

# Perú



Panorama de la situación de la niñez y  
adolescencia indígena en América Latina:

## El derecho a la salud y a la alimentación en la Amazonía peruana

únete por  
la niñez





Perú



Panorama de la situación de la niñez y  
adolescencia indígena en América Latina:

# El derecho a la salud y a la alimentación en la Amazonia peruana

# Índice



<b>1.</b>	Presentación.....	4
<b>2.</b>	El derecho a la salud y a la alimentación: contexto normativo .....	5
<b>3.</b>	Factores determinantes en el Perú .....	8
<b>4.</b>	La salud y la nutrición en la Amazonia: avances y limitaciones .....	11
<b>5.</b>	Mortalidad infantil y de la niñez .....	15
<b>6.</b>	Barreras en el acceso a los establecimientos de salud públicos.....	33
<b>7.</b>	La respuesta del Estado peruano .....	36
<b>8.</b>	La respuesta de los pueblos indígenas .....	37
<b>9.</b>	Desafíos pendientes y recomendaciones.....	00
	Siglas .....	39
	Bibliografía .....	40



# 1. Presentación

A pesar de la reducción de la pobreza registrada en los años recientes, América Latina sigue siendo la región con mayor brecha entre ricos y pobres. Entre estos últimos, los pueblos indígenas son los más afectados siendo los derechos de estos pueblos en América Latina limitados, e.g. el derecho a la alimentación, la salud, la protección social y la educación, así como el derecho al territorio, que les proporciona los recursos naturales, base de su subsistencia y calidad de vida (CIDH, 2005 y 2009) y el vínculo emocional que les da sentido de pertenencia e identidad. Por lo tanto, los pueblos indígenas son sujeto no sólo de derechos individuales como todo ciudadano sino también de derechos colectivos. A medida que se ha tomado conciencia de ello, han surgido planteamientos de defensa de esos derechos que se han traducido en normas relativamente recientes de la jurisprudencia internacional a la que progresivamente se adhirieron todos los Estados latinoamericanos. Estas normas establecen obligaciones a los Estados cuyo cumplimiento está sujeto a evaluación.

La situación de niños, niñas y adolescentes indígenas en cuanto a los derechos mencionados es aún más crítica, en tanto se trata del grupo etario más vulnerable de toda sociedad, como lo reconoció la Declaración de los Derechos del Niño en 1959. Es responsabilidad de los Estados trabajar junto con las organizaciones de los propios pueblos para superar esta situación identificando los problemas y sus causas, definiendo políticas, e implementando acciones efectivas y oportunas. Y es obligación de la cooperación internacional apoyar esas iniciativas. Sin embargo, la escasez de información y de análisis exhaustivos y confiables dificulta el cumplimiento de esa tarea y ahonda la exclusión de esta población.

Por esta razón y a solicitud del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU, la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe contrató a cuatro organizaciones<sup>1</sup> para que realizaran estudios<sup>2</sup> sobre la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina. En Brasil, Colombia y Perú se enfocó en el derecho a la salud y la alimentación. En Bolivia y Ecuador, en el derecho a la protección social y la educación. Y en cuatro países de Mesoamérica –Guatemala, Honduras, México y Nicaragua– se estudió la situación de la protección infantil así como la violencia a la que está expuesta esta población. Las versiones cortas de los estudios mencionados conforman la serie Panorama de la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina. El texto correspondiente al derecho a la salud y a la alimentación de niños, niñas y adolescentes indígenas en el Perú, que presentamos a continuación, está focalizado en la región amazónica dado que ésta es una de las más complejas y –en parte por eso mismo– más desfavorecidas del país.

Confiamos en que la información y reflexiones contenidas en esta serie contribuyan al esfuerzo por mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas de nuestra región. En particular, esperamos que la realidad retratada así como los desafíos y las recomendaciones señaladas aporten al debate en la Conferencia Mundial de los Pueblos Indígenas que se realizará en septiembre de 2014 en Nueva York, en el marco de la Asamblea General de la ONU.

<sup>1</sup> IWGIA, Observatorio Social del Ecuador, Colectivo Jenzera y Organismo N'Aleb.

<sup>2</sup> Estos estudios fueron realizados entre 2012 y 2013.





## 2. El derecho a la salud y a la alimentación: contexto normativo

El derecho a la salud y a la alimentación está íntimamente relacionado con el derecho a la vida y la integridad personal. Como señala el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU, la salud abarca una amplia variedad de factores determinantes además de los alimentos: agua potable, medio ambiente sano, vivienda adecuada, y condiciones mínimas de seguridad y bienestar familiar, los que tratándose de los pueblos indígenas están estrechamente vinculados a sus culturas y territorios (CDESC 2000). De ahí que el marco normativo al que está sujeto el derecho a la salud y a la alimentación de la niñez y adolescencia indígena, incluye tanto normas de aplicación general a todas las sociedades, como normas de aplicación específica a los pueblos indígenas. Entre las más importantes normas internacionales, cabe notar las siguientes:

- **Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):** consagra el derecho a la salud y a la alimentación como derecho básico de todo ser humano.
- **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (aprobado en 1966, entró en vigor 1976):** declara el compromiso de los Estados de adoptar medidas para (i) reducir la mortalidad infantil, (ii) impulsar el sano desarrollo de los niños y (iii) proteger a niños y adolescentes de toda forma de explotación y actividades que los pongan en peligro.
- **Convenio 169 de la OIT (1989):** plantea la incorporación progresiva de los pueblos indígenas a los regímenes de seguridad social y establece

que los gobiernos (i) pongan a disposición de esos pueblos servicios de salud adecuados o medios para que los propios pueblos los organicen; (ii) provean servicios en lo posible a nivel comunitario, en cooperación con los pueblos y tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; (iii) den preferencia a la formación y empleo de personal sanitario local; y (iv) coordinen la prestación de servicios de salud con las demás medidas sociales.

- **Convención sobre los Derechos del Niño, CDN (1989):** además de ratificar el derecho a la protección establecido por la Declaración de los Derechos del Niño en 1959,<sup>3</sup> la CDN establece el derecho de niños y adolescentes indígenas a gozar de su cultura, a practicar su propia religión y a utilizar su lengua tradicional, así como la obligación del Estado y la sociedad de desarrollar en todos los niños los principios de aceptación, tolerancia e igualdad.
- **Observación General N° 12 del CDESC (1999):** sostiene que el concepto de alimentación adecuada –o seguridad alimentaria– comprende (i) la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; y (ii) la sostenibilidad del acceso a los alimentos tanto de las generaciones presentes como de las futuras.
- **Observación General N° 14 del CDESC (2000):** afirma que: i) los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que mejoren su acceso a los servicios de salud; ii) estos servicios deben ser apropiados culturalmente; iii) los

<sup>3</sup> Según Cáceres Cedrón & Oblitas Béjar, el cambio de enfoque entra la Declaración y la CDN se puede entender como el “tránsito de una política del menor hacia la política de niñez y adolescencia” (2004:7).

*El derecho a la alimentación es: “El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra por dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.” (J. Ziegler, Relator Especial de NN.UU. para el Derecho a la Alimentación)*

Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos establezcan, organicen y controlen esos servicios; iv) las plantas medicinales, animales y minerales necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas deben ser protegidos; y v) que el desplazamiento forzado de poblaciones indígenas tiene efecto negativo sobre su salud.

- **Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (ONU 2007):** establece que los Estados en cooperación con los pueblos indígenas deben adoptar medidas para proteger a los niños de toda explotación o trabajo que los ponga en peligro o dañe su salud o desarrollo. También establece que los Estados deben (i) asegurar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en los territorios indígenas; y (ii) desarrollar programas de restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales.

En cuanto a las normas nacionales, en lo que respecta a niños y adolescentes indígenas el desarrollo normativo es muy limitado y son escasas las referencias a los pueblos indígenas en las normas que regulan sus derechos en el Perú. Entre ellas cabe anotar las siguientes:

- **Constitución Política del Estado (1993):** afirma que las comunidades campesinas y las nativas tienen existencia legal y son personas jurídicas, y que el Estado respeta su identidad cultural.
- **Código de los Niños y Adolescentes (2000):** establece que “cuando se trate de niños o adolescentes pertenecientes a grupos étnicos o comunidades nativas o indígenas, se observará, además

de este Código y la legislación vigente, sus costumbres, siempre y cuando no sean contrarias a las normas de orden público” (artículo preliminar VII). Además establece como componente de la educación básica el respeto a la propia identidad cultural, al idioma y a los valores nacionales y de los pueblos y culturas distintas a la propia (artículo 15).

- **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (2004):** tiene como objetivo promover, coordinar y monitorear acciones concretas dirigidas a los pueblos indígenas que permitan disminuir la brecha sanitaria existente, acercando el valor de sus indicadores a los existentes en el nivel nacional y/o regional; en particular los referidos a mortalidad infantil, mortalidad general, desnutrición y morbilidad por enfermedades emergentes y reemergentes. Todas las acciones debieran enmarcarse en el respeto a los patrones culturales propios de los pueblos, por lo cual la perspectiva de acción es la interculturalidad en salud. El órgano responsable del soporte administrativo es el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

Según J. Valencia Corominas, la promulgación del Código de los Niños y Adolescentes, “ha contribuido a producir un conjunto de cambios significativos. Al amparo de sus normas han sido creadas numerosas instituciones públicas y sociales especializadas en la promoción y protección de los derechos de los menores de edad, como son los Juzgados y Fiscalías de Familia, el Ente Rector a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, las Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente, entre otras” (1999: 122).

Pero en lo que respecta a la niñez y adolescencia indígena, el desarrollo normativo es mínimo y son escasas las referencias a ellos en las normas que regulan los derechos de la infancia en el Perú. Esta invisibilización de los niños, niñas y adolescentes indígenas como sujeto de derechos colectivos se replica en muchas normas que regulan los derechos de la infancia así como en los principales planes y programas estatales dirigidos a este colectivo, como se verá en lo que sigue.



© UNICEF Perú/2006-0003/W. Silvera

### 3. Factores determinantes en el Perú

El pleno ejercicio del derecho a la salud y la alimentación está condicionado por una serie de factores económicos, sociales, culturales, políticos y medioambientales. La situación del territorio, la propuesta educativa y las nociones de salud y alimentación de cada cultura, son algunos de los factores que se deben tener en cuenta para analizar el derecho a la salud y la alimentación de los pueblos indígenas en el Perú.

#### **Territorio, recursos naturales y medio ambiente.**

Diversos factores ligados a variables económicas están alterando el equilibrio de los recursos y del medio ambiente en los territorios indígenas peruanos, conduciendo a una pérdida irreversible de nutrientes fundamentales como los que provienen de la fauna silvestre. La excesiva deforestación y la contaminación de las aguas y de los suelos comunales por, el uso de productos tóxicos en las modernas agroindustrias y en la elaboración de pasta base de cocaína, así como en la explotación minera y petrolífera están alterando las condiciones de reproducción y equilibrio de los recursos y del medio ambiente en los territorios indígenas peruanos. Esto compromete la alimentación de adultos y niños, cuya subsistencia depende de los recursos de esas aguas y suelos, y daña su salud física y mental.

**Educación y cultura.** Para los niños, niñas y adolescentes indígenas, la escuela trae un nuevo mundo de conocimientos provenientes de la sociedad externa que, a pesar de lo establecido en la Ley General de Educación (vigente desde el año 2003),

se transmiten con un sesgo de desvalorización de la cultura propia, ya sea por la exaltación de lo ajeno (occidental o urbano) o mediante alusiones peyorativas a las culturas indígenas. La ausencia de un enfoque intercultural en las escuelas y en la formación de maestros y maestras hace que los niños y adolescentes admiren lo ajeno y vean como primitivo aquel conocimiento que requieren para afrontar las necesidades vinculadas a su entorno y a su historia, y que les son transmitidos por sus mayores.

**Alimentación y salud desde las culturas.** La alimentación no es sólo nutrición, es una construcción cultural. Una alimentación saludable no se basa únicamente en un aporte energético y proteico suficiente sino que también debe ser sostenible, de calidad y aceptable en un contexto cultural concreto. Por lo general, cuando se realiza la donación de alimentos, quienes lo hacen no toman en cuenta estas consideraciones culturales y suelen introducir alimentos de producción industrial en sustitución de determinados productos locales, descalificados por desconocimiento de su calidad nutritiva. Además de distorsiones alimenticias, esto conduce a la pérdida de conocimientos agrícolas y de los valores nutritivos y curativos de plantas locales, generando una creciente dependencia que empieza a percibirse como amenaza para la salud y el futuro de estos pueblos.

Asimismo, la singularidad de cada pueblo exige un tratamiento especializado de la salud. Debido a las percepciones diferentes y hasta contrapuestas de lo



## El personal del Estado debe aprender de la diversidad de conocimientos de cada pueblo y buscar incorporar la sabiduría local a la práctica médica general

que se entiende por salud y enfermedad, la particularización de la información epidemiológica es indispensable para superar las inequidades. El personal del Estado debe aprender de esta diversidad de conocimientos con los que cada pueblo atiende tradicionalmente sus problemas de salud, no sólo para prestarles un mejor servicio de salud sino para incorporar la sabiduría local a la práctica médica general.

*“Los sistemas indígenas de salud están contribuyendo, en forma progresivamente reconocida, a la salud de la humanidad y este servicio debe retribuirse con el prestigio que se requiere para que sean reactivados por sus conocedores. Ningún programa de salud debe ser indiferente a estas prácticas tradicionales ni relegarlas a la condición de supersticiones a eliminar, como sucede en muchas ocasiones.”  
(OGE 2002)*

Estos factores no siempre son debidamente considerados en el diseño de las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas pues muchos indicadores utilizados para medirlos no son los adecuados. Un caso evidente es el de la pobreza, cuya tipificación es peyorativa de un estilo de vida basado en la autosuficiencia y la reciprocidad que, a pesar de no generar ingresos, puede ser más eficiente en términos de salud y alimentación que si esas mismas poblaciones estuvieran inmersas en

una economía mercantil. Consecuentemente, los indicadores estadísticos de pobreza y pobreza extrema señalan umbrales que no siempre reflejan con precisión la situación real de las poblaciones indígenas, ni orientan adecuadamente la definición de medidas para atender sus necesidades y prevenir o superar dificultades.

Existe una experiencia exitosa de acercamiento a la realidad de los pueblos indígenas en el Perú. Son los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en pueblos indígenas, impulsados por la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud (MINSA) y fruto de un convenio con la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP). Un ASIS es “un proceso analítico-sintético que 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 en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias. Para el caso de los pueblos indígenas, la DGE implementó un sistema de consulta y análisis participativo, coordinado entre el personal de salud de las diferentes circunscripciones de asentamiento del pueblo y las organizaciones indígenas correspondientes” (DGE-MINSA 2010).<sup>4</sup>

**Situación de desigualdad.** Según estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la desigualdad en América Latina y el Caribe (2010) y la desigualdad y pobreza infantil en las poblaciones indígenas (2012):

- i. En 2007, en América Latina, 18% de los niños y niñas menores de 18 años se encontraba en situación de pobreza extrema;<sup>5</sup> esto eran casi 32 millones de niños y niñas.

<sup>4</sup> Ver: [www.dge.gob.pe/asis.php](http://www.dge.gob.pe/asis.php)

<sup>5</sup> Esto significa que estaban gravemente afectados por una o más privaciones extremas. Las privaciones se definen con base en el concepto de pobreza infantil que se entiende como “la privación de los derechos a la salud, la educación, la información, una nutrición adecuada, el agua y el saneamiento y la vivienda” (CEPAL/UNICEF 2010: 13). Siete formas de privación fueron establecidas para medir la pobreza infantil desde un enfoque de derechos humanos (Método Bristol); las mismas no incluyen la privación de salud ni la de nutrición porque los censos (fuente utilizada para generar los indicadores) no recogen esta información. En combinación con la medición de la pobreza por ingresos tradicionalmente realizada por la CEPAL, el trabajo realizado se entiende como la primera medición multidimensional de la pobreza infantil con parámetros relevantes y específicos para la región.

- ii. Los países con mayor pobreza infantil total son aquellos donde en promedio 41% de los niños y niñas es extremadamente pobre; Perú, con 38% de pobreza infantil extrema, está en este grupo (también Bolivia, Guatemala, Nicaragua). Los países de pobreza infantil intermedia son aquellos donde la pobreza extrema afecta a cerca de 14% de los niños (Colombia, Brasil). Por último, en los países con menor pobreza infantil, 8% de los niños se encuentra en dicha situación (Uruguay, Chile).
- iii. Las privaciones severas suelen afectar a niños y niñas principalmente en zonas rurales, áreas urbano-marginales y sectores con alta población de etnias originarias. Las privaciones moderadas tienden a extenderse a grupos poblacionales más amplios. En la región, 81 millones de niños y niñas (45% del total) se ven afectados por al menos una privación moderada. De éstos, casi 8 millones son peruanos/as, lo cual representa 73% de la niñez indígena del país.
- iv. 13 millones de niños en América Latina y el Caribe pertenecen a uno de los más de 700 pueblos indígenas existentes, y 60% vive en las zonas rurales, “donde los patrones de vida tradicionales persisten y donde precisamente existen mayores limitaciones en el acceso a bienes y servicios del Estado, tales como educación, salud e información” (CEPAL, 2012: 25). En Perú 50% de la niñez vive en el área rural.
- v. En cuanto al derecho a la educación en términos de acceso en la región, medio millón de niños indígenas, equivalente a 6% de los niños entre 7 y 18 años de edad (frente a 0,6% afrodescendientes y 2% del resto), ve vulnerado gravemente su derecho a la educación, pues no han accedido nunca a la educación formal o la han abandonado sin haber aprobado ningún año de estudio. En el caso del Perú, los niños asháninka y otros nativos amazónicos son los que ven más vulnerado su derecho a la educación, presentando mayor privación en este aspecto que el total de niños indígenas y notoriamente mayor que el resto no-indígena. (CEPAL, 2012)

***Un patrón generalizado de inequidad afecta a los niños indígenas en los países de la región, que se verifica en todas las dimensiones de la pobreza infantil consideradas en este estudio. La proporción de estos niños con privaciones graves en educación triplican a la registrada para el resto; en información, la cuadruplican, y en condiciones de la vivienda, acceso a agua potable e instalaciones de saneamiento es también tres veces mayor. Aunque con diferentes amplitudes, ninguno de los países analizados se aleja de esta tendencia.***  
(CEPAL, 2012)

## 4. La salud y la nutrición en la Amazonia: avances y limitaciones

*Si bien en toda Latinoamérica se aprecia una creciente preocupación por la situación de los derechos de niños indígenas y afrodescendientes, no existen estudios ni estadísticas sistemáticas acerca de muchas carencias que enfrentan. Es particularmente limitante el hecho que los censos de población –fuente utilizada no solo para generar los indicadores de privaciones que están a la base del concepto de pobreza infantil, sino también para formular políticas públicas para el desarrollo de los pueblos, su seguimiento y evaluación– no recogen la información relativa a las dimensiones salud y nutrición (CEPAL 2012).*

### **Limitaciones en la medición de la variable étnica.**

Desde que en la década de 1990 algunos estudios internacionales llamaron la atención acerca de la estrecha relación entre etnicidad y pobreza en América Latina, los sucesivos gobiernos del Perú fueron incorporando indicadores relacionados con la identidad indígena en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2001, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2005, y en el Censo Nacional 2007. Paralelamente a los censos nacionales de 1993 y 2007, se realizó el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia. Si bien esto muestra el interés del Estado por contar con información para definir políticas adecuadas, los datos no son suficientes y en muchas ocasiones los que hay son poco confiables, contradictorios y/o inconsistentes.

Esta situación se debe en parte a que el concepto de identidad indígena y los indicadores con que se mide no son claros ni homogéneos, lo cual imposibilita cruzar y comparar información de distintos instrumentos. La mayoría se ha basado en la lengua materna (LM), pero en unos casos es la LM de la persona censada, en otros, es la lengua que se usa en el hogar; en algunos (como en la ENAHO) se consideran hogares indígenas aquellos en que padre o madre registra una lengua originaria como LM, en otros, sólo si padre y madre lo hacen; la ENDES registra la LM de mujeres en edad fértil. Por su lado, el Censo Nacional 2007 ni siquiera registró a los menores de tres años según lengua, provocando así la exclusión de una proporción significativa de estos menores de los datos estadísticos sobre pueblos indígenas.

Asimismo, el indicador lengua no es suficiente por sí solo por varias razones. La primera es que hay muchos casos en que las personas tienen el castellano como LM pero se identifican como indígenas pues debido a su imposición como lengua exclusiva de comunicación oficial y de aprendizaje escolar, el uso de las lenguas indígenas ha ido disminuyendo en las nuevas generaciones de estos pueblos hasta desaparecer en varios de ellos. La segunda es que la declaración de la LM no debe tomarse como señal inequívoca de pertenencia a una etnia ya que hay pueblos que hablan una lengua pero se identifican con otra cultura (por ejemplo, los chungara de Puno se consideran aimaras a pesar de hablar quechua), y otros que se consideran de una etnia pero no hablan la lengua (Trapnell y Neira, 2006). Una tercera razón es que no se ha desglosado el indicador lengua de la misma manera para todos los pueblos ya que se han usado cuatro categorías –quechua, aimara, asháninka y otras lenguas originarias– que tienen alcance muy diferente, puesto que la categoría otras lenguas originarias agrupa a más de 50 pueblos amazónicos, lo cual no permite saber lo que las cifras significan en cada pueblo.<sup>6</sup>

En vista de que la única información disponible sobre identidad indígena es la de lengua, el análisis que se hizo en este estudio se basó en dicha información, salvo casos –debidamente señalados– en que se tuvo acceso a datos adicionales.

<sup>6</sup> Debido a que el número de pueblos indígenas en Perú varía según la institución informante, hemos optado por usar el dato del Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia 2007, también citado por el INEI.

*Se estima que 7,3% de la población infantil de América Latina corresponde a niños y niñas indígenas menores de 18 años de edad, con un valor absoluto cerca de 12,8 millones. De éstos, 2,6 millones son peruanos. Asimismo, en la región, la proporción de población infantil es superior para los indígenas que para el resto de la población: mientras entre estos últimos 37% de la población es menor de 18 años, entre los indígenas la cifra alcanza a 45% (CEPAL, 2012).*

**Datos de los pueblos indígenas.** Como consecuencia de las limitaciones arriba mencionadas, la distribución de población por lengua del Censo Nacional 2007 reduce el número real de indígenas en general e invisibiliza a los indígenas amazónicos en particular. Si se compara el dato de la población total del Perú, 28.220.764, con la población registrada según la lengua materna como se ve en la Tabla 1, 25.810.331, queda claro que 2.410.433 menores de tres años han sido excluidos del registro según lengua. Dadas las características de la pirámide poblacional y la distribución étnica aproximada de la población, es probable que una proporción significativa de esos menores de tres años sean indígenas. A esto se suma que una gran cantidad de personas que se auto-identifican como indígenas pero declaran el castellano como LM, no son registrados como indígenas. Por esto, es posible afirmar que la población indígena es en realidad mayor a los 4.045.713 (16% de la población total peruana) que registra ese censo y se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1: Población censada de 3 años o más, según lengua materna y área de residencia, 2007**

Lengua materna	Población total ≥3 años	Población con lengua materna originaria (%)	Población rural (%)	Población urbana (%)
Quechua	3.360.331	83	54	46
Aimara	443.248	11	57	43
Asháninka	67.724	2	88	12
Otras lenguas originarias amazónicas	174.410	4	81	19
<b>Subtotal lenguas originarias</b>	<b>4.045.713</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>44</b>
Castellano	21.713.165	–	18	82
Lengua extranjera	21.434	–	s.d.	s.d.
Sordomudo <sup>7</sup>	30.019	–	s.d.	s.d.
<b>TOTAL</b>	<b>25.810.331</b>	<b>16</b>	<b>75</b>	<b>25</b>

Fuente: INEI 2008 a partir del Censo Nacional 2007. Elaboración propia.

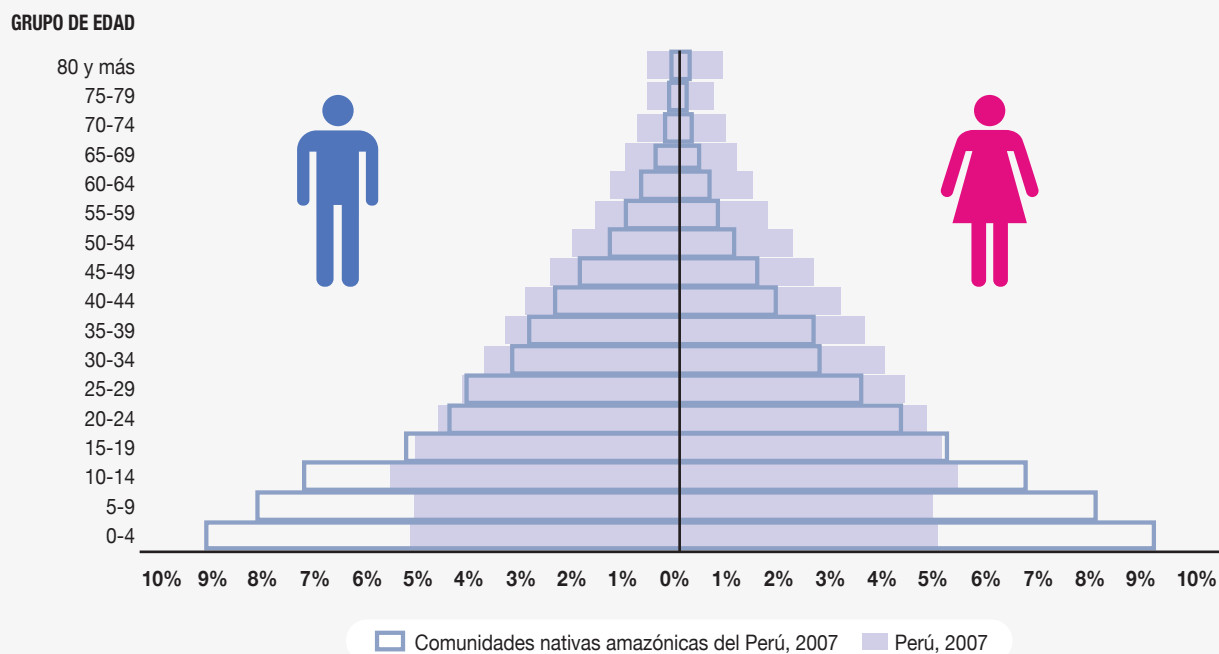
<sup>7</sup> En esta tabla se mantuvo la terminología del Censo a pesar de que el término sordomudo está desactualizado. La discapacidad que presentan estas personas es solamente la sordera; no son mudos. Dependiendo del grado de sordera y del acceso a servicios de educación especial, muchos aprenden a hablar o a utilizar la lengua de señas.

Según el Censo Nacional 2007, la población de niños y niñas indígenas en el Perú entre 3 y 17 años asciende a un poco más de un millón; esto es 26% de la población indígena total. Sólo en tres de los 25 departamentos del país, donde predominan quechuas y aimaras, los indígenas de esas edades representan más de 50% de ese grupo de edad en el departamento: en Apurímac (61%), Huancavelica (56%) y Ayacucho (53%). Luego vienen Puno (49%) y Cusco (45%), de los cuales sólo Cusco incluye población amazónica. El hecho de que en ninguno de los departamentos amazónicos los niños, niñas y adolescentes indígenas representen más de 20% (Amazonas 19%, Ucayali 14%, Loreto 9%) dentro de su grupo de edad conlleva el riesgo de que se desatiendan las necesidades de este sector o que no se apliquen políticas considerando la especifici-

dad cultural de esos niños y adolescentes (Benavides et al. 2010).

En cambio, el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia que sí incluye a los menores de tres años, indica que el grupo de edad de 0 a 19 años representa 58% de la población indígena de la Amazonia (aprox. 192.300 niños, niñas y adolescentes de un total de 333.000 personas). Sobre esta base la mayor diferencia en la estructura demográfica de los pueblos indígenas amazónicos –censados en las comunidades– respecto de la nacional se presenta en el grupo de edad de 0 a 14 años. Cabe notar que si se usara sólo los datos del Censo Nacional, en la pirámide a continuación la barra en la base, que representa a la población indígena de 0 a 4 años, sería mucho más pequeña e incompleta.

**Gráfico 1: Estructura de la población indígena amazónica censada y de la población nacional, por edad y sexo 2007**



Fuente: Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonia 2007; INEI 2010.

En 11 de los 52 pueblos que registra el censo comunal amazónico, los menores de 20 años representan más del 60% de sus poblaciones. Este rasgo de la estructura demográfica obedece a múltiples factores, entre otros a la tasa de fecundidad que en la Amazonia es de 7,9 hijos por mujer, más del doble que el promedio nacional de 3,4. Aunque hay grandes diferencias entre una y otra comunidad amazónica, en general la tasa de fecundidad está entre 7 y 11 hijos por mujer (MINSA-OGE 2003). Debido a variables como ésta, la región amazónica tiene uno de los índices de desarrollo humano más bajos de América Latina (MINSA/AIDSESP/UNICEF 2006).



**Datos de pobreza.** Como se puede ver en la Tabla 2, la *pobreza extrema* y la *pobreza no-extrema* afectan a la niñez indígena casi dos veces más que a la no-indígena, y en el caso de los pueblos amazónicos se encuentran los datos más extremos, ya que 86% viven en situación de pobreza total, y de este porcentaje, la mayor parte (49%) vive en pobreza extrema.

**Tabla 2: Niñez y adolescencia indígena por situación de pobreza y lengua materna, 2009**

Lengua materna	Pobreza extrema (%)	Pobreza no extrema (%)	Pobreza total (%)	No Pobres (%)
Quechua	46	32	78	22
Aimara	30	39	69	31
<b>Lenguas originarias amazónicas</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>86</b>	<b>14</b>
<b>Promedio en indígenas</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Castellano	12	28	40	60
País	16	28	45	55

Fuente: UNICEF/INEI 2010.

**Datos de desnutrición.** Una de las consecuencias más graves de la pobreza en las comunidades indígenas es la desnutrición, cuyas consecuencias pueden ser irreversibles, en especial cuando se presenta en la primera infancia. Según la ENAHO 2008, el porcentaje con déficit talla-edad era tres veces mayor en hogares en que el jefe de hogar tenía una LM originaria (30%), que en hogares cuyo jefe de hogar tenía LM castellana (10%). La información recogida por las ENDES muestra que la desnutrición crónica (DC) en menores de cinco años, atendidos en establecimientos de salud (ES), se ha reducido significativamente entre los años 2000 y 2009. En el área rural, de 40 a 33%; en el quintil 1 de mayor pobreza de 47 a 37%; y en el promedio nacional, de 25 a 18%, como se puede ver en la Tabla 3.

*En América Latina y el Caribe 2,3 millones de niños y niñas (4,5% de la región) tienen bajo peso para la edad, es decir que están afectados por desnutrición global, y 8,8 millones de niños y niñas (17%) están afectados por la desnutrición crónica (CEPAL/UNICEF 2010)*

Estos datos muestran nuevamente que entre los pueblos indígenas, los amazónicos son los que tienen los indicadores más preocupantes.

**Tabla 3: Evolución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años atendidos en ES**

	2000	2005	2009
<b>Área de residencia</b>			
Urbana	13	10	10
Rural	40	<b>40</b>	<b>33</b>
<b>Condición de pobreza</b>			
Quintil 1 (más pobre)	s.d.	<b>47</b>	<b>37</b>
Quintil 2	s.d.	33	23
Quintil 3	s.d.	16	10
Quintil 4	s.d.	5	6
Quintil 5 (más rico)	s.d.	4	2
<b>Promedio nacional</b>	25	23	18

Fuente: Tomado de UNICEF/INEI 2010, con base en ENDES 2000 a 2009.

Si bien no se cuenta con información desagregada por LM o pueblo indígena, los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) muestran que la tasa de DC en menores de cinco años (atendidos en ES) está en constante reducción, a un ritmo aproximado de 1% por año en el promedio nacional, desde el año 2000 hasta las últimas mediciones en 2011. Sin embargo, hay importantes diferencias por región. Entre 2009 y 2011, como se ve en la Tabla 4, en siete regiones donde más del 24% de la niñez tiene como LM una lengua originaria, Huancavelica –que aún tiene los datos más graves– logró reducir la DC de 43 a 37%, Ayacucho la redujo de 31 a 26%, y Cusco logró la mayor reducción de 32 a 22,5%; en cambio, en Huánuco la tasa subió de 24 a 25%. En los departamentos de la Amazonia, donde habría menos presencia indígena –dato que no toma en cuenta a los menores de tres años–, la tasa disminuyó en Ucayali y Madre de Dios, pero aumentó en Amazonas y Loreto. Estos datos muestran nuevamente que entre los pueblos indígenas, los amazónicos son los que tienen los indicadores más preocupantes.

**Tabla 4: Evolución de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0-5 años en regiones con mayor proporción de población con lengua materna originaria**

Región / DIRESA <sup>/1</sup>	Niños/as indígenas <sup>/2</sup> (%)	Desnutrición crónica 2009, 0 a 5 años <sup>/3</sup> (%)	Desnutrición crónica 2011, 0 a 5 años <sup>/4</sup> (%)	Diferencia (%)
Apurímac	61	29	28,6	- 0,4
Huancavelica	56	43	37	- 6
Ayacucho	53	31	26	- 5
Puno	49	20	17	- 3
Cusco	45	32	22,5	- 9,5
Ancash	29	23	23	0
Huánuco	24	24	25	+1
Amazonas	19	22	25	+ 3
Ucayali	14	21	19	- 2
Loreto	9	22	23,5	+ 1,5
Madre de Dios	6	11	9,5	- 1,5
<b>Promedio nacional</b>	<b>12</b>	<b>18,3</b>	<b>17,8</b>	

Fuente: elaboración propia con base en UNICEF/INEI 2011, y datos del INS 2009 y 2011.

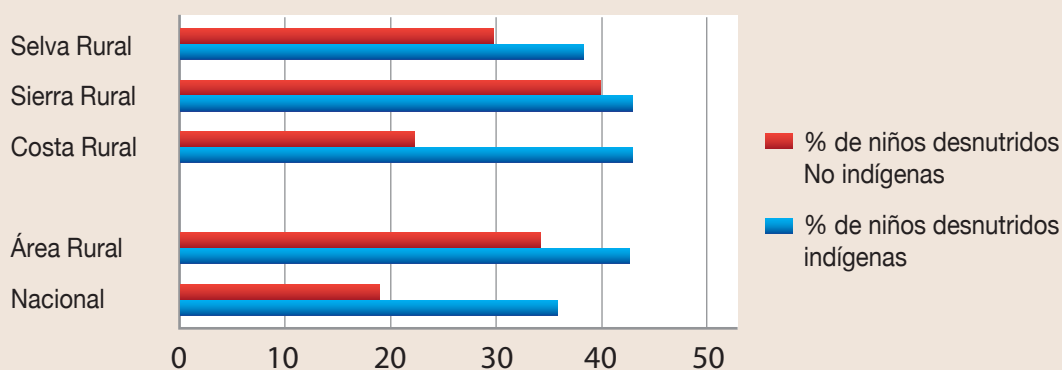
/1 El porcentaje de población con LM originaria corresponde a regiones, mientras que los reportes de DC corresponden a las Direcciones Regionales de Salud que por lo general, pero no siempre, tienen la misma jurisdicción. La tabla no presenta todas las regiones del país.

/2 Calculada en base a población de 3 a 17 años.

/3 y /4 INS 2009 y 2011, se refiere a niños evaluados en ES públicos.

A pesar de las mejoras descritas, que sin duda son importantes, el Gráfico 2 muestra que los desafíos aún son grandes dadas las brechas étnicas que reflejan la persistencia de significativa desigualdad.

**Gráfico 2: Incidencia de desnutrición crónica infantil, según etnicidad 2011**



Fuente: MINSa, 2011



### **Pueblo nanti: Desnutrición aguda, crónica y reagudizada (MINSA-OGE 2003)**

Un caso estudiado por la Oficina General de Epidemiología (OGE; hoy DGE) en el año 2003 es el del pueblo nanti, en dos de sus asentamientos situados en el ámbito de influencia del mega-proyecto de explotación de gas en Camisea, región Cusco. El estudio fue coordinado con AIDSESP como parte de la elaboración del ASIS Nanti. Del total de 600 nantis, 260 vivían en dichos asentamientos. Tras hacer comparaciones con otras comunidades de la región, se estableció nexos claros entre el proyecto Camisea y los brotes epidémicos que se convirtieron en la principal causa de mortandad de los nantis.

El Estado peruano creó la Reserva Territorial Kugapakori Nahua en la región en 1990, justamente para proteger a los nantis y otras poblaciones indígenas que se habían mantenido voluntariamente aisladas tras la traumática experiencia de la era cauchera y luego de que en 1985 los nahuas fueran diezmados por una epidemia generada por el contacto con la sociedad mayor. Sin embargo, el Estado también adoptó medidas contradictorias al dar la concesión a empresas petroleras para trabajar dentro del territorio de la reserva. Al ser una población muy pequeña, estas medidas pusieron a los nantis en una situación de extrema vulnerabilidad. Analizando la morbilidad en la zona del proyecto, el estudio encontró un patrón de brotes frecuentes de infecciones respiratorias agudas (IRA) y de enfermedades diarreicas agudas (EDA) que afectaron al pueblo en todos los grupos de edad y especialmente a los menores de cinco años. Las enfermedades se convirtieron en el factor principal de riesgo ya que, por su aislamiento anterior, los nantis no eran inmunes a ellas.

Donde antes las fuentes de alimento eran abundantes y las familias producían carbohidratos y obtenían vitaminas de frutos del bosque, el impacto negativo de Camisea era evidente. Las actividades de perforación de pozos, transporte aéreo y pluvial, circulación intensiva de gente, inadecuados sistemas de tratamiento del agua y la quema de gas, provocaron la disminución de animales de monte, el agotamiento de peces, además de traer enfermedades. Aún así, los nantis consideraron que la alimentación era suficiente y que los recursos de su territorio cubrían sus necesidades. Parecía que los hábitos alimenticios hasta ese momento no habían sufrido grandes cambios (no adoptaron el consumo de alimentos foráneos y cuando no estaban enfermos iban a cazar). En lo que hubo un cambio notorio fue en que la lactancia dejó de ser la alimentación exclusiva en los primeros seis meses del recién nacido. Algunas madres, a partir del segundo mes, daban a sus hijos yuca, pescado de carne blanca como papilla mascada y pequeñas cantidades de masato sin fermentar. Esto dio lugar a un proceso inadecuado de destete que generó un círculo vicioso conducente a la desnutrición.

El año 2003 hubo un gran aumento en la desnutrición entre los menores de cinco años en las dos comunidades. Del total de 58 niños y niñas, se estudiaron 31 y, de éstos, 52% presentaban DC, 36% DC reagudizada y 6% desnutrición aguda. Sólo dos niños (6%) no tenían ningún signo clínico de desnutrición. Dado que la alimentación no había cambiado mucho, el estudio estimó que los menores afectados por las IRA y EDA, que además sufrían de DC, no tenían tiempo de recuperar el peso perdido antes de que se enfermaran nuevamente. Además, durante la aparición de los brotes, prácticamente toda la población era afectada, limitando durante esos días la provisión de alimentos. Los niños con DC que se infectaban otra vez, experimentaban una reagudización de la DC, con mayor pérdida de peso. Al deterioro nutricional también contribuyó la parasitosis intestinal que sufría 42% de esos niños y niñas. El estudio anotó que las empresas petroleras prestaron insuficiente atención al impacto de sus actividades sobre la salud y el medio ambiente. Como resultado, entre 1995 y 2003, las EDA causaron 42% de las muertes registradas y las IRA 25% en todos los grupos de edad. Del total de muertes registradas, 71% eran niños y niñas menores de cinco años.

Al analizar la respuesta del pueblo, el estudio concluyó que los nantis no tenían medios tradicionales adecuados para enfrentar las enfermedades introducidas por el proyecto. El Estado amplió, con apoyo de las empresas, el sistema de salud de cuatro a 11 postas y centros de salud, y asignó más equipamiento y más recursos humanos. Capacitaron a miembros del pueblo como promotores de salud de los equipos itinerantes para regiones de difícil acceso. Aún así hubo deficiencias en la calidad de la vigilancia epidemiológica, limitaciones para atender las emergencias y falta de medicamentos en algunos asentamientos, sobre todo por la falta de infraestructura de transporte (botes, motores, gasolina).

Actualmente la empresa petrolera nacional está al mando de Camisea y sigue generando los mismos problemas. Las notificaciones del MINSA en 2013 señalan que la cuenca del Río Urubamba (que incluye a Camisea) continúa presentando brotes epidemiológicos frecuentes de IRA y EDA, y una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Si bien hoy la zona está mejor cubierta por el servicio de salud, las crisis epidemiológicas no siempre pueden ser atendidas con la celeridad requerida, situación que es empeorada por el efecto debilitador de las epidemias sucesivas en los últimos 20 años. Asimismo, aunque la población infantil está vacunada contra varias enfermedades transmisibles, estudios realizados en poblaciones vulnerables en otras partes del mundo demuestran que éstas no adquieren inmunidad ante las enfermedades contra las que no han creado defensas necesarias, lo cual puede demorar de 90 a 150 años. (Para mayor información ver: <http://servindi.org/actualidad/90198>).





**Enfermedades en la niñez y adolescencia.** En la Amazonia persisten enfermedades que están controladas hace tiempo en otras partes del país (UNICEF 2010). Además de la desnutrición, entre las enfermedades que afectan a los niños, niñas y adolescentes indígenas de esta región, hay varias que son mortales, a pesar de ser prevenibles y más allá de los esfuerzos desplegados por controlarlas.

- Las infecciones respiratorias agudas (IRA) tienen alta incidencia durante toda la niñez y la adolescencia (de 0 a 19 años) y son la principal causa de consulta de la población indígena en los ES. En la Amazonia, durante el primer mes de vida 37% de las consultas se debe a esta causa, cifra que se reduce a 23% en el primer año de vida y a 14% hasta los cinco años de edad. Pero incluso en la adolescencia las IRA aún son la primera causa de consulta, con 10% de incidencia. A pesar de ser prevenibles, son una de las principales causas de mortalidad, como se ve en la Tabla 5 abajo.
- Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son la segunda causa de consulta, alcanzando a 12% de los niños y niñas de hasta un año, 9% los casos del grupo de dos a cuatro años de edad, y 5% del grupo etario de 5 a 9 años. Las EDA han constituido un serio problema de salud pública en el mundo, siendo una de las causas principales de mortalidad que afecta a todos los grupos de edad; sin embargo, los más vulnerables son los menores de cinco años. Junto con las IRA, las EDA son una de las cinco primeras causas de muerte en 17 países de las Américas, entre ellos Perú. (Boletín Epidemiológico, 2012).

### **Pueblo awajún del bajo Cenepa: parásitos y desnutrición crónica (DC)**

El pueblo awajún es uno de los pueblos indígenas amazónicos más grandes del Perú; cuenta con más de 55.000 personas que viven en 300 comunidades en la región Amazonas, al noroeste del país. Tradicionalmente se dedicaban a la agricultura, caza y pesca. Hoy, su territorio y formas tradicionales de alimentación están en riesgo debido a las actividades de extracción minera y petrolífera. Al igual que otros pueblos de la Amazonia, están luchando por su territorio a fin de proteger su forma de vida y el medio ambiente (Creed-Kanashiro et al. 2011).

Huamán-Espino & Valladares realizaron un estudio en cinco distritos del territorio awajún, el año 2004, centrado en los menores de tres años. En este grupo hallaron una prevalencia de DC en 33% de los niños y niñas, 30% en riesgo nutricional, y anemia en 76%. Entre las variables analizadas, encontraron una fuerte asociación entre el lugar de residencia y el nivel de desnutrición, indicando que no son los factores culturales per se los que explican la situación nutricional. Los autores señalaron que si bien las diferentes prevalencias de DC y anemia infantil planteaban la necesidad de profundizar la indagación de sus causas, el sistema alimentario de los awajún se encontraba deteriorado por la drástica reducción de disponibilidad y acceso a los alimentos. Esta situación se debía a que el pueblo había pasado de una tradición de pequeñas aldeas dispersas y un patrón de asentamiento por familias extensas al de comunidades concentradas, lo que condujo al agotamiento de sus fuentes de caza, pesca y recolección. Además, la flora y la fauna fueron gravemente dañadas por las actividades de empresas petroleras y mineras en la región. Esta situación la contrastaron con los resultados del estudio de antropología nutricional realizado por Berlin & Markell de la Universidad de Berkeley, entre 1972 y 1975, que mostró que en esa época el awajún era un pueblo bien nutrido y sano, cuyos niños y familias consumían alimentos que excedían en todos los casos sus requerimientos nutricionales.

En seis comunidades de la misma región, bajo un convenio con la Organización de Desarrollo de los Pueblos Fronterizos del Cenepa (ODECOFROC), el Instituto de Investigación Nutricional de Quebec, Canadá, llevó a cabo un estudio entre 2006 y 2008. En la línea base, el estudio registró 215 alimentos locales y halló que 90% de la energía provenía de éstos, frente a 10% de alimentos comprados del mercado o de donaciones. En niños de seis meses a cinco años de edad, la ingesta de estos alimentos era de 84% en promedio. La capacitación a través de promotores locales, dirigida a valorizar las fuentes tradicionales de alimentación y a aislar la nutrición de la disponibilidad de dinero, logró aumentar esa ingesta a 90%. Salvo por el consumo bajo de hierro, zinc y calcio, el consumo de micronutrientes y energía se encontraba en el nivel recomendado. Gracias a la promoción de la producción de peces en piscigranjas, a la instalación de viveros, el empoderamiento de las mujeres y a la mayor abundancia de larvas de suri en palmeras de aguaje, el estudio-intervención logró resultados positivos en el consumo de proteínas, grasas, micronutrientes y vitaminas A y C. El estudio también encontró que 100% de las mujeres mantenían la práctica de lactancia exclusiva hasta los seis meses, y una alta proporción daba lactancia complementaria más allá de los tres años. Adicionalmente, cerca de 66% de las familias estudiadas recibían ayuda alimentaria de programas sociales del Estado.

A pesar de estos datos y las mejoras en las prácticas alimenticias, el estudio determinó que persistía 53% de DC en la niñez, junto con fuertes infecciones parasitarias y anemia. Los investigadores concluyeron que la alta prevalencia de las infecciones parasitarias y las frecuentes diarreas, en los menores y en las mamás, neutralizaban buena parte de los esfuerzos por mejorar el estado nutricional. Por ello establecieron que es posible y beneficioso mantener el sistema tradicional de alimentos pero que se debe fortalecer la diversidad en la alimentación (y el acceso a alimentos con alto valor nutricional) y, más aún, poner énfasis en la salud de la población en general, sobre todo, es fundamental controlar la incidencia de parásitos y las continuas infecciones (Creed-Kanashiro et al. 2011).

- La hepatitis B (HB) no es una enfermedad de incidencia tan alta como las anteriores, sin embargo, casi llevó a la extinción al pueblo kandozi hace cerca de una década y el problema aún no se ha resuelto. La hepatitis no es una enfermedad necesariamente mortal; cuando se adquiere el virus en zonas no endémicas la mayoría de los infectados logra curarse en seis meses. Sin embargo, aproximadamente 10% desarrolla una infección crónica para toda la vida. La HB crónica incrementa el riesgo de una lesión hepática permanente, de cirrosis y cáncer al hígado, enfermedades que conducen a la muerte. Quienes adquieren el virus de forma crónica son quienes más contribuyen a la trasmisión del virus a través de fluidos corporales que contengan sangre y particularmente por transmisión sexual (MINS/AIDSESEP/UNICEF 2006).



### **Pueblo kandozi: epidemia de hepatitis B**

Entre 1996 y 1999 se presentó un brote de HB en el pueblo kandozi que vive en la provincia de Datem del Marañón, en la región Loreto que alberga 75% de la Amazonia peruana. La propia población y algunos investigadores asociaron la aparición de la enfermedad a la presencia temporal de una empresa petrolera en las inmediaciones. Hasta el año 2000, en la población total de 2.800 personas, se registraron 159 casos, en el 2001 fueron 48 casos más, y hasta el 2003 hubo 60 muertes registradas. La elevada tasa de incidencia en la población menor de 15 años (27/1000 entre 1 y 4 años; 37/1000 entre 5 y 14 años) evidenció el riesgo de que los infectados se convirtieran en portadores crónicos del virus y desarrollaran formas crónicas de hepatitis. Un dato que llama la atención, y para el cual no hubo explicación, es que los casos entre 1 y 4 años eran todos varones (en cambio entre los adultos afectados 63% eran mujeres y 37% hombres). Ante este riesgo, el servicio de salud pública tardó en responder al pedido de auxilio, bajo el argumento de que no había condiciones para tratar a los pacientes con los medicamentos y procedimientos adecuados pues se requería la presencia de un médico e infraestructura de laboratorio. Además, el costo del tratamiento era muy alto (la vacuna que costaba un dólar en Lima, llegaba a 35 dólares en la Amazonia). El año 2003, con apoyo de UNICEF, el MINSA realizó una campaña de vacunación de recién nacidos antes de las 24 horas, y completó las tres dosis antes de los seis meses de edad, trabajando bajo un enfoque intercultural y participativo. Sin embargo, por diversos motivos –como el desencuentro entre gobierno y demandas locales, y las grandes distancias geográficas– hasta el 2010 la presencia de la HB aún no se había logrado erradicar entre los adultos (Para mayor información ver: <http://servindi.org/actualidad/24237>).

- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son la segunda causa más frecuente de enfermedades en las mujeres de edad fértil, en la mayoría de los países en desarrollo. Entre ellas, el VIH y el SIDA sobresalen por su gravedad (UNICEF 2010). La información sobre la incidencia de ETS en la población indígena del Perú es extremadamente limitada, y básicamente inexistente en el caso de los y las adolescentes. Los datos sobre la incidencia de VIH, SIDA y otras ETS existentes, se refieren al grupo de 20 a 29 años de edad e indican que la transmisión se produce casi siempre por la relación sexual y rara vez por la vía perinatal (madre a hijo/a) o la parenteral (jeringas, transfusiones). La cantidad de personas afectadas no es clara; se estima que muchos no se reportan a los centros de salud. No obstante –aunque la mayoría de los casos de VIH se presentan en ciudades como Lima e Iquitos– según algunos estudios existen focos de alta prevalencia en ciertas regiones, entre las que destaca la selva con población mayoritariamente indígena. De acuerdo a la Defensoría del Pueblo, en Madre de Dios y Loreto (dos de las regiones con mayor población indígena amazónica), la prevalencia de enfermedades como el VIH y el SIDA está por encima del promedio nacional (Defensoría del Pueblo 2008).

*Se estima que existe un sub-registro de las ETS entre mujeres indígenas debido a que tienen desconfianza de acudir a controles ginecológicos y porque sólo recientemente se ha ampliado la contratación de personal femenino y específicamente de obstetras en los puestos de salud rurales. Un estudio en el pueblo shawi observó que, salvo por una zona donde se registraron casos de VIH (11% en varones, 3% en mujeres, y 19% en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres), es frecuente que los ES carezcan por temporadas de reactivos para hacer pruebas de tamizaje a gestantes. Se observó también que el protocolo de aplicación de las pruebas Elisa manda que en los ES públicos donde se las realiza, se aplique la prueba sólo en el primer control de las gestantes y únicamente a las mujeres empadronadas en la jurisdicción donde se encuentran dichos ES (DGE 2008). Por ello, muchas gestantes no tienen acceso a la prueba.*

Un factor que contribuye a las ETS es el relativo desconocimiento sobre ellas entre las jóvenes indígenas de 15 a 19 años de edad; sólo 61% habría oído hablar de VIH y de SIDA y 17% de otras ETS, frente a 96% y 56% entre las jóvenes no-indígenas de esa edad, respectivamente. Esto es preocupante en la medida que un porcentaje de esta población inicia su actividad sexual a esta edad o incluso antes; 33% de las mujeres indígenas de la Amazonia entre 15 y 20 años están casadas o conviven con un hombre, frente a 16% entre las quechuas y aimaras (Censo Nacional 2007).

UNICEF también identificó varias circunstancias que hacen a las comunidades amazónicas particularmente vulnerables ante las ETS:

- Conductas sexuales de riesgo: endogamia, múltiples parejas.
- Relaciones sexuales sin protección entre hombres.
- Bajo nivel educativo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Violencia sexual (especialmente en la adolescencia).
- Bajo uso del condón.
- Debilidad de los servicios: problemas con suministro de condones, falta de diagnóstico, etc.

A esos factores de riesgo se suma la ausencia de una estrategia sanitaria nacional de prevención de VIH con enfoque intercultural y la inexistencia o ineficacia de programas focalizados en comunidades indígenas (MINSA/DIRESA Ucayali/UNICEF 2010).

### **Embarazo y mortalidad materna adolescente.**

Según el Censo Nacional 2007, la maternidad adolescente entre los 15 y 20 años de edad en Perú llega a 22% de las jóvenes indígenas, mientras que en la población en general solo a 15%. Siendo que estos datos se refieren a adolescentes con hijos nacidos vivos, es probable que la tasa real de embarazo sea incluso más alta. Al desagregar la información por lengua originaria también hay diferencias: por ejemplo, mientras 22% de las adolescentes con lengua materna amazónica y 20% con lengua quechua han sido madres, la tasa en mujeres aimaras es menor, llegando a 16%. Entre los pueblos amazónicos estas diferencias pueden

ser muy marcadas, por ejemplo, en el caso del pueblo asháninka, la tasa de maternidad adolescente es de 44%, más del doble de la de las adolescentes amazónicas en promedio.

La razón de mortalidad materna adolescente en el Perú revela valores extremadamente altos. A nivel país para el período 2007-2011 fue de 241 muertes para 100.000 nacidos vivos, cifra que llega a 453/100.000 en el caso de las adolescentes en la selva y 328 en la sierra, frente a 143 en la costa).<sup>8</sup> A esto se agrega que el índice de mortalidad materna adolescente en el Perú tiende a incrementarse. Según la ENDES 2012, de 4,6% registrado en el año 2010, pasó a 9,6% en 2012. Las principales causas de mortalidad materna son hemorragias obstétricas, hipertensión inducida por el embarazo, abortos e infecciones, principalmente en el área rural donde no hay atención médica.<sup>9</sup> Debido a este riesgo, y a que, además, tiende a restar oportunidades de desarrollo personal y de educación a las adolescentes, lo cual repercute en la calidad de la atención materna y la mortalidad infantil, uno de los ODM es justamente la reducción del embarazo adolescente.

*A nivel nacional hubo 53 nacidos vivos por cada 1000 madres adolescentes frente a 216/1000 de las adolescentes amazónicas. En el departamento de Amazonas, el promedio de nacimientos de madres adolescentes fue de 79/1000, mientras que entre las adolescentes awajunas y wampis de ese departamento fue de 222/1000. En Cusco, el promedio departamental fue de 54/1000 frente a 192/1000 de la población indígena amazónica de ese departamento (huachipaeris, asháninkas, matsigenkas y yines). En Ucayali se registró un promedio de 82/1000 nacimientos frente a 241/1000 nacimientos de madres adolescentes, predominantemente shipibo-konibas y asháninkas. (Censo Nacional 2007)*

<sup>8</sup> Ver: [www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Mortalidad%20Materna%20en%20adolescentes%20Subiria.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Mortalidad%20Materna%20en%20adolescentes%20Subiria.pdf)

<sup>9</sup> Ver: [www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf](http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf)





## 5. Mortalidad infantil

### Mortalidad de niños y niñas a nivel nacional.

Al igual que en los datos de población, hay serias falencias en el registro de la mortalidad indígena ya que se registra sólo la de los pacientes que acudieron a los ES. Los datos nacionales señalan que en el país hubo una considerable disminución de la mortalidad de niños y niñas antes de los cinco años de edad. De 42 muertes de 1000 nacidos vivos en el año 1999, se redujo a 21/1000 en 2009. El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) estima que esta reducción –sobre todo la referida a la etapa neonatal (primer mes de vida) que bajó de 15/1000 en 1999 a 9/1000 en 2009– se debería a mejoras en las condiciones generales de salud.

Sin embargo, en el desglose de las tasas de mortalidad saltan a la vista diferencias significativas. Por ejemplo, en 2009, la tasa de mortalidad en área urbana fue de 17% en contraste con la rural que alcanzó 29%. Consistente con esto, la mortalidad en la ciudad de Lima fue de 13% y en la costa de 15%, lo que contrasta con 28% tanto en la selva como en la sierra. Otros datos que sugerirían que la situación más grave probablemente corresponde a los pueblos indígenas son los de mortalidad y pobreza: en el primer y segundo quintil de los más pobres, la mortalidad de los menores de cinco años está en 30% y 25% respectivamente (cerca a los datos de selva y sierra), frente a 13% (similar al dato de Lima) en el quintil superior de los más ricos (INEI 2012, <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap07.pdf>).

Los datos de mortalidad infantil aumentan cuando la madre es adolescente. Según las ENDES de 2011 y 2012, a nivel país, cuando la madre aún es adoles-

cente el riesgo de mortalidad infantil es muy alto, de 21/1000, y se reduce a 12/1000 cuando la madre tiene entre 20 y 39 años. Sin embargo, cuando la mujer está empoderada,<sup>10</sup> la mortalidad en la niñez descende: entre mujeres que toman pocas decisiones (1 a 2 decisiones a su cargo) en el hogar, la mortalidad es de 40/1000, frente a 22/1000 cuando las mujeres toman muchas decisiones (cinco o más decisiones). Cuando las mujeres consideran que no hay justificación para que sus compañeros hombres las golpeen, la mortalidad en la niñez baja a 25/1000 frente a 39/1000 cuando las mujeres consideran que los compañeros pueden tener motivos justificados para golpearlas (Op. cit.).

**Mortalidad de niños, niñas y adolescentes indígenas en la Amazonia.** Ante la falta de datos específicos sobre la salud de los pueblos indígenas, el MINSA llevó adelante un estudio específico en la Amazonia, Situación de Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos al 2010 (MINSA en prensa),<sup>11</sup> a través del cual encontró que 42% de las muertes registradas en la Amazonia corresponde a niños, niñas y adolescentes, con mayor incidencia en las niñas. Resalta el hecho que 83% de las muertes son de niños y niñas de 0 a 5 años. Las muertes de los menores de 5 a 9 años y de los adolescentes (10 a 19 años) representan 7% y 10%<sup>12</sup> respectivamente. En el grupo de edad preescolar (1 a 4 años) hay una incidencia significativamente mayor de muertes de varones.

La Tabla 5 presenta las causas de mortalidad de niños y adolescentes de los 15 distritos amazónicos con mayor población indígena. Algunos datos a

<sup>10</sup> ENDES se refiere a esta variable como “Estatus de la mujer en el hogar”. Las decisiones sobre las cuales se preguntó a las mujeres se refieren al cuidado de la salud, compra de bienes, educación de los hijos, uso de anticonceptivos, entre otros.

<sup>11</sup> El estudio está basado en los 15 distritos amazónicos con mayor población indígena. El análisis de mortalidad se basa en el Registro Local de Defunciones Micro-red Alto Marañón 2001 – 2007, y en el Registro de Certificados de Defunción del Perú (1999 -2004).

<sup>12</sup> El 10% corresponde a casos de suicidio de adolescentes awajunes (Tuesta Cerrón et al. 2012).



resaltar son los siguientes: 89% de los neonatos muere por afecciones originadas en el período perinatal, incluyendo trastornos respiratorios y desnutrición fetal; 57% de los niños y niñas de uno a cuatro años muere por enfermedades transmisibles, principalmente IRA y EDA; 58% de los menores de 5 a 9 años fallece por esas mismas enfermedades,

seguidas por causas externas, como ahogamiento (26%); entre los 10 y 19 años, las principales causas son traumatismo y envenenamiento, seguidos por enfermedades transmisibles, principalmente IRA. Como se puede ver, estas infecciones son la principal y más frecuente causa de muerte a lo largo de la niñez y la adolescencia.

**Tabla 5: Causas de mortalidad de niños, niñas y adolescentes en 15 distritos amazónicos con mayor población indígena, 2002-2007**

Ciclo de vida	Causas	Porcentaje (%)
0-28 días (Neonatal)	<b>Afecciones originadas en el período perinatal:</b> Sepsis bacteriana del recién nacido; trastornos respiratorios específicos del período perinatal y retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta, bajo peso al nacer	89
	<b>Demás enfermedades</b>	11
1-11 meses (Infantil)	<b>Enfermedades transmisibles:</b> Infecciones respiratorias agudas; septicemia, excepto neonatal; enfermedades infecciosas intestinales	57
	<b>Demás enfermedades:</b> Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	21
	<b>Enfermedades del aparato circulatorio:</b> Enfermedades isquémicas del corazón; insuficiencia cardíaca; enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de circulación pulmonar, paro cardíaco	14
	<b>Causas externas de traumatismos y envenenamientos:</b> Caídas; eventos de intención no determinada	8
1-4 años (Niñez)	<b>Enfermedades transmisibles:</b> Infecciones respiratorias agudas; Septicemia, excepto neonatal; Enfermedades infecciosas intestinales; meningitis; tuberculosis	57
	<b>Demás enfermedades:</b> enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis; resto de enfermedades del sistema respiratorio; deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21
	<b>Causas externas de traumatismos y envenenamientos:</b> Accidentes que obstruyen la respiración; ahogamiento y sumersión accidentales; eventos de intención no determinada	14
	<b>Tumores:</b> Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6
	<b>Enfermedades del aparato circulatorio:</b> Enfermedades isquémicas del corazón; paro cardíaco	3
5-9 años (Niñez)	<b>Enfermedades transmisibles:</b> Infecciones respiratorias agudas; tuberculosis	58
	<b>Causas externas de traumatismos y envenenamientos:</b> Ahogamiento y sumersión accidentales; eventos de intención no determinada	26
	<b>Demás enfermedades:</b> Anemia de tipo no especificado	16
10-19 años (Adolescencia)	<b>Causas externas de traumatismos y envenenamientos:</b> Eventos de intención no determinada; accidentes por arma de fuego; ahogamiento accidental; lesiones auto-infligidas (suicidios); exposición a corriente eléctrica; obstrucción de la respiración; caídas.	44
	<b>Enfermedades transmisibles:</b> Infecciones respiratorias agudas; fiebre amarilla selvática; hepatitis aguda tipo B, sin agente Delta y sin coma hepático	22
	<b>Demás causas:</b> Embarazo, parto y puerperio; otras enfermedades del sistema respiratorio; deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; edema cerebral	22
	<b>Tumores:</b> Tumor maligno del hueso y del cartílago articular, no especificado	7
	<b>Enfermedades del aparato circulatorio:</b> Paro cardíaco; Enfermedades cerebrovasculares	4

Fuente: MINSA (en prensa) basado en Registro local de defunciones Micro-red Alto Marañón 2001 – 2007, y Registro de Certificados de Defunción del Perú, 1999 -2004 OGEI/ MINSA.



## 6. Barreras en el acceso a los establecimientos públicos de salud

A pesar de los esfuerzos estatales, persisten barreras que impiden que las comunidades indígenas puedan acceder completa y oportunamente a los ES públicos. La dispersión de la población amazónica y las limitaciones de los medios de transporte constituyen una barrera geográfica al servicio de salud. Se estima que en promedio 5% de toda la población indígena se encuentra a una distancia de dos a cuatro horas de una posta de salud y 3% está a más de cuatro horas; 15% se encuentra a una distancia de dos a cuatro horas de un centro de salud<sup>13</sup> y 5% está a más de cuatro horas. Cuando se trata de un hospital, 67% de la población se encuentra a cuatro horas de distancia y 88% a seis horas. En el caso de los pueblos amazónicos, el acceso es más limitado: el 15% está a más de cuatro horas de distancia de una posta; 35% de la población se encuentra a una distancia de dos a cuatro horas de un centro de salud y 45% a más de cuatro horas. El estudio no encontró datos sobre el acceso de los pueblos amazónicos a hospitales.

La barrera cultural deriva del hecho de que las poblaciones indígenas tienen sus propios conceptos sobre el proceso salud-enfermedad. Dado que esos conceptos son percibidos por el personal de salud –carente de una formación intercultural– como creencias irracionales, surgen actitudes y prácticas discriminatorias hacia los pacientes-usuarios del sistema de salud, y se refuerzan las ya existentes

actitudes racistas. Esto despierta desconfianza y malestar entre los usuarios y tensión con el personal. Además se suma que algunos diagnósticos, basados en conceptos culturales, inicialmente llevan a los indígenas a buscar otro tipo de atención, que a veces resulta en el agravamiento del paciente. Cuando esto ocurre y es llevado posteriormente al ES, es recibido con fuertes recriminaciones que aluden a la ignorancia de los indígenas. Estos prejuicios están profundamente arraigados y contribuyen a mantener y fortalecer las barreras.

Si bien la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes indígenas están cubiertos por los programas de aseguramiento del Estado, el acceso a los ES tiene costos adicionales como el transporte y los medicamentos que el sistema de aseguramiento no siempre provee, lo que constituye una barrera económica para acceder al servicio de salud. Vinculado a ésta, está la barrera institucional: las condiciones precarias de los ES de atención primaria y la carencia de insumos, medicamentos y equipos que desincentivan la permanencia de los prestadores de salud y genera inestabilidad y cambios frecuentes del personal en las zonas rurales, justamente donde más se necesita mejor calidad de infraestructura y personal.

<sup>13</sup> Los centros de salud con internamiento deben contar con sala de partos e instalaciones aptas para el internamiento de pacientes por cortos períodos de tiempo, especialmente destinados a salud materno perinatal e infantil.



## 7. La respuesta del Estado peruano

La invisibilización de los derechos de niños y niñas indígenas en diversos códigos y normas de protección de la infancia en el Perú, mencionada al inicio de este texto, tiene consecuencias contraproducentes en algunas respuestas que el Estado da a los problemas de este colectivo. Una mirada a los programas sociales muestra que hay pocas actividades especialmente dirigidas o adaptadas a las necesidades o características de las poblaciones indígenas. Como se puede apreciar en el recuadro a continuación, existe una estructura institucional que podría cubrir todas aquellas áreas necesarias para velar por el cumplimiento del derecho de niños y niñas indígenas a la salud y la alimentación, y sin embargo los datos muestran que las brechas persisten y que queda mucho por mejorar en la situación de esta población.

**Principales instituciones a cargo de diseñar, aplicar y evaluar los programas sociales y de vigilar si se está cumpliendo con las obligaciones del Estado en términos de los derechos de los pueblos indígenas:**

- **Ministerio de Salud (MINSA)**
- **Presidencia del Consejo de Ministros (PCM)**
- **Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)**
- **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)**
- **Defensoría del Pueblo**
- **Viceministerio de Interculturalidad - Ministerio de Cultura**
- **Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuano (INDEPA)**
- **Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) - Instituto Nacional de Salud (INS)**
- **Ministerio de Educación (MINEDU)**

**Programas sociales vinculados a la salud y la alimentación.** Al ser programas estatales, dirigidos a grupos en situación de pobreza y pobreza extrema, se aplican, entre otras, en comunidades campesinas e indígenas. Lamentablemente, muchos programas carecen de un enfoque intercultural y no superan visiones prejuiciosas de las características culturales de los diferentes pueblos.

- I. Estrategia CRECER. Aprobada en 2007, busca fortalecer y articular la intervención del Estado a través del mejoramiento de la eficiencia y coordinación de diez programas sociales nacionales, con dos objetivos: (i) reducir la pobreza en 20 puntos porcentuales, y (ii) reducir la desnutrición crónica infantil en 9 puntos hasta el año 2011, en particular la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años. Entre los programas que coordina están el Programa Integral de Nutrición, el Seguro Integral de Salud, Juntos, Acceso de la Población a la Identidad del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, y el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización. Lamentablemente, la estrategia no ha incluido a instituciones vinculadas a la defensa de los derechos de los indígenas como CENSI, INDEPA o el Viceministerio de Interculturalidad.

CRECER se implementa en 880 distritos rurales –811 de ellos considerados dentro del primer quintil de pobreza– en 21 departamentos (de 24 en total) del país. Pretende atender a un millón de niños y niñas menores de cinco años, así como a 150 mil madres gestantes de zonas de extrema pobreza, mediante acciones orientadas a: (i) mejorar sus niveles de nutrición, educación y salud, (ii) facilitar la adquisición de documentos de identidad, y (iii) reducir la mortalidad materno-infantil, la desnutrición, el analfabetismo y la carencia de servicios básicos (UNICEF web, 2012).



II. Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – Juntos. Es un programa de transferencias condicionadas<sup>14</sup> que comenzó a implementarse en 2005. Su fin es contribuir a la reducción de la pobreza para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad entre el hogar y el Estado. Opera “mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación, [...] con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad” (Ver: [www.juntos.gob.pe/](http://www.juntos.gob.pe/)).

Los beneficiarios de Juntos son hogares en condición de pobreza, prioritariamente en zonas rurales, integrados por madres gestantes, madres o padres viudos, personas de la tercera edad o apoderados que tienen bajo su tutela a niñas, niños y/o adolescentes. El incentivo consiste en 100 soles (aproximadamente 36 dólares americanos) mensuales de libre uso (pagados cada dos meses) para la cabeza del hogar, a cambio de cumplir con una serie de compromisos en temas de nutrición, salud, educación y registros de identidad de los niños o niñas a su cargo.

**Hasta fines del año 2013, el Programa Juntos incorporó a 718.275 hogares en situación de pobreza y extrema pobreza de 1.097 distritos; hasta ese momento se había transferido el incentivo a 648.734 hogares que cumplieron las condiciones del programa.**

Según un informe oficial de resultados,<sup>15</sup> algunos de los aspectos mejorables son:

- Acceso a lugares de pago (dispersión de la población rural, falta de transporte público).
- Trato a los beneficiarios (por parte del personal del banco que hace el pago).
- Desempeño del personal (debido a la carga de trabajo).
- Criterios de graduación (transición hacia abandono del programa por parte de los beneficiarios).

Las cifras oficiales muestran que el programa ha sido un éxito; hubo una expansión considerable hacia distritos con alta presencia indígena y hubo un efecto positivo en términos de indicadores de pobreza. Según el mencionado informe, sólo 5% de los hogares fue suspendido por incumplimiento de las condiciones que el programa impone.

Sin embargo, un análisis más detallado revela una brecha entre los logros nacionales y las repercusiones del programa en las comunidades indígenas. Al respecto, los pueblos indígenas observan que la evaluación de cumplimiento de sus compromisos no toma en cuenta las condiciones particulares de sus comunidades –como la distancia a la que se encuentran y la falta de transporte público– que son en muchos casos las causas de dicho incumplimiento. En ese sentido, en un estudio realizado por el Ministerio de Economía y Finanzas éste señala que “[...] en la medida en que el proceso de focalización geográfica, no toma en consideración la pertenencia étnica (ni auto-identificación, ni lengua materna), se impide considerar a la población indígena como prioritaria del programa” por lo que considera que Juntos carece de “una perspectiva de equidad étnica entre los más pobres” (MEF 2010: 19).

El incentivo tuvo también algunos efectos negativos. Por un lado, los filtros usados en comunidades indígenas para identificar los hogares beneficiarios ha generado una conciencia de pobreza que ha creado relaciones asistencialistas y de dependencia entre comunidades y Estado. Por otro lado, dado que el incentivo es un monto muy pequeño, muchas familias ni siquiera pueden cubrir los costos implícitos en el cumplimiento de las condiciones para seguir siendo parte del programa (buena alimentación, viajes a la posta o escuela, viajes para tramitar el documento de identidad).

III. Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), Programa Integral de Nutrición (PIN) y Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma. Son programas nutricionales que comparten el objetivo de contribuir a la seguridad alimentaria para prevenir la malnutrición en la población, en particular de los menores de 12 años de edad.

<sup>14</sup> Se basa en la fórmula aplicada en otros países como Programa Bolsa Escola (Brasil), Familias en Acción (Colombia), Red de Protección Social (Nicaragua), y Programa Oportunidades (México).

<sup>15</sup> Para mayor información ver: [www.juntos.gob.pe/?page\\_id=4283](http://www.juntos.gob.pe/?page_id=4283)

El PRONAA, creado en 1992 y desactivado a fines de 2012, era un organismo descentralizado del MIDIS que llegó a coordinar veinte programas de asistencia alimentaria dirigidos a combatir la malnutrición grupos vulnerables y en alto riesgo nutricional de la población menor de 12 años, con énfasis en menores de tres años. El PRONAA fue cerrado por deficiencias e irregularidades detectadas por el MIDIS en el año 2012, entre las que sobresalen la cobertura deficiente del servicio (solo 16% de los niños menores de tres años en situación de pobreza), la falta de integralidad en la gestión, la inexistencia de metas claras que permitieran evaluar el programa por resultados. A esto se sumó la comprobación de que el programa actuaba más en función de intereses particulares que del objetivo de combatir la malnutrición.

Desde el punto de vista cultural, también se identificó un impacto negativo por la alteración de los hábitos de consumo alimenticio. La alteración de la dieta tradicional condujo al abandono del consumo de ciertos alimentos tradicionales que no sólo se adecuaban mejor a un enfoque de autonomía y soberanía alimentaria (en zonas productoras de alimentos), sino que además eran más ricos en vitaminas y nutrientes que los alimentos introducidos por el programa (Creed-Kanashiro et al. 2010). Por todos estos motivos, el MIDIS cerró el PRONAA en mayo de 2012, con un plan progresivo de abastecimiento a los usuarios hasta fines de ese año.

***“Veinte años después [de su creación], el PRONAA había abandonado cualquier objetivo orientado a sus usuarios, principalmente las niñas y niños del país, y se había convertido —como producto de sucesivas normas y orientaciones de gestión— en un vehículo cómodo a (ciertos) proveedores para favorecer sus intereses por sobre los de los usuarios.”***  
***(<http://www.revistaideele.com/ideele/content/el-cierre-del-pronaa>)***  
***En noviembre de 2012, se detectó otro caso de intoxicación de 42 niños en Cajamarca por consumo de la leche entregada por el programa.***  
***(<http://elcomercio.pe/actualidad/1502215/noticia-cajamarca-mas-40-ninos-se-intoxicaron-luego-ingerir-leche-pronaa>).***

El PIN fue creado en 2006 como resultado de la fusión y reforma de seis programas nutricionales que el PRONAA ejecutó hasta fines de ese año.<sup>16</sup> Su propósito es mejorar la calidad de vida de niños y niñas hasta los 12 años de edad y madres gestantes o que dan de lactar, previniendo su malnutrición. Dentro del grupo meta, el PIN da prioridad a niños y niñas menores de tres años de edad de familias en situación de pobreza o pobreza extrema, con vulnerabilidad nutricional. Sobre este programa, el estudio de Gutiérrez et al. (2010) encontró que 71% de los niños de 6 a 11 meses cubrieron sus requerimientos totales de energía, 52% en el grupo de 12 a 23 meses, y 32% de los niños de 24 a 36 meses. También detectó que el mayor aporte de nutrientes provenía de los alimentos del hogar y que el aporte de la canasta del programa era mínimo.

El mismo día en que cerró PRONAA, el MIDIS aprobó la creación del Programa Nacional de Alimentación Escolar - Qali Warma<sup>17</sup>, que inició actividades en marzo del 2013. Su objetivo es brindar alimentos ricos, variados y nutritivos a niños de nivel inicial (a partir de los tres años de edad) y primario de las escuelas públicas de todo el país a fin de mejorar la atención en clases, y la asistencia y permanencia en la escuela. La alimentación se basa en productos y dietas locales, asegurando calidad, pertinencia y prácticas saludables. Este programa está planteado en la lógica de transferencias monetarias a fin de paliar dos de los efectos nocivos observados en PRONAA: la imposición de hábitos alimenticios ajenos y el impacto de alimentos gratuitos sobre el mercado local de producción de alimentos y la soberanía alimentaria.

Qali Warma tiene dos componentes: el alimentario (provisión de recursos para un servicio alimentario de calidad) y el educativo (promover mejores hábitos de alimentación e higiene en los niños y sus familias). Estos componentes son co-gestionados a través de la participación y la cooperación entre actores sociales, y los sectores público y privado. El programa busca incorporar una diversidad de productos alimenticios producidos

<sup>16</sup> Los seis programas eran: Programa de Complementación Alimentaria para Grupos en Mayor Riesgo - PACFO, Programa de Alimentación y Nutrición a Familias en Alto Riesgo - PANFAR, Comedores Infantiles, Desayunos Escolares, Almuerzos Escolares, Centros de Educación Inicial - CEI/Programas no escolarizados de Educación Inicial - PRONOEI.

<sup>17</sup> Qali Warma en quechua significa niño/a vigoroso/a.



## El programa Wawa Wasi, además de dar cobertura integral a los niños y niñas, apoyaba la creación de oportunidades laborales para madres y padres

dos por pequeños agricultores que normalmente no lograrían acceder a las licitaciones nacionales. En el año 2013, los usuarios de Qali Warma eran aproximadamente 2,7 millones de niños y niñas de más de 47 mil escuelas públicas a nivel nacional, y la proyección para el año 2016 es que el programa atiende a más de 3,8 millones (<http://www.qaliwarma.gob.pe/>).

IV. Programas Wawa Wasi y Cuna Más. Son programas de cuidado diurno y atención integral de la niñez.

Wawa Wasi<sup>18</sup> (1993-2012) fue un programa de cuidado diurno y atención integral (cuidado, estimulación temprana, alimentación y educación) de niñas y niños entre seis meses y cuatro años de edad, en situación de riesgo y vulnerabilidad, y en condiciones de pobreza y pobreza extrema. El servicio se prestaba en los llamados Hogares educativos comunitarios. Allí la atención era dada por miembros de la comunidad que se organizaban en comités de gestión para el manejo de los recursos y la ejecución de las tareas. Además de dar cobertura integral a los niños y niñas, el programa apoyaba la creación de oportunidades laborales para madres y padres. Diversas iniciativas que emanaron del mismo han sido reconocidas como exitosas, como la capacitación de mujeres sobre empleo y emprendimiento.

El programa también tuvo algunas dificultades. En el año 2004, una evaluación del MINSA afirmó que: “[...] se estaría confundiendo el objetivo de brindar una atención integral a los niños con el de considerarlos [los Wawa Wasis] más como un lugar donde se cuida a los niños y se les da alimentación. En este sentido podríamos afirmar que las conclusiones no son optimistas ya que los niños no presentan, en general, mejores condiciones de salud o nutrición ni han alcanzado un mayor grado de desarrollo psicomotor” (MINSA-INS 2004). Entre 2004 y 2006, el gobierno central

inició la transferencia del programa a los gobiernos regionales y locales, lo cual fue criticado desde distintos ámbitos de la sociedad civil debido a la ineficiencia del traspaso y la mala gestión de parte de los nuevos responsables. En el 2012, el gobierno suspendió el programa.


Cuna Más es un programa nacional creado en 2012 para sustituir a Wawa Wasi. De éste mantuvo la misión y los objetivos pero en Cuna Más la intervención se realiza bajo la lógica de focalización geográfica y se busca brindar atención integral sólo a menores de 36 meses de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema. Está prevista una vigencia de cinco años tras los cuales se hará una evaluación de impacto para proponer la formalización del programa como política pública a través de su institucionalización y descentralización. En su diseño no se hace mención específica de madres y niños indígenas ni de necesidades particulares que pudieran tener.

V. Sistema de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). El AUS, creado en el año 2009, es de importancia trascendental ya que, por primera vez, el Estado peruano ha reconocido el derecho de todos los peruanos a la atención de salud, desde su nacimiento hasta su muerte. Este seguro es gratuito para la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Su implementación empezó por algunas regiones piloto para extenderse paulatinamente a todo el país.

El AUS está organizado sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que consiste en “la lista de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo serán financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento de salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.”<sup>19</sup> En ningún apartado del plan se especifica que han de tenerse en cuenta las particularidades culturales a

<sup>18</sup> Wawa Wasi es en quechua casa de niñas y niños.

<sup>19</sup> Ver: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/DS016-2009SA.pdf>



la hora de llevar a cabo las prestaciones e intervenciones. Esta omisión da lugar a que los prestadores y personal de salud no tomen en cuenta las condiciones específicas de los pueblos indígenas ni los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

VI. Seguro Integral de Salud (SIS). Junto con otros prestadores públicos en el área de salud, el SIS forma parte del AUS. Creado en el año 2002, el SIS es un organismo público descentralizado del MINSA que tiene como finalidad "proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema" ([http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/index.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html)). Es responsable de brindar una atención integral a través de la extensión y universalización del aseguramiento en salud. En el 2006, a través de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas 028 MINSA/DGSP, los pueblos indígenas fueron incorporados como usuarios del SIS.

Algunos de los objetivos estratégicos del SIS para el período 2012-2016 son:

- Brindar cobertura de aseguramiento de salud a nivel nacional en el marco del Aseguramiento Universal de la población objetivo dispuesta por norma.
- Contribuir a la disminución de la desnutrición crónica infantil, la morbimortalidad materno neonatal, riesgos y daños; mejorar el control de enfermedades no transmisibles; y brindar financiamiento oportuno de prestaciones de la salud individual en la población asegurada por el SIS.
- Contribuir a la protección del asegurado y al fortalecimiento de la cultura de aseguramiento en salud.

VII. Otros programas. Algunos otros programas sociales que el Estado peruano ha creado en los últimos 10 años ante las necesidades de diversos

grupos vulnerables, son los siguientes:

- Programa Articulado Nutricional: busca reducir la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años a través del suplemento de hierro y ácido fólico para gestantes; complementación alimentaria para madres y niños hasta 36 meses; promoción de entornos y prácticas saludables en las comunidades y mejora en las campañas de vacunación.
- Programa de Salud Materno Neonatal: busca mejorar la salud de las madres y los recién nacidos a través de: i) la educación de la población en salud sexual y salud reproductiva y el acceso a la planificación familiar; y ii) la atención integral materno-infantil para la reducción de la morbimortalidad de las madres y los recién nacidos.
- Programa de Suplementación con Multimicronutrientes: busca reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años a través del suplemento universal con multimicronutrientes en polvo. La entrega de los micronutrientes se lleva a cabo en los ES públicos y se administra a todos los niños de 6 a 35 meses de edad como parte de la atención integral.
- Proyecto Maternidad Segura: bajo un enfoque intercultural, busca aumentar la cobertura de los servicios de salud materna y reducir la mortalidad materna y perinatal en el área rural, mediante estrategias que superen las barreras en el acceso de las mujeres a dichos servicios. Algunas estrategias son: i) el establecimiento de casas de espera; ii) el soporte familiar y comunitario para hacer de la maternidad y de la condición de la madre una prioridad; iii) brindar el SIS para cubrir los costos; y iv) la adaptación cultural de los servicios maternos para eliminar las barreras entre el personal de salud y las madres, respetando las costumbres ancestrales respecto al embarazo y al parto.

## 8. La respuesta de los pueblos indígenas

Una seria limitación del estudio realizado ha sido que no indagó sobre las respuestas dadas por los pueblos indígenas a los problemas que enfrentan. Dos de los casos analizados –de los nantis y awajunes– permiten deducir que los pueblos indígenas tienen estrategias propias para atender sus necesidades de salud, algunas efectivas y otras no. Un testimonio de esto último es el caso de las epidemias de IRA y EDA en el pueblo nanti que aceptó el tratamiento propuesto por los promotores de salud sólo después de haber intentado curar las enfermedades por sus propios medios. Lograr el reconocimiento de que las enfermedades nuevas en este caso necesitaban un tratamiento igualmente nuevo requirió de estrategias con enfoque intercultural para convencer a la comunidad de forma respetuosa sobre el asunto. Los nantis estaban poco familiarizados con el sistema institucional de salud y sus agentes, y en consecuencia sus expectativas respecto a éstos eran limitadas. Por ello, el trabajo de formación de promotores de salud del propio pueblo y la coordinación con los líderes (peresentetes) fueron factores clave para controlar las epidemias.

Por su lado, el caso presentado sobre el pueblo awajún deja entrever los efectos positivos de su participación en la reducción de la desnutrición, a través de ODECOFROC, con la intervención comunitaria dirigida a valorizar y recuperar el uso de los alimentos propios de la región. Estas colaboraciones entre organizaciones propias de los indígenas con instancias del Estado o instituciones internacionales, como la que apoyó por varios años el trabajo con los awajunes, tienen potencial para generar verdaderos intercambios interculturales en tanto no sólo traigan propuestas nuevas sino que también rescaten las tradiciones o estrategias de sobrevivencia de los pueblos que hayan probado ser efectivas. En el caso awajún, la complementación entre las instituciones parece haber dado buenos resultados.

Lamentablemente no se complementó esta información, por ejemplo, con las acciones de AIDSESEP a nivel nacional (lucha por los derechos territoriales, denuncias sobre el accionar de las empresas mineras y petroleras, entre otros) o de otras organizaciones locales que seguramente contribuyen con sus estrategias a la sobrevivencia de los pueblos en medio de condiciones arduas y en proceso de transformaciones radicales y muchas veces adversas, como el cambio climático.

## 9. Desafíos pendientes y recomendaciones

Si bien este estudio versa sobre el derecho a la salud y la alimentación de los niños, niñas y adolescentes indígenas, no es posible abstraerse de la situación de sus familias y de la sociedad a la que pertenecen. De ahí que las reflexiones que presentamos a continuación no están circunscritas a los menores de 19 años pues su bienestar depende del bienestar del medio social donde nacen y se desarrollan, sus hogares y sus pueblos.

La primera constatación que es posible establecer es la falta de información completa y confiable sobre los pueblos indígenas en general, y de los amazónicos en particular. La gravedad de esta falencia reside en que esa información es imprescindible para que el Estado defina políticas públicas y planifique acciones para dar respuesta oportuna y adecuada a las demandas de los pueblos. Por ello, consideramos que la información presentada aquí se debe entender como una aproximación que necesitaría ser complementada con otros datos sobre la realidad de los pueblos y regiones, para lograr una comprensión más cabal de cómo viven las comunidades y qué necesidades aún no están cubiertas.

La segunda constatación es que los indicadores de salud y nutrición de los pueblos indígenas, especialmente de los amazónicos, no han mejorado en la medida esperable tomando en cuenta el considerable y creciente número de instituciones y programas estatales dirigidos a mejorar tales indicadores en las poblaciones más necesitadas. Las enfermedades que persisten entre los menores de cinco años son sobre todo las IRA y las EDA, junto a la desnutrición crónica, y los problemas más graves que enfrenta la población adolescente son el

embarazo y la mortalidad materna adolescente. Sobre la base de esta observación se puede inferir que el aumento de entidades estatales conduce a la dispersión y superposición de programas de baja eficiencia —altos costos con pocos resultados— con el consecuente desperdicio de recursos humanos y financieros.

La tercera constatación es que parte de las normas nacionales y los convenios internacionales suscritos por el Estado peruano sobre los derechos de los pueblos indígenas no llegan a implementarse. Los derechos de estos pueblos —sobre todo al territorio— siguen siendo atropellados sin la intervención protectora del Estado.

Por último, dada la poca información levantada por este estudio sobre las acciones de los propios pueblos, pareciera que los pueblos indígenas amazónicos son más pasivos que protagonistas de sus reivindicaciones y demandas, lo que retroalimentaría una relación no sólo de dependencia sino de subordinación entre ellos y entidades estatales o ajenas al Estado. Si bien en muchos casos dinámicas como ésta nacen de una genuina intención de apoyar y proteger a los pueblos indígenas, terminan siendo una nueva forma de discriminación.

En este marco y debido a la importancia del tema abordado en este estudio, nos animamos a presentar algunas recomendaciones que esperamos sean útiles para las instituciones y actores a quienes están dirigidas.

En cuanto al Estado peruano, consideramos que sería importante que asuma las siguientes tareas:





- i. Asegurar que en la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios –que aún está en proceso de elaboración en el Viceministerio de Interculturalidad– la información estadística incorpore de manera sistemática la variable étnica, que por ahora está limitada al indicador de lengua materna, y que la Base sea explícita en cuanto a las limitaciones que esto conlleva. Y cuando esta fuente de información esté terminada, difundirla adecuadamente entre todas las instancias vinculadas al trabajo con pueblos indígenas para que puedan discutir y avanzar sobre una misma base.
- ii. Construir un indicador que permita recoger información completa y confiable sobre los pueblos indígenas en los censos nacionales, las encuestas y en todos los sistemas de información sectorial. En tanto entidad responsable de la información estadística en el Perú, esta tarea corresponde al INEI. Para su cumplimiento, es conveniente que consulte con entidades especializadas cuya experiencia. También es recomendable que se analicen experiencias de otros países, como Bolivia donde se ha utilizado la condición étnico-lingüística para identificar a la población indígena. Si bien ese indicador no es perfecto, es una mejor aproximación a los números reales pues se basa en información de al menos tres parámetros: LM, lengua hablada y auto-identificación de pertenencia a un pueblo indígena.
- iii. Concentrar los programas de asistencia del sector salud bajo una sola entidad rectora de los servicios públicos correspondientes, en este caso el MINSA, evitando que sean muchas instituciones involucradas como sucede actualmente. En cuanto a los programas integrales que tienen componentes de distintos sectores, como salud/nutrición y educación, establecer mecanismos claros de coordinación y complementación entre los ministerios, que no supongan la creación de más entidades o la intervención de más ministerios en cuya agenda los mencionados programas son un tema secundario y, por lo tanto, acaban postergados. Vinculado a esto, mejorar los mecanismos de participación y consulta que exigen las normas a las que el Estado peruano está adscrito, en especial cuando se trate de los pueblos indígenas.
- iv. Revisar los aspectos negativos detectados en las evaluaciones de los programas estatales y analizarlos en consulta con las organizaciones de los pueblos para mejorar su funcionamiento.
- v. Impulsar el empoderamiento de los pueblos indígenas, en el corto plazo, por medio de programas de formación de personal especializado en las comunidades para la oportuna atención de sus necesidades de salud y nutrición, principalmente dirigidos a niños, niñas y adolescentes. Y en el largo plazo, por medio del fortalecimiento y mejoramiento escolar abrir oportunidades a las nuevas generaciones de los pueblos indígenas para que cuenten con profesionales propios en éstas y otras áreas. Estos procesos de empoderamiento suponen la implementación de un enfoque intercultural de respeto y valoración tanto de la cultura indígena como de otras culturas de las que se pueden beneficiar.
- vi. Redoblar y focalizar los esfuerzos para combatir los problemas de salud en la Amazonia y así superar gradualmente las enormes diferencias que persisten en el país. En este sentido se debe dar prioridad a programas de nutrición adecuada y a la prevención de IRA y EDA, sobre todo en menores de cinco años. En el grupo de edad entre los 10 y los 19, focalizar en acciones para la prevención de embarazo y mortalidad materna adolescente cuyos datos revelan situaciones extremadamente graves y urgentes de resolver. Para ello es necesario realizar actividades



## Indagar más sobre las colaboraciones exitosas entre organizaciones propias de los indígenas con instancias del Estado...trabajar bajo la perspectiva del aprendizaje colaborativo y fomentarlo

culturalmente adecuadas sobre salud sexual y salud reproductiva,<sup>20</sup> con enfoque de derechos humanos de las mujeres, empezando en la edad de transición a la adolescencia.

vii. Revisar los factores determinantes que se incluyen en los censos (nacional y amazónico) para asegurar que existan preguntas vinculadas al estado de salud real de las diversas poblaciones del país. Con relación a las variables que vulneran la salud de niños, niñas y adolescentes indígenas las ENDES, por ejemplo, preguntan sobre fuentes de agua para beber pero no miden la carencia de agua segura para los hogares con niños cuya madre tiene un idioma originario como lengua materna.

A los académicos y a las organizaciones que apoyan las labores del Estado, se puede recomendar lo siguiente:

- i. Estudios como el presente deberían recoger información de todos los actores involucrados para no dejar la percepción de que algún actor no participa ni es parte de la toma de decisiones en los asuntos abordados, como ocurrió en este estudio en cuanto a la participación de los pueblos y sus organizaciones.
- ii. Indagar más sobre las colaboraciones exitosas entre organizaciones propias de los indígenas con instancias del Estado o instituciones internacionales (como ocurrió con el pueblo awajún y ODECOFROC) para sistematizar y difundir los factores que contribuyeron a los éxitos, es decir, trabajar bajo la perspectiva del aprendizaje colaborativo y fomentarlo.
- iii. Apoyar y hacer seguimiento a la implementación de innovaciones en el próximo censo.

iv. No ser sólo críticos sino también propositivos, no sirve de nada echarle la culpa de todo al Estado y esperar que éste reaccione adecuadamente. Por ello es fundamental que estudios como éste busquen el soporte de expertos en los temas que se abordan. Así se podrán identificar los problemas con claridad y de manera bien sustentada para proponer recomendaciones ya que los programas del Estado –sean de mayor o menor calidad– continúan siendo el mecanismo más poderoso para generar procesos de cambio a nivel estructural en países como el Perú.

<sup>20</sup> Es importante diferenciar entre salud sexual, referida a información general sobre la sexualidad donde se abordan temas como el placer, derecho a decidir y otros que suelen ser tabúes, y salud reproductiva vinculada a los temas más biológicos de la reproducción, la protección, etc.

# Siglas

AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
AUS	Aseguramiento Universal de Salud
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DGE	Dirección General de Epidemiología
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ES	Establecimiento de salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LM	Lengua materna
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos del Milenio
ODECOFROC	Organización de Desarrollo de los Pueblos Fronterizos del Cenepa
OGE	Oficina General de Epidemiología
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIN	Programa Integral de Nutrición
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

# Bibliografía

- Benavides, M., M. Mena & C. Ponce  
2010. “Estado de la niñez indígena en el Perú”, presentación en PowerPoint. UNICEF/INEI/GRADE.  
En [www.grade.org.pe/download/unicef.pdf](http://www.grade.org.pe/download/unicef.pdf)
- Cáceres Cedrón, L. & Oblitas Béjar, B.  
2004. Políticas públicas para la infancia y adolescencia: Cambios en las estrategias de relación Estado Sociedad. Universidad Mayor de San Marcos. Lima.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL / UNICEF  
2010. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.  
[www.unicef.org/honduras/Pobreza\\_infantil\\_America\\_Latina\\_Caribe\\_2010.pdf](http://www.unicef.org/honduras/Pobreza_infantil_America_Latina_Caribe_2010.pdf)  
2012. Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. NNUU: Santiago de Chile.  
[www.cepal.org/publicaciones/xml/9/47289/pobrezainfantil\\_web.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/47289/pobrezainfantil_web.pdf)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH  
2005. Alegatos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Yakye Axa v. Paraguay. En: Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 157(d).  
2009. Democracia y Derechos Humanos en Venezuela. Doc. OEA/Ser.L/V/II, Doc. 54, 30 de diciembre de 2009, párrs. 1076-1080.
- Consejo de Ministros – Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CIAS  
2009. Estrategia Nacional CRECER.  
<http://intranet2.minem.gob.pe/web/archivos/dgss/publicaciones/cajamarca/GRUPO%20CAJAMARCA/GRUPO%20CAJAMARCA/REUNIONES/Octava%20Reuni%C3%B3n/EXPOSICIONES/primer.pdf>
- Creed-Kanashiro, H.M., M. Carrasco, M. Abad & I. Tuesta  
2011. “Promotion of traditional foods to improve the nutrition and health of the Awajún of the River Cenepa in Perú”, en Indigenous Peoples' food systems & well-being. Interventions & policies for healthy communities. Capítulo 5. FAO: Roma. En <http://www.fao.org/docrep/018/i3144e/i3144e05.pdf>
- Defensoría del Pueblo  
2008. Derecho a una maternidad segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA. Informe Defensorial N° 138. Lima, citado en UNICEF 2010.
- Dirección General de Epidemiología - MINSA  
2008. Análisis de Situación de Salud del Pueblo Shawi. Informe no publicado.  
2009. Vigilancia Epidemiológica Centinela de Segunda Generación de ITS, VIH/ Sida y Hepatitis B en Población Indígena Amazónica Gestante y su Pareja. Informe final. Lima.
- Huamán-Espino, L. & C. Valladares  
2006. “Más allá de la estadística alimentaria y nutricional. Percepciones de un Aguaruna con relación a la situación alimentaria de su pueblo”. En Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23(1), <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a03v23n1.pdf>
- Gutiérrez, W., G. Espinoza, C. Sanabria & O. Sierra  
2010. Informe final: Evaluación del Programa Integral de Nutrición PIN-Subprograma Infantil. Instituto Cuánto: Lima
- Ministerio de Economía y Finanzas – MEF  
2010. Diagnóstico social sobre la inclusión de hogares indígenas en el Programa Juntos y los servicios nutricionales y de salud preventiva asociados. Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales. Lima.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP  
2012. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA - 2012-2021. Lima.  
En [www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA2012-2021.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA2012-2021.pdf).

# Bibliografía

## Ministerio de Salud – MINSA

2003. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua – Río Camisea, Cusco. Oficina General de Epidemiología (OGE). En [www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis12.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis12.pdf) .

2004. Evaluación de Impacto del Programa Nacional Wawa Wasi 2003. Informe Final. Instituto Nacional de Salud (INS). Lima.

2011. Situación Nutricional Nacional y Regional según Sistema de Información del Estado Nutricional, noviembre 2011. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Lima.

En prensa. Situación de la Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos al 2010. Lima.

## MINSA/AIDSESP/UNICEF

2006. Kandozi y Shapra frente a la hepatitis B. El retorno de lo visible.

En [www.unicef.org/peru/spanish/KandoziShapra1.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/KandoziShapra1.pdf) .

## MINSA/DIRESA Ucayali/UNICEF

2010. Estrategia Comunitaria Nuevo Saposoa. Cuidado de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH en comunidades indígenas, a través de la estrategia de pares comunitarios. AECID/UNICEF: Lima.

## Oficina de planeamiento e inteligencia sanitaria

2012. Boletín Epidemiológico, Bol. EPI N ° 02 - 2012, Lima.

## Oficina General de Epidemiología – OGE

2002. Análisis de la situación de salud del pueblo Shipibo-Konibo. En

[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis07.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis07.pdf)

## Roche, M.L, I. Creed-Kanashiro, I. Tuesta & H.V. Kuhnlein

2008. “Traditional food diversity predicts dietary quality for the Awajún in the Peruvian Amazon”. En

[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN11\\_05%2FS1368980007000560a.pdf&code=6a6bd0909d483f1974f024857fd4885c](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN11_05%2FS1368980007000560a.pdf&code=6a6bd0909d483f1974f024857fd4885c)

## UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

2006. Sistematización de la Intervención del Proyecto Maternidad Segura del Programa de Cooperación Perú. Lima.

## UNICEF/INEI - Instituto Nacional de Estadística e Información

2010. Estado de la Niñez Indígena en el Perú. Lima.

[www.unicef.org/lac/Estado\\_de\\_la\\_Ninez\\_Indigena\\_190810\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estado_de_la_Ninez_Indigena_190810(1).pdf)

## Valencia Corominas, Jorge

1999. Derechos Humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral. Acción por los niños.

