



# 'APROXIMACIONES A LA SITUACIÓN DE SALUD EN ZONAS DE FRONTERA'

RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO



## 1. Introducción

El diagnóstico 'Aproximaciones a la situación de salud en zonas de Frontera', aborda los casos de los distritos de Río Santiago, provincia de Condorcanqui (Amazonas), y Purús, provincia de Purús (Ucayali).

En general, las zonas de frontera se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad debido a la ausencia del Estado, la falta de servicios básicos, la presencia de actividades ilícitas, servicios públicos precarios, bajos índices de desarrollo humano y altos índices de pobreza y pobreza extrema. Por su parte, la oferta de salud en los ámbitos de este informe se caracteriza por ser limitada, precaria y deficiente.

No hay una política o programa sanitario del Ministerio de Salud (Minsa) para abordar la atención en salud en zonas fronterizas. La respuesta no ha ido más allá de algunas medidas específicas de acciones bilaterales, la organización de brigadas móviles, implementación de servicios de Telesalud y telemedicina.

## 2. Oferta del sistema de salud

En el Perú, solo el 32% de las comunidades nativas cuentan con un establecimiento de salud (INEI, 2018), que en su mayoría pertenecen al Primer Nivel de Atención. La división de los establecimientos de salud es la siguiente:

- **Primer Nivel de Atención** (puestos y centros de salud sin internamiento). - Se subdivide en puestos de salud con personal no médico (I-1), puestos de salud con consultorios y médicos (I-2), centros de salud (I-3) y centros de salud con camas de internamientos (I-4).
- **Segundo Nivel de Atención** (centros con internamiento y hospitales de atención general)
- **Tercer Nivel de Atención** (hospitales e institutos especializados)

En las comunidades, principalmente, funcionan los establecimientos del Primer Nivel de Atención, pero son puestos de difícil acceso, desabastecidos, con carencias en la infraestructura y atendidos básicamente por personal técnico, debido a la escasez de personal médico y su alta rotación (INEI, 2018; Defensoría del Pueblo, 2015).

A esto se suma la desconfianza que la población indígena tiene a los servicios de salud por el maltrato experimentando y el desinterés del personal de salud por cumplir con sus obligaciones (Tavera et al, 2017).

A pesar de que durante la pandemia por COVID-19 se aprobó el “Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19” (con un presupuesto aprobado de 88 millones 426 mil 234 soles), esta política no ha contribuido a mejorar la prestación de los servicios de salud en los territorios amazónicos indígenas, que continúan siendo deficientes.

Ante este contexto, las organizaciones indígenas vienen demandando que el Estado fortalezca los establecimientos del Primer Nivel de Atención, aunque resulta insuficiente para atender la problemática en la población indígena.

## 2.1. Interculturalidad en los servicios de salud

La ausencia de servicios en salud con pertinencia intercultural es uno de los factores por los que la población no acude a los establecimientos de salud. Una de las limitantes para la implementación de estas políticas con este carácter es la falta de presupuesto.

Aunque, en los últimos años, el Ministerio de Salud ha venido implementando políticas orientadas a mejorar la salud de las comunidades y asume el enfoque intercultural, la oferta sanitaria para la población indígena todavía es limitada y precaria. Se mantienen las brechas económicas, sociales, culturales, geográficas y lingüísticas que dificultan el acceso y la atención en salud de estos pueblos (Defensoría del Pueblo, 2015).

Mientras tanto, la falta personal en salud y su capacidad de para proveer servicios con enfoque intercultural representa otra arista del problema. El personal que labora en comunidades nativas ha sido, en su mayoría, formado bajo un enfoque biomédico y conoce poco sobre la población indígena, generándose dificultades comunicacionales –tanto lingüísticas como culturales-, y en algunos casos maltrato (Defensoría del Pueblo, 2015).

Como una de las diez Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, la Estrategia de Salud de los Pueblos indígenas opera a nivel regional y local, y busca implementar servicios de salud con pertinencia intercultural, de modo que permitan un mayor acceso de estos pueblos al sistema de salud y disminuyan las brechas sanitarias desfavorables que enfrentan. Sin embargo, esta estrategia no cuenta con un presupuesto asignado que le permita realizar acciones en ninguno de los niveles.

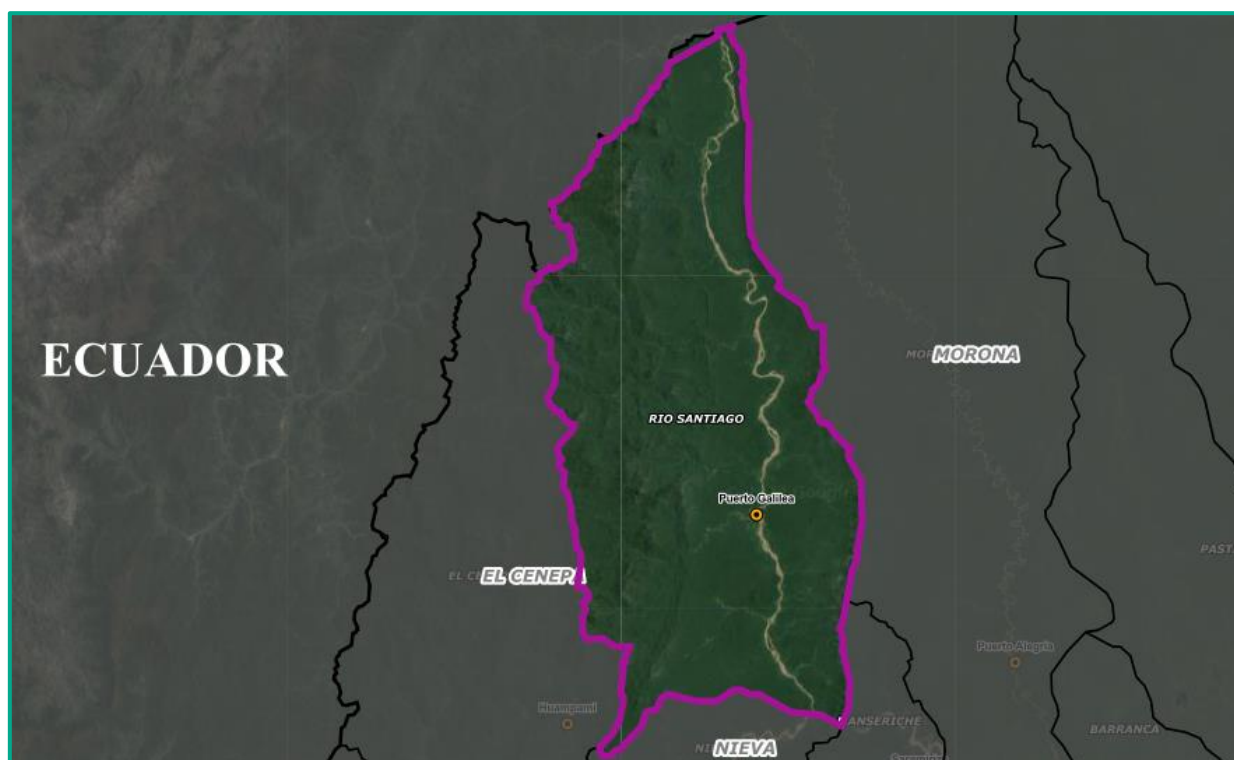
## 3. Ámbitos de estudio

### a. Río Santiago

En el distrito de Río Santiago, localidad que limita con Ecuador, viven los pueblos Awajún y Wampis, quienes representan el 90% de los más de 13 mil 900 habitantes de esta localidad (INEI, 2018).

Dentro de los límites del distrito se encuentran 25 establecimientos de salud públicos, todos ellos pertenecen al Primer Nivel de Atención y están son parte de las Microrredes de Salud de Galilea y Candungos, de Red de Salud de Condorcanqui.

Los pacientes que necesitan una atención más compleja deben de ser trasladados al Hospital Santa María de Nieva, único establecimiento de salud público de categoría II2 en la provincia.



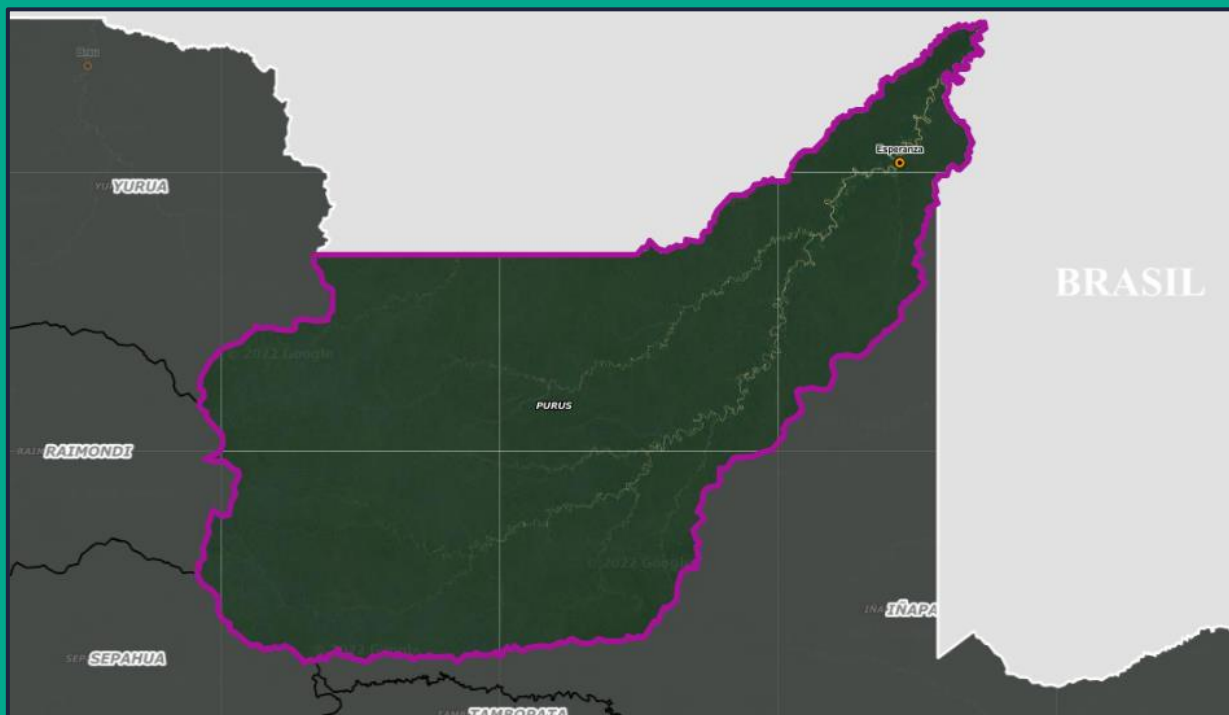
### b. Distrito de Purús

El distrito de Purús, que limita con Brasil, tiene una población de 2860 habitantes (INEI, 2018), el 64% de este total es parte de alguno de los pueblos Cashinahua

(Huni Kuin), Sharanahua, Madija, Mastanahua, matsigenka, asháninka, ashéninka, amahuaca, marinahua y yine.

Dentro de los límites del distrito se encuentran 8 establecimientos de salud públicos, todos ellos pertenecen al Primer Nivel de Atención y son parte de la Microrred de Salud de Purús, de la Red de Salud de Coronel Portillo.

Los pacientes que necesitan de una atención más compleja, deben ser trasladados a la capital del departamento, donde hay establecimientos de salud de categoría II-2, como el Hospital Regional de Pucallpa.



## 4. Principales resultados

### 4.1. Situación de los servicios de salud

#### a. Personal de salud

En ambos distritos se reporta una insuficiencia de personal de salud y alta rotación del mismo. Esta situación responde a la oferta económica. A pesar de la existencia de políticas que disponen de una valoración priorizada a la remuneración del personal que labora en zonas alejadas o de frontera, los ingresos económicos percibidos por los profesionales de salud que laboran en áreas urbanas pueden ser

superiores. Esto se debe a la posibilidad de realizar actividades complementarias en las ciudades.

Otra de las razones para la insuficiencia del personal responde al tipo de contratación. La mayoría del personal tiene contratos temporales bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) o se encuentra realizando su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums). Además, se mencionan los problemas para la adaptación del personal a estas áreas.

Por la carencia de personal, se reportan problemas de sobrecarga laboral, jornadas de trabajo extendidas y realización de actividades que no corresponden (conducción de botes para el traslado de pacientes). También influye en la permanencia del personal problemas como la depresión, condiciones de vida en las comunidades, el alejamiento de familia y la posibilidad de realizar estudios.

## **b. Infraestructura y equipamiento**

En ambos distritos hay deficiencias en la infraestructura de los establecimientos y carencias en el equipamiento, así como insuficiencia de medicamentos. Ante el desabastecimiento, las comunidades recurren a las plantas tradicionales para tratar su salud.

Los puestos de salud ubicados en las comunidades nativas están contruidos generalmente de madera, con un solo ambiente y se “caen a pedazos”, como indican varios funcionarios. Mientras tanto, los proyectos de salud impulsados por los gobiernos regionales están detenidos o no se conoce de su estado de avance.

## **c. Brechas**

En ambos casos, la principal brecha para el acceso a servicios de salud es la geográfica. El acceso a los establecimientos de mayor complejidad se da principalmente por vía fluvial, por lo que si la población indígena requiere de una atención más especializada debe de recorrer grandes distancias.

Debido a que el único acceso es por vía aérea, en Purús, tienen problemas para trasladarse por los elevados costos de los vuelos privados y la escasa frecuencia de los viajes subsidiados por el Estado. Además, la deficiente señal de celular conlleva a recurrir a radios de comunicación para informar de alguna emergencia al Centro de Salud de Purús.

Mientras que, en Río Santiago, por las distancias, la población del lugar debe ser referida a Chiclayo, donde hay una mejor oferta sanitaria.

Además, en estas localidades, los servicios de salud son recuperativos mas no preventivo-promocionales. Debido al escaso personal y a las dificultades del traslado, no se suelen ofrecer despistajes de cáncer, tamizajes de VIH o descartes de diabetes. El tratamiento de estas afectaciones tampoco puede ser llevado a cabo.

La identificación de la población residente en zonas de fronteras es un aspecto clave para el acceso a los servicios de salud. No obstante, no toda la población de los distritos estudiados cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI), lo que dificulta el acceso a servicios como al Seguro Integral de Salud (SIS).

Generalmente, cuando las familias viven distantes al establecimiento solo acuden cuando los casos son graves. Las afecciones menos graves suelen ser atendidas en el hogar, ya sea usando plantas medicinales o medicamentos.

## 4.2. Problemáticas de salud

Cabe resaltar que no se puede identificar las necesidades sanitarias específicas de los pueblos indígenas de ambos distritos pues no hay un reporte estadístico diferenciado por pertenencia étnica que permita conocer su perfil epidemiológico. La información presentada ha sido obtenida a partir de datos estadísticos que dan cuenta de la situación de salud de los distritos en general.

### a. Río Santiago

- **Malaria:** En 2021, se reportaron 565 casos, lo que correspondió al 99.3% del total de casos en la región. Es el único distrito en el que se han detectado casos de malaria por *Plasmodium falciparum* (25 casos en 2020 y 73 en 2021). Además de las características geográficas, la expansión de esta enfermedad está asociada a la falta de limpieza de charcos y malezas alrededor de viviendas.
- **VIH:** En aumento de casos se relaciona con la información equivocada sobre la enfermedad y sus formas de transmisión. Además, se reporta la baja adherencia al tratamiento retroviral.
- **Salud materno neonatal:** En 2021, se reportaron 5 muertes maternas en el distrito (31% de todas las reportadas en el departamento). Mayoría de

emergencias obstétricas del Hospital Santa María de Nieva (único hospital de la provincia) provienen de Río Santiago.

- **Desnutrición crónica:** El 35.8% de niños menores de 5 años que accedieron a establecimientos de salud de Río Santiago por indicadores antropométricos presentó desnutrición crónica, la segunda cifra más alta en toda la región.
- **Enfermedades más identificadas por la población:** Fiebre tifoidea, Anemia, Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades diarreicas agudas, Parasitosis, Malaria, Dengue, Neumonía, Erupciones cutáneas.
- Entre los síndromes culturales más identificados destacan la cutipa, el mal aire, el daño y la brujería.

## b. Purús

- **Enfermedades diarreicas agudas:** En 2021, se registró 8064.52 casos por 10 mil habitantes, lo que convierte a éste en el distrito con mayor tasa de incidencia en toda la región. El problema está asociado a la falta de agua segura.
- **VIH:** En mayo de 2021 había 48 casos confirmados de esta enfermedad. Entre las causas señaladas se encuentran los viajes por fines recreativos, inicio temprano de relaciones sexuales, el machismo, presencia de actores ilícitos y falta de educación sexual.
- **Desnutrición infantil:** En 2021, el 40.3% de niños menores de 5 años que accedieron a establecimientos de salud de Purús por indicadores antropométricos presentó desnutrición crónica, la segunda cifra más alta a nivel regional. Entre las causas asociadas se señala la escasez de alimentos y la falta de recursos económicos.
- **Enfermedades más identificadas por la población:** Diarrea, Vómitos, Parasitosis, Tos, Fiebre, Gripe, Dengue, VIH/SIDA.
- Entre los síndromes culturales más señalados destacan el daño y el mal aire.

## 4.3. Información sobre salud

La transmisión de información, así como el facilitar el a la población conocimiento de cómo funciona el sistema sanitario, es uno de los ejes claves para la atención en salud. En esa línea, se considera que la difusión in situ, a través de sesiones de diálogo intercultural es más efectiva. Sin embargo, estos diálogos interculturales implican costos elevados para la contratación de facilitadores, traslado de



participantes e inversiones similares. Por lo que se demanda la asignación de un presupuesto específico para este fin.

Ante la ausencia de una estrategia comunicacional definida para estos contextos, se resalta el rol de los líderes indígenas y de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

En Río Santiago, el aspecto comunicacional ha contribuido a la prevención y control del VIH. La promoción de ambientes saludables para enfrentar la proliferación de la malaria es otro aspecto señalado.

En Purús, se resalta la importancia de brindar información sobre el tratamiento de agua para prevenir infecciones gastrointestinales, la necesidad de dar promoción al consumo de suplementos de hierro entre menores con anemia y de sensibilizar sobre el tratamiento para el VIH.

#### 4.4. Pandemia de COVID-19

De acuerdo a información del Minsa, hasta abril del 2022, Loreto (7 mil 774 casos) era la región amazónica más afectada por el COVID-19, seguido de Amazonas (7 mil 305 casos) y Ucayali (2 mil 748 casos). De acuerdo a los reportes de las mismas organizaciones, se sabe que el pueblo Awajún fue uno de los pueblos que más muertes registraron.

Hasta los primeros meses de la pandemia, los establecimientos de salud estaban desabastecidos, el personal de salud no recibía mucha información sobre esta nueva enfermedad y no contaban con el equipo necesario para brindar sus atenciones. Incluso, los establecimientos de salud de Río Santiago y Purús permanecieron cerrados.

El “Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19” tenía el objetivo de fortalecer medidas preventivas en comunidades y mejorar capacidades de establecimientos de salud I-3 y I-4. Sin embargo, no tomó en cuenta que la mayoría de comunidades nativas solo cuenta con puestos de salud I-1 y I-2, los cuales permanecieron desabastecidos. Los centros y hospitales priorizados se localizaban en puntos intermedios, de difícil acceso para muchas comunidades.

A pesar de que el mencionado plan contribuyó a contratar mayor personal con sueldo diferenciado y a la incursión de brigadas de atención integral, se cuestiona la demora, la planificación y asignación presupuestal de la respuesta.

## a. Respuestas indígenas al COVID-19

Ante la emergencia sanitaria, los pueblos indígenas realizaron diferentes acciones que formaron una especie de cerco epidemiológico comunitario. Sin embargo, el aislamiento se flexibilizó por la necesidad de gestionar apoyo, cobrar estipendios económicos de programas sociales, abastecimiento de alimentos y dejar ingresar a retornantes.

Por eso, las organizaciones indígenas hicieron incidencia para que se implementen acciones urgentes para la población indígena. Mientras las acciones del Estado se concretizaban lentamente, los pueblos indígenas llevaron a cabo estrategias donde combinaron prácticas de biomedicina y medicina indígena.

Ante la falta de personal y la propagación del virus, en ambos distritos el rol de los agentes comunitarios en salud fue bastante relevante.

## b. Conocimiento indígena

Desde la perspectiva de autoridades y del personal de salud entrevistado, el uso de las plantas medicinales tuvo resultados positivos. Así, tras la pandemia, hay una suerte de fortalecimiento de los conocimientos y prácticas sanitarias indígenas en ambos distritos.

Algunas de las plantas utilizadas fueron: jengibre, ajo sacha, hojas de guayaba, pan de árbol, palo de remo, matico, sangre de grado, hojas de ayahuasca, mucura, achiote, eucalipto, manzanilla, hierba luisa, piñón colorado y malva. Además de miel, cebolla, limón, naranja, toronja y ajos. Estas plantas se combinaban para hacer preparados, infusiones, masajes, frotaciones antes de dormir, vaporaciones, baños y sahumeros.

## c. Información y comunicación durante la pandemia

Frente a las demoras en las comunicaciones con adecuación e incorporación de la pertinencia cultural a cargo del Estado, las organizaciones indígenas e instituciones aliadas se encargaron de producir reportes al respecto.

La difusión de información de las organizaciones indígenas tuvo, por lo menos, dos características: informar sobre la situación que estaban viviendo, y promover la producción de información para las comunidades relacionadas al COVID-19.

## d. La vacunación

Las bajas tasas de vacunación y la resistencia de la población a recibir las vacunas se debe principalmente a la desconfianza hacia al sistema de salud y al Estado peruano, con el que las relaciones han estado históricamente marcadas por una tensión permanente. Hay una percepción de que el Estado quiere desaparecer a los pueblos indígenas.

En ambos distritos (Río Santiago y Purús), ha sido fundamental el papel en el diálogo que han desempeñado los líderes y el personal de salud indígena, por lo que las estrategias de comunicación debe incluirlos para facilitar la transmisión de ideas fuerza y mensajes claves.

Para junio de 2022, el distrito de Río Santiago presenta tasas de vacunación muy por debajo del promedio departamental, a causa del rechazo promovido por la falsa información. La demora de la llegada de las vacunas también influyó en el avance del proceso.

### Porcentaje de cobertura de vacunación en el distrito de Río Santiago y el departamento de Amazonas, por dosis (período meta 2022)

DOSIS	RÍO SANTIAGO	AMAZONAS
PRIMERA DOSIS	29.9%	72.6%
SEGUNDA DOSIS	21.5%	66.3%
TERCERA DOSIS	8.7%	46%

Fuente: Repositorio Único Nacional de Información en Salud

En el caso de Purús la diferencia de la tasa de vacunación con el promedio departamental no es tan marcada. Sin embargo, también hubo demora en la entrega de vacunas. El rol de actores que desinformaban sobre la vacuna fue contrarrestado mediante el trabajo de la FECONAPU.

### Porcentaje de cobertura de vacunación en el distrito de Purús y el departamento de Ucayali, por dosis (período meta 2022)

DOSIS	PURÚS	UCAYALI
PRIMERA DOSIS	68.3%	78.6%
SEGUNDA DOSIS	54.4%	68.9%
TERCERA DOSIS	35%	47.8%

Fuente: Repositorio Único Nacional de Información en Salud

## 4.5. Participación de organizaciones indígenas

En ambos distritos, la población indígena tiene fuertes cuestionamientos a la oferta sanitaria, se aprecia una suerte de “rechazo” a los servicios de salud: son percibidos como deficientes y hay cierta desconfianza a la atención que reciben, incluso se han dado casos de malos tratos por parte del personal.

Mientras tanto, los indígenas son percibidos, generalmente, como oyentes pasivos, pues sus reflexiones y propuestas recién son consideradas o tomadas en cuenta, cuando el diálogo se pone tenso o se rompe y se pasa al plano de la confrontación

Frente a este contexto y en base a sus conocimientos, los pueblos indígenas han propuesto un sistema de salud intercultural amazónico, donde la medicina indígena y la biomedicina son colocados en el mismo nivel de valoración, con pertinencia a cada realidad regional y local.

Para alcanzar este objetivo, se requiere contar con profesionales indígenas que asuman el desarrollo de este subsistema en sus pueblos. Asimismo, sin la participación e involucramiento de la estructura organizativa y la logística indígena, el aparato estatal difícilmente podrá mejorar la atención sanitaria en las comunidades.

En las comunidades donde no hay establecimientos, el Agente Comunitario en Salud (ACS) es la primera puerta de acceso al sistema de salud y un puente entre ambos sistemas médicos (estatal y tradicional). En esa línea, la población indígena confía en este actor y considera que su trabajo no debería seguir siendo percibido como “voluntario”.

## 4.6. Medicina indígena

Se debe de tener en cuenta que “no basta con una política intercultural que reconozca la diversidad en términos genéricos, sino que se requiere que ésta

establezca un acercamiento y un diálogo con cada universo socio-cultural específico” (MINSA, 2002). Por esta razón, se requiere que las acciones dirigidas desde los servicios de salud estén alineadas a las maneras locales de entender la enfermedad.

En los pueblos de los ámbitos analizados, la salud está relacionada a un equilibrio personal y colectivo, así como a su conexión con el territorio. Debido a ello, algunos de los cambios asociados a la colonización amazónica y a la expansión de las fronteras económicas en las últimas décadas han impactado de manera negativa en los modelos de vida y salud de la población indígena.

Por otro lado, el hecho de que los pueblos indígenas utilicen la medicina que se brinda en los establecimientos de salud estatales no significa que hayan asumido y reconocido en su totalidad los fundamentos del sistema médico occidental.

## 4.7. Enfoque intercultural en los servicios de salud

En los establecimientos de salud no hay avances en la implementación de servicios de salud con pertinencia intercultural. No hay una iniciativa orientada al fortalecimiento de capacidades interculturales ni lingüística del personal en servicio.

Desarrollar un sistema de salud intercultural es complejo, por lo que es necesario formar profesionales indígenas, desde un enfoque que articule lo mejor de ambos sistemas médicos. Se necesita del diálogo de saberes y conocimientos entre ambos sistemas médicos.

En un contexto donde no se impulsa un diálogo de saberes y conocimientos desde el sector salud, cabe la pregunta ¿de qué salud intercultural estamos hablando si los conocimientos indígenas no son considerados como válidos?

## 4.8. Necesidad de una política integral de salud de las fronteras

No existe una política integral de salud en zonas de frontera. Solo existen algunas iniciativas aisladas como el Decreto Supremo N° 005-2018-RE (que establece las acciones de desarrollo sostenible e integración para la atención prioritaria de las áreas críticas de frontera) y acuerdos bilaterales con algunos países fronterizos.

Se resalta la importancia de contar con una política integral para la salud de frontera, que cuente con sueldos diferenciados para el personal de salud, mejoras de

condiciones de transporte, el diseño de un perfil específico para el personal de estas zonas, aumento de cantidad de profesionales y la presencia permanente de brigadas móviles

## 5. Conclusiones

- No existe una política integral de salud en zonas de frontera
- Hay una precariedad en la oferta sanitaria en las zonas de fronteras
- Desde del MINSA hay una débil articulación intrasectorial para atender las necesidades en salud de la población indígena en las zonas de frontera.
- Hay una carencia de información sobre la situación de salud de los pueblos indígenas y/o comunidades nativas en ambos distritos
- Las organizaciones indígenas cumplen un papel importante en la atención en salud y en la transmisión de mensajes claves.
- El contexto de pandemia ha hecho que el tema de salud vuelva a ocupar un punto importante dentro de la agenda política de las organizaciones indígenas.
- La información que se difunde sobre el acceso a los servicios de salud o sobre las principales afecciones reportadas en la zona no es culturalmente pertinente
- Las políticas de salud intercultural que el sector ha elaborado no han sido implementadas en este contexto.

## 6. Recomendaciones:

- Fortalecer la oferta sanitaria en zonas de frontera, mediante la implementación de los establecimientos de salud, el mejoramiento de las condiciones para las referencias, la contratación de profesionales de salud con un perfil específico e intercultural.
- Actualizar los estudios epidemiológicos sobre los pueblos indígenas de zonas de frontera para realizar intervenciones sanitarias diferenciadas. Así como promover el registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información en salud
- Desarrollar una estrategia comunicacional en salud para zonas de frontera, que considere las particularidades de estos ámbitos.
- Incorporar a las organizaciones indígenas en la gestión de los servicios de salud en la toma de decisiones y apoyo logístico.
- Generar mecanismos y asignar presupuestos para la implementación de la salud intercultural.