

TADO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA RESERVA TERRITORIAL INDIGENA KUGAPAKORI, NAHUA, NANTI Y OTROS (RKNN)

Gualberto Segovia Meza¹

La Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti (RKNN) y otros, abarca dos regiones definidas: Cusco y Ucayali. Su objetivo es salvaguardar los derechos esenciales de los pueblos indígenas que viven en aislamiento o que están en contacto inicial; estos pueblos pertenecen a distintos grupos étnicos.

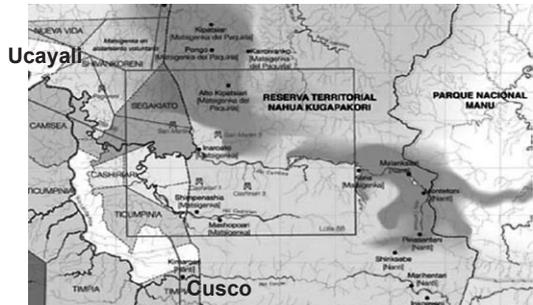
En el año 2005, en Cusco, se elaboraron los "Componentes de Salud del Plan Integral de Protección de los Pueblos en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial de la Reserva Nahua-Kugapakori", presentados en el taller internacional: Camisea y la Protección de la Salud en los Pueblos Indígenas.

La gestión sanitaria de las zonas de la RKNN, desde el 2007 al 2009, fue asumida por las regiones correspondientes de Cusco y Ucayali, debido a que se culminó la transferencia de las 16 funciones sectoriales, las 125 facultades y los recursos asociados, a los 25 gobiernos regionales².

Desde la formulación del Plan de Salud Integral de Protección para los Pueblos de la RKNN en el año 2005, han sucedido importantes hitos en la salud pública del país, como la descentralización de la salud a los Gobiernos Regionales (2009), el desarrollo del Aseguramiento Universal de la Salud (2010), y ahora se viene desarrollando el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención por el Ministerio de Salud.

Se ha procedido a identificar las acciones que vienen realizándose en la zona de la RKNN (a nivel nacional y en las regiones), y remitimos los

FIGURA 1 Ubicación de la Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti y otros.



avances de acuerdo a los objetivos específicos planteados en el Plan Integral de Protección de los Pueblos en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial de la Reserva Nahua-kugapakori.

Resultados de la implementación del plan de salud para la reserva territorial indígena Kugapakori, Nahua, Nanti y otros.

Objetivo Específico 1: Se construirá en el MINSa una estructura funcional que centralice y coordine, con una perspectiva intercultural, las diversas actividades que realiza y deberá realizar el MINSa en relación a las comunidades de los pueblos indígenas de la reserva.

Actividad desarrollada: Por Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSa del 27 de julio del 2004 se estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (ESNSPI), designando como órgano responsable al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), del Instituto Nacional de Salud. Las diversas direcciones generales del MINSa aportan a los objetivos de esta Estrategia con sus diversas actividades, orientadas a mejorar la cobertura y calidad de atención de salud a los pueblos indígenas u originarios.

¹ Centro Nacional de Salud Intercultural. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

² Decreto Supremo N° 047-2009-PCM. Aprueba Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2009 y otras disposiciones para el desarrollo del proceso de descentralización.

Objetivo Específico 2: Se establecerá el Aseguramiento Universal Comunitario de los Pueblos Indígenas de la Reserva.

Actividades desarrolladas:

1. 29 de enero del 2002 se emite la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, la misma que crea el Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, siendo posteriormente calificado como Organismo Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM. La cobertura se amplió a todo niño menor de 18 años, sea escolar o no, en cuanto pudiese probar su condición de pobre o extremadamente pobre (incluye poblaciones nativas).
2. Ley 28588. Ley que incorpora al Seguro Integral de Salud a la población mayor de 17 años en situación de pobreza y pobreza extrema, publicado el 21 de julio del 2005. Incluye a poblaciones nativas por su condición de pobreza y pobreza extrema.
3. Decreto Supremo N° 006-2006-SA. Ampliación de prestaciones de salud del SIS para la población de la Amazonía y Altoandina dispersa y excluida, las Víctimas de la Violencia Social y los Agentes Comunitarios de Salud. Promulgado el 21 de marzo del 2006.
4. Ley 29344. Ley Marco del Aseguramiento Universal de la Salud, publicada el 9 de abril del 2009. En el momento actual da cobertura de salud a toda la población indígena de la amazonía peruana y otras.

Objetivo Específico 3: Se fortalecerá, coordinará, integrará y adecuará culturalmente la oferta fija e itinerante prestada por el MIN-SA, articulándose con otras ofertas Móvil y Privada.

Se han desarrollado los siguientes instrumentos para el uso del personal de salud de todo el país, en especial para los establecimientos de salud

de la RKNN. Esta normatividad que permitirá conocer y mejorar la calidad de los servicios de salud con pertinencia intercultural.

1. Se ha realizado el estudio de "Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno-perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas", J. Mayca, E. Palacios, A. Medina, D. Castañeda. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60.
2. Norma Técnica de Salud: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgo para la Salud en Escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente. Define como ámbito de aplicación la reserva territorial Kugapakori, Nahua, Nanti. Tiene como objetivo desarrollar criterios, estrategias de relacionamiento, actividades y procedimientos culturalmente adecuados, que debe considerar el Sector Salud, respecto a medidas de prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo, ante la existencia e interacción con pueblos indígenas en aislamiento (IA), indígenas en contacto reciente (ICR), e indígenas en contacto inicial (CI). Este documento técnico fue aprobado por el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 799-2007/MINSA.
3. Guías Complementarias para la atención integral a población en Aislamiento y Contacto Reciente. 2010 Resolución Ministerial 798-2007/MINSA.
4. Guía Técnica de Relacionamiento para casos de interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente. Resolución Ministerial 797-2007/MINSA.
5. Se ha elaborado el año 2005 la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01) aprobada por Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA

Cuadro N° 1. Cobertura de inmunización en la RKNN (Zona Cusco). 2011.

EE. SS. que atiende a población nativa de la RKNN	BCG Cob (%)	Antipolio Cob (%)	Pentavalente 3 Cob (%)	Rotavirus Cob (%)	Influenza Cob (%)
C.S. Camisea	95	96	96	92	100
Anexo Montetoni	93	93	94	91	92
Anexo Cashiari	92	92	93	96	95
P.S. Timpia	92	93	92	94	95
P.S. Nueva Luz	97	96	96	96	92

Fuente: Cusco / Microrred Camisea (Red la Convención) Cusco.

el 02 de agosto del 2005. Esta norma fue elaborada por la Dirección General de Salud de las Personas y tiene por objetivo establecer un marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los niveles I-4, II y III para la atención del parto.

Objetivo Específico 4: Se establecerá un programa universal de inmunizaciones para prevenir los riesgos identificados y previsibles del contacto de los pueblos indígenas de la reserva con portadores de diversas patologías prevenibles por vacuna.

4.1. La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de las regiones Cusco y Ucayali reporta para el 2011, que sus establecimientos de salud con población directa en la zona de la RKNN muestran las siguientes coberturas en inmunizaciones.

Esta zona amazónica (C.S. Rosario) muestra muy baja cobertura para las inmunizaciones por motivos relacionados a brechas en el acceso geográfico

fundamentalmente y las deficiencias en los insumos como combustible para acceder a las comunidades muy distantes. Se señala también problemas de comunicación por el idioma con las comunidades nativas de la zona. Sin embargo la diferencia es evidente respecto a la Zona Cusco que tiene las mismas condiciones ambientales y geográficas, es preciso un análisis mayor en la organización y gestión de los servicios de salud.

4.2. Actividades que mejoran el acceso de las poblaciones de la RKNN a Servicios de Salud de la Microrred (SIS, CRED, AISPED). 2011.

Objetivo Específico 5. Se establecerá un sistema de vigilancia sobre los condicionantes medioambientales y socioculturales de la salud con la participación de las comunidades indígenas.

En el Sector Salud se viene trabajando con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), sobre el sistema de vigilancia epidemiológica en la

Cuadro N° 2. Cobertura de inmunización en la RKNN (Zona Ucayali), 2011.

EE. SS. que atiende a población nativa de la RKNN	BCG Cob (%)	Antipolio Cob (%)	Pentavalente 3 Cob (%)	Rotavirus Cob (%)	Influenza Cob (%)
C.S Rosario	2	10	12	3	5

Fuente: Microrred Sepahua (C.S. El Rosario), Red Atalaya. UCAYALI.

Cuadro N° 3. Actividades en coberturas (SIS, CRED) y atenciones por AISPED en la RKNN. Zona Cusco. 2011.

EE. SS.	Afiliaciones al SIS de Comunidades Nativas (%)	Cobertura de CRED completo en menores de 1 año (11 controles) (%)	AISPED (especificar su atención a CC.NN. de la reserva RKNN)	Medios de comunicación a las CC.NN. de la reserva RKNN (radio, teléfono, otro)
C.S. Camisea	50(4)	85%	Atención integral de Salud	radiocomunicación (5)
Anexo Montetoni (P.S. para el 2012)	50(4)	95%	Atención integral de salud	NO
Anexo Cashiari	50(4)	50%	Atención integral de salud	NO
P.S. Timpia	50(4)	85%	Atención integral de salud	NO
P.S. Nueva Luz	50(4)	30%	Atención integral de salud	NO

Fuente: Cusco / Microred Camisea (Red la Convención) Cusco.

Cuadro N° 4. Actividades en coberturas (SIS, CRED) y atenciones por AISPED en la RKNN. Zona Ucayali, 2011.

EE. SS.	Afiliaciones al SIS de Comunidades Nativas (%)	Cobertura de CRED completo en menores de 1 año (11 controles) (%)	AISPED (especificar su atención a CC.NN. de la reserva RKNN)	Medios de comunicación a las CC.NN. de la reserva RKNN (radio, teléfono, otro)
C.S Rosario	60%	5%	Brigada del C.S. Rosario	Radiofonía

Fuente: Ucayali / Red Atalaya / Microred Sepahua (CS El Rosario).

RKNN. 2010-2011. Este sistema es desarrollado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, y nos permite conocer en forma oportuna cualquier situación de alarma o brote de alguna enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica en estas comunidades nativas de la zona.

Se han realizado actividades según cuadros adjuntos.

5.1. Desarrollo de la Pertinencia Cultural en los servicios de salud.

Zona Cusco

Se viene desarrollando la adecuación cultural la oferta fija e itinerante prestada en la zona de la RKNN. 2011. Se fomenta la atención de

Cuadro N° 5. Actividades con ACS en la Zona Cusco. 2011.

EE.SS. que atiende a población nativa de la RKNN	Se cuenta con ACS (Agentes Comunitarios de Salud) en la reserva territorial RKNN, y se les ha capacitado.	
	N° Comunidades Nativas (CCNN)	N° CCNN con ACS
C.S. Camisea	6	1
Anexo Montetoni	1	1
Anexo Cashiari	3	0
P.S. Timpia	2	0
P.S. Nueva Luz	2	0

Cuadro N° 6. Actividades con ACS en la Zona Ucayali. 2011.

EE. SS. que atiende a población nativa de la RKNN	Se cuenta con ACS en las CC.NN. de la RKNN, y se les ha capacitado.	
	N° Comunidades Nativas (CC.NN.)	N° CC.NN.
C.S. Rosario	1	1 (Nov 2011)

parto vertical, se promueve la participación del promotor y la partera, se respeta su costumbre (como el bajar la fiebre con plantas) y también la utilización del Piri piri en todas sus presentaciones.

Zona Ucayali

Hay un trabajo incipiente de la pertinencia cultural de los servicios de salud, no hay un trabajo extendido de la adecuación ni otro proyecto con enfoque de interculturalidad.

RECOMENDACIONES

1. Evaluar y proponer mejoras conjuntas entre ambas regiones (Cusco y Ucayali) en el marco del Plan de Salud de la Reserva

Territorial Indígena Kugapakori, Nahua, Nanti y otros.

2. Las DIRESA's Ucayali y Cusco deberían iniciar el desarrollo del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad e iniciar la adecuación e implementación del Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención aprobado con R.M. N° 520-2010/MINSA.
3. Desarrollo de capacidades en Salud Intercultural y estrategias para promover el Diálogo Intercultural en Salud (DICS).
4. Mejorar el acceso y cobertura a los servicios de salud, a través de la oferta fija y móvil con una mayor pertinencia intercultural de los servicios brindados.