIS indígenas es haber relacionado los factores condicionantes de la salud con los procesos de salud-enfermedad en cada zona. El ASIS Shipibo-Konibo, por ejemplo, resalta los problemas de la deficiencia nutricional en la primera infancia por un continuo deterioro de la base de recursos, así como la alta incidencia de infecciones de transmisión sexual de mujeres en edad fértil.

El ASIS Matsigenka distingue varios escenarios geográficos. En el Alto Urubamba (Región Cusco), advirtió un problema de conjuntivitis que afectó a todos los grupos étnicos, provocado por el alto tráfico de camiones para la construcción del gasoducto. Por otro lado, en la provincia de Manu (Región Madre de Dios), el perfil de morbilidad de los Matsigenka no son las enfermedades infecciosas sino la pediculosis, las caries dentales, y las infecciones tempranas por hepatitis B, que revela la baja cobertura de vacunación y el limitado acceso a los servicios.

En cuanto al ASIS Achuar los principales problemas que se señalan son de tipo infeccioso, relacionados con la actividad petrolera, y de salud mental, apreciándose en esta población un marcado estado de angustia por un sentimiento de «no vivir sanos».

El ASIS Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua buscó los antecedentes históricos, la morbilidad y mortalidad de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial. Las principales causas de morbilidad fueron las EDAS, IRAS, desnutrición, tuberculosis y malaria. La capacidad resolutoria del C.S. Camisea era insuficiente. La actualización del ASIS Nanti (2014), revela que las epidemias

de EDA e IRA continúan siendo el factor crítico que determina la precocidad de muerte de la población influyendo, además, en el deficiente estado nutricional de los niños y niñas de la población. Asimismo señala que el sistema de salud actual provisto por la microred de salud Camisea no responde, aun, a la situación de extrema vulnerabilidad biológica de los pueblos Matsigenka y Nanti.

El aporte de los ASIS indígenas es importante, pues señalan los principales problemas de salud específicos y comunes, que los distinguen de poblaciones no indígenas. Por ello, debiera ser un insumo necesario para la capacitación del personal de salud. De allí la necesidad de que cada pueblo indígena cuente con su propio reporte de situación de salud.<sup>143</sup>

Finalmente, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de salud sexual y reproductiva, viene impulsando, desde el 2005 el parto vertical con adecuación intercultural,<sup>144</sup> las casa de espera<sup>145</sup> y, asimismo, cuenta con documentos técnicos importantes, como la adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.<sup>146</sup>

En este sentido, se puede observar que el Centro Nacional de Salud Intercultural, la Dirección de Promoción de la salud a través de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, la Dirección General de Epidemiología y la Dirección General de Salud, a través de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, han venido trabajando para el posicionamiento del tema de la salud de los pueblos indígenas en las instancias de decisión del Sector Salud, mediante importantes estudios de investigación científica y tecnológica en el campo de la salud intercultural, así como en la organización de programas y actividades de información y difusión.

---

<sup>143</sup> Es relevante mencionar que el Minsa ha aprobado, mediante la R.M. N° 956-2012-Minsa, el Documento Técnico denominado: «Aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana», a fin de proporcionar a los equipos técnicos de las direcciones regionales de salud y otras instituciones interesadas, una herramienta metodológica a ser utilizada en la elaboración del análisis de la situación de salud del pueblo indígena a través de un proceso participativo con los mismos interesados.

<sup>144</sup> RM N° 598-2005 Norma técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación intercultural.

<sup>145</sup> RM N° 674-2006 Documento Técnico «Casas de Espera», y la RM N° 815-2010 Documento Técnico «Gestión local para implementación de casas de espera».

<sup>146</sup> R.M. N° 278-2008/Minsa Documento Técnico Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva».





# CONCLUSIONES

La Defensoría del Pueblo considera que la gestión de la política de salud intercultural requiere de una instancia del más alto nivel dentro del Ministerio de Salud, entre cuyas competencias debería considerarse necesariamente la transversalización del enfoque intercultural en todos y cada uno de las estrategias y programas que ofrece el Sector Salud. Asimismo, esta entidad tiene que otorgar mayor participación a las organizaciones indígenas en la elaboración de planes y programas de salud pertinentes a sus culturas, que permita el reconocimiento y revaloración de su sistema de salud indígena y el cumplimiento de sus derechos colectivos.

1. Entre junio de 2013 y septiembre de 2014, la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión a fin de evaluar el servicio de salud dirigido a los pueblos indígenas de la Amazonía. Para tales efectos, se realizaron visitas de supervisión a 47 establecimientos de salud en comunidades nativas. La supervisión también incluyó el seguimiento y participación en el proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural.
2. El Ministerio de Salud ha puesto énfasis en la implementación de una reforma para la construcción de un sistema integrado, orientado a alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud. Sin embargo, la supervisión ha permitido observar que se requiere de una política integral de salud intercultural que permita acciones concretas que aborden la situación de salud de los pueblos indígenas y contribuya a alcanzar una prestación sanitaria con pertinencia cultural que tome en cuenta la alta dispersión poblacional de nuestra Amazonía.
3. La actual gestión del Sector Salud ha promovido el proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural como un espacio participativo y horizontal de diálogo entre el servicio de salud oficial y los pueblos indígenas, que permita recoger adecuadamente el carácter plural de nuestra sociedad. Esta medida contiene, como ejes básicos, el derecho a la salud, la

medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional, y los recursos humanos en salud intercultural.

4. Sin embargo, la exclusión histórica que han sufrido los pueblos indígenas exige del Estado mayores esfuerzos para reducir las graves brechas que han impedido que la población indígena reciba una atención de salud con pertinencia cultural. Es tan deficitaria la atención de salud, que el 51.2 % de las comunidades nativas carece de algún tipo de establecimiento, y solo el 48.2% cuenta con estos servicios vitales, según reporta el último Censo Nacional Agropecuario.
5. El Ministerio de Salud tiene varios centros de investigación, direcciones y unidades dentro de su estructura que trabajan con pueblos indígenas. Sin lugar a dudas estas entidades han sido las principales promotoras para la sensibilización de las y los profesionales de la salud y su capacitación en salud intercultural dentro del Sector. Sin embargo, la lejanía dentro de la estructura orgánica de los centros de decisión del sector, la dispersión de sus competencias y su escaso presupuesto, limitan su trabajo para institucionalizar la interculturalidad como la base de la intervención en salud con los pueblos indígenas.
6. En este marco se requiere incorporar en la estructura del Ministerio de Salud un órgano de alto nivel con capacidad de promover el enfoque intercultural en el servicio de salud. Es vital contar con una instancia con capacidad funcional y administrativa encargada de formular, proponer, normar y orientar el enfoque de interculturalidad en todos los niveles del sistema de salud y en las estrategias de prevención y promoción, atención, y rehabilitación de salud.
7. La gestión de la política de salud intercultural tiene que otorgar mayor participación a las organizaciones indígenas en la elaboración de planes y programas de salud pertinentes a sus culturas, que permita el reconocimiento y revaloración de su sistema de salud indígena y el cumplimiento de sus derechos colectivos. En el marco del proceso de consulta previa de la política de salud intercultural, las organizaciones indígenas solicitaron la creación de un Viceministerio de salud indígena e intercultural.
8. La designación de una instancia con capacidad de promover el enfoque intercultural en el servicio de salud contribuirá a que los servicios de salud en zona amazónica mejoren, sean aceptados por los ciudadanos y ciudadanas indígenas y se reviertan los siguientes problemas identificados en la supervisión.

## Falta de información sobre la situación de la salud de los pueblos indígenas

9. El conocimiento epidemiológico es necesario para la planificación y toma de decisiones de las autoridades sanitarias competentes. La información sobre la situación de la salud de un pueblo indígena permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.
10. Sin embargo, la falta de aplicación o la aplicación inadecuada de la variable «pertinencia étnica» en el sistema de información del Minsa, sumado a las imprecisiones en los diagnósticos o los subregistros de atención, contribuye a no tener un diagnóstico certero sobre las enfermedades que aquejan a las personas integrantes de los pueblos indígenas ni identificar las brechas sanitarias entre los diferentes estratos poblacionales y explicar los factores que las determinan.
11. La Defensoría del Pueblo ha buscado tener una aproximación a dicha situación a partir de los datos proporcionados por el personal de los establecimientos de salud supervisados. A partir de ello, se ha podido identificar que los pueblos indígenas se encuentran en un proceso de *acumulación epidemiológica*, pues, además, de las enfermedades más recurrentes de origen infeccioso (EDA e IRA), se ha advertido el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con los procesos de cambio que inciden en ellos, tales como la urbanización, la migración, la contaminación de los ríos, fuentes de agua y medio ambiente, entre otros.
12. La supervisión ha permitido establecer que de 47 establecimientos supervisados, 34 indican haber atendido a pacientes con infección de transmisión sexual, y 26 por tuberculosis. En cuanto a las enfermedades mentales, en 15 establecimientos se reportó la atención de pacientes con cuadros de depresión y, en menor cantidad, con esquizofrenia, alcoholismo o ansiedad. La falta de recursos económicos para la adquisición de determinados bienes y/o servicios, así como para enviar a sus hijas e hijos a las escuelas, constituye la principal causa de preocupación y estrés en la población indígena entrevistada.
13. Sin embargo, hay casos en que la falta de recursos económicos, así como problemas de violencia de género, ocasiona que se opte por medidas extremas como el suicidio. Así, se han presentado casos de mujeres, mayormente jóvenes adolescentes, que recurren a la ingesta de veneno o plantas venenosas como el barbasco.



14. Los casos de pacientes con VIH/Sida se han incrementado en los últimos años, no existiendo aun una propuesta de intervención con enfoque intercultural. De los 47 establecimientos supervisados, diez respondieron haber atendido a pacientes con VIH/Sida. La Dirección General de Epidemiología, en el último análisis de la situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú, informa que la prevalencia de esta enfermedad se encuentra en aumento y enfatiza que dada las características económicas y socioculturales de los pueblos indígenas, la epidemia podría generalizarse rápidamente.

### **Inadecuado relacionamiento entre el sistema oficial de salud y la medicina tradicional de los pueblos indígenas**

15. Los pueblos indígenas han desarrollado y mantenido, en el campo de la salud, conocimientos y prácticas ancestrales que les han permitido desenvolverse y mantenerse como grupo social. El conocimiento que se tiene sobre la diversidad de plantas medicinales y sus propiedades curativas es, en muchos casos, sofisticado.
16. La mayoría del personal de salud entrevistado declara conocer algo sobre las plantas medicinales en alguna medida. No obstante, este número disminuye cuando se trata de recomendarlas como tratamiento. Asimismo, un mayor número de comuneros y comuneras ha notado que el personal de salud no prescribe el uso de dichas plantas medicinales.
17. De los 47 establecimientos de salud supervisados, 33 funcionarias y funcionarios dijeron conocer la existencia de agentes tradicionales en la localidad especialistas en partos, hueseros, yerberos, y curanderos o curanderas, que tienen ciertos conocimientos para la curación, no solo males físicos sino también de aquellos que conciernen a la dimensión espiritual o cultural de la persona. De ellos, 19 indicaron haber coordinado algún tipo de tratamiento conjunto, especialmente con parteras o parteros. Sin embargo, existe personal de salud que no se relaciona con agentes de la medicina tradicional aduciendo que no conocen los tratamientos que brindan estas y estos, y que su medicina no está sustentada científicamente o está relacionada con la brujería.
18. La o el agente comunitario de salud requiere mayor apoyo a fin de que pueda lograr un mejor relacionamiento entre el establecimiento de salud y la comunidad. En los últimos años se han emitido varias normas que regulan su trabajo voluntario. Sin embargo, es necesario una efectiva promoción de sus labores, teniendo en cuenta el importante rol articulador que ejerce entre la comunidad y el personal de salud, así como de nexo cultural para las tareas de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades.

19. La supervisión ha permitido observar que se desaprovecha el conocimiento de las y los agentes comunitarios para trabajar la atención de salud con pertinencia cultural, así como para articular el trabajo del establecimiento con la medicina tradicional. Por ello, se requiere revalorar su trabajo dentro del sistema de salud nacional. Asimismo, resulta indispensable incluir en la capacitación del agente comunitario, conocimientos y técnicas para que pueda proporcionar una primera atención en salud frente a alguna urgencia o emergencia.
20. Se ha constatado la presencia de técnicas y técnicos sanitarios indígenas en los servicios de salud contratados por el Ministerio de Salud. Este personal tiene la ventaja de conocer el idioma y la cultura local, así como permanecen en los establecimientos de salud durante largos periodos. Se observa, que este personal es poco valorado y generalmente permanecen al margen de los procesos de capacitación y toma de decisiones en la gestión de los establecimientos de salud.
21. La actitud de rechazo a la medicina tradicional por parte de un personal de salud es percibida como un rechazo a su propia cultura acentuando el nivel de desconfianza de las personas de pueblos indígenas a los servicios de salud.
22. El Estado debe facilitar la puesta en marcha de programas de salud interculturales donde ambos sistemas de salud se complementen y no se confronten. Se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para todos.

### **Incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud**

23. La problemática de la salud es una de las mayores preocupaciones de los pueblos indígenas, debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran. Esta situación se agrava por la falta de recursos públicos, que impide la prestación del servicio de manera integral y propicie la imposición de un sistema de salud ajeno, que no se adecúa a la perspectiva cultural de estas poblaciones.
24. El sistema de salud ha repetido pautas y esquemas de salud que se podían dar en zonas urbanas o urbano-marginales, sin adecuarse a las necesidades propias de esta población. En este sentido, se requiere hacer un cambio en la forma en que los servicios de salud se relacionan con los pueblos indígenas, desde sus diversas especificidades y tradiciones culturales en salud. Esto es clave para que los servicios sean reconocidos y usados. De lo contrario, los esfuerzos que se hagan tendrán limitados resultados.

25. Un aspecto preocupante identificado en la supervisión es el trato que se brinda a las mujeres indígenas en la atención de su salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud establece que para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, los partos deben ser atendidos a nivel institucional. Sin embargo, de acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud, durante el 2013 se atendió 376 partos. De ellos, 225 se realizaron en sus domicilios, solo 76 en un establecimiento de salud y otros 75 en un establecimiento de mayor nivel resolutivo.
26. Las usuarias indígenas de estos servicios manifestaron que prefieren el parto domiciliario porque en casa ellas pueden recibir el trato adecuado según sus costumbres y conocimientos, así como recibir los cuidados de las parteras, madres o parejas que las ayudan en el trabajo de parto. También indican que encuentran en el personal de salud actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas. Esto crea un ambiente de desconfianza e incomodidad por parte de las mujeres indígenas hacia el equipo de salud.
27. En las comunidades existen personas que atienden partos, incluyendo a las parteras tradicionales. Estas personas son las que atienden el mayor número de partos que ocurren en las comunidades indígenas. Se observa que no existe un trabajo complementario entre el personal de salud y las parteras tradicionales, que permita incrementar la demanda de servicios de maternidad y lograr referencias oportunas en caso de complicaciones.
28. Otros obstáculos que inhiben a las mujeres de buscar atención en el servicio de salud es la ausencia de personal femenino que hable el idioma local y las distancias geográficas que existen entre la comunidad y el establecimiento. Una situación alarmante es que se han registrado casos donde el personal de salud condiciona a la mujer a dar a luz en el establecimiento, a cambio de recibir los beneficios del seguro o el certificado de nacido vivo.
29. En la supervisión se han identificado pocos puestos de salud que contemplen una atención culturalmente sensible, cualidad que permite que las mujeres se sientan cómodas. Si bien existe la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, solamente 16 de los 47 establecimientos supervisados contaban con el servicio de parto vertical. De ellos, únicamente siete habían realizado un parto vertical en el último año.
30. Otro problema identificado, en este ámbito, se encuentra relacionado con los métodos anticonceptivos. Las mujeres sostienen que habría una falta de interés del personal en explicar en detalle las características, ventajas o desventajas de los métodos anticonceptivos. Otro problema identificado es que las preferencias en el método a seguir son limitadas. No es un tema de elección sino de disponibilidad del método.

31. Los programas de salud en zonas indígenas no deben extrapolar modelos urbanos ajenos a la realidad social e idiosincrasia de estas poblaciones. Es necesario tomar en cuenta las opiniones, concepciones y percepción de la salud y de la enfermedad que tienen los propios pueblos indígenas, lo que permitirá mejorar el grado de satisfacción sanitaria de la población y de los indicadores de salud.

### **Barreras económicas para el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas**

32. El grado de aceptación y legitimidad del servicio de salud está en función de la receptividad y capacidad de respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que presta sus servicios. La pobreza es un factor social determinante de la salud por ser una condición que genera una mayor probabilidad de que las personas contraigan enfermedades, en razón de sus precarias condiciones de vida.
33. El Estado debe, en este sentido, promover políticas en salud que respeten, protejan y cumplan el derecho a la salud, con énfasis en la población más pobre y excluida. Es a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que se procura que las poblaciones más vulnerables y con menores recursos económicos, como lo es un amplio sector de los pueblos indígenas, accedan a los servicios de salud.
34. Sin embargo, durante la supervisión se ha podido observar que aún subsisten diversas dificultades que impiden alcanzar el objetivo del aseguramiento universal de la población indígena. Entre estas dificultades están aquellas directamente vinculadas con el proceso de afiliación. Existen condiciones como la lejanía y la falta de internet que dilatan la obtención del SIS. Se ha podido advertir, además, que se exigen requisitos no contemplados en la ley. Se han presentado casos en los que se solicita registrarse en los censos locales de los establecimientos de salud, para realizar la afiliación.
35. El 90% del personal de salud entrevistado considera que el principal problema en la afiliación de los usuarios y usuarias al SIS es la falta de su DNI o los errores de registro en la documentación. Es frecuente que los datos brindados para el DNI y los consignados en la partida o acta de nacimiento no coincidan, lo que demora la obtención del documento, debido a la rectificación que debe efectuarse.
36. Otro problema identificado es la insuficiente información que se brinda a las personas sobre la cobertura del SIS, y sobre sus derechos. Esto impide que puedan exigir un servicio acorde con la cobertura de su seguro. La falta de

información ha dado lugar a que ocurran algunas situaciones irregulares, tales como cobros indebidos, la obligación de realizar trabajos de corta duración, o la restricción arbitraria de la atención a horarios establecidos por el personal de salud.

37. De acuerdo con lo informado por el personal de salud, el SIS solo cubre los costos de traslado de emergencia en 22 establecimientos supervisados. De ellos, en 12 indicaron haber brindado la cobertura total del traslado. En los otros 10, estos gastos fueron compartidos por el personal, los familiares del paciente y/o la comunidad, contraviniendo la Directiva Administrativa N° 001-201-SIS-GNF, que regula los procedimientos para el traslado de emergencia de los inscritos o asegurados al SIS aprobada mediante la Resolución Jefatural N° 161-2011/SIS.

### **Falta de capacidad de acción del sistema de atención de salud a los pueblos indígenas**

38. Para garantizar la cobertura de su servicio, un centro de atención primaria de salud requiere estar dotado de una cantidad suficiente de profesionales. En la supervisión, sin embargo, se ha podido identificar un escaso número de personal y la falta de profesionales de la salud en los establecimientos que atienden a la población indígena amazónica, debido, entre otras razones, a las condiciones geográficas adversas, tanto de accesibilidad como de dispersión poblacional y a la falta de incentivos para laborar en dichas zonas.
39. De los 47 establecimientos de salud supervisados, en 13 de ellos, trabaja una sola persona, en otros 13 laboran dos personas y solamente ocho cuentan con tres personas. El número de profesionales de salud asignado a cada establecimiento se realiza considerando el tamaño de la población a atender, de tal forma que a menor tamaño de la población, menor número de personal. Bajo dicho criterio, sin embargo, no se consideran otros factores importantes como las condiciones geográficas de la zona o las poblaciones dispersas que viven en la Amazonía.
40. Un aspecto preocupante es que 22 de los establecimientos supervisados reportaron contar únicamente con personal técnico en enfermería. Estos establecimientos no cuentan con profesionales médicos para su atención integral.
41. Otra dificultad que se presenta en este ámbito son las diversas modalidades de contratación del personal del Sector Salud. El 68.5% del personal que atiende en los establecimientos supervisados está contratado bajo la modalidad CAS, el 15.1% son personal de Serum, mientras que solo el 11% del total

es personal nombrado. Tener tantos regímenes de contratación dificulta los esfuerzos para garantizar la permanencia del personal, en la medida que los incentivos generalmente alcanzan sólo al personal nombrado.

42. El personal de salud demanda una serie de mejoras en las condiciones del servicio de salud que permitirían un adecuado desempeño laboral (mejores servicios básicos, transporte, infraestructura y equipamiento), y en las condiciones laborales (estabilidad laboral, capacitación y contratación de más personal), así como en la refacción y construcción de las residencias que se les asignan. De acuerdo con lo señalado por los funcionarios de salud, no existiría una significativa diferencia de salario entre personas trabajadoras de salud que laboran en establecimientos ubicados en áreas indígenas, en relación a quienes laboran en medio urbanos próximos a estos ámbitos. Esto desestimula la afluencia y permanencia de las trabajadoras y trabajadores de salud en sus puestos, lo que provoca una altísima rotación de personal.
43. Otro aspecto preocupante identificado se encuentra relacionada con la cantidad de medicamentos y vacunas que se provee a cada establecimiento. Si bien la gran mayoría de establecimientos visitados se encuentran provistos con medicamentos para la atención de las diversas enfermedades de la población indígena, la dotación de estos, en algunos casos, resulta insuficiente. De acuerdo con las entrevistas, 45 de los establecimientos supervisados cuentan con medicamentos para atender las infecciones respiratorias agudas y 46 para las enfermedades diarreicas agudas. Sin embargo, en casi el 40% de los casos el personal de salud indicó que la cantidad es insuficiente para el total de pacientes.
44. Una situación similar ocurre en el caso de los medicamentos para la atención de pacientes con ITS. Del total de puestos de salud visitados, en 37 informaron contar con el tratamiento; pese a ello, solo a 22 les alcanzaba para cubrir la atención de las personas infectadas. En cuanto al VIH/Sida, solo dos de 10 que reportaron atención a pacientes con este diagnóstico, señalaron tener el tratamiento antirretroviral. Tres respondieron que suelen solicitarlo a sus respectivas microredes. Establecimientos como Contamana y Nuevo Andoas, que reportan tener pacientes con dicha enfermedad, no cuentan con el tratamiento.
45. La supervisión ha permitido identificar establecimientos de salud con precarias condiciones para el almacenamiento y la disposición de los medicamentos. No hay, en algunos casos, ambientes adecuados y son ubicados directamente en el piso y en condiciones poco higiénicas, lo que pone en riesgo su conservación.

46. Las vacunas aprobadas oficialmente se administran siguiendo un orden cronológico y secuencial, establecido en el Esquema Nacional de Vacunación. La aplicación de este esquema es de cumplimiento obligatorio por todas las entidades públicas, privadas y mixtas del Sector Salud. La supervisión ha permitido constatar, a través del personal de salud entrevistado, que uno de los problemas que afrontan recurrentemente es el desabastecimiento de las vacunas, debido a que, en algunas ocasiones, las cantidades recibidas no se encuentran de acuerdo a su requerimiento y en otras, porque tienen que ser devueltos por haber llegado en mal estado o próximas a su fecha de vencimiento. Esto demuestra la vulnerabilidad en la que se encuentra la población indígena infantil de nuestra Amazonía peruana y la necesidad de que se tomen medidas urgentes para revertir esta situación que afecta su derecho a la salud.
47. La cadena de frío es un sistema de procesos que permite la conservación, el manejo y la administración de las vacunas dentro de rangos de temperatura adecuados para su conservación. Si bien en los últimos años la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del Minsa, ha logrado mejorar la cadena de frío, aún se presentan dificultades para lograr un adecuado mantenimiento preventivo de los equipos, así como para la renovación periódica de los mismos. Incluso hay un importante porcentaje de establecimientos que no cuentan con equipos refrigerantes.
48. La supervisión llevada a cabo muestra que 37 de 47 establecimientos supervisados cuentan con un equipo de cadena de frío en buen estado. Sin embargo, en cinco establecimientos nos informaron que sus equipos se encuentran inoperativos y, en otros cinco, que no tienen dichos equipos, motivo por el cual tienen que programar mensualmente el número de niños y niñas que requerirán de vacunas o esperar el arribo de los equipos móviles para las inmunizaciones.
49. Otro problema identificado es la limitada capacidad de atención de los establecimientos supervisados. Así, por ejemplo, en el nivel I-1 hay 13 establecimientos de salud que atienden entre 3 a 5 localidades, 4 establecimientos que hacen lo propio con 10 a 18 localidades. La supervisión pudo corroborar casos en que un solo personal atiende establecimientos que tienen a su cargo un alto número de localidades. Esto resulta crítico si se consideran las distancias entre las localidades, los problemas de falta de presupuesto para combustibles y la carencia de medios de transporte. El caso extremo es el establecimiento de Quiteni (Región Junín) cuyo único personal es un técnico de enfermería que debe atender a 18 localidades.

50. Se recogieron múltiples quejas de usuarios y usuarias del servicio de salud y de las organizaciones indígenas debido a las continuas ausencias del personal asignado a los establecimientos de salud. Entre otras cosas, ellos manifiestan que después de recorrer grandes distancias, llegan al establecimiento de salud y lo encuentran cerrado. Frente a ello, las autoridades comunales demandan conocer el horario de atención, o que se les proporcione el cronograma de salidas del personal. Asimismo proponen que existan turnos de atención o que se contrate a más personal.
51. Se han advertido limitaciones en relación con los medios de transporte. En efecto, si bien cada establecimiento de salud requiere contar con un vehículo propio y exclusivo para las visitas extramurales y el traslado de pacientes, especialmente en situaciones de emergencia,<sup>147</sup> en la supervisión se verificó que 12 de los 47 establecimientos no disponen de unidades de transporte. Asimismo, 10 de los establecimientos presentan vehículos inoperativos por problemas técnicos. En 22 establecimientos el personal sanitario no puede movilizarse a través de un medio de transporte propio.
52. Existen notorias dificultades de los equipos móviles Aisped para cumplir con su objetivo de atención de las poblaciones más excluidas y dispersas. Entre las dificultades que sobresalen se encuentra el desplazamiento de los integrantes del equipo hacia las localidades a ser intervenidas. El no contar con movilidad propia, el tránsito poco fluido de transporte público y el limitado presupuesto por concepto de movilidad, son algunas de las principales problemas que señalan las redes de salud. Por otro lado, el personal entrevistado indica que los factores climatológicos, como las intensas lluvias y el aumento del caudal de los ríos, dificultan y demoran el traslado, además de poner en riesgo la vida de las personas que integran los equipos. El desconocimiento del idioma, la alta rotación del personal y las diferencias culturales por parte del personal de los Aisped es otra limitante.
53. La ausencia de preparación específica de las y los profesionales de la salud sobre las características sociales y culturales de los pueblos indígenas es uno de los problemas fundamentales en la atención de la salud de estos ciudadanos, pues es recurrente que en la formación universitaria no se considere

---

<sup>147</sup> El Minsa elaboró el Documento Técnico: «Lineamientos para la elaboración del plan de equipamiento de establecimientos de salud», emitido mediante Resolución Ministerial N° 148-2013-MINSA, que establece la metodología que debe seguir cada Diresa para elaborar este instrumento de gestión con el propósito de identificar las necesidades y reposición de equipos, entre ellos los vehículos de transporte.



el aprendizaje de la biomedicina con enfoque intercultural. A nivel nacional existen 64 universidades que ofrecen las carreras profesionales de medicina humana, enfermería y obstetricia. De ellas, se han identificado 40 universidades con planes de estudio asociados a la interculturalidad. Asimismo, hay 16 que incluyen el enfoque de interculturalidad como uno de los ejes a fortalecer en la formación de profesionales en salud.

54. Se ha podido observar que el mayor porcentaje de los cursos asociados a la interculturalidad son programados en los primeros ciclos de los planes de estudio de las universidades. Esta opción no es la más apropiada para el desarrollo de competencias en salud intercultural, pues las carreras como medicina humana son de larga data, lo que puede significar la poca interiorización del contenido del enfoque intercultural al finalizar la carrera universitaria.

# RECOMENDACIONES

De conformidad con las facultades conferidas por los artículos 162° de la Constitución y 26° de la Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo considera conveniente formular las siguientes recomendaciones, con el único fin de contribuir a superar las dificultades advertidas en la presente supervisión. En tal sentido, se

## **RECOMIENDA:**

### **Al Congreso de la República:**

1. Efectuar, a través de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y de la Comisión de Salud y Población, el incremento progresivo del presupuesto anual del Sector Salud destinado a la región amazónica, a efectos de mejorar el acceso a servicios de salud para los pueblos indígenas amazónicos.
2. Priorizar, en diálogo con los pueblos indígenas, la discusión y aprobación de una ley orientada al reconocimiento de la medicina tradicional y de sus agentes, que garantice su ejercicio y les haga partícipes activos de las estrategias del Sector Salud.

### **Al Ministerio de Salud:**

1. Incorporar en el marco de la reforma del sistema de salud, la atención prioritaria de los pueblos indígenas, a fin de articular en todos los niveles del Sector una respuesta sanitaria integral con enfoque de interculturalidad, en los aspectos referidos a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.
2. Incorporar en la estructura del Ministerio de Salud un órgano de alto nivel con capacidad normativa, funcional y administrativa encargado de coordinar, formular, proponer, normar y orientar el enfoque de interculturalidad

en todos los niveles del sistema de salud y en las políticas, programas y estrategias de promoción y prevención, atención, y rehabilitación del servicio de salud del Sector.

3. Promover la adecuada participación de los pueblos indígenas en el proceso de implementación, monitoreo y evaluación de la política sectorial de salud intercultural que es materia de un proceso de consulta previa y establecer, en diálogo con las organizaciones indígenas, mecanismos de participación y vigilancia que favorezcan una atención integral e intercultural de la salud.
4. Incluir dentro del listado nacional de establecimientos estratégicos, aprobado por Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, un número de establecimientos cuya circunscripción albergue a pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión.
5. Generar, centralizar y analizar información epidemiológica sobre el estado de la salud de los pueblos indígenas que permita monitorear el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de prevención, atención y tratamiento de los pueblos indígenas.
6. Brindar una respuesta inmediata y contundente frente al creciente número de casos de VIH Sida, Hepatitis B y tuberculosis que afectan a los pueblos indígenas amazónicos.
7. Supervisar la incorporación de la variable de pertenencia étnica en el Sistema Nacional de Información de Salud, institucionalizando la evaluación diferenciada por etnia en sus diferentes instancias descentralizadas y en los indicadores priorizados como mortalidad materna, desnutrición, mortalidad perinatal, tuberculosis, VIH, Hepatitis B, Malaria, anemia, hipertensión, cáncer, y diabetes.
8. Normar y establecer lineamientos que garanticen una distribución equitativa del número de localidades bajo competencia de los establecimientos de salud, considerando el número de personal asignado, las distancias geográficas y la alta dispersión poblacional que existe en la Amazonía.
9. Incorporar en los protocolos de atención de salud el enfoque intercultural, a fin de fortalecer las capacidades y competencias culturales del personal de salud para superar las barreras culturales y erradicar posibles situaciones de discriminación.
10. Desarrollar un régimen laboral y una política de incentivos monetarios y no monetarios que mejore las condiciones del personal de salud que presta ser-

vicios en comunidades nativas donde existe una alta rotación del personal o el número de plazas convocadas quede vacante por encontrarse en zonas difícil acceso geográfico.

11. Evaluar el impacto del servicio de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped), y elaborar un plan nacional de reforzamiento de los equipos itinerantes que permita una mejor atención y cobertura para las comunidades indígenas más alejadas y dispersas.
12. Coordinar con el Reniec a fin de que se emita el DNI a la población que, según los establecimientos de salud, no cuenta con este documento. Asimismo, extender el plazo fijado de 45 días en el Decreto Legislativo N° 1164 para que las personas de pueblos indígenas no inscritas en Reniec puedan acceder al servicio de salud mientras tramitan su documentación que, por la lejanía geográfica, tarda por encima de este periodo.
13. Proponer, mediante una coordinación con los centros de formación de profesionales de la salud, que se priorice en sus programas de formación y capacitación de profesionales y técnicos de la salud, aspectos vinculados con la atención de la medicina tradicional y la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud.
14. Adecuar estrategias y normas que garanticen el derecho de las mujeres indígenas a recibir una atención de calidad y con pertinencia cultural durante el parto institucional, promoviendo el trabajo complementario con las parteras y parteros tradicionales. Asimismo, diseñar alternativas de atención conducentes a disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios.

### **A los Gobiernos Regionales**

1. Incluir, dentro de su programación presupuestal anual, los recursos financieros suficientes, y de manera sostenible, con vistas a mejorar los servicios de los establecimientos de salud de las zonas más alejadas que atienden a los pueblos indígenas.
3. Priorizar, en el marco del proceso de presupuesto participativo y en diálogo con las organizaciones representativas de los pueblos indígenas, la aprobación de proyectos de sistemas de captación de agua para consumo humano y saneamiento adecuados para la zona amazónica.
4. Implementar instancias Regionales, que planifiquen, implementen y monitoreen políticas de salud intercultural en el nivel Regional, con énfasis en aquellas regiones con mayor concentración de población indígena.

## **A las Direcciones Regionales de Salud**

1. Implementar en los planes y las políticas regionales de salud el componente de salud intercultural, a fin de promover intervenciones acordes con las características y necesidades propias de los pueblos indígenas que se encuentran en sus jurisdicciones.
2. Impulsar la creación de direcciones de salud intercultural, con el propósito de planificar, implementar y monitorear la incorporación del enfoque de interculturalidad en la atención de salud de las poblaciones indígenas.
3. Implementar, tomando en cuenta los criterios de distancia y dispersión, establecimientos estratégicos que atiendan a pueblos indígenas. Estos deben contar con profesionales y personal técnico, conforme lo establece la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03, «Categorías de establecimientos del Sector Salud» para las categoría I-3 y I-4.
4. Fortalecer el sistema de atención de salud de los pueblos indígenas, dotando a los establecimientos del personal, medios de transporte, infraestructura y presupuesto necesarios que permita una atención oportuna y de calidad a los pueblos indígenas, en cumplimiento de los principios de equidad e igualdad que inspiran el derecho a la salud.
5. Asegurar la disponibilidad y cobertura de los medicamentos, vacunas, insumos y equipamiento básicos en los establecimientos de salud para la atención de la población indígena, así como supervisar que las condiciones de conservación de los medicamentos, y de higiene sean las adecuadas.
6. Elaborar un sistema eficaz de monitoreo y un plan de dotación y mantenimiento permanente de las condiciones de operatividad de los medios de transporte y de los equipos de cadena de frío de los establecimientos de salud, con el propósito de garantizar la disponibilidad efectiva del servicio de salud.
7. Supervisar que se brinde a los pacientes información de manera intercultural, adecuada y comprensible sobre sus derechos y la manera de ejercerlos, sobre su diagnóstico, el pronóstico, las alternativas de tratamiento, la medicación, los riesgos y los efectos adversos de los tratamientos propuestos.
8. Implementar procedimientos de inspección y supervisión aleatoria y permanente respecto a la gratuidad de los servicios de salud, y asegurar la efectiva aplicación de las sanciones correspondientes sobre la base del respectivo procedimiento administrativo disciplinario. Se debe advertir que la indebida exigencia pecuniaria realizada por un funcionario o servidor público, en

ejercicio abusivo de su cargo, podría configurar la comisión de un delito de cobro indebido, tipificado en el artículo 383° del Código Penal.

9. Garantizar el derecho de las mujeres indígenas a recibir una atención de calidad y con pertinencia cultural durante el parto institucional, tomando en cuenta sus opiniones, concepciones y preferencias de acompañamiento, a fin de generar condiciones favorables que permitan considerar al parto institucional como una opción aceptable. Asimismo, promover alternativas de atención conducentes a disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios.
10. Garantizar el derecho de las mujeres y varones indígenas a la información sobre el uso y la elección de métodos anticonceptivos, así como el acceso a los mismos bajo un enfoque de derechos y equidad.
11. Elaborar un plan de reforzamiento de los equipos itinerantes de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped), que permita mejorar la prestación de sus servicios y cumplir sus objetivos de atención a las comunidades indígenas más distantes, contribuyendo a superar sus limitaciones logísticas, presupuestales y de capacitación al personal.
12. Reforzar el trabajo con los agentes comunitarios de salud, desarrollando metodologías e instrumentos que les permitan constituirse en el nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad, a fin de afianzar la atención primaria de salud en las comunidades indígenas. Asimismo, promover su capacitación y reconocer su trabajo mediante un estipendio monetario que debe ser entregado en función de las metas sanitarias logradas.
13. Establecer y publicar, de acuerdo con las características socioculturales de la población y en diálogo con los representantes de los pueblos indígenas, los horarios para la atención de las personas usuarias del servicio.
14. Capacitar continuamente al personal médico y administrativo de los establecimientos de salud sobre la cobertura y los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, diseñar e implementar estrategias de comunicación más eficientes dirigidas a los pueblos indígenas, tomando en cuenta sus particularidades culturales, sobre los beneficios, alcances y limitaciones del SIS para el tratamiento de su salud.
15. Capacitar y sensibilizar al personal que labora en los establecimientos de salud, independientemente de las funciones que cumplan para una atención con pertinencia cultural, con el propósito de erradicar la discriminación y promover una cultura de buena atención en salud.

16. Fortalecer las capacidades técnicas de las y los técnicos sanitarios de origen indígena que laboran en los establecimientos de salud así como propiciar su participación en la gestión.

#### **Al Ministerio de Economía y Finanzas**

1. Dotar del presupuesto requerido para poder implementar establecimientos estratégicos cuya circunscripción alberga pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión, considerando una distribución equitativa del número de localidades bajo competencia.
2. Crear plazas de contrato a plazo indeterminado para funcionarios y funcionarias, dentro de los establecimientos estratégicos que atenderán a pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión.
3. Desarrollar políticas de incentivo financiero, para promover la implementación de actividades con enfoque intercultural en la gestión, planificación, investigación y evaluación en regiones priorizadas.

#### **A las universidades, institutos y otros centros de formación de los profesionales de la salud**

1. Incorporar en el plan de estudios de las especialidades formativas de salud, las competencias que permitan a futuros profesionales y técnicos desarrollar un servicio de salud con pertinencia cultural, así como un trabajo articulado con la medicina tradicional.

#### **Colegio Médico, de obstetras y de enfermeros del Perú**

1. Promover entre sus afiliados y afiliadas la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad para la adecuada atención de los pueblos indígenas.

# ANEXOS



**Anexo N° 1**  
**Grupos focales según género por distrito**

Distrito	Grupo focal mujeres		Grupo focal varones		Grupo focal mixto		Total
	Nº	Comunidad Nativa	Nº	Comunidad Nativa	Nº	Comunidad Nativa	
Imaza	2	Chipe Kusu y Duran	2	Wajuyat y UUT	0		4
Puerto Inca	0		0		1	Cleyton	1
Codo del Pozuzo	1	Santa Martha	1	Santa Martha	0		2
Honorita	0		0		1	Dos Unidos,	1
Tournavista	0		0		1	El Naranjal	1
Rio Tambo	2	Cutivireni y Potsoteni	2	Cashingari y Potsoteni	4	Pamakari, Puerto Ashaninka, Quempiri y Unión Puerto Ashaninka	8
Contamana	1	San Luis de Charashmaná	0		7	Nueve de Octubre, Nueva Palestina, Santa Rosa, Tres Hermanos, Nueva Irasola, Vencedor y Tres Unidos	8
Andoas	1	Nuevo Andoas	1	Nuevo Andoas	4	Alianza Cristiana, Andoas Viejo, Loboyacu y Sabalayacu	6
Fitzcarrald	2	Tayakome y Diamante	0		1	Shipetiari	3
Manu	1	Shintuya	1	Shintuya	0		2

Distrito	Grupo focal mujeres		Grupo focal varones		Grupo focal mixto		Total
	Nº	Comunidad Nativa	Nº	Comunidad Nativa	Nº	Comunidad Nativa	
Puerto Bermúdez	2	Puerto Amistad y San Francisco de Cahuapanas	2	Puerto Amistad y San Francisco de Cahuapanas	1	Amambay	5
Villa Rica	0		0		1	Maime	1
Sepahua	2	Centro Sheboja y Nueva Unión	2	Centro Sheboja y Nueva Unión	0		4
Raymondi	3	Catofeni, Mañarini y Ponthoni	1	Kiriahuanero	0		4
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>		<b>12</b>		<b>21</b>		<b>50</b>

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

**Anexo N° 2**  
**Diez principales causas de morbilidad en los distritos de la supervisión según variable indígena**

	Ashaninka (Dist. Raymondi, Rio Tambo, Junín, Puerto Inca)	Awajun (Dist. Imaza)	Achuar (Dist. Andoas)	Cashibo Cacataibo (Dist. Codo de Pozuzo)	Shipibo- Conibo (Dist. Honoría)	CCNN (Dist. de Manu)*	CCNN (Dist. Fitzcarraldt)*	<b>Total</b>
<b>1</b>	26.394	8.786	367	207	270	1.650	1.219	<b>38.893</b>
<b>2</b>	14.847	4.426	210	205	123	88	213	<b>20.112</b>
<b>3</b>	14.053				943	2.069	618	<b>17.683</b>
<b>4</b>	9.225		122	514	39			<b>9.900</b>
<b>5</b>	8.610		31					<b>8.641</b>

	Principales causas de morbilidad	Ashaninka (Dist. Raymondi, Rio Tambo, Junín, Puerto Inca)	Awajun (Dist. Imaza)	Achuar (Dist. Andoas)	Cashibo Cacataibo (Dist. Codo de Pozuzo)	Shipibo-Conibo (Dist. Honoría)	CCNN (Dist. de Manu)*	CCNN (Dist. Fitzcarraldt)*	Total
6	Signos, síntomas y afecciones mal definidas/enfermedades febriles	1.750		2.658	121	188	364	325	5.406
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo/micosis	2.711	1.133		252		349	50	4.495
8	Dorsopatías	1.309	1.934						3.243
9	Desnutrición proteico calórico/desnutrición	147	2.049	70		157			2.423
10	Trastornos episódicos y paroxísticos *	0	1.459						1.459

Fuente: Cuestionario de supervisión a redes de salud  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

### **Anexo N° 3**

## **Universidades públicas y privadas que brindan las carreras profesionales de medicina, enfermería y obstetricia, 2011<sup>148</sup>**

### **Universidades Públicas**

- 1 Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios
- 2 Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
- 3 Universidad Nacional de Cajamarca
- 4 Universidad Nacional de Huancavelica
- 5 Universidad Nacional de la Amazonía Peruana
- 6 Universidad Nacional de Piura
- 7 Universidad Nacional de San Agustín
- 8 Universidad Nacional San Antonio de Abad
- 9 Universidad Nacional de San Martín
- 10 Universidad Nacional de Trujillo
- 11 Universidad Nacional de Tumbes
- 12 Universidad Nacional de Ucayali
- 13 Universidad Nacional del Altiplano
- 14 Universidad Nacional del Callao
- 15 Universidad Nacional del Santa
- 16 Universidad Nacional Federico Villarreal
- 17 Universidad Nacional Hermilio Valdizán
- 18 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
- 19 Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
- 20 Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- 21 Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
- 22 Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga
- 23 Universidad Nacional San Luis Gonzaga
- 24 Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo
- 25 Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas

---

<sup>148</sup>Oficio N° 1480-2013-SE/DGPU/DE/ANR.

## **Universidad Nacional del Centro del Perú**

### **Universidades Privadas**

- 1 Asociación Universidad Privada San Juan Bautista
- 2 Universidad Ada A. Byron
- 3 Universidad Alas Peruanas
- 4 Universidad Andina del Cusco
- 5 Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
- 6 Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote
- 7 Universidad Católica Santa María
- 8 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
- 9 Universidad Católica Sedes Sapientiae
- 10 Universidad de Ciencias y Humanidades
- 11 Universidad de San Martín de Porras
- 12 Universidad Inca Garcilazo de la Vega
- 13 Universidad José Carlos Mariátegui
- 14 Universidad Particular de Chiclayo
- 15 Universidad Peruana Los Andes
- 16 Universidad Peruana Cayetano Heredia
- 17 Universidad Peruana de Integración Global
- 18 Universidad Peruana del Centro
- 19 Universidad Peruana del Oriente
- 20 Universidad Peruana Unión
- 21 Universidad Privada Antenor Orrego
- 22 Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo
- 23 Universidad Privada Arzobispo Loayza
- 24 Universidad Privada César Vallejo
- 25 Universidad Privada de Huancayo
- 26 Universidad Privada de Huánuco
- 27 Universidad Privada Norbert Wiener
- 28 Universidad Privada San Carlos
- 29 Universidad Privada San Pedro
- 30 Universidad Privada Señor de Sipán
- 31 Universidad Privada Telesup
- 32 Universidad Tecnológica de los Andes

- 33 Universidad Científica del Sur
- 34 Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
- 35 Universidad Privada de Tacna
- 36 Universidad Ricardo Palma
- 37 Universidad Privada de Ica
- 38 Universidad Privada Sergio Bernales

**Anexo N° 4**  
**Universidades que presentan planes de estudios y perfil profesional asociados a interculturalidad**

Universidades públicas			Universidades privadas		
Carrera	Plan de Estudios	Curso asociado a la interculturalidad	Carrera	Plan de Estudios	Curso asociado a la interculturalidad
<b>Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (Iquitos)</b>					
Medicina	<a href="http://googl/3HysTU">http://googl/3HysTU</a>	Ciencias Sociales; Desarrollo Amazónico	Medicina	<a href="http://googl/8Xnd2E">http://googl/8Xnd2E</a>	Ciencias Sociales; Med. Alternativa y Tradicional I; Med. Alternativa y Tradicional II
Enfermería	<a href="http://googl/HwWjIL">http://googl/HwWjIL</a>	Ciencias Sociales	Enfermería	<a href="http://googl/WM7YhC">http://googl/WM7YhC</a>	Enfermería en med. tradicionales y complementarias; Quechua
<b>Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (Huacho)</b>					
Medicina	<a href="http://googl/dq7fod">http://googl/dq7fod</a>	Med. Preventiva Comunitaria; Quechua	Obstetricia	<a href="http://googl/Gspf4z">http://googl/Gspf4z</a>	Antropología social
<b>Universidad Andina del Cusco</b>					
Medicina	<a href="http://googl/gqn0w">http://googl/gqn0w</a>	Antropología Médica	Medicina	<a href="http://googl/BU056K">http://googl/BU056K</a>	Socioantropología de la salud y enfermedad
Obstetricia	<a href="http://googl/hsCHpu">http://googl/hsCHpu</a>	Antropología Social	Obstetricia	<a href="http://googl/A86N7x">http://googl/A86N7x</a>	Civilización y cultura andina; Taller de quechua técnico
<b>Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote</b>					
Enfermería	<a href="http://googl/CPse5k">http://googl/CPse5k</a>	Antropología Sociocultural	Enfermería	<a href="http://googl/s7KeBf">http://googl/s7KeBf</a>	Antropología Social
Medicina	<a href="http://googl/KUGyro">http://googl/KUGyro</a>	Historia y Antropología de la Salud	Medicina	<a href="http://googl/kjpcCd">http://googl/kjpcCd</a>	Ciencias sociales y salud
<b>Universidad Científica del Sur (Lima)</b>					
Medicina	<a href="http://googl/KUGyro">http://googl/KUGyro</a>	Historia y Antropología de la Salud	Medicina	<a href="http://googl/kjpcCd">http://googl/kjpcCd</a>	Ciencias sociales y salud
Enfermería	<a href="http://googl/CPse5k">http://googl/CPse5k</a>	Antropología Sociocultural	Obstetricia	<a href="http://googl/iKp54I">http://googl/iKp54I</a>	Antropología Social
Enfermería	<a href="http://googl/CPse5k">http://googl/CPse5k</a>	Antropología Sociocultural	Enfermería	<a href="http://googl/s7KeBf">http://googl/s7KeBf</a>	Antropología Social
Medicina	<a href="http://googl/KUGyro">http://googl/KUGyro</a>	Historia y Antropología de la Salud	Medicina	<a href="http://googl/kjpcCd">http://googl/kjpcCd</a>	Ciencias sociales y salud



<b>Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco</b>		<b>Universidad de Ciencias y Humanidades (Lima)</b>	
Medicina	Historia de la Cultura Andina; Quechua Médico I; Quechua Médico II; Med. Tradicional	No	Enfermería
Enfermería	Investigación AECD/ ORAS- CONHU	No	Identidad Nacional y Diversidad Cultural
<b>Universidad Nacional del Centro del Perú (Huancayo)</b>		<b>Universidad José Carlos Mariátegui (Moquegua)</b>	
Medicina	Ciencias sociales aplicadas a la Medicina; Historia de la Medicina y Medicina Tradicional	http://goo.gl/lajyhU	Enfermería
Enfermería	Med. Tradicional; Antropología General y Social	No	Antropología de la Salud
<b>Universidad Nacional de Tumbes</b>		<b>Universidad Particular de Chiclayo</b>	
Obstetricia	Investigación AECD/ ORAS- CONHU	No	Enfermería
<b>Universidad Nacional Federico Villarreal (Lima)</b>		<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima)</b>	
Medicina	Antropología Sociocultural	No	Medicina
Enfermería	Antropología Cultural	http://goo.gl/tuQH9K	Enfermería
Obstetricia	Antropología Sociocultural; Med. Tradicional y Alternativa	http://goo.gl/xMgwrt3	Enfermería
http://goo.gl/65matx		http://goo.gl/JIurBC	
http://goo.gl/OGeK9G		http://goo.gl/wz63dr	
http://goo.gl/UG1UGD		http://goo.gl/kf9q0k	
http://goo.gl/CHW809		http://goo.gl/gxhoXG	
http://goo.gl/eNsLnO		http://goo.gl/S1IeZB	
http://goo.gl/geumkv		http://goo.gl/wx9E3r	
		http://goo.gl/BGgfcB	
		http://goo.gl/8tsBNO	

<b>Universidad Nacional Hermilio Valdizán (Huánuco)</b>					<b>Universidad Peruana del Centro (Huancaayo)</b>			
Enfermería	<a href="http://goo.gl/05pBHI">http://goo.gl/05pBHI</a>	Antropología Social del Perú	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/IFpFmT">http://goo.gl/IFpFmT</a>	Quechua	<a href="http://goo.gl/CMOCVG">http://goo.gl/CMOCVG</a>
Obstetricia	<a href="http://goo.gl/yRsGXW">http://goo.gl/yRsGXW</a>	Antropología; Quechua	No		Obstetricia	<a href="http://goo.gl/HH5Gpz">http://goo.gl/HH5Gpz</a>	Quechua	No
<b>Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (Tacna)</b>					<b>Universidad Peruana del Oriente (Loreto)</b>			
Obstetricia	<a href="http://goo.gl/3aDVR4">http://goo.gl/3aDVR4</a>	Antropología Social del Perú	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/wWruuj">http://goo.gl/wWruuj</a>	Ciencias Sociales	<a href="http://goo.gl/iCKLEM">http://goo.gl/iCKLEM</a>
<b>Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima)</b>					<b>Universidad Privada Antenor Orrego (Trujillo)</b>			
Medicina	<a href="http://goo.gl/TmsfG">http://goo.gl/TmsfG</a>	Ciencias Sociales y Realidad Nacional	No		Medicina	<a href="http://goo.gl/NSfIM8">http://goo.gl/NSfIM8</a>	Med. Tradicional	No
Enfermería	<a href="http://goo.gl/CZUs4k">http://goo.gl/CZUs4k</a>	Ciencias Sociales aplicadas a la Salud; Quechua I	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/O2d5qs">http://goo.gl/O2d5qs</a>	Antropología Social	No
Obstetricia	<a href="http://goo.gl/51ZDrn">http://goo.gl/51ZDrn</a>	Med. Tradicional; Quechua	<a href="http://goo.gl/7A8gTU">http://goo.gl/7A8gTU</a>		Obstetricia	<a href="http://goo.gl/B6qNWd">http://goo.gl/B6qNWd</a>	Taller de Medicina Tradicional y Complementaria	No
<b>Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (Lambayeque)</b>					<b>Universidad Privada Arzobispo Loayza (Lima)</b>			
Enfermería	Investigación AECID/ ORAS- CONHU	Antropología	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/6pEifg">http://goo.gl/6pEifg</a>	Socioantropología	No
<b>Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga (Ayacucho)</b>					<b>Universidad Privada César Vallejo (Trujillo)</b>			
Medicina	<a href="http://goo.gl/ZxbK5M">http://goo.gl/ZxbK5M</a>	Antropología y Sociología Médica; Med. tradicional, alternativa y Complementaria; Quechua I; Quechua II	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/UQpSPg">http://goo.gl/UQpSPg</a>	Taller de antropología	No

Enfermería	<a href="http://goo.gl/ZxbK5M">http://goo.gl/ZxbK5M</a>	Ciencias Sociales; Antropología de la Salud; Med. Tradicional; Quechua I; Quechua II; Etnología Andina	<a href="http://goo.gl/RcQu8C">http://goo.gl/RcQu8C</a>	Obstetricia	<a href="http://goo.gl/eRSGRc">http://goo.gl/eRSGRc</a>	Antropología social	No	
Obstetricia	<a href="http://goo.gl/ZxbK5M">http://goo.gl/ZxbK5M</a>	Quechua I; Quechua II; Ciencias Sociales	No		<b>Universidad Privada de Huánuco</b>			
	<b>Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica</b>							
Medicina	<a href="http://goo.gl/Aspb14">http://goo.gl/Aspb14</a>	Antropología Social del Perú	No		Enfermería	Investigación AECID/ ORAS- CONHU	Med. Tradicional	No
Enfermería	<a href="http://goo.gl/JU7ZLt">http://goo.gl/JU7ZLt</a>	Antropología Cultural; Quechua	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/FySYZn">http://goo.gl/FySYZn</a>	Ciencias Sociales en Salud; Med. Tradicional	No
	<b>Universidad Nacional de San Martín</b>							
Medicina	<a href="http://goo.gl/ESkVz">http://goo.gl/ESkVz</a>	Historia y Geografía Amazónica	No		Obstetricia	<a href="http://goo.gl/qrl122">http://goo.gl/qrl122</a>	Ciencias Sociales en la Salud; Med. Tradicional	No
Enfermería	<a href="http://goo.gl/PdsYJh">http://goo.gl/PdsYJh</a>	Historia y Geografía Amazónica	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/YeJMM6">http://goo.gl/YeJMM6</a>	Socio antropología; Med. Tradicional	<a href="http://goo.gl/ID8e67">http://goo.gl/ID8e67</a>
Obstetricia	<a href="http://goo.gl/JhwY74">http://goo.gl/JhwY74</a>	Historia y Geografía Amazónica; Ecología	No		Obstetricia	<a href="http://goo.gl/k8pp4k">http://goo.gl/k8pp4k</a>	Antropología de la Salud	<a href="http://goo.gl/65cq9g">http://goo.gl/65cq9g</a>
	<b>Universidad Nacional del Santa (Chimbote)</b>							
Enfermería	<a href="http://goo.gl/e0Xpu1">http://goo.gl/e0Xpu1</a>	Antropología Social; Quechua Básico	No		Medicina	<a href="http://goo.gl/Y3zKxo">http://goo.gl/Y3zKxo</a>	Antropología Médica; Med. Tradicional y Complementaria	No
	<b>Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas</b>							
Enfermería	Investigación AECID/ ORAS- CONHU	Med. Tradicional	No		Enfermería	<a href="http://goo.gl/KJrZHw">http://goo.gl/KJrZHw</a>	Antropología Social; Quechua I; Quechua II	No
	<b>Universidad Nacional de Ucayali</b>							
	<b>Universidad Privada de Ica</b>							

Medicina	<a href="http://goo.gl/NBE7j1">http://goo.gl/NBE7j1</a>	Identidad e Interculturalidad	No	Obstetricia	<a href="http://goo.gl/Mn4ZG1">http://goo.gl/Mn4ZG1</a>	Antropología de la Salud	No	
Enfermería	<a href="http://goo.gl/qx294x">http://goo.gl/qx294x</a>	Identidad e Interculturalidad; Antropología Cultural	<a href="http://goo.gl/9PrMjc">http://goo.gl/9PrMjc</a>		<b>Universidad de San Martín de Porres (Lima)</b>			
				Medicina	<a href="http://goo.gl/HdfIns">http://goo.gl/HdfIns</a>	Antropología social; Quechua médico I; Quechua II	No	
				Enfermería	<a href="http://goo.gl/QoXvAG">http://goo.gl/QoXvAG</a>	Antropología y sociología del cuidado	<a href="http://goo.gl/ejwh4R">http://goo.gl/ejwh4R</a>	
				Obstetricia	<a href="http://goo.gl/8nfoU">http://goo.gl/8nfoU</a>	Antropología	<a href="http://goo.gl/wBKX0t">http://goo.gl/wBKX0t</a>	
				<b>Universidad Tecnológica de los Andes (Abancay)</b>				
				Enfermería	<a href="http://goo.gl/vOhRLI">http://goo.gl/vOhRLI</a>	Lengua Quechua; Antropología de la Salud; Actividades Interculturales	No	
				<b>Universidad Privada Telesup (Lima)</b>				
				Enfermería	<a href="http://goo.gl/FB4aql">http://goo.gl/FB4aql</a>	Antropología Social	No	

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo 149  
 Fecha de consulta de páginas Web: 30 de diciembre de 2014

<sup>149</sup> Al cierre del presente informe la Comisión de Educación del Congreso de la República difundió una lista de 53 universidades que serían reevaluadas por problemas de funcionamiento. Entre ellas se encuentran 7 universidades con carreras de Medicina, Enfermería y Obstetricia de las 41 consignadas en el presente cuadro. Las universidades son: Universidad de Ciencias y Humanidades; Universidad Peruana de Integración Global; Universidad Peruana del Centro; Universidad Peruana del Oriente; Universidad Privada Arzobispo Loayza; Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; Universidad Privada de Ica.



# AGRADECIMIENTOS

La Defensoría del Pueblo expresa su reconocimiento al apoyo prestado por todas las entidades nacionales e internacionales, públicas y privadas, sin cuya generosa contribución no habría sido posible realizar las actividades que se reportan en este informe, especialmente a las instituciones y personas que se mencionan a continuación:

Al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), por el permanente apoyo en la supervisión a los servicios de salud realizada por la Defensoría del Pueblo, así como para la presentación del presente informe. Especialmente a Fabiola Quiroz Ortiz y Mario Tavera.

A la Organización Panamericana de salud (OPS), por su invaluable contribución en la supervisión a los servicios de salud realizada por la Defensoría del Pueblo, así como para la presentación del presente informe. De manera especial a Adrián Díaz.

A la Dirección del Ministerio de Salud, a sus funcionarios y funcionarias, quienes nos brindaron información así como sus valiosas opiniones sobre la situación y atención de salud de los pueblos indígenas amazónicos.

A las direcciones de las Redes de Salud, a sus funcionarios y funcionarias, quienes participaron en la supervisión y en reuniones de trabajo en donde nos presentaron valiosa información y sus puntos de vista sobre los diferentes temas abordados. Asimismo tuvieron a bien brindarnos la información solicitada a través de entrevistas y oficios.

Al personal de los establecimientos de salud quienes no solo proporcionaron información sino también sus opiniones y sugerencias para mejorar el servicio de salud a los pueblos indígenas.

A las mujeres y hombres indígenas que respondieron nuestras entrevistas, líderes y lideresas indígenas, las y los agentes de la medicina tradicional, quienes generosamente compartieron sus tiempos, permitiendo conocer sus percepciones y opiniones sobre el servicio de salud, así como la diversidad de sistemas de salud existentes en nuestro país.

A Juan Ruperto Figueroa Quintana, José Guillermo Guevara Torres, Diego Ocampo Acuña, Luz Pérez Cotrina, y Mayra Quicaño Rengifo por su infatigable trabajo durante la etapa de levantamiento de información.

Nuestro reconocimiento también va a Luz Pérez Cotrina, por su acucioso trabajo en el procesamiento y análisis estadístico de la información; a Nelly Herminia Aedo Rueda, Luis Enrique Mendoza Chávez, Gabriela Salvador Cárdenas, y Swamy De León Contreras, voluntaria de CUSO Internacional, quienes colaboraron en diferentes etapas y partes del informe; a esta última además por contribuir con la incorporación del lenguaje inclusivo.

Además, y de manera especial, nuestro agradecimiento a Neptali Cueva Maza, experto en salud intercultural, cuyos relevantes aportes permitieron enriquecer el presente informe.

Asimismo a las y los profesionales del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Colegio Médico, Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, Foro Salud, y otros expertos, quienes nos brindaron información y opiniones en las diversas reuniones de trabajo que sostuvimos.









**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

**unicef**   
únete por la niñez