



**Defensoría  
del Pueblo**

## **Evaluación a los procesos de vacunación en comunidades y localidades indígenas del Perú. Seguimiento a la vacunación contra el COVID-19**





**Informe Defensorial N° 001-2023-DP/AMASPPI/PPI**

**Evaluación a los procesos de vacunación  
en comunidades y localidades indígenas  
del Perú. Seguimiento a la vacunación  
contra el COVID-19**



**Defensoría  
del Pueblo**

Defensoría del Pueblo

Jirón Ucayali N° 394-398

Lima 1, Perú

Teléfono: (511) 311-03300

Línea gratuita: 0800-15170

Página web: <http://www.defensoria.gob.pe/>

Correo electrónico: [defensor@defensoria.gob.pe](mailto:defensor@defensoria.gob.pe)

***Informe Defensorial N° 001-2023-DP/AMASPPI/PPI***

***“Evaluación a los procesos de vacunación en comunidades y localidades indígenas del Perú. Seguimiento a la vacunación contra el COVID-19”.***

Primera edición

Diciembre de 2023

1000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 2023-11314

Se terminó de imprimir en diciembre de 2023 en:

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156 - 164

Breña, Lima, Perú

Este Informe Defensorial ha sido elaborado por un equipo conformado por Marilyn Aróstegui León, Diana Suárez Diestra, Giancarlo Quiroz Narvaez y Lizbeth Flores Usca, y por los consultores Gerardo Seminario Namuch y Leonardo Cortéz Farfán, bajo la dirección y revisión de Nelly Herminia Aedo Rueda, Jefa del Programa de Pueblos Indígenas; y, la aprobación de Lissette Vásquez Noblecilla, Adjunta (e) de Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas.

Se expresa un especial agradecimiento a Ana Palomino Sotelo, Asesora de la Adjuntía del Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas y a Rocío Santivañez Acosta, Jefa del Programa del Derecho a la Salud de la Adjuntía para la Administración Estatal, por sus aportes al documento. Asimismo, a los comisionados y comisionadas, jefes y jefas de nuestras Oficinas y Módulos Defensoriales ubicados en los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali, que participaron en la supervisión.

La presente publicación ha sido posible gracias al apoyo de Oxfam, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica Internacional suscrito entre la Defensoría del Pueblo y la Fundación Oxfam Intermón.

# Índice



<b>LISTA DE SIGLAS</b>	<b>8</b>
------------------------	----------

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>11</b>
---------------------	-----------

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
---------------------	-----------

Justificación y antecedentes	15
Competencia de la Defensoría del Pueblo	16
Metodología y aspectos supervisados	17
Estructura del informe	18

<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19</b>	<b>21</b>

1.1. Situación de la salud de los pueblos indígenas frente al COVID-19 en el Perú	23
1.2. Pluralismo médico	27
1.3. Etnicidad y salud	31
1.4. Marco normativo específico para la atención de la salud de los pueblos indígenas frente al COVID-19	35

## **CAPÍTULO 2**

### **EL DEBER DEL ESTADO PARA GARANTIZAR LA VACUNACIÓN CON PERTINENCIA CULTURAL A PUEBLOS INDÍGENAS**

**41**

- 2.1. Los pueblos indígenas y la estrategia nacional de vacunación contra el COVID-19 45
- 2.2. Recomendaciones de la Defensoría del Pueblo para la vacunación en pueblos indígenas u originarios 49
- 2.3. Breve referencia a la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas de otros países de la región 59

## **CAPÍTULO 3**

### **RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN A MICRORREDES DE SALUD**

**63**

- 3.1. Amazonas 68
- 3.2. Cajamarca 91
- 3.3. Cusco 105
- 3.4. Huánuco 132
- 3.5. Junín 147
- 3.6. Loreto 170
- 3.7. Madre de Dios 184
- 3.8. Pasco 202
- 3.9. Puno 222
- 3.10. San Martín 243
- 3.11. Ucayali 265

## **CAPÍTULO 4**

### **DESAFÍOS DEL ESTADO PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN EN LAS COMUNIDADES Y LOCALIDADES INDÍGENAS**

**291**

- 4.1. La necesidad de reforzar la institucionalidad estatal en materia de salud de los pueblos indígenas 293
- 4.2. La necesidad de contar con un padrón nominal actualizado de la población de comunidades y localidades indígenas para la prestación de los servicios de salud 305

4.3.	Impulsar un presupuesto por resultados adecuado para la atención del servicio de salud de los pueblos indígenas	310
4.4.	Reforzar la difusión de información con pertinencia cultural en los pueblos indígenas	319
4.5.	Sobre las necesidades en infraestructura, capacidades logísticas y dotación de medicamentos	327
4.6.	Sobre las cadenas de frío y la falta del servicio de energía eléctrica en las comunidades	335
4.7.	Mejorar la dotación y formación de profesionales de salud con competencia técnica e intercultural	338
4.8.	La continuidad de las brigadas interculturales para la atención de salud en las comunidades, como estrategia sanitaria priorizada	346
4.9.	Sobre la articulación y los espacios de coordinación entre el Estado y las Organizaciones Indígenas	350

## **CONCLUSIONES**

**357**

## **RECOMENDACIONES**

**369**


## **AGRADECIMIENTOS**

**375**

# Lista de siglas



<b>ACS</b>	Agentes Comunitarios de Salud
<b>Aisped</b>	Atención Integral de Salud de las Poblaciones Excluidas y Dispersas
<b>BDPI</b>	Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios
<b>CDC</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
<b>CAAAP</b>	Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica
<b>CRED</b>	Controles de Crecimiento y Desarrollo
<b>Censi</b>	Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad en Salud
<b>Conap</b>	Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú
<b>Diresa</b>	Dirección Regional de Salud
<b>DP</b>	Defensoría del Pueblo
<b>DS</b>	Decreto Supremo
<b>DU</b>	Decreto de Urgencia
<b>ENV</b>	Esquema Nacional de Vacunación
<b>EESS</b>	Establecimientos de salud
<b>Esavi</b>	Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación e Inmunización
<b>Feconapia</b>	Federación de Comunidades Nativas de Puerto Inca y Afluentes
<b>Fenamad</b>	Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes
<b>Filac</b>	Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe
<b>Geresa</b>	Gerencia Regional de Salud
<b>GIZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
<b>HIS</b>	Hospital Information System



<b>INEI</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>Ipress</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>Kanuja</b>	Unión Ashaninka Nomatsigenga del Valle de Pangoa
<b>Midis</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
<b>Mincul</b>	Ministerio de Cultura
<b>Minsa</b>	Ministerio de Salud
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>OD</b>	Oficina Defensorial
<b>OQT</b>	Oficina General de Tecnología e Información
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>ORAU</b>	Organización Regional Aidesep Ucayali
<b>Orpio</b>	Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente
<b>PPII</b>	Pueblos Indígenas
<b>ROF</b>	Reglamento de Organización y Funciones
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>PCM</b>	Presidencia del Consejo de Ministros
<b>Piacci</b>	Pueblos Indígenas en Situación de Aislamiento y Contacto Inicial
<b>PPR</b>	Presupuesto por Resultados
<b>Sasisus</b>	Subsistema de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas
<b>Unicef</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia




# Presentación

El derecho a la salud es extensivo a todas las personas, por lo que es obligación del Estado peruano disponer medidas para garantizar su goce efectivo, no solo por su reconocimiento constitucional, sino por ser una condición esencial para el ejercicio de otros derechos fundamentales, como a la vida y a la integridad. En ese marco, la defensa del derecho a la salud y la prestación de los distintos servicios públicos esenciales y con enfoque intercultural para los pueblos indígenas u originarios, constituye una línea prioritaria de trabajo en la Defensoría del Pueblo.

Conforme se ha alertado en varias oportunidades, el ejercicio del derecho a la salud de la población indígena se ha visto limitado por varias razones. Así, por ejemplo, existe una carencia de personal idóneo y medicamentos e insumos en los establecimientos de salud, la falta de servicios básicos como agua, luz e internet, así como un número aún insuficiente de establecimientos de salud en sus localidades y comunidades. Estos factores inciden de forma negativa en la prestación de un servicio de salud de calidad.

De acuerdo con cifras del Censo del año 2017, apenas 3 de cada 10 comunidades nativas y 4 de cada 10 comunidades campesinas cuentan con un establecimiento de salud en su localidad, lo que evidencia el limitado acceso de la población indígena al servicio de salud. En el 2020, se produjo la pandemia ocasionada por el COVID-19. Desde entonces, la propagación de este virus ha ocasionado un grave impacto en la vida y salud de miles de personas en el país y conllevó a la implementación de una serie de medidas sanitarias para salvaguardar la salud de la población. En atención a lo descrito y frente a la Emergencia Sanitaria declarada, la Defensoría del Pueblo formuló un conjunto de recomendaciones al Estado peruano, a fin de lograr una atención prioritaria y sostenible para garantizar los derechos de los pueblos indígenas de la Amazonía y de los Andes.



En efecto, en su momento, la institución exhortó a las autoridades nacionales, regionales y locales redoblar sus esfuerzos para garantizar la salud de la población indígena en general, con especial incidencia en la atención de las comunidades nativas y campesinas ante la pandemia. Se insistió en la necesidad de asegurar intervenciones sanitarias debidamente presupuestadas con pertinencia cultural y territorial; así como en coordinación con los pueblos indígenas, para el establecimiento de medidas preventivas, a fin de contener la transmisión del virus dentro de sus territorios y, posteriormente, para la implementación de un adecuado y celeré proceso de vacunación contra el COVID-19 que permita alcanzar su inmunización; así como garantizar los derechos fundamentales de la población indígena.

De esta manera, en julio de 2021, el Ministerio de salud aprobó el *“Protocolo de vacunación contra la COVID-19 para pueblos indígenas u originarios”*, con la finalidad de que las Direcciones y/o Gerencias regionales de salud implementen la estrategia de vacunación, considerando la diversidad cultural, geográfica y económica de la población que habita en sus territorios. Sin embargo, en febrero de 2022, a más de un año de la llegada de la vacuna al país, la institución advirtió el poco avance de vacunación contra el coronavirus en los pueblos indígenas, principalmente, en los departamentos con alta población amazónica, como Amazonas, Madre de Dios, Loreto y Ucayali, por lo que señalamos la necesidad de priorizar y agilizar el proceso de vacunación debido a la alta vulnerabilidad sanitaria que los afecta debido al precario o inexistente sistema de salud en muchas zonas, así como la importancia de garantizar un presupuesto específico que permita financiar a las brigadas de vacunación. Posteriormente, en octubre de 2022, el Sector aprobó el *“Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022”*, con un presupuesto exiguo para la contratación de enlaces indígenas, adquisición de combustible, viáticos para las brigadas y para realizar perifoneo local. Para el año 2023, el Ministerio de Salud señaló no contar con presupuesto para la vacunación en pueblos indígenas.

Asimismo, de acuerdo a la información del Sector, al 1 mayo de 2023, la cobertura de vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas (amazónicos) a nivel nacional fue del 78 % en primera dosis, 62 % en segunda dosis, 36 % en tercera dosis y 8 % en cuarta dosis, evidenciándose una brecha de más del 60 % en tercera y más del 90 % en cuarta dosis. De esta forma, además de no contar con un presupuesto


específico para coadyuvar con el proceso de inmunización en las comunidades indígenas, se advierte que persisten otras dificultades para avanzar con el proceso de inmunización contra el COVID-19 en población indígena.

En ese sentido, cabe preguntarse cómo mejoramos nuestro sistema de salud en las comunidades indígenas para garantizar su derecho fundamental a la salud, aunque la dotación de un presupuesto público bajo una estrategia de cumplimiento de resultados a la población indígena parece ser la mejor opción. Además, es necesario tener en cuenta que más allá de la voluntad pública y la regulación normativa sobre la materia, urge fortalecer la institucionalidad estatal de la salud indígena, al ser un componente fundamental en un sistema de salud plural.

A estos desafíos, se adiciona el innegable deber estatal de proporcionar a las comunidades y localidades indígenas servicios básicos como agua potable, saneamiento, conectividad e indefectiblemente energía eléctrica, elementos esenciales para la prestación del servicio público de salud. El presente documento no solo advierte el impacto de la ausencia de dichos servicios en la vacunación, sino en todo tipo de atención de salud que requieran los pueblos indígenas.

Aquí radica lo fundamental del presente Informe Defensorial. El Programa de Pueblos Indígenas en coordinación y apoyo de 16 Oficinas Defensoriales, ha realizado un trabajo minucioso y especializado, que ha permitido diagnosticar, a través de una muestra representativa de 123 microrredes de salud en 11 departamentos con alta presencia indígena, que los servicios de salud que se brindan a la población indígena se encuentran en emergencia. Lo que conlleva a que las distintas estrategias sanitarias que nuestro sistema de salud pública brinda, como la vacunación, se vean limitadas e incluso no lleguen a implementarse.

Asimismo, las recomendaciones emitidas a las entidades competentes permitirán, además de mejorar el sistema de salud pública en los pueblos indígenas, garantizar la vida y la salud de la infancia y niñez indígena. Como se sabe, la mayor parte del Esquema Nacional de Vacunación se implementa en niños y niñas menores de cinco años, por lo que una vacunación oportuna permitirá brindarles inmunidad ante potenciales enfermedades mortales, así como procurar que el servicio de salud se brinde en las mismas condiciones de igualdad para toda la población.



Hacemos entrega de este informe a los distintos sectores del Estado y a la sociedad civil con la confianza de contribuir en la mejora de la gestión estatal destinada a garantizar el derecho a la salud de la población indígena en el país y con el compromiso que renovamos de cautelar el derecho de toda persona indígena a gozar de forma efectiva de su derecho a la salud, accediendo a un servicio de salud oportuno, idóneo y de calidad.

Lima, diciembre de 2023

Josué Gutiérrez Cóndor  
Defensor del Pueblo

# Introducción


## Justificación y antecedentes

La pandemia por el COVID-19 tuvo un grave impacto en la vida y salud de la población nacional. El origen de la enfermedad, sus efectos desconocidos y las insuficientes condiciones sanitarias a nivel nacional dificultaron al Estado responder oportunamente a esta emergencia. Lamentablemente, esta situación se agravó en territorios de pueblos indígenas, donde a las circunstancias descritas, se suman las barreras geográficas, económicas, culturales y lingüísticas, cuya falta de atención los coloca en una situación desfavorable para el acceso a su derecho a la salud.

Frente a esta grave situación sanitaria, la vacuna se constituía en la forma más segura y confiable de generar protección y contrarrestar el avance del coronavirus a lo largo del territorio de nuestro país. Ello sin duda impulsó a diversos países del mundo a realizar sus mayores esfuerzos para contar con este medicamento. Sin embargo, no fue hasta febrero del 2021 que se contó con su disponibilidad.

Para implementar el proceso de vacunación, en el último trimestre del 2020, el Ministerio de Salud emitió el *Plan Nacional para la Vacunación contra el COVID-19*, el cual fue modificado en abril del año siguiente. Empero, este no contemplaba un procedimiento específico para que la inmunización sea cultural y lingüísticamente pertinente en los pueblos indígenas. Fue recién en agosto del 2021 que el Ministerio de Salud emite un plan específico de vacunación para las comunidades, impulsado por las propias organizaciones indígenas y entidades como la Defensoría del Pueblo.

En el transcurso de la campaña nacional de vacunación contra el coronavirus, y a partir de pedidos de información efectuados a las autoridades sanitarias nacionales y regionales, se advirtió con preocupación que los índices de vacunación



contra el COVID-19 en población indígena presentaban brechas respecto a la población nacional, tanto en el año 2021 como en el 2022. Con el fin de afrontar esta problemática, la institución efectuó supervisiones focalizadas priorizando microrredes de salud ubicadas en departamentos con mayor presencia de población indígena.

En esa línea, el presente informe contiene los resultados de la supervisión efectuada, en el último trimestre del 2022, a microrredes de salud de 11 departamentos (Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Pasco, Puno, y Ucayali) que atienden a pueblos indígenas, habiéndose efectuado visitas de campo a los departamentos de Loreto y Amazonas. El objetivo de la supervisión fue identificar las dificultades y retos de los procesos de vacunación en las comunidades e impulsar el cumplimiento de las obligaciones del Estado en estas zonas a fin de cautelar el derecho a la salud de la población.

Los resultados de la supervisión permiten afirmar que los problemas estructurales de los servicios de salud en las comunidades y localidades indígenas persisten, y continúan generando una vulneración sistemática a sus derechos. Así, se advierten carencias presupuestales y logísticas, la falta de disponibilidad de personal de salud, de equipos médicos, medicamentos y la ausencia de servicios públicos básicos. A ello, se suma la necesidad de que el servicio cuente con pertinencia cultural y lingüística para el adecuado relacionamiento con la población y combatir la desconfianza hacia el Estado.

En esa línea, los hallazgos, conclusiones y recomendaciones que se presentan en este documento, están orientados a que el Estado peruano agote los máximos esfuerzos para atender los desafíos identificados y adopte mejoras estructurales del servicio de salud, lo que permitirá mejorar los procesos de vacunación regular en la población indígena a nivel nacional, a partir de la experiencia vivida durante el proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas.

### Competencia de la Defensoría del Pueblo

En el ejercicio de su mandato constitucional, la Defensoría del Pueblo ha expresado una especial preocupación por los derechos de los pueblos indígenas, especialmente por el deficiente y precario acceso a la salud de las personas indígenas que habitan en

comunidades y/o localidades rurales y dispersas, donde la presencia del Estado y de los servicios públicos son insuficientes o, en algunos casos, inexistentes.


Así, en el Informe Defensorial N° 134 denominado *“La salud de las comunidades nativas: Un reto para el Estado”* se evidenciaron diversos problemas en la calidad del servicio brindado, emitiéndose recomendaciones al respecto. En seguimiento a esta labor, en el 2015, se publicó el Informe Defensorial N° 169, denominado *“La defensa del derecho de los pueblos amazónicos a una salud intercultural”*, donde se reafirmó que los pueblos indígenas conforman uno de los grupos humanos más olvidados y postergados del Estado respecto a la atención de su derecho a la salud.

Estos documentos evidenciaron décadas de exclusión y las múltiples brechas sanitarias que han impedido a la población indígena acceder a servicios de salud de calidad y con pertinencia cultural, situación que se agudizó en pandemia, en cuyo contexto se emitió el Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI/PPI, denominado *“Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas frente al COVID-19”*, que resume e identifica las dificultades del Estado para atender con premura esta emergencia sanitaria en dichos pueblos.

A partir de los resultados de las referidas supervisiones que evidenciaron diagnósticos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en dichos periodos, la Defensoría del Pueblo ha podido evaluar el cumplimiento de las obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud de esta población y brindar recomendaciones que impulsen al Estado mejorar sus servicios en los territorios indígenas y en las zonas rurales del país.

## Metodología y aspectos supervisados

Para la elaboración del presente informe, la institución ha utilizado diversas fuentes de información. Así, se ha recopilado y analizado las normas vinculadas a salud de los pueblos indígenas, la información brindada por las instituciones públicas nacionales y regionales vinculadas a la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas, así como se han efectuado entrevistas a profesionales de la salud de diversos niveles, especialistas, líderes e integrantes de comunidades pertenecientes a pueblos indígenas.



Asimismo, en coordinación con 16 oficinas defensoriales y módulos de atención defensorial, se desarrolló una supervisión presencial y remota a las microrredes de salud que atienden a población indígena de los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali, donde se aplicaron fichas de supervisión semiestructuradas sobre aspectos esenciales en el proceso de vacunación a esta población.

En ese marco, se supervisó a las microrredes de salud la planificación del proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas, el presupuesto recibido, las coordinaciones efectuadas entre instituciones, las capacitaciones al personal de salud de los EESS, el equipamiento para la cadena de frío y su mantenimiento, la disponibilidad de servicios públicos básicos en los EESS, la incorporación del enfoque intercultural, así como las dificultades identificadas para la implementación de dicho proceso, entre otras que se detallan en el capítulo 3.

De igual forma, desde el Programa de Pueblos Indígenas, se han realizado viajes de supervisión a microrredes de salud de la provincia Datem del Marañón del departamento de Loreto y las provincias de Bagua y Condorcanqui de Amazonas, debido a los bajos avances en la vacunación a la población indígena en ambos departamentos. Asimismo, se realizaron 37 entrevistas virtuales a actores claves vinculados al derecho a la salud de los pueblos indígenas.

## Estructura del informe

En el primer capítulo del informe se da a conocer la situación de la salud de los pueblos indígenas en el marco del período supervisado. Asimismo, se desarrollan conceptos que se vinculan a la salud de los pueblos indígenas, como el pluralismo médico y la etnicidad, y que permitirán comprender la adecuación de los servicios de salud en este grupo humano. Finalmente, se ha realizado un recuento de las normas vinculadas a la atención de los pueblos indígenas frente a la emergencia sanitaria producida por el coronavirus.

El segundo capítulo contiene las principales actuaciones realizadas por el Estado, en el marco de su deber de garantizar la vacunación contra el COVID-19 con pertinencia cultural para los pueblos indígenas. Además, da a conocer la incorporación de los pueblos indígenas en la estrategia de vacunación contra el coronavirus en nuestro

país, las recomendaciones efectuadas por la Defensoría del Pueblo en el marco del *“Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”* y una breve acotación sobre la experiencia comparada de este proceso en población indígena de otros países de América del Sur.

El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos de la supervisión efectuada a las 123 microrredes de salud de los 11 departamentos con predominancia poblacional indígena, llegando a identificar las brechas, dificultades y retos para la vacunación contra el coronavirus en las comunidades indígenas, en el marco de los aspectos temáticos que se han priorizado en la supervisión defensorial.

En el cuarto capítulo se presentan reflexiones que explican los hallazgos advertidos en el capítulo anterior, a partir de las entrevistas efectuadas a especialistas en el tema y/o líderes e integrantes de comunidades indígenas, logrando identificar los desafíos que el Estado debe asumir para mejorar todas las intervenciones en materia de inmunización que se realizan en comunidades indígenas.

Finalmente, presentamos un conjunto de conclusiones y recomendaciones con la finalidad de contribuir a la solución de las dificultades advertidas, exhortando al Estado a planificar acciones sostenidas y coordinadas con los pueblos indígenas a través de sus organizaciones representativas, a fin de mejorar el sistema de salud que provee de este servicio público a los pueblos indígenas andinos y amazónicos.





**CAPÍTULO 1**

**EL DERECHO A LA SALUD  
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS  
EN LA EMERGENCIA SANITARIA  
POR EL COVID-19**



## 1.1. Situación de la salud de los pueblos indígenas frente al COVID-19 en el Perú

El 18 de marzo del 2020,<sup>1</sup> se reportó el primer caso de COVID-19 en un ciudadano indígena peruano, 13 días después que fue confirmado el primer caso de esta enfermedad en el país.<sup>2</sup> Inicialmente, no se contaba con información estadística oficial y diferenciada de la afectación del coronavirus a la población indígena, sin embargo, tras la exigencia de las organizaciones representativas de los pueblos indígenas y recomendaciones<sup>3</sup> formuladas por la Defensoría del Pueblo, en agosto del 2020, el Ministerio de Salud implementó la *Sala de población indígena con COVID-19*, en la cual se registra la información actualizada del número de contagios de las personas indígenas a nivel nacional e información relacionada a la enfermedad de acceso público.

De la consulta efectuada a dicha plataforma, al 22 de marzo de 2023, se han registrado un total de 34 740 casos de personas indígenas contagiadas por esta enfermedad, tanto andina como amazónica,<sup>4</sup> siendo que el 67.5 % del total de los casos confirmados corresponde a población indígena amazónica, mientras que el 32.5 % a población indígena andina. Además, el 2020 fue el año que registró un mayor número de personas indígenas contagiadas con COVID-19, con un total de 24 427 casos, lo que representa al 70.5 % del total de casos registrados durante los tres (3) años de pandemia.

En lo que respecta a la concentración del total de casos de COVID-19, se reportó que los departamentos con mayor incidencia fueron Loreto, con 22.9 %, Amazonas, con 21.3 %, Ayacucho, con 15.1 %, Puno, con 8.9 % y Ucayali con 8.2 %.<sup>5</sup>

1 Iglesias-Osores, S. y Saavedra-Camacho, J. (2020). COVID-19 en comunidades indígenas del Perú: casos y accesibilidad a servicios de salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(2), 250-251.

2 “Coronavirus en el Perú: casos confirmados”. Consultado el 23 de octubre de 2022: <https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>

3 Defensoría del Pueblo (2020). Informe de Adjuntía N° 001-2020-DP/AMASPPI/PPI, “COVID-19: Recomendaciones para un plan de atención con pertinencia cultural para los pueblos indígenas de Loreto”, pág. 16.

4 Sala de población indígena con COVID-19 - Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica. Consultado el 7 de junio de 2023: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>

5 Ídem.

Asimismo, si bien el Estado implementó la *Sala de población indígena con COVID-19* —plataforma de acceso público que permitió conocer los contagios en dicha población— pudimos advertir que el número de casos de contagios de personas indígenas de los años 2020, 2021 y 2022 no coincidía con la suma total de contagios en esos tres años de registro. Asimismo, se ha identificado que dicha plataforma no presenta los datos históricos del número de defunciones por COVID-19 a nivel departamental ni distrital, situación que no permite un análisis de la evolución de los casos de defunciones entre la población indígena.<sup>6</sup>

Además de los indicadores epidemiológicos, se dio cuenta del cierre de una importante cantidad de establecimientos de salud en ámbitos indígenas, principalmente, debido al contagio de coronavirus entre el personal de salud, situación advertida por nuestra institución luego de una supervisión efectuada entre los meses de julio y agosto del 2020 a microrredes de salud de regiones con alto porcentaje de población indígena, vulnerándose el derecho al acceso a la salud al no brindar la atención sanitaria a otras enfermedades.<sup>7</sup>

Así, en dicha supervisión, identificamos, por ejemplo, que, en el departamento de Loreto —donde coexisten más de 20 pueblos indígenas—, 844 trabajadores de la salud de 32 microrredes de salud se contagiaron y 15 establecimientos de salud ubicados en las provincias de Alto Amazonas, Loreto, Mariscal Ramón Castilla y Ucayali se encontraban inoperativos.<sup>8</sup> En Junín, identificamos dos establecimientos de salud cerrados y una elevada cifra de contagios por el virus entre el personal médico.

Sin duda, estas circunstancias agravaron las limitaciones ya existentes en el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud. Cabe señalar que, de acuerdo con los resultados del III Censo de Comunidades Nativas de 2017, el 32 % de las comunidades nativas cuentan con un establecimiento de salud y la mayoría de ellos (92.3 %) son puestos o postas de salud,<sup>9</sup> cuya capacidad resolutive es menor.

---

6 Sala de población indígena con COVID-19. Consultado el 07 de junio de 2023.

7 Defensoría del Pueblo (2020). Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPP/PP/PI, “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”.

8 Defensoría del Pueblo. Nota de Prensa N° 626/OCII/DP/2020. Disponible en: <http://tinyurl.com/4epkx5u4>

9 Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). III Censo de Comunidades Nativas 2017. Resultados definitivos.

Asimismo, según el I Censo de Comunidades Campesinas de 2017, poco menos de la mitad de las comunidades campesinas (48.5 %) tienen un establecimiento de salud dentro de su ámbito territorial.<sup>10</sup>

Por otro lado, otra limitante advertida fue la débil atención de otros asuntos de salud pública, lo que habría agudizado la presencia de enfermedades prevalentes en zonas indígenas, como el dengue y malaria, entre otros, debido a que los esfuerzos del sector salud se concentraron en la respuesta sanitaria a la pandemia de COVID-19.<sup>11</sup> Al respecto, el Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) reportó que, en Ucayali, Loreto, San Martín y Junín —donde predomina población indígena— los casos de dengue se incrementaron considerablemente del 2019 al 2020.<sup>12</sup>

Otro problema de salud que se agravó durante la pandemia fue la mortalidad materna. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, del 2019 al 2020, la cantidad de muertes maternas de mujeres indígenas andinas se duplicó, alcanzando la cifra de 439 casos, siendo la más alta desde el 2015 (412). Asimismo, en ese mismo periodo, hubo un aumento del 21 % en las muertes maternas de mujeres indígenas amazónicas, registrando el 2020 la mayor cifra desde 2015.<sup>13</sup>


---

10 Idem.

11 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2022). Alerta Epidemiológica: Incremento de casos de dengue y ocurrencia de brotes en regiones del país (Código: AE 019-2022). Disponible en <https://acortar.link/FRG0HX>. Consultado el 23 de octubre de 2022.

12 A lo largo del 2020, se reportaron 10 934 casos de dengue en Ucayali, cifra 51 veces mayor a la registrada en 2019 (214), mientras que en Loreto se evidenció un aumento de 2548 casos en 2019 a 10 829 en 2020, cifras que convirtieron a estos departamentos en los dos con mayor concentración de casos de esta enfermedad. Esta información se obtuvo del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2021), en el Boletín Epidemiológico del Perú 2020, volumen 29-SE 53 (Semana Epidemiológica del 27 de diciembre al 2 de enero del 2021). Consultado en <http://tinyurl.com/578jhs3>.

13 Instituto Nacional de Salud (2022). “Mortalidad materna en mujeres andinas, amazónicas y afroperuanas: 11 años de recorrido en cifras”. Consultado el 23 de octubre de 2022 en <https://acortar.link/lkKNUU>.



Una información para considerar respecto a la afectación de la salud durante la pandemia fue que, de acuerdo a lo señalado por el equipo técnico del Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad (Censi) del Instituto Nacional de Salud (INS), las cifras de afectaciones sanitarias en pueblos indígenas podrían ser mayores, en tanto que durante sus visitas a diferentes departamentos identificaron problemas en el registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información en salud, produciéndose casos de subregistro.<sup>14</sup>

Los problemas y brechas mencionados afectan a los pueblos indígenas y a la población rural desde mucho antes de la pandemia. Esta situación ha sido advertida por la Defensoría del Pueblo en el año 2015, mediante el Informe Defensorial N° 169 denominado “*La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*”, por lo que consideramos oportuno visibilizarlo para el análisis del presente documento, a efectos de evitar una mayor exposición de los pueblos indígenas a situaciones sanitarias donde su vulnerabilidad pueda agravarse.

Por ello, con relación a la protección de la salud de los pueblos indígenas, es imperiosa la necesidad de reforzar y culminar con la inmunización contra el coronavirus como medida de prevención, más aún cuando, según la OMS, el COVID-19 se ha convertido en un problema de salud establecido y persistente que, al igual que otras enfermedades infecciosas, requieren de la atención del Estado.

---

14 Idem.

## 1.2. Pluralismo médico

En las comunidades indígenas, tanto andinas como amazónicas, confluyen distintas formas de entender la salud y la enfermedad. En ellas, existe una diversidad de sistemas de salud, a partir de los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades, las técnicas para tratarlas y los actores encargados de practicar estas técnicas.<sup>15</sup>

Esta situación da lugar a contextos de pluralismo médico, es decir, contextos en los que dos o más sistemas de salud coexisten e interactúan.<sup>16</sup> En el caso de las comunidades o localidades donde viven los pueblos indígenas en el Perú encontramos hasta tres sistemas de salud: el indígena, el biomédico y el de las iglesias evangélicas.

A) El sistema de salud indígena está estrechamente vinculado con la cosmovisión de estos pueblos, esto es, a la manera que tienen de entender el mundo, incluyendo la vida y el orden de las cosas.<sup>17</sup>

Un aspecto en común entre los pueblos amazónicos es que su concepción de la salud no solo está relacionada con el bienestar individual, sino también con un equilibrio a nivel colectivo, en su interacción con otras personas y con otros seres de la naturaleza que tengan espíritu, procurando cumplir con las normas sociales.<sup>18</sup>

En el caso de los pueblos indígenas andinos, la noción de equilibrio también tiene un rol importante, ya que la salud se expresa “como la constante búsqueda de la convivencia armónica y equilibrada con la naturaleza, elementos de la

---

15 Langdon, E. J. y Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(3), 459-466.

16 Crandon, L. (1986). Medical dialogue and the political economy of medical pluralism: a case from rural highland Bolivia. *American Anthropologist*, 13(3), 463-476.

17 Ministerio de Salud. (2014). Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud.

18 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Viviendo en el Ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira.

naturaleza, con la sociedad, con la convivencia de emociones (...)", mientras que la enfermedad puede ser causada por una transgresión de las normas sociales o de las normas establecidas para la intervención en la naturaleza.<sup>19</sup>

Las prácticas de este sistema de salud se encuentran aún vigentes. El Informe Defensorial N° 169,<sup>20</sup> precisa que los pueblos indígenas de la Amazonía peruana mantienen prácticas de su medicina tradicional, tales como el uso de plantas medicinales para curar y prevenir enfermedades.<sup>21</sup> Por otro lado, el I Censo de Comunidades Campesinas del 2017, reporta que en estos ámbitos se practican las curaciones con plantas medicinales o con animales, las vaporaciones y los rezos.<sup>22</sup>

Durante la pandemia de COVID-19, los pueblos indígenas utilizaron recursos de la medicina indígena como las hojas de matico (planta que ya era utilizada previamente para el manejo de enfermedades respiratorias) o la corteza de la quina (utilizada para tratar la fiebre y afecciones como la gripe)<sup>23</sup> frente a la carencia de medicamentos y los problemas de los servicios de salud en zonas rurales amazónicas.

- B) El sistema de salud biomédico es el sistema oficial y es el que se practica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se trata de un sistema de salud caracterizado por basarse en principios científicos,<sup>24</sup> poner énfasis en la dimensión biológica de los padecimientos<sup>25</sup> y dar preponderancia a los fármacos sobre otras formas de atender enfermedades.<sup>26</sup>

---

19 Hinostroza, L. (2009). Sistemas médicos tradicionales en los Andes del Perú desde la visión del curandero. En R. Sánchez Garrafa y R. Sánchez Garrafa (Eds.). *Medicina Tradicional Andina: Planteamientos y aproximaciones*. Cusco: Centro de Medicina Andina, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas.

20 Disponible en: <https://bit.ly/2QzKUkQ>.

21 Defensoría del Pueblo (2015). Informe Defensorial N° 169, "La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural".

22 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *I Censo de Comunidades Campesinas 2017. Resultados definitivos*.

23 Belaunde, L. E. (19 de mayo de 2020). Plantas del bosque socorren a la ciudad. Matico y quina, dos aliados amazónicos para sobrellevar la pandemia de la indiferencia. Consultado el 31 de mayo de 2023: <https://acortar.link/VhKLTc>.

24 Papalini, V. y Avelín Cesco, M. J. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59), 1-21.

25 Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

26 Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix* 51, 17-22.

C) El sistema de salud de las iglesias evangélicas —que no suele ser abordado en estos casos— también está presente en las comunidades indígenas del Perú. Según el Censo Nacional de Población de 2017, hay un importante porcentaje de población indígena que profesa una religión evangélica, que llega a un 41.5 % de la población nativa o indígena amazónica, a un 16.3 % de la población quechua y un 10.9 % de población aimara.<sup>27</sup>

La concepción de la salud en esta religión está relacionada con la salvación y, por el contrario, la enfermedad se asocia con una situación profana o de alejamiento de “los caminos del Señor”.<sup>28</sup> Los pastores evangélicos desempeñan un papel muy importante en este sistema, ya que son los encargados de garantizar el cumplimiento de las normas sociales establecidas<sup>29</sup> y, además, son reconocidos como los intermediarios entre una persona enferma y el poder divino.<sup>30</sup>

La interacción de sistemas de salud en un contexto de pluralismo médico no necesariamente implica aceptar uno y rechazar otros, ya que para tratar una afección de salud se considera tanto la interpretación de los signos observados como la elección del tratamiento adecuado entre las diversas alternativas disponibles.<sup>31</sup> Por ejemplo, durante la pandemia del COVID-19, un estudio realizado con población awajún que tuvo esta enfermedad reveló que el 82.7 % de participantes utilizó plantas medicinales para tratarse y que el 53.4 % del total utilizó medicamentos, lo que indica que un elevado porcentaje se trató con los dos diferentes sistemas de atención a la salud identificados.<sup>32</sup>

---

27 Sistema de Consulta de Base de Datos de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Consultado el 23 de octubre de 2022. Disponible en: <https://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>

28 Guerrero, B. (1995). Medicina andina y medicina pentecostal en los aymaras del norte grande de Chile: del yatiri al pastor. *Chungara*, 27(2), 153-165.

29 Ídem.

30 Ramírez Hita, S. (2010). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí* (2.ª ed.). La Paz: Cooperación Italiana, Embajada de Italia en Bolivia, Fondazione Angelo Celli.

31 Langdon, E. J. (1994). Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. En: R. Santos y C. Coimbra (Eds.). *Saúde e povos indígenas*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

32 Díaz, L. y Cambria, C. (2021). *COVID-19 en el pueblo awajún y la nación wampis*. Lima: CooperAcción, OXFAM.

Otra muestra de la articulación entre diferentes sistemas es el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), quienes son personas reconocidas en su ámbito comunitario que realizan “acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones, locales y regionales”.<sup>33</sup> Su importancia radica en el manejo del idioma local, su contacto con los líderes y su conocimiento sobre las concepciones y prácticas sanitarias en las comunidades.<sup>34</sup> En el contexto de la pandemia, los ACS se convirtieron en actores clave para el avance del proceso de inmunización pues contribuyeron con la sensibilización y concientización de la importancia de la vacuna contra esta enfermedad, facilitando un acercamiento entre los servicios de salud y las comunidades nativas.<sup>35</sup>

Los sistemas de salud biomédico e indígena son reconocidos por el Estado peruano, habiéndose incorporado en diversos instrumentos de política pública, según se detalla:

- La Política Sectorial de Salud Intercultural<sup>36</sup> dispone la recopilación, revalorización, rescate, conservación y difusión de la medicina tradicional o ancestral de los pueblos indígenas u originarios; asimismo, fomenta la articulación de esta medicina con la medicina convencional.<sup>37</sup>
- La Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural reconoce la importancia del “reconocimiento, valorización y recuperación de saberes y conocimientos tradicionales y populares de los diversos grupos culturales del

---

33 Ministerio de Salud (2022). Directiva Administrativa: Orientaciones para la conformación y funcionamiento de los Comités Comunitarios de Salud Indígena o Afrodescendiente con pertinencia cultural.

34 Ministerio de Salud, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (2015). Fortaleciendo las competencias del personal de salud que implementa un Modelo de Atención Intercultural para comunidades asháninkas en el Primer Nivel de Atención. Guía para el facilitador - Personal de salud. Lima: Ministerio de Salud, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud.

35 Ministerio de Salud. Nota de prensa de 18 de octubre de 2022. Los Agentes Comunitarios de Salud y su determinante aporte en la vacunación contra la COVID-19 en los pueblos indígenas. Disponible en: <http://tinyurl.com/bdfb3jcz>.

36 De acuerdo a la RM N° 1162-2019-MINSA, la Política Sectorial de Salud Intercultural mantuvo su vigencia hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, aprobada con DS N° 026-2020-SA, del 24 de agosto de 2020.

37 Ministerio de Salud (2016). Política Sectorial de Salud Intercultural.

país, en articulación y diálogo con las comunidades dueñas y poseedoras del saber”.<sup>38</sup>

Además, aun cuando no se trata de un instrumento legal vinculante, es relevante señalar que la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas también aborda este tema, señalando que: “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital”.<sup>39</sup>

### 1.3. Etnicidad y salud

La etnicidad es una categoría que “engloba las prácticas culturales que distinguen a un grupo de personas de otros”,<sup>40</sup> lo que incluye características como el idioma, la cosmovisión, las relaciones de parentesco,<sup>41</sup> los estilos de vida, los valores, las formas de entender su bienestar, las actividades económicas, las fiestas, las expresiones artísticas, etc.<sup>42</sup>

Por ello, cuando se aborda el tema de etnicidad y salud, se busca reconocer el respeto de los sistemas propios de salud y de reorientar los servicios de salud con un enfoque intercultural para avanzar con equidad y justicia social hacia el goce del máximo grado posible de salud, y otros derechos humanos de los pueblos indígenas.<sup>43</sup>

38 Ministerio de Cultura (2017). Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.


39 Naciones Unidas (2008). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

40 Ministerio de Cultura Decreto Supremo N° 005-2020-MC del 30 de mayo de 2020 que aprueba los lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19.

41 Ministerio de Salud (2019). Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud.

42 Ministerio de Cultura Decreto Supremo N° 005-2020-MC del 30 de mayo de 2020 que aprueba los lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19.

43 Organización Panamericana de la Salud (2017). Política sobre etnicidad y salud.



En nuestro país existen diversos grupos étnicos y, si bien la Constitución Política del Perú establece que “nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole”,<sup>44</sup> grupos como los pueblos indígenas u originarios aún experimentan situaciones de exclusión y subordinación.<sup>45</sup> La discriminación estructural que sufren estos pueblos, sumada a la poca participación que tienen en la toma de decisiones sobre asuntos que los involucran, llevan a que se enfrenten a diferentes barreras en el acceso a servicios públicos de calidad, entre ellos los servicios de salud.<sup>46</sup>

En el Perú se han realizado diferentes iniciativas para visibilizar la situación de los pueblos indígenas u originarios, a fin de poder diseñar e implementar políticas públicas pertinentes a la realidad. En los Censos Nacionales de 2017 se incluyó por primera vez una pregunta sobre autoidentificación étnica, lo que permitió disponer de información desagregada por pertenencia étnica sobre los diferentes aspectos abordados, por ejemplo, tipo de vivienda, abastecimiento de agua, servicios higiénicos, nivel de estudio, afiliación a seguro de salud, entre otros.

Posteriormente, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA, aprobó la “*Directiva administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud*”, en la que se establecen las disposiciones para el procedimiento de registro de la variable étnica en los registros de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas. Por último, a través del Decreto Supremo N° 005-2020-MC, se aprobaron los lineamientos para incorporar la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19.

Sin embargo, la limitada información estadística sobre la situación de salud de los pueblos indígenas u originarios sigue siendo un problema vigente en el país, debido a factores como el inadecuado registro o la falta de incorporación de la variable de pertenencia étnica en todos los niveles de atención de la salud.

---

44 Artículo 2 de la Constitución Política del Perú.

45 Defensoría del Pueblo (2015). Informe Defensorial N° 169, “La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”.

46 Organización Panamericana de la Salud (2019). Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

A pesar de ello, se dispone de algunos datos que permiten dar cuenta de las brechas existentes en la población indígena. De acuerdo al III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas de 2017:<sup>47</sup>


- El 61 % de las personas hablantes de una lengua indígena declararon contar con Seguro Integral de Salud (SIS); sin embargo, sólo en tres 3 de cada 10 comunidades nativas y en 4 de cada 10 comunidades campesinas se cuentan con establecimientos de salud en sus territorios.
- La falta de establecimientos de salud repercute en otros derechos, como los derechos sexuales y reproductivos. Así, por ejemplo, las mujeres que hablan una lengua indígena amazónica presentan niveles más altos de maternidad adolescente. En los casos de mujeres ashaninka y shipibo-konibo, de diez mujeres que son madres, tres son adolescentes.
- Respecto a las personas fallecidas en las comunidades nativas, dentro de los 12 meses previos a efectuarse el censo, la neumonía fue la causa principal de muerte, con 308 personas fallecidas, junto a las diarreas y vómitos con 320 personas fallecidas por dicha causa.
- En las comunidades campesinas, la neumonía sigue siendo la principal causa de muerte, llegando a 632 fallecimientos.
- En los doce meses anteriores al censo, 298 neonatos en las comunidades campesinas y nativas fallecieron durante el parto.
- 77 mujeres de las comunidades campesinas fallecieron a causa de complicaciones con el parto, siendo 76 quechua. En las comunidades nativas fallecieron 47 mujeres, siendo 14 ashaninka.

Asimismo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental, brinda algunos datos que permiten dar cuenta de las brechas existentes al año 2021:<sup>48</sup>

---

47 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2017: III de Comunidades Indígenas y I de Comunidades Campesinas.

48 Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental.

- 
- El 63.9 % de mujeres indígenas<sup>49</sup> recibió la vacuna antitetánica durante su última gestación, cifra menor al promedio nacional que alcanza el 68 %.
  - La prevalencia de enfermedades diarreicas en personas indígenas de cinco años alcanza un 10 %, cifra mayor al promedio nacional (9.4 %).
  - La prevalencia de anemia en mujeres indígenas en edad fértil es de 19.5 %, cifra mayor al promedio nacional, que es 18.8 %.
  - El 54.4 % de mujeres indígenas ha sufrido violencia psicológica y/o verbal de parte de su esposo o compañero, cifra mayor al promedio nacional (50.8 %).

Esta situación da cuenta de las brechas en materia de salud que afectan a las personas indígenas, en particular, de las zonas rurales, por lo que se requieren intervenciones específicas en las comunidades indígenas con planes de atención, metas y presupuesto planificado para cautelar su derecho a la salud.

---

49 En este grupo se considera a las personas que se autoidentifican como quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

## 1.4. Marco normativo específico para la atención de la salud de los pueblos indígenas frente al COVID-19

A continuación, presentamos un resumen de las principales normas y medidas emitidas en el ámbito nacional para la atención al derecho a la salud de la población indígena en el marco de la pandemia del COVID-19.

### Cuadro N° 1

#### Normas y medidas para la atención de la población indígena durante la pandemia del COVID-19

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Marzo - 2020	Resolución Ministerial N° 109-2020-MC, del 27 de marzo de 2020, que establece las acciones del Ministerio de Cultura en el marco de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la existencia del COVID-19, las acciones para la adecuación intercultural y lingüística en el marco de la Emergencia Sanitaria y las disposiciones con relación a los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.	Su elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Cultura, es de alcance nacional y sus disposiciones se enfocan en toda la población indígena u originaria -no únicamente la amazónica-abordando temas como la adecuación cultural y lingüística de servicios y mensajes dirigidos a estos pueblos y las disposiciones con relación a los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.
Mayo - 2020	Decreto Legislativo N° 1489, del 10 de mayo de 2020, que establece acciones para la protección de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19.	La norma es de alcance nacional en sus tres niveles de gobierno. Funciona como un marco normativo general que establece una estrategia de Estado frente a la problemática del COVID-19 en la población indígena u originaria. Este Decreto Legislativo tiene por objeto "... establecer medidas extraordinarias y urgentes dirigidas a brindar atención a pueblos indígenas u originarios, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19".

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Mayo – 2020	Decreto Supremo N° 004-2020-MC, del 30 de mayo de 2020, que aprueba los “Lineamientos técnicos para garantizar la pertinencia y adecuación cultural en la atención de los pueblos indígenas u originarios, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID – 19”.	Es una norma de alcance nacional para sus tres niveles de gobierno (nacional, regional y local). El objetivo de la norma es establecer los lineamientos técnicos que permitan garantizar que los servicios y acciones extraordinarias y urgentes que implementen las entidades públicas para la atención de la población indígena u originaria en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19, se realicen con pertinencia y adecuación cultural asegurando el reconocimiento y valoración de la diversidad cultural y lingüística, sin discriminación étnico-racial, y con respeto a los derechos fundamentales de la persona.
Mayo – 2020	Decreto Supremo N° 005-2020-MC, del 30 de mayo de 2020, que aprueba los “Lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19”.	Su elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Cultura, es de alcance nacional y está dirigido a entidades públicas que brindan servicios o realizan acciones indispensables para población indígena u originaria. El objetivo de este documento es brindar las pautas para que, en el contexto de la Emergencia Sanitaria declarada por COVID-19, las entidades públicas encargadas de brindar servicios y atender a pueblos indígenas u originarios incorporen la variable étnica en sus registros administrativos.
Mayo – 2020	Resolución Ministerial N° 308-2020-MINSA, del 21 de mayo de 2020, que aprueba el “Plan de Intervención del Ministerio de Salud Para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía Peruana frente a la Emergencia del COVID-19.”	El responsable de la implementación de esta norma es el Ministerio de Salud, a través de sus unidades ejecutoras en 10 regiones del país que tienen población indígena y los centros poblados rurales sin población indígena, pero cercanos a esta. El documento busca contribuir a la “...reducción y contención del impacto sanitario, social y económico del COVID-19 en comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía”, a través de dos objetivos específicos: Fortalecer las medidas de prevención ante el riesgo de propagación del COVID-19 en el nivel comunitario; y mejorar la capacidad resolutoria de las IPRESS del nivel 1-3 y 1-4 para la respuesta sanitaria rápida ante casos de COVID-19.

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Junio – 2020	Resolución Ministerial N° 386-2020-MINSA, del 13 de junio de 2020, que aprueba el “Documento Técnico: Orientaciones para la Conformación y Funcionamiento del Comando COVID-19 Indígena a nivel regional.”	La elaboración de este documento estuvo a cargo del Ministerio de Salud, su alcance comprende las 10 regiones en las que se ejecuta el Plan de Intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19 (Amazonas, Cajamarca, Loreto, Ucayali, Madre de Dios, San Martín, Cusco, Huánuco, Pasco y Junín). El objetivo del documento es “establecer orientaciones para la creación, organización y funcionamiento de los Comandos COVID-19 Indígenas”.
Junio - 2020	Decreto de Urgencia N° 071-2020, del 23 de junio de 2020, que establece el “Plan de Intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonia frente a la Emergencia del COVID-19.”	Se trata de un documento administrativo que permitirá a la Oficina de Administración del Ministerio de Salud asignar fondos a la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios y a las Unidades Ejecutoras en las 10 regiones priorizadas por dicho plan, para la ejecución del Plan de Intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía Peruana frente a la Emergencia del COVID-19 (Resolución Ministerial N° 308-2020-MINSA). Asimismo, tiene por objeto “... establecer medidas complementarias, en materia económica y financiera, que permitan al Ministerio de Salud y a los Gobiernos Regionales incrementar su capacidad de respuesta, así como implementar otras medidas, que permitan garantizar la ejecución de acciones oportunas para la atención de la emergencia sanitaria generada por el brote del Coronavirus (COVID-19)”.
Julio – 2020	Resolución Ministerial N° 451-2020-MINSA, del 2 de julio de 2020, que aprueba el “Documento Técnico: Lineamientos para la prevención de infecciones respiratorias y COVID-19 en zonas cercanas a Población Indígena en Aislamiento y Contacto Inicial en el Perú.”	La elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Salud, su alcance comprende las 10 regiones en las que se ejecuta el Plan de Intervención del Ministerio de Salud y está enfocado en la Población Indígena en Aislamiento y Contacto Inicial (PIACI). El documento busca establecer los lineamientos para prevenir, reducir y contener las infecciones respiratorias y COVID-19 en zonas con presencia de PIACI, desde un enfoque intercultural y de derechos humanos.

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Julio – 2020	Resolución Ministerial N° 512-2020-MINSA, del 22 de julio de 2020, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 112-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria para el abordaje del manejo de cadáveres a causa de la COVID-19 en localidades con poblaciones indígenas u originarias.”	La directiva tiene por finalidad contribuir a prevenir y controlar los factores de riesgo en la salud de las personas frente a la presencia de cadáveres cuya causa de muerte es la COVID-19 en localidades con poblaciones indígenas u originarias. Asimismo, establece las disposiciones operativas para el manejo de cadáveres por COVID-19 en territorios con población indígena u originaria, con pertinencia y adecuación cultural.
Julio – 2020	Decreto Supremo N° 010-2020-MC, del 31 de julio de 2020, que aprueba los “Lineamientos para la implementación de la estrategia de alertas para la identificación de casos sospechosos de COVID-19 en los pueblos indígenas u originarios y el pueblo afroperuano, y para el seguimiento y monitoreo durante el tratamiento médico de los casos, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19.”	Su elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Cultura, es de alcance nacional y está dirigido a población indígena u originaria -no únicamente la amazónica- y a población afroperuana. El objetivo es establecer los lineamientos para la implementación de la estrategia de alertas de casos sospechosos de COVID-19 entre población indígena u originaria y la población afroperuana a nivel nacional, así como referirlos a IPRESS para su atención, seguimiento y monitoreo.
Agosto – 2020	Sala de Población Indígena con COVID-19, implementada el 18 de agosto de 2020.	Esta herramienta de información pública no se aprobó mediante un documento normativo.
Setiembre - 2020	Decreto de Urgencia N° 102-2020, del 2 de setiembre de 2020, que dicta medidas extraordinarias y urgentes para ampliar y reforzar la respuesta sanitaria en el marco de la Emergencia Nacional por el COVID-19.	Se trata de un documento administrativo de alcance nacional del Ministerio de Salud que busca brindar una autorización de uso de fondos para los gobiernos regionales y así fortalecer la respuesta frente al COVID-19 en el marco del Plan de Intervención del Ministerio de Salud Para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía Peruana frente a la Emergencia del COVID-19 (Resolución Ministerial N° 308-2020-MINSA).
Setiembre – 2020	Decreto Supremo N° 014-2020-MC, del 30 de setiembre de 2020, que aprueba los “Lineamientos de actuación en ámbitos geográficos en los que el Ministerio de Cultura ha determinado la presencia o desplazamiento de pueblos indígenas en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial, así como en sus ámbitos colindantes o aledaños, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19.”	Su elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Cultura, es de alcance nacional y se enfoca en aquellos ámbitos con presencia o desplazamiento de PIACI. El documento busca establecer las medidas de prevención y las pautas para la adecuación de servicios y actividades que deben adoptar las entidades públicas y los privados autorizados en ámbitos con presencia de PIACI.

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Marzo - 2021	Publicación de la plataforma de datos de acceso público denominado “Tablero de Control”, del 16 de marzo de 2021, que permite evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos en salud en las comunidades nativas y afroperuanas.	Esta herramienta de información pública no se aprobó mediante un documento normativo.
Marzo - 2021	Decreto Supremo N° 005-2021-MC, del 26 de marzo de 2021, que crea la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente encargada de proponer, realizar el seguimiento y fiscalizar la implementación de las medidas y acciones estratégicas para el desarrollo integral de los pueblos indígenas u originarios en el país.	Presidida por el Ministerio de Cultura y tiene por objeto proponer, realizar el seguimiento y fiscalizar la implementación de las medidas y acciones estratégicas para fortalecer el diálogo, la articulación y el desarrollo integral de los pueblos indígenas u originarios en el país.
Abril - 2021	Resolución Ministerial N° 506-2021/MINSA, del 18 de abril de 2021, que aprueba la “Directiva Administrativa N° 313-MINSA-2021-DGIESP: Orientaciones para la conformación y funcionamiento de los Comandos COVID-19 indígena o afrodescendiente.”	La elaboración de este documento estuvo a cargo del Ministerio de Salud. Su ámbito de aplicación comprende a los establecimientos de salud públicos que brindan atención a población indígena o afrodescendiente. En este documento se dan las disposiciones respecto a la conformación, atribuciones, responsabilidades y vigencia de los Comandos COVID-19 indígena o afrodescendiente.
Julio - 2021	Oficio Circular N° 423-2021-DGIESP/MINSA, del 1 de julio de 2021, mediante el cual se notifica a las direcciones y gerencias regionales de salud el “Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”.	El Ministerio de Salud, mediante el Oficio Circular N° 423-2021-DGIESP/MINSA, remite el Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios a las Direcciones de Redes Integradas de Salud y a las direcciones o gerencias regionales de salud, para su incorporación a la vacunación contra el COVID-19. El protocolo establece orientaciones para la organización y funcionamiento de las brigadas de vacunación en comunidades o localidades pertenecientes a pueblos indígenas u originarios.
Febrero - 2022	Resolución Ministerial N° 089-2022/MINSA, del 22 de febrero de 2022, que aprueba la “Directiva Administrativa N° 325-MINSA/DGIESP-2022: Orientaciones para la conformación y funcionamiento de los Comités Comunitarios de Salud Indígena o Afrodescendiente con pertinencia cultural.”	Esta directiva administrativa fue elaborada por el Ministerio de Salud. En ella se brindan las pautas referentes a la conformación, atribuciones, responsabilidades y vigencia de los Comités Comunitarios de Salud Indígena o Afrodescendiente (CCSIA) en comunidades indígenas y centros poblados rurales.

Mes y año	Documento normativo	Síntesis
Octubre - 2022	Resolución Ministerial N° 782-2022/ MINSA, del 5 de octubre de 2022, que aprueba el “Documento Técnico: Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022.”	La elaboración de este documento estuvo a cargo del Ministerio de Salud. Su ámbito de aplicación abarca las siguientes regiones: Loreto, Ucayali, Amazonas, San Martín, Madre de Dios, Cusco, Pasco, Huánuco, Junín, Ayacucho y Cajamarca. Su objetivo es “mejorar la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las 11 regiones priorizadas, ante la propagación de la COVID-19 para prevenir y reducir el impacto en la morbilidad y mortalidad en las comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía.”

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Considerando que el análisis de la progresión normativa para la atención del COVID-19 en las comunidades indígenas fue presentado por la Defensoría del Pueblo en el Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI/PPI, denominado “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”,<sup>50</sup> no se ahondará en cada una de estas medidas en el presente documento, sino más bien se desarrollará la implementación de las normas relacionadas al proceso de vacunación en las comunidades y localidades indígenas.

---

50 Disponible en: <http://tinyurl.com/2v43cjd6>



**CAPÍTULO 2**

**EL DEBER DEL ESTADO PARA  
GARANTIZAR LA VACUNACIÓN CON  
PERTINENCIA CULTURAL A PUEBLOS  
INDÍGENAS**



Como se ha señalado,<sup>51</sup> la pandemia por el COVID-19 expuso a los pueblos indígenas a situaciones de mayor vulnerabilidad social y económica, haciendo mucho más notoria la limitada presencia del Estado en dichos territorios, además del incremento de las desigualdades existentes que impidieron el goce efectivo de sus derechos como a la salud, a la educación, a la seguridad alimentaria y económica, entre otros.

Frente a esta particular situación, era imperativo que el Estado agote todos los esfuerzos para contrarrestar los efectos del coronavirus. Para ello, se debía procurar la pronta llegada de las vacunas —que arribaron al Perú a casi un año del inicio de la emergencia sanitaria—, en tanto se convertían en una esperanza para evitar la complicación de los casos y la reducción del número de fallecimientos por COVID-19, más aún en territorios indígenas donde los servicios sanitarios son inexistente o deficientes.

Lograr que el proceso de inmunización sea sostenido y aceptado por la población nacional representaba un reto para el Estado, considerando el limitado número de vacunas que llegaron a nuestro país y las múltiples percepciones que se tenían respecto a este medicamento por distintos grupos de la sociedad. Pero, además, la vacunación en las comunidades indígenas representaba un desafío mayor, considerando sus características culturales y los sistemas de salud que coexisten en sus territorios.

Por ello, resultaba fundamental que las autoridades nacionales y regionales emprendieran acciones de información y sensibilización en lenguas originarias sobre la importancia de la vacunación para combatir la desinformación y los prejuicios existentes en la población indígena, sea por razones culturales o religiosas. Así como, implementar medidas para superar las dificultades geográficas, culturales y logísticas que podían impedir la vacunación en las comunidades indígenas.

---

51 Defensoría del Pueblo (2020). Informe de Adjuntía N° 001-2020-DP/AMASPPI/PPI, “COVID-19: Recomendaciones para un Plan de Atención con pertinencia cultural para los pueblos indígenas de Loreto”, del 21 de abril de 2020, Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI-PPI, “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”, del 30 de diciembre de 2020 e Informe de Adjuntía N° 003-2020-DP/AMASPPI-PPI, “La participación de los pueblos indígenas durante la emergencia sanitaria por el COVID-19”, del 30 de diciembre de 2020.

En esa línea, en diciembre de 2020, la Defensoría del Pueblo recomendó al Ministerio de Salud garantizar la distribución, entrega y aplicación de las vacunas contra el COVID-19 para la población indígena andina y amazónica, con pertinencia cultural y en coordinación con sus organizaciones representativas.<sup>52</sup> Asimismo, en febrero de 2021, se extendieron estas recomendaciones a 23 gobiernos regionales, en el marco del artículo 49° de la Ley N° 27867,<sup>53</sup> que prescribe sus funciones en materia de salud. En el cuadro a continuación se detallan los documentos remitidos.

### Cuadro N° 2

#### Recomendaciones de la Defensoría del Pueblo sobre el proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas

Fecha	Documento	Institución	Recomendaciones
19/02/2021	Oficios N° 036, 037, 038, 039, 040,041,042, 043,044,045, 046,047,048,049, 050,051,052,053, 054,055,056, 057,058 y 059-2021-DP/AMASPPI/PPI.	Dirección y/o Gerencia Regional de Salud de Loreto, Ucayali, Amazonas, San Martín, Madre de Dios, Cusco, Huánuco, Junín, Pasco, Cajamarca, Áncash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua, Piura, Puno y Tacna; así como a las Redes Integradas de Salud-Lima Norte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en el plan o estrategia regional de inmunización contra el COVID-19 la atención a los pueblos indígenas con pertinencia cultural.</li> <li>• Difundir información sobre las medidas de prevención, atención, contención e inmunización contra el COVID-19, en las lenguas indígenas u originarias predominantes de su ámbito territorial.</li> <li>• Fortalecer las capacidades del personal de salud y agentes comunitarios de salud sobre la inmunización contra el COVID-19.</li> <li>• Coordinar con actores locales, acciones de planificación y ejecución del Plan de inmunización regional para pueblos indígenas.</li> </ul>

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

52 En el Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI-PPI, denominado “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”, del 30 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://acortar.link/kV9WDM>.

53 Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

## 2.1. Los pueblos indígenas y la estrategia nacional de vacunación contra el COVID-19

En octubre de 2020, el Ministerio de Salud emitió el “*Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19*”,<sup>54</sup> documento que se constituyó en una de las primeras medidas para la implementación del proceso de inmunización contra el COVID-19 a la población en general. En este plan se contemplaban tres fases y grupos de la población prioritarios para el esquema de vacunación, considerando su vulnerabilidad epidemiológica y el riesgo de exposición.

La primera fase tuvo por finalidad proteger la integridad del sistema de salud y la continuidad de los servicios básicos. Por ello, se incluyó al personal de salud, personal de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, Cruz Roja, personal de seguridad, serenazgo y limpieza, brigadistas, estudiantes de la salud y miembros de mesa.<sup>55</sup>


En la segunda fase, entre otros grupos, se consideraron a las comunidades nativas o indígenas y tuvo por finalidad reducir la morbilidad severa y la mortalidad en población de mayor riesgo. La tercera fase tuvo como objetivo reducir la transmisión de la infección en la continuidad y generar la inmunidad de rebaño, contemplando a las personas de 18 a 59 años de edad.

Entre otros aspectos esenciales de dicho Plan, se contemplaron acciones de preparación y logística necesaria para el desplazamiento de las brigadas de vacunación, entre ellas, las brigadas itinerantes, las que ingresarían a territorios de comunidades indígenas previa coordinación con las/os dirigentes de las comunidades.

Luego de la aprobación del mencionado Plan y las gestiones para la adquisición y arribo de las vacunas al Perú, en febrero de 2021, se dio inicio al proceso de

54 Aprobado con Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA, del 20 de octubre de 2020.

55 El Ministerio de Salud informó que se incorporó a los miembros de mesa como parte de los grupos priorizados para recibir la vacunación contra el COVID-19, debido a que, en el momento de aprobación de dicho plan, el Perú se encontraba dentro del proceso de elecciones generales 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/343279-miembros-de-mesa-estaran-adecuadamente-prottegidos-contra-la-covid-19-en-las-elecciones>.



vacunación con la inmunización contra el COVID-19 al personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión en Lima y, según lo previsto en el Plan, se empezó con el grupo de profesionales de la salud. Sin embargo, dado el contexto y conforme se iba avanzando en el proceso de vacunación, el Ministerio de Salud efectuó modificaciones a las fases de vacunación del referido Plan.<sup>56</sup>

Sin embargo, a marzo del 2021, advertimos la ausencia de medidas específicas para la vacunación en las comunidades indígenas. Por ello, se recomendó al Ministerio de Salud<sup>57</sup> la elaboración de un plan de vacunación contra el COVID-19 con pertinencia cultural, solicitándole además información sobre las acciones efectuadas para la capacitación del personal de salud en zonas indígenas, la elaboración de materiales informativos en lenguas originarias y las condiciones de los equipos de refrigeración para conservar la cadena de frío en los establecimientos de salud ubicados en las comunidades indígenas.

Posteriormente, el Ministerio de Salud consideró conveniente realizar ajustes al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, publicando en abril de 2021, el *“Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra la COVID-19”*.<sup>58</sup> Con esta nueva versión, la estrategia de vacunación priorizaba la inmunización bajo un enfoque territorial, permitiendo que las personas que vivían en las comunidades indígenas, independientemente de su edad, puedan ser inmunizadas contra el COVID-19.

Cabe señalar que con el nuevo Plan se estableció expresamente la observancia a la pertinencia cultural en el desarrollo de la vacunación a las comunidades indígenas, contemplando la implementación de una estrategia comunicacional que incluía la elaboración de materiales impresos y productos de comunicación audiovisuales sobre la vacuna contra el COVID-19, así como las preguntas y respuestas más frecuentes sobre la enfermedad.

---

56 Resolución Ministerial N° 345-2021/MINSA, del 5 de marzo de 2021, que modifica las “Fases de vacunación” del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

57 Oficio N° 072-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 9 de marzo de 2021, dirigido a la Dirección de inmunizaciones del Ministerio de Salud.

58 Aprobado con Resolución Ministerial N° 488-2021/MINSA, del 14 de abril de 2021.

Pese a la aprobación del nuevo Plan y conforme iba avanzando la vacunación, las organizaciones indígenas, como Orpio y Orau, advertían y demandaban al Estado la necesidad de reforzar la pertinencia cultural en la inmunización dentro de las comunidades indígenas, solicitando principalmente campañas de comunicación con enfoque territorial y comunitario.<sup>59</sup> Mientras tanto, las propias organizaciones y/o comunidades indígenas organizadas implementaron sus estrategias comunicacionales a fin de generar confianza en la población indígena.

Asimismo, también se tomó conocimiento de las dificultades que se venían presentando en el desarrollo inicial del proceso de vacunación en las comunidades. Por ejemplo, el Comando COVID-19 Indígena de Loreto informaba la falta de información sobre las vacunas y cuestionaba la forma y el modo de la vacunación, solicitando al Minsa la activación de los mecanismos de coordinación con las comunidades y el fortalecimiento de las capacidades de los agentes comunitarios de salud para cooperar en su difusión.<sup>60</sup>

Por su parte, la organización indígena Feconapia, representativa de pueblos indígenas del departamento de Huánuco, informó a la institución que la población de las nueve comunidades nativas que representan había optado por no recibir la vacuna, pues dudaban de su efectividad y temían que su aplicación les produjera otro tipo de problemas a su salud.<sup>61</sup>


Dados estos casos y ante la ausencia de una medida estatal para un proceso de vacunación con pertinencia cultural en las comunidades indígenas, la Defensoría del Pueblo, a través de los oficios N° 171-2021-DP/AMASPPI y 123-2021-DP/AMASPPI-PPI de abril y junio de 2021, reiteró e instó al Ministerio de Salud la urgencia de elaborar y aprobar una estrategia y/o protocolo de vacunación contra el COVID-19 para los pueblos indígenas andinos y amazónicos, considerando sus características culturales, lingüísticas y geográficas, a la luz de lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1489.<sup>62</sup>

59 Disponible en: <https://acortar.link/smNA1q>. Consultado el 7 de junio de 2023.

60 Pedido realizado a través del Oficio N° 54-CCIL 20/03-2021-CCIL, del 20 de marzo de 2021 y Oficio N° 01/01/2021-CCIL, del 11 de enero de 2021, dirigido al Ministerio de Salud.

61 Diario Página 3, publicado el 19 de marzo de 2021, “Nativos dicen que no se vacunarán contra la COVID-19”. Disponible en: <https://bit.ly/3sQADTJ>.

62 Decreto Legislativo N° 1489-2020, del 10 de mayo de 2020, que establece acciones para la protección



Fue recién el 1 de julio del 2021, seis meses después del inicio del proceso de vacunación, que el Minsa logra emitir el “*Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*”,<sup>63</sup> documento que fue socializado por el Sector, mediante un oficio circular,<sup>64</sup> a todas las direcciones y/o gerencias regionales de salud a nivel nacional, con el fin de que estas implementen dicha estrategia de vacunación en las comunidades indígenas de su jurisdicción.

Si bien saludamos la elaboración de dicho protocolo, la Defensoría del Pueblo considera que su no aprobación mediante una norma sectorial impidió que esta estrategia de vacunación se implemente correctamente y de manera obligatoria por parte del personal de salud. Además, advertimos que su dación no fue respaldada con un presupuesto específico que garantice su ejecución.

A continuación, se muestra una línea de tiempo sobre las disposiciones emitidas por el Estado para implementar el proceso de vacunación a las comunidades indígenas del país.

---

de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Covid-19.

63 Hasta entonces no se contaba con un documento que desarrolle de manera detallada las consideraciones para la vacunación en comunidades o localidades pertenecientes a los pueblos indígenas u originarios. La NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, solo tiene una disposición específica dirigida a las comunidades indígenas, la cual se refiere a la periodicidad de la vacunación en dichos ámbitos. En su disposición 4.7 precisa que: “El Esquema Nacional de Vacunación en comunidades indígenas, debe ser flexible, considerando márgenes de intervalos mínimo de 4 semana (28 a 30 días); esto en razón al número y frecuencia de las visitas que realizan los equipos itinerantes de salud que brindan Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped)”.

64 Oficio Circular N° 423-2021-DGIESP/MINSA, del 1 de julio de 2021, dirigido a gerentes/directores regionales de salud y directores de redes integrales de salud.

### Gráfico N° 1

#### Medidas para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

## 2.2. Recomendaciones de la Defensoría del Pueblo para la vacunación en pueblos indígenas u originarios

Con el fin de reforzar y contribuir con el proceso de vacunación en las comunidades indígenas, la Defensoría del Pueblo realizó un seguimiento pormenorizado de las recomendaciones efectuadas a los ministerios de Salud y Cultura y los gobiernos regionales respecto de las medidas que venían implementando, dentro de sus competencias, para la atención, prevención y respuesta frente al COVID-19 en los pueblos indígenas, ante el incremento de contagios.

Por ello, luego de la aprobación del *"Plan de Respuesta ante la segunda ola y posible tercera ola pandémica en el Perú, 2021"*<sup>65</sup> (en adelante, *Plan de Respuesta al COVID-19 del 2021*), la institución expresó su preocupación al Ministerio de Salud por la falta de inclusión de la población indígena andina como parte de la población objetivo

65 Aprobado con Resolución Ministerial N° 835-2021/MINSA, del 7 de julio de 2021.

de dicho Plan,<sup>66</sup> pese a que en anteriores oportunidades se solicitó al Minsa tal incorporación.<sup>67</sup>

Asimismo, tras conocer que el referido Plan no contaba con financiamiento público,<sup>68</sup> se solicitó al Minsa gestionar y/o asignar el presupuesto necesario para su implementación, en tanto coadyuvaría a la correcta implementación del proceso de vacunación,<sup>69</sup> siendo este pedido concretado con la aprobación y publicación del Decreto Supremo N° 304-2021-EF, de noviembre de 2021, que destinó un presupuesto de S/ 24 249,239 al Minsa y S/ 3 511, 880 a 10 gobiernos regionales.<sup>70</sup>

De otro lado, entre los meses de setiembre y noviembre de 2021, la Defensoría del Pueblo llevó a cabo una supervisión al proceso de vacunación en comunidades indígenas, priorizando su intervención en los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Puno, San Martín y Ucayali, luego de advertir el poco avance en la vacunación en pueblos indígenas amazónicos principalmente. Cabe señalar que los resultados de esta supervisión se trasladaron al Ministerio de Salud.<sup>71</sup>

Al respecto, estimamos oportuno recordar que, en dicha supervisión, se abordaron aspectos vinculados a la disponibilidad de recursos humanos, logísticos y presupuestales de las microrredes de salud supervisadas, la implementación y cumplimiento de las disposiciones del “*Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos*

---

66 Oficio N° 163-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 26 de agosto de 2021, dirigido a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud.

67 En el 2020, se aprobó el “*Plan de Intervención del Ministerio de Salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia del Covid-19*”, cuyo ámbito de atención fue población indígena amazónica de los departamentos de Loreto, Ucayali, San Martín, Madre de Dios, Cusco, Pasco, Huánuco, Junín y Cajamarca”.

68 Esta información fue brindada por el Ministerio de Salud en una reunión sostenida el 23 de julio del 2021.

69 Oficio N° 163-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 26 de agosto de 2021, dirigido a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud y Nota de Prensa n.° 1215/OCH/DP/2021, del 29 de agosto de 2021. Disponible en: <https://acortar.link/757mc9>.

70 Gobiernos regionales de Amazonas, Loreto, Cajamarca, Huánuco, Pasco, Junín, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Cusco.

71 Oficio N° 297-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 19 de diciembre del 2021, dirigido a la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, donde se remiten los informes de supervisión sobre el proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas de San Martín, Junín, Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Amazonas, Cusco, Puno y Cajamarca.

*indígenas u originarios*” emitido por el Minsa, así como lo vinculado a la receptividad de las vacunas en la población de las comunidades indígenas.

Los resultados fueron publicados en nueve informes institucionales,<sup>72</sup> advirtiéndose, entre otros hallazgos, la falta de recursos presupuestarios y logísticos (combustible) para llegar a las comunidades, la falta de disponibilidad de medios de transporte para el desplazamiento de las brigadas, la insuficiente capacitación del personal de salud respecto al protocolo antes señalado, así como la ausencia y/o falta de mantenimiento de los equipos de refrigeración para el almacenamiento adecuado de las vacunas.

Frente a estos resultados, y considerando el presupuesto de S/ 24 249,239 millones de soles otorgado al Minsa por el Decreto Supremo N° 304-2021-EF, la Defensoría del Pueblo solicitó a dicho Sector garantizar su ejecución para coadyuvar en la vacunación contra el COVID-19 a las comunidades indígenas, así como supervisar y monitorear la implementación del *“Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”* en las redes y microrredes de salud de las regiones con alta presencia de población indígena.

Asimismo, también recomendó al Ministerio de Cultura<sup>73</sup> adoptar acciones que garanticen una campaña de información, en lenguas indígenas y empleando medios de radiodifusión, sobre la importancia de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades, a través de radioemisoras de alcance regional y local, y en coordinación con las organizaciones indígenas, así como, fortalecer el rol y la presencia de las lideresas y/o líderes indígenas en dicho proceso.

Por otro lado, en diciembre de 2021, mediante D.S. N° 179-2021-PCM, se estableció la obligatoriedad para las personas mayores de 18 años de mostrar su carnet de vacunación con las dosis completas para el ingreso a lugares públicos con ambientes cerrados.<sup>74</sup> Frente a esta situación, la institución recomendó al Minsa considerar la situación de las personas que habitan en comunidades indígenas alejadas donde las brigadas de vacunación contra el COVID-19 aún no han intervenido por

---

72 Disponible en: <https://acortar.link/foyHb2>.

73 Oficio N° 296-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 17 de diciembre de 2021, dirigido a la Dirección de Ciudadanía Intercultural del Ministerio de Cultura.

74 Decreto Supremo N° 179-2021-PCM, del 9 de diciembre de 2021.

limitaciones geográficas, logísticas o presupuestales, a efectos de garantizar la plena vigencia del principio del menor perjuicio a los derechos de las personas que viven en las comunidades.<sup>75</sup>

Ahora, si bien el proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población mayor de edad iba avanzando con ciertas dificultades, en enero de 2022, el Ministerio de Salud aprobó el *“Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 para personas de 5 a 11 años de edad”*,<sup>76</sup> lo que provocó cierta preocupación a nivel nacional por su implementación y los efectos de la vacuna en este grupo de la población. Incluso, antes de su aprobación, las organizaciones indígenas ya mostraban cierta reticencia.

Por ejemplo, la organización Orpio<sup>77</sup> mostró su preocupación por la falta de socialización o consulta respecto de la medida a implementar para la vacunación en niños y niñas de comunidades. Frente a estas inquietudes, la Defensoría del Pueblo recomendó al Ministerio de Salud<sup>78</sup> que el *“Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”*, elaborado en julio del 2021, contemple la vacunación de niñas y niños indígenas, garantizando la presencia de la madre, padre, tutor o cualquier persona adulta responsable de su cuidado para no impedir el acceso a la vacuna.

En febrero de 2022, luego de una reunión sostenida con el Minsa, la Defensoría del Pueblo advirtió públicamente el poco avance de vacunación en los pueblos indígenas, principalmente, de los departamentos amazónicos, donde el 46 % de personas indígenas vacunadas habían sido vacunadas con una dosis, 33 % con dos dosis, y 6 % con la dosis de refuerzo, siendo Amazonas, Madre de Dios, Loreto, Ucayali y Cajamarca los departamentos con menor porcentaje de ciudadanas/os indígenas vacunadas/os.<sup>79</sup>

---

75 Oficio N° 294-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 13 de diciembre de 2021, dirigido a la Dirección de pueblos Indígenas u Originarios y a la Dirección de Inmunizaciones.

76 Publicado el 13 de enero del 2022.

77 Oficio N° 131-DDDPP-VAC\_INF, del 31 de diciembre de 2021, remitido por la Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente – ORPIO.

78 Oficio N° 0014-2022-DP, del 11 de enero de 2022, dirigido al Ministerio de Salud.

79 Nota de Prensa n.° 103/OCII/DP/2022, del 18 de febrero de 2022.

Frente a esta situación, la Defensoría del Pueblo reiteró al Minsa mejorar las estrategias de ingreso e intervención, considerando el enfoque territorial, en las comunidades indígenas; así como, potenciar las campañas de difusión con información en lenguas indígenas sobre los beneficios de la vacuna, y priorizar el diálogo y el trabajo conjunto con las organizaciones indígenas para reducir las brechas de vacunación.

De igual forma, se alertó y se mostró preocupación al Minsa sobre la situación de salud de los pueblos indígenas<sup>80</sup> que se encuentran en distritos fronterizos, en cuyos territorios los servicios de salud son inexistentes o muy deficientes. Ante ello, se solicitó a dicho Ministerio adoptar medidas urgentes y coordinar con el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Cultura para mejorar los índices de vacunación contra el coronavirus en estas zonas del país.<sup>81</sup>

De igual manera, habiendo conocido de la ejecución total del presupuesto del *Plan de Respuesta al COVID-19 del 2021*, a nivel nacional y regional, la Defensoría del Pueblo solicitó al Ministerio de Salud informe si la estrategia de vacunación contra el COVID-19 para los pueblos indígenas contaba con una asignación presupuestal específica para el año 2022, y, de ser así, su distribución a nivel departamental.


Para junio de 2022, tras el anuncio del Ministerio de Salud del inicio de una cuarta ola de contagios, la Defensoría del Pueblo convocó a la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Minsa, para conocer los avances y dificultades que se venían presentando en la estrategia de atención y prevención de contagios frente al COVID-19 en la población indígena y específicamente de la vacunación en las comunidades indígenas a nivel nacional.

En la reunión, el Sector presentó cifras sobre el avance de la vacunación en pueblos indígenas que alertaron a la institución. Se advirtió que los departamentos de Amazonas, Loreto, Cusco, Madre de Dios y Ucayali no estaban logrando el ritmo ni la cobertura deseada en la inmunización, debido a diversos factores que se abordarán en el capítulo 4 del presente documento. Por ejemplo, Amazonas registraba apenas

---

80 De acuerdo a la Política Nacional de Desarrollo e Integración Fronterizos, aprobada por el Decreto Supremo N° 019-2018-RE, en los distritos fronterizos habitan más de 1500 comunidades y/o localidades que pertenecen a 39 pueblos indígenas u originarios.

81 Oficio Múltiple N° 001-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 11 de marzo de 2022.



el 46 % de las personas indígenas vacunadas con una dosis, el 31 % con dos dosis y 9 % con la tercera; mientras que Loreto registraba el 54 %, 37 % y 13 % en las tres dosis, respectivamente.

En dicho espacio, el Minsa también dio a conocer de la elaboración de un proyecto denominado “*Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en Población Indígena – 2022*”, a través del cual, con el presupuesto que se aprobaría, se coadyuvaría al proceso de vacunación pues cubriría algunos costos para los traslados y viáticos de las brigadas hacia las comunidades, así como en la difusión de información en las lenguas indígenas para recuperar el ritmo de las campañas de vacunación en territorios indígenas.

Es oportuno señalar que la Defensoría del Pueblo enfatizó que el adecuado desarrollo del proceso de inmunización a los pueblos indígenas, bajo un enfoque de derechos humanos y de interculturalidad, era el camino más efectivo para luchar contra la pandemia, tanto como medida de salud pública como para restituir sus derechos vulnerados durante la emergencia sanitaria por el COVID-19.

Por ello, en diversos espacios la institución solicitó al Minsa garantizar la cadena de prestaciones de salud para la vacunación de la población indígena con un presupuesto diferenciado, respaldando los pedidos de las propias organizaciones indígenas. Sobre esto último, por ejemplo, el Comando Regional COVID-19 Indígena de Loreto solicitó<sup>82</sup> al Ministerio de Economía y Finanzas presupuesto para el financiamiento de las brigadas de vacunación en dicha región.

Frente a estas preocupaciones, y al no contar con presupuesto para la aprobación del *Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en Población Indígena – 2022*”, en julio de 2022, la Defensoría del Pueblo solicitó al Minsa adoptar acciones para garantizar con urgencia el presupuesto necesario para la implementación del referido plan, con el fin de garantizar el acceso y cobertura de la vacuna para los pueblos indígenas.<sup>83</sup>

---

82 Oficio N° 28-MEF-CCL, del 4 de julio de 2022.

83 Oficio N° 088-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 8 de julio de 2022.

Asimismo, le reiteró el pedido de reforzar acciones de difusión con información en lenguas indígenas u originarias sobre la importancia de la vacunación contra el coronavirus y otras medidas focalizadas para aquellas zonas donde la brecha de vacunación sea crítica, así como mantener estrechas coordinaciones con las/os representantes de las organizaciones y pueblos indígenas para la mejora de la atención, prevención y vacunación del COVID-19.

Acogiendo la recomendación efectuada anteriormente, en octubre de 2022, el Ministerio de Salud aprobó el “*Documento Técnico: Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022*”,<sup>84</sup> el cual tuvo un presupuesto de S/ 3, 538 455 soles para la contratación de enlaces indígenas, adquisición de combustible, viáticos para las brigadas y para realizar perifoneo local.<sup>85</sup>

Debemos señalar que dicho plan consideró la contratación del servicio de perifoneo comunitario para la difusión de información sobre medidas de prevención, vacunación e intervenciones realizadas por las brigadas de salud intercultural, así como actividades para el fortalecimiento de la respuesta sanitaria del primer nivel de atención, como la contratación de enlaces indígenas para la intermediación entre las comunidades y los equipos de salud, además de la dotación de alimentos y combustibles para las brigadas de salud intercultural.

Es importante señalar que dicho documento pudo evidenciar que el principal problema que afecta a los pueblos indígenas es el “alto riesgo de exposición a la COVID-19, con elevado impacto en la morbilidad y mortalidad”,<sup>86</sup> principalmente por la negativa de esta población a vacunarse contra este virus, debido al desconocimiento de los beneficios de la vacuna y con la difusión de información incorrecta sobre esta intervención.<sup>87</sup>


---

84 Resolución Ministerial N° 782-2022/MINSA, del 5 de octubre de 2022.

85 Según información del Minsa, remitida por oficio N° D000134-2023-DGIESP-MINSA, del 26 de enero de 2023.

86 Ministerio de Salud (2022). Documento Técnico: Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022.

87 Ídem.



De manera paralela a las recomendaciones para la obtención de un presupuesto específico para la vacunación a comunidades indígenas, durante el último trimestre del 2022, la institución desarrolló una segunda supervisión a 123 microrredes de salud que atienden a población indígena de 11 departamentos, con el propósito de conocer los avances y dificultades que presentaban para reducir la brecha de vacunación, y cuyos resultados están anotados en los capítulos 3 y 4 del presente informe.

Para fines de 2022, y ante el exiguo presupuesto asignado para la ejecución del *“Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022”*, las organizaciones indígenas, como la Orpio, y el Comando COVID-19 indígena de Loreto, manifestaron su preocupación frente a la continuidad de las acciones de vacunación para el 2023, como la permanencia de los enlaces indígenas durante la inmunización, por lo que solicitamos información al respecto al Minsa.<sup>88</sup> Como respuesta, el sector señaló no contar con presupuesto para la vacunación en pueblos indígenas para el 2023.<sup>89</sup>

En ese marco, en el mes de mayo del 2023, se convocó a una reunión al Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura para conocer las acciones realizadas y que venían realizando para impulsar el proceso de vacunación contra el COVID-19 en el presente año y el cierre de brechas de inmunización en departamentos con alta presencia de población indígena, a nivel nacional, haciéndose énfasis en la tercera y cuarta dosis.

En dicho espacio, el Minsa presentó los siguientes datos:

---

88 Oficio N° 223-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 29 de diciembre del 2022.

89 Oficio N° D000134-2023-DGIES-MINSA, del 26 de enero de 2023.

**Gráfico N° 2**

**Cobertura de vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas (Al 1 de mayo de 2023)**

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN TOTAL	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	4TA DOSIS	BRECHA (ENTRE 1RA Y 4TA DOSIS)
AYACUCHO	427	1,086	960	590	122	89%
CAJAMARCA	1,389	2,439	2,142	1,229	259	89%
HUÁNUCO	2,553	5,059	4,452	3,136	712	86%
JUNÍN	29,044	34,750	29,207	16,639	2,491	93%
SAN MARTIN	26,766	28,684	26,809	19,509	5,115	82%
PASCO	21,046	18,093	16,847	12,541	4,567	75%
CUSCO	16,910	14,177	11,875	7,091	1,843	87%
UCAYALI	47,672	34,079	26,030	13,464	1,827	95%
MADRE DE DIOS	5,500	3,690	3,073	2,072	479	87%
LORETO	106,974	70,780	51,596	25,181	5,137	93%
AMAZONAS	51,405	27,870	19,515	8,367	1,311	95%
<b>TOTAL</b>	<b>309,666</b>	<b>240,707</b>	<b>102,506</b>	<b>112,809</b>	<b>23,863</b>	


A nivel nacional	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	4TA DOSIS
	78%	62%	36%	8%

Fuente: Ministerio de Salud- Reunión del día 4 de mayo de 2023.

Elaboración: Ministerio de Salud.

Al respecto, en el cuadro precedente, se advierte la diferencia entre el número de población indígena identificada para la vacunación con relación al número de dosis aplicadas, siendo esta última cifra superior a la primera. Esta discrepancia numérica deja en evidencia la imprecisión de datos oficiales que maneja el Sector respecto a la población indígena, situación que advierte la necesidad de reforzar la coordinación y asistencia técnica entre el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Salud y las direcciones o gerencias regionales de salud, a fin de contar con información pertinente que permita una adecuada proyección de las políticas públicas del sector salud en la población indígena.

Finalmente, se ha advertido que, a mayo de 2023, aún no se ha logrado cubrir la totalidad de las cuatro dosis en la población indígena, siendo que en los



departamentos de Amazonas, Loreto, Ucayali y Junín, que tienen alta presencia de población indígena amazónica, se presenta una brecha de más del 90 % entre la primera y cuarta dosis de vacunación; mientras que, en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, San Martín, Cusco y Madre de Dios, más del 80 % y solo Pasco una brecha del 75 %.

## 2.3. Breve referencia a la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas de otros países de la región

Si bien cada país tiene sus particularidades sociales, económicas y culturales para la elaboración e implementación de políticas públicas en materia de derechos humanos, es importante mencionar que los derechos humanos tienen en común la obligación de su protección por parte de todos los Estados que han ratificado instrumentos normativos internacionales en dicha materia.

En ese marco, para la Defensoría del Pueblo, las políticas públicas generadas por nuestros pares de la región son parámetros de referencia y deben ser leídos en concordancia con la aplicación práctica del principio de progresividad y no retroactividad.

En el marco de la pandemia por el COVID-19, distintos países de América del Sur incluyeron dentro de sus planes de vacunación a los pueblos indígenas u originarios como población prioritaria. Dicho esto, y sin ahondar en aspectos más específicos, es conveniente hacer un recuento breve sobre la estrategia de vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas de algunos de estos países, tomando en consideración el informe elaborado por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC), de mayo de 2021.<sup>90</sup>

### a) Argentina:

El Ministerio de Salud de dicho país diseñó el *“Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina”*, buscando garantizar la disponibilidad de vacunas a toda la población de su territorio, en forma escalonada y progresiva, de acuerdo con la priorización de riesgo y la disponibilidad gradual.

Dicho Plan reconoció a dos poblaciones objetivo para la vacunación: *población priorizada y otras poblaciones*, considerando aspectos de disponibilidad de vacunas y condiciones de riesgo. Los pueblos indígenas estuvieron ubicados en *“otras poblaciones”*.

90 Informe *“Pueblos Indígenas y vacunación contra COVID-19. Cuarto Informe Regional”*. Pág. 53 - 75, de mayo de 2021. Disponible en: <https://acortar.link/joSvbf>.

## b) Bolivia:

El Ministerio de Salud y Deportes diseñó el “*Plan para la vacunación contra la COVID-19*”, donde se identificaron grupos de riesgo por exposición y función estratégica como: el personal de salud priorizado, población con riesgo de enfermedad grave, adultos de 60 años a más, personas residentes en hogares de larga estancia, adultos de 18 a 29 años con enfermedad de base y población en situación de vulnerabilidad como los pueblos originarios.

El plan indica que la inmunización se realizará previa coordinación con dirigentes de organizaciones sociales; asimismo, que el plan de comunicación social incorporará el enfoque intercultural y registrará la pertenencia étnica de las personas vacunadas.<sup>91</sup>

## c) Brasil:

El país elaboró el “*Plan Nacional de Operacionalización de Vacunación contra la COVID-19*”, en diciembre del 2020. En dicho documento se establecieron diferentes grupos de prioridad, entre ellas, la población indígena y comunidades ribereñas tradicionales.

En la segunda versión de dicho Plan, se incluyó como grupo prioritario a “*la población indígena que vive en tierras indígenas homologado y no homologado, con más de 18 años, asistido por SASISUS*”.<sup>92</sup> La vacunación a la población indígena de Brasil empezó en enero del 2021, considerando los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas.

## d) Colombia:

La República de Colombia elaboró en julio del 2020 el documento “*Lineamientos Generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)*”, con el propósito de “brindar orientaciones generales para la gestión del PAI en la pandemia y el servicio

---

91 Ministerio de Salud y Deportes (2021). Plan Nacional para la Vacunación contra el Coronavirus COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes. Disponible en: <https://bit.ly/3NSZZ0n>.

92 El SASISUS es un Subsistema de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas que atiende a pueblos indígenas que viven en tierras indígenas, no así a aquellos que viven en las ciudades, que son casi el 40 % de la población indígena en Brasil.

de vacunación en sus modalidades intramural y extramural para disminuir el riesgo de transmisión de la enfermedad.”

Estos lineamientos establecieron que los “grupos étnicos” requerían estrategias específicas de información y de atención para la vacunación, considerando su mayor vulnerabilidad frente al coronavirus. Asimismo, establece a nivel departamental y distrital, la obligación de que exista una coordinación entre los municipios y la red prestadora de servicios para la elaboración de “estrategias con enfoque diferencial especialmente en grupos étnicos para la elaboración/adaptación de sus planes de contingencia y planes de puesta al día para iniciar, continuar y terminar esquemas de vacunación en el marco de la pandemia COVID-19”.

Posteriormente, el gobierno de Colombia elaboró el “*Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19*”, donde se establecieron siete principios, dos fases y cinco etapas, priorizando a los grupos de riesgo. En el caso de población indígena, parte de ella se encuentra en la segunda y tercera etapa de la fase 1, donde se incluyó a los “*médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia*” y “*la guardia indígena y guardia cimarrona*”, respectivamente.

#### **e) Chile:**

El gobierno chileno, a través de su Ministerio de Salud, instituyó el Programa “Yo me Vacuno”. Su plan de vacunación estableció grupos prioritarios y un calendario específico donde se definieron grupos particulares a ser vacunados. Al respecto, los pueblos indígenas no se encontraron visibilizados como grupo prioritario ni población con características y necesidades específicas.

#### **f) Ecuador:**

El Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 estipula que “la microplanificación (de la vacunación) incluye estrategias locales de vacunación a población que de alguna manera puede ser inaccesible debido a creencias, resistencia a la vacunación especialmente en los grupos poblacionales indígenas, otras nacionalidades, migrantes ante la falta de documentación”.<sup>93</sup>

---

93 Ministerio de Salud Pública (2021). Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/41f4LbK>.



**g) Paraguay:**

El gobierno de Paraguay aprobó el “*Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19*”, donde se previeron tres etapas y cuatro momentos de trabajo, de acuerdo a los grupos prioritarios. La población indígena se categorizó dentro de mayor riesgo, incorporándose en la segunda etapa de vacunación. En este país, las vacunaciones a comunidades no se realizaron por edades, sino por concentración, por razones logísticas.



**CAPÍTULO 3**

**RESULTADOS  
DE LA SUPERVISIÓN  
A MICRORREDES DE SALUD**





En el presente capítulo abordaremos los principales resultados de la supervisión efectuada a las microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas de los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Pasco, Puno y Ucayali respecto al avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en dichas regiones.

La supervisión consistió en la aplicación de fichas con preguntas estructuradas sobre 10 aspectos priorizados que, a consideración de la Defensoría del Pueblo, son fundamentales para una adecuada implementación de la campaña nacional de vacunación, considerando los derechos y necesidades de la población que habita en las comunidades indígenas, amparado en la normativa nacional e internacional.

A continuación, se detallan los aspectos supervisados:

1. *Planificación de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades:* Se busca conocer si la microrred contó con un padrón de vacunación específico para la población indígena y el número de comunidades indígenas para la vacunación, así como la programación inicial de la población indígena a vacunar.
2. *Avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades:* Se supervisó respecto al avance de dicho proceso de inmunización considerando el número de dosis (hasta la tercera dosis), por género y si es persona mayor o menor de edad.
3. *Monitoreo, consentimiento informado y Kit de emergencia Esavi:*<sup>94</sup> Respecto al monitoreo post vacunación, se buscó conocer el período destinado para su realización y el personal de salud responsable del seguimiento. Con relación al consentimiento informado, el objetivo era conocer de qué forma se recogía, si era a través de un medio oral o escrito. Asimismo, se indagó si las brigadas de vacunación contaban con el Kit Esavi, según lo establecido en el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”.

---

94 ESAVI (Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización). Se trata de Cualquier evento adverso asociado a la vacunación o inmunización, que tiene una asociación temporal y no necesariamente causal, según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 054-MINSA/DGE-V.01 “*Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (Esavi)*”.

4. *Presupuesto específico:* Se solicitó información para conocer si la microrred de salud supervisada o la Red de Salud a la que pertenece recibió un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas y si este fue suficiente. Asimismo, se les preguntó si solicitaron presupuesto adicional para dicho proceso de inmunización y, de haberse requerido, la instancia a la que acudieron para dicho propósito.

5. *Personal de salud:* Se indagó sobre el número total del personal de salud que conforman las microrredes. De manera específica, sobre el número de brigadas de vacunación conformadas en la microrred, el número de brigadas conformadas que cuentan con al menos un traductor y/o enlace indígena y la brecha existente en cuanto al personal de salud que se requería para garantizar las actividades de vacunación contra el COVID-19.

6. *Coordinación y/o articulación con instituciones gubernamentales y organizaciones y/o líderes indígenas:* Se procuró conocer si las microrredes de salud ejecutaron y/o impulsaron el proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas de su jurisdicción en coordinación con el Ministerio de Salud, las Direcciones/Gerencias Regionales de Salud, las Redes de Salud a las que pertenecen, el Ministerio de Cultura, entre otros; así como también con las propias organizaciones indígenas.

7. *Campañas de difusión sobre la vacunación contra el COVID-19:* Se solicitó a las microrredes de salud informar respecto a las campañas de difusión y/o capacitaciones realizadas sobre la importancia de la vacunación, precisando los medios de comunicación empleados y las lenguas originarias utilizadas para tal fin.

8. *Sobre los actores sociales y su participación en el proceso de vacunación:* Se buscaba saber si las microrredes de salud conocían la información que difundían los actores sociales vinculados a las comunidades indígenas respecto al proceso de vacunación contra el COVID-19. Para ello, se les solicitó detallar sobre el actor, su posición sobre la vacunación y los mensajes y medios utilizados para su difusión.

9. *Disponibilidad de servicios públicos básicos,* equipos de refrigeración, sistema de alarma electrónica y grupo electrógeno para garantizar la cadena de frío de las vacunas contra el COVID-19: Conocer si los establecimientos de salud cuentan

con el servicio de energía eléctrica, equipos de refrigeración, si se les efectuó el mantenimiento preventivo y correctivo correspondiente y si cuentan con sistemas de alarma electrónica y grupo electrógeno ante la falta o corte de energía eléctrica. Asimismo, a efectos de conocer el estado de las condiciones mínimas para la atención del servicio de salud a la población indígena, se requirió a las microrredes de salud nos informen sobre la disponibilidad de los servicios de agua potable e internet dentro de sus establecimientos de salud.

*10. Dificultades en el proceso de vacunación contra el COVID-19:* El propósito de este aspecto supervisado es recabar información sobre las principales dificultades internas y externas que afrontan las microrredes supervisadas, en sus intervenciones en las comunidades indígenas u originarias, para el traslado, distribución y aplicación de las vacunas en dichos territorios.

La supervisión defensorial se realizó durante los meses de octubre a diciembre del 2022, aplicándose una ficha de supervisión a un total de 123 microrredes de salud, en cuyo ámbito de atención se encuentra la población indígena principalmente amazónica. Asimismo, debemos señalar que el instrumento de investigación utilizado (ficha de supervisión) fue elaborado por el Programa de Pueblos Indígenas y su aplicación estuvo a cargo de las y los comisionados de las Oficinas y Módulos de Atención Defensorial circunscritos a los 11 departamentos identificados para esta supervisión, bajo la asistencia técnica y coordinación del Programa.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos en la supervisión, tomando en cuenta cada uno de los aspectos mencionados y la disponibilidad de información que brindaron las microrredes de salud de los departamentos supervisados.

### 3.1. Amazonas

Según el Censo Nacional del año 2017,<sup>95</sup> en el departamento de Amazonas, se ha identificado a 43 599 personas que se autoidentifican como parte de alguno de los tres pueblos indígenas que predominan en dicho territorio (awajún, wampís y quechua), mientras que son 48 099 personas las que tienen como idioma materno una lengua indígena, siendo que, de estas últimas, el 92 % domina el awajún, el 6 % el wampís y el 2 % otra lengua originaria.

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, como antecedentes, se debe señalar que en setiembre de 2021, se realizó la primera supervisión a nueve microrredes de salud que atienden a comunidades nativas ubicadas en las provincias de Bagua y Condorcanqui, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 007-2021-DP/AMASPPI/PPI, denominado *“Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 a las comunidades indígenas del departamento de Amazonas”*.<sup>96</sup>

En dicho informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades nativas, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la falta de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas de vacunación, así como la negativa de la población de comunidades nativas para vacunarse contra el COVID-19.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de Amazonas, el oficio N° 094-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, garantizando el presupuesto necesario y acciones de coordinación y articulación con los ministerios de Salud, Cultura y Relaciones Exteriores, así como con las organizaciones indígenas. Esta invocación fue reiterada mediante oficio N° 159-

95 Censo Nacional del año 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas.

96 Disponible en: <http://tinyurl.com/mrxh4m4u>

2022-DP/AMASPPI-PPI, del 29 de setiembre de 2022 y oficio N° 180-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 25 de noviembre de 2022.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Amazonas y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una segunda supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a 13 microrredes de salud que atienden a las comunidades nativas ubicadas en las provincias de Condorcanqui y Bagua.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Amazonas.

**Cuadro N° 3**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Amazonas**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Condorcanqui	Condorcanqui	Huampami	20
2			Candungos	7
3			Nieva	17
4			Kingkis	5
5			Galilea	(*)
6			Putuyakat	(*)
7	Bagua	Bagua	Chiriaco	13
8			Chipe	7
9			Imaza	9
10			Tupac Amaru	(*)
11			El Muyo	(*)
12			Aramango	(*)
13			Wayampiak	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

De acuerdo con la información proporcionada por las y los representantes de las 13 microrredes de salud supervisadas, en sus ámbitos de intervención se sitúan 321 comunidades nativas donde habita población indígena awajún y wampís. Por otro lado, las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru, El Muyo, Aramango y Wayampiak no precisaron o no contaban con esta información, a pesar de que estas microrredes atienden a personas que se encuentran en distritos con presencia de población indígena, según la Base de Datos de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura.

**Cuadro N° 4**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Amazonas**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Huampami	74	Awajún
2	Candungos	24	Wampis
3	Nieva	67	Awajún
4	Kingkis	38	Awajún
5	Galilea	(*)	(*)
6	Putuyakat	(*)	(*)
7	Chiriaco	55	Awajún
8	Tupac Amaru	(*)	(*)
9	El Muyo	(*)	(*)
10	Chipe	31	Awajún
11	Imaza	32	Awajún
12	Aramango	(*)	(*)
13	Wayampiak	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, en la supervisión se advirtió que 10 microrredes de salud (Huampami, Candungos, Chiriaco, Nieva, Kingkis, El Muyo, Chipe, Imaza, Aramango y Wayampiak) sí contaban con padrón de vacunación para pueblos indígenas, a excepción de las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat y Tupac Amaru que no precisaron la información.

### Cuadro N° 5

#### Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Amazonas

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Galilea	(*)
Putuyakat	(*)
Huampami	Sí
Candungos	Sí
Chiriaco	Sí
Nieva	Sí
Kingkis	Sí
Tupac Amaru	(*)
El Muyo	Sí
Chipe	Sí
Imaza	Sí
Aramango	Sí
Wayampiak	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

También se solicitó información sobre la programación de la vacunación, siendo que solo las microrredes de salud Chiriaco, Nieva, Kingkis, Tupac Amaru, El Muyo, Chipe e Imaza, precisaron información sobre la primera, segunda y tercera dosis de la vacuna, obteniéndose que en total para la primera se planificaron 29 854 dosis, para la segunda un total de 16 922 dosis y para la tercera se programó 8024 dosis. Por otro lado, las microrredes de salud Galilea, Putuyakat y Huampami no

brindaron dicha información, mientras que la microrred de Candungos solo señaló información correspondiente a la primera dosis.

Un aspecto para considerar en la supervisión realizada es que ninguna de las 13 microrredes de salud supervisadas reportó información relacionada al avance ni la brecha de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas de su jurisdicción.

**Cuadro N° 6**

**Programación de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Amazonas**

Microrred de salud	Programación de vacunación		
	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis
Galilea	(*)	(*)	(*)
Putuyakat	(*)	(*)	(*)
Huampami	(*)	(*)	(*)
Candungos	(*)	(*)	(*)
Chiriako	4452	(*)	(*)
Nieva	6046	7076	2928
Kingkis	9000	2400	1200
Tupac Amaru	1311	1046	591
El Muyo	2313	1980	1052
Chipe	760	526	145
Imaza	4175	3420	1850
Aramango	1610	317	238
Wayampiak	187	157	20

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Cabe mencionar que, en una reunión sostenida con el Ministerio de Salud el 1 de julio del 2022, la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios informó que, a dicha fecha, la meta de vacunación para población indígena en el departamento de Amazonas era de 51 405 personas, y que, de acuerdo con la información oficial, el avance de la vacunación con la primera dosis tenía una cobertura de 46 %, segunda dosis 31 % y tercera dosis 9 %. Por lo tanto, a esa fecha, se advertía una gran brecha para la vacunación en las tres dosis, situación que no pudo ser contrastada durante nuestra supervisión por la falta de información de las propias microrredes de salud.

Por otro lado, respecto a la intervención en comunidades, de la supervisión se pudo advertir que, de las 13 microrredes de salud supervisadas, solo Huampami informó que estaba pendiente realizar intervenciones en cinco comunidades y/o localidades pertenecientes a su jurisdicción.

Respecto a las acciones de monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas, con excepción de las microrredes de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru, El Muyo y Wayampiak que no precisaron la respuesta, indicaron que sí realizan este monitoreo en un período de uno a cuatro días posteriores a la inmunización. Asimismo, señalaron que el responsable de realizar este monitoreo es la/el técnico en enfermería o la/el licenciada/o en enfermería del establecimiento de salud.

Cuadro N° 7

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas,  
según microrred de salud en Amazonas**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el período del monitoreo en días?	Profesión de la persona a cargo del monitoreo
Huampami	Sí	4 días	Licenciada/o en enfermería
Candungos	Sí	1 día	Técnica/o en enfermería
Chiriaco	Sí	2 días	Técnica/o en enfermería
Nieva	Sí	3 días	Técnica/o en enfermería
Kingkis	Sí	2 días	Técnica/o en enfermería
Chipe	Sí	2 días	Técnica/o en enfermería
Aramango	Sí	2 días	Técnica/o en enfermería
Imaza	Sí	(*)	Técnica/o en enfermería
Tupac Amaru	(*)	(*)	(*)
El Muyo	(*)	(*)	(*)
Wayampiak	(*)	(*)	(*)
Galilea	(*)	(*)	(*)
Putuyakat	(*)	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

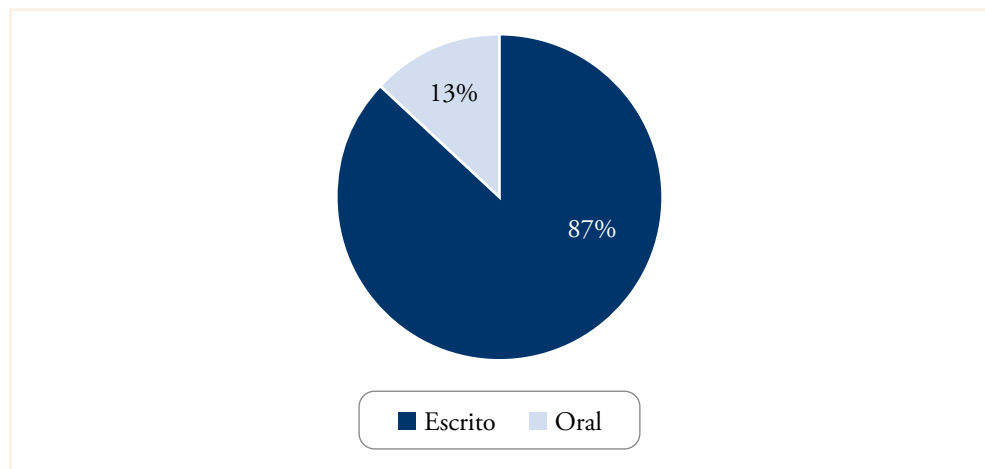
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su autorización previo al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado; por lo que, el 87 % de las microrredes de salud supervisadas señalaron que el recojo de este consentimiento se realizó de manera escrita, mientras que el 13 % restante lo hizo de forma oral.

### Gráfico N° 3

#### Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en Amazonas



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi); sin embargo, de la supervisión desarrollada se advierte que las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru, El Muyo, Aramango y Wayampiak no precisaron dicha información, a diferencia de las microrredes de Huampami, Candungos, Chiriaco, Nieva, Kingkis, Chipe e Imaza, que señalaron que sí contaban con dicho Kit.

Otro aspecto importante supervisado por la Defensoría del Pueblo fue la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas. Al respecto, ninguna de las microrredes supervisadas precisó esta información.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19 de las microrredes de salud supervisadas, señalaron que en el caso de las microrredes de salud Galilea, Huampami, Chipe e Imaza asignaron entre una a cuatro personas destinadas a la vacunación, mientras que las microrredes de Nieva y Candungos, señalaron que el personal para la vacunación es superior al total de personal de

salud que tiene la microrred. Además, se advirtió que 6 de 13 microrredes de salud supervisadas no brindaron información o no contaban con brigadas de vacunación.

Asimismo, a fin de supervisar la prestación de servicios con pertinencia cultural y lingüística, se preguntó si las brigadas de vacunación contaban con enlaces o traductores indígenas como está establecido en el “Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”, siendo que a excepción de las microrredes de Galilea y Chipe que no contaban con un traductor o enlace indígena y las microrredes de salud de Tupac Amaru, El Muyo y Wayampiak que no señalaron información al respecto, las ocho microrredes de salud de Putuyakat, Huampami, Candungos, Chiriaco, Nieva, Kingkis, Imaza y Aramango señalaron que las brigadas de vacunación sí cuentan con enlaces o traductores de lengua indígena.

#### Cuadro N° 8

##### Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Amazonas

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de la vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Galilea	41	1	0	0	17
Putuyakat	28	(*)	4	4	12
Huampami	14	3	3	3	4
Candungos	18	29	9	9	10
Chiriaco	44	19	3	3	4
Nieva	66	73	21	21	17
Kingkis	10	4	3	3	5
Tupac Amaru	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
El Muyo	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Chipe	11	3	0	0	0
Imaza	30	2	(*)	3	0
Aramango	37	(*)	3	3	0
Wayampiak	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

De la supervisión, se advirtió que el personal de nueve microrredes de salud recibió al menos una capacitación sobre la vacunación contra el COVID-19, a excepción de Galilea, Túpac Amaru, El Muyo, que no precisaron la información, y de Imaza que señaló no haber recibido capacitaciones. Estas actividades orientadas a fortalecer las capacidades se realizaron entre los meses de febrero a julio de 2021 y de febrero a agosto de 2022, abordándose, entre otros temas, la vacunación a niños de seis meses a cuatro años. En su mayoría, fueron las Redes de Salud las encargadas de estas capacitaciones, a diferencia de la Gerencia Regional de Salud que solo capacitó a dos microrredes (Huampami y Nieva).

### Cuadro N° 9

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Amazonas

Tema de capacitación	Entidad capacitadora
Información sobre la vacunación contra el Covid-19.	Red de Salud Diresa
Información general sobre el Covid-19 (síntomas y tratamiento).	Red de Salud
Vacunación a niños de 6 meses a 4 años.	Diresa

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, solo las microrredes de salud de Huampami, Candungos, Chiriaco, Nieva, Kingkis, Chipe y Aramango, indicaron haberlas realizado, a diferencia de Imaza y Wayampiak que no realizaron coordinaciones y las de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru y El Muyo que no brindaron información al respecto. Cabe señalar que las coordinaciones se vincularon a temas de planificación y monitoreo de la vacunación en comunidades indígenas y se realizaron con la Dirección Regional de Salud, el Ministerio de Salud y las Redes de Salud.

Con relación a la coordinación con las organizaciones indígenas, 9 de 13 microrredes de salud señalaron haber realizado al menos una coordinación con los representantes de las comunidades, o con organizaciones indígenas como Odecofroc, Nación Wampís y Urpiac. Entre las actividades coordinadas se encuentran el brindar

información y sensibilización sobre el COVID-19, la coordinación para el ingreso a las comunidades, así como el monitoreo del avance de vacunación y la capacitación sobre el protocolo de vacunación. Por otro lado, las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru y El Muyo no brindaron información.

**Cuadro N° 10**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Amazonas**

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Galilea	(*)	(*)	(*)	(*)
Putuyakat	(*)	(*)	(*)	(*)
Huampami	Sí	Diresa	Sí	Odecofroc
Candungos	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Nación Wampis
Chiriaco	Sí	Red de salud	Sí	Población Awajún
				Urpiaç
Nieva	Sí	Red de salud	Sí	Apus
Kingkis	Sí	Red de salud	Sí	Apus
Túpac Amaru	(*)	(*)	(*)	(*)
El Muyo	(*)	(*)	(*)	(*)
Chipe	Sí	Red de salud	Sí	Líderes de la comunidad
Imaza	No		Sí	Líderes de la comunidad
Aramango	Sí	Red de salud	Sí	Líderes de la comunidad
Wayampiak	No		Sí	Líderes de la comunidad

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

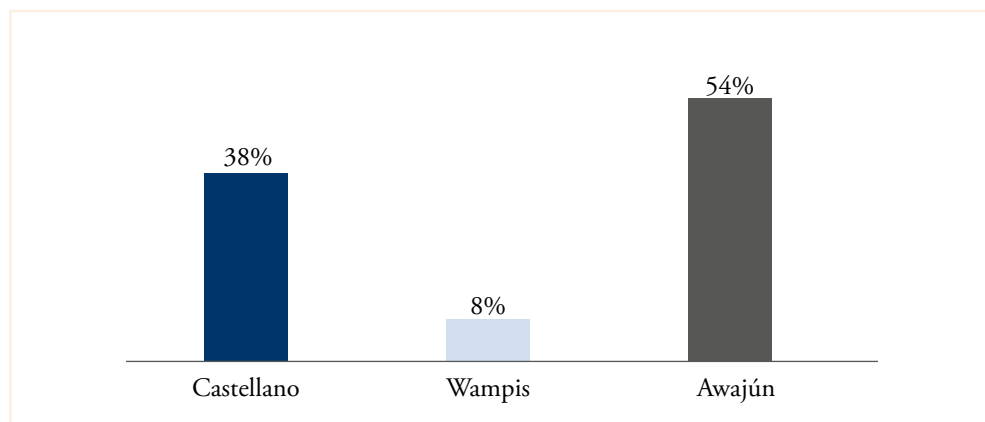
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

De acuerdo con el “*Protocolo de vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*” elaborado por el Minsa, parte de la estrategia consistía en la difusión de información sobre la importancia de las vacunas. En ese marco, en la supervisión se advirtió que, a excepción de las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru y El Muyo que no brindaron información, nueve microrredes de salud sí informaron haber realizado campañas de difusión, a través de material impreso, alto parlantes y mediante diálogo directo con los miembros de las comunidades, habiéndolas ejecutado en las lenguas awajún (54 %) y wampís (8 %), así como en castellano (38 %).

#### Gráfico N° 4

##### Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Amazonas



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

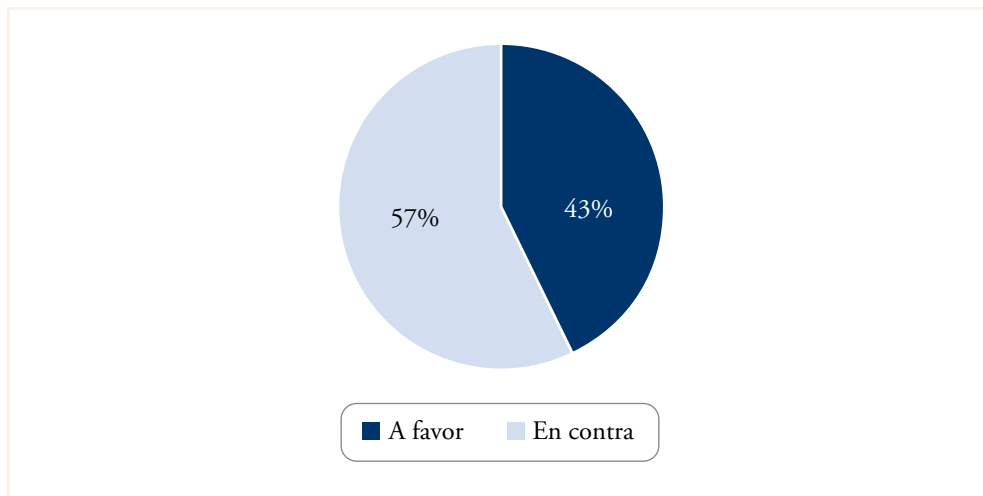
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

Un aspecto importante para supervisar era la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19. Al respecto, en el caso de la jurisdicción a las que pertenecen las ocho microrredes de salud supervisadas que brindaron información al respecto (Huampami, Candungos, Chiriaco, Nieva, Kingkis, Chipe, Imaza y Aramango), se advirtió que el porcentaje de actores locales que se encuentran en contra de este proceso de inmunización es mayor (57 %), a diferencia de aquellos actores que tienen una posición a favor (43 %).

Gráfico N° 5

Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Amazonas



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, se identificó que los actores que difunden su posición a favor de la vacunación contra el COVID-19, lo hacen a través de mensajes como “*Los hijos podrían estudiar sin temor a enfermarse*” y “*las vacunas salvan vidas*”. Mientras que los actores que están en contra difunden mensajes como: “*Las vacunas matan en dos años, dejan estériles, les va a salir el número de la bestia*” y “*las vacunas los deja tontos*”.

**Cuadro N° 11**


**Mensajes que se difunden sobre la vacunación, según microrred de salud en Amazonas**

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensajes que se difunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de salud</li> <li>- Docente/tutor/director</li> <li>- Agente comunitario</li> <li>- Líder indígena</li> </ul>	<b>A favor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los hijos podrían estudiar sin temor a enfermarse.</li> <li>- Las vacunas salvan vidas.</li> <li>- Vacunarse es bueno, la vacuna no te mata.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Representante de una iglesia</li> <li>- Docente/tutor/director</li> <li>- Líder indígena</li> </ul>	<b>En contra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Las vacunas son códigos del demonio, que van a exterminar a la población indígena”.</li> <li>- “Las vacunas son la marca del diablo, las vacunas matan a la población indígena”.</li> <li>- “Las vacunas son el 666, el número del diablo”.</li> <li>- “Las vacunas matan en dos años, dejan estériles, les va a salir el número de la bestia”.</li> <li>- “Las vacunas los deja tontos”.</li> <li>- “Las vacunas son la marca de la bestia”.</li> </ul>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, solo se obtuvo información de nueve microrredes de salud, quienes informaron que, de los 78 establecimientos de salud que atienden a población indígena, solo 11 cuentan con este servicio las 24 horas del día (Chiriaco, Nazareth, Pakuni, Durand, Shishug, Wawas, Nieva, Urakusa, Nuevo Seasmi, Imaza y Mesones Muro) y uno de ellos durante 12 horas (Centro Tundunza), mientras que el establecimiento de salud de Yamayaka no especifica el número de horas. Asimismo, se conoció que, de los 78 establecimientos de salud, 60 no cuentan con equipos electrógenos, siendo estos necesarios ante un eventual corte de energía para garantizar la cadena de frío.

Por su parte, en cuanto a los equipos de refrigeración, los establecimientos de salud de Sukutin de la microrred Chiriaco, el establecimiento de salud de Pashkus de la microrred de Candungos y el establecimiento de salud de Wichim de la



microrred de Huampami indicaron que no cuentan con estos equipos; mientras que las microrredes de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru, El Muyo, Aramango y Wayampiak no brindaron esta información.

De los 75 establecimientos de salud que indicaron contar con estos equipos, solo 23 indicaron haber efectuado el mantenimiento preventivo, en tanto que 30 señalaron haber efectuado un mantenimiento correctivo a sus equipos de refrigeración. Cabe precisar que 22 establecimientos de salud no brindaron dicha información.

**Cuadro N° 12**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío, en microrredes de salud de comunidades indígenas en Amazonas**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Galilea	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)
Putuyakat	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)
Huampami	Achu		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Achuin		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Buchinkin		X		X	X		(*)
	Kanga		X		X	X		(*)
	Huampami		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kumpin		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kusukubain		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kusununpakai		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kusupagata		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kuyumatak		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Mamayaque		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Paantaensa		X		X	X		(*)
	Pampaensa		X		X	X		(*)
	Chaim		X		X	X		(*)
	Chamatak		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Peesh		X		X	X		Mantenimiento Preventivo
	Tuam Ensa		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
Tutino		X		X	X		Mantenimiento Correctivo	
Wawain		X		X	X		Mantenimiento Preventivo	
Wichim		X		X		X		

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Candungos	Pashkus		X		X		X	
	Papayaku		X		X	X		(*)
	Ampama		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kukuasa		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Candungos		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Soledad		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Ayambis		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
Chiriaco	Chiriaco	24 horas			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Nadumpin		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Nazareth	24 horas		X		X		Mantenimiento Correctivo
	Pakuni	24 horas			X	X		Mantenimiento Correctivo
	Yupikusa		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	San Rafael		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Durand	24 horas			X	X		Mantenimiento Correctivo
	Shimpuens		X		X	X		Mantenimiento Preventivo
	Shishug	24 horas			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Sukutin		X		X		X	
	Wawaim		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Wawas	24 horas			X	X		Mantenimiento Preventivo
	San Ramon		X		X	X		Mantenimiento Correctivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Nieva	Nieva	24 horas		X		X		Mantenimiento Preventivo
	Arasakus		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Alto Kanampa		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Ajachin		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Alto Pajacusa		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Bashutak		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Bajo Pupuntas		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Ciro Alegria		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Tunduza	12 horas		X		X		Mantenimiento Preventivo
	Japaime Escuela		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Napuruka		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Urakusa	24 horas		X		X		Mantenimiento Preventivo
	Nuevo Seasmi	24 horas		X		X		Mantenimiento Preventivo
	Pakintsa		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Pumpushak		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
	Yumingkus		X	X		X		Mantenimiento Preventivo
Saasa		X	X		X		Mantenimiento Preventivo	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Kingkis	Kingkis		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Ipakuma		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kallamas		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Kachaco		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
	Nunpakaim		X		X	X		Mantenimiento Correctivo
Tupac Amaru	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)
El Muyo	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)
Chipe	Chipe		X		X	X		(*)
	Kusum		X		X	X		(*)
	Numpakai		X		X	X		(*)
	Listra		X		X	X		(*)
	Chikeis		X		X	X		(*)
	Nueva Vida		X		X	X		(*)
	San Pablo		X		X	X		(*)
Imaza	Imaza	24 horas			X	X		(*)
	Mezones Muro	24 horas			X	X		(*)
	Yamayaka	X (no precisó las horas)			X	X		(*)
	Kusu Grande		X		X	X		(*)
	Tenazme		X		X	X		(*)
	Upe		X		X	X		(*)
	Wapuyak		X		X	X		(*)
	Huansa		X		X	X		(*)
Kunchic		X		X	X		(*)	
Aramango	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)
Wayampiak	(*)		(*)		(*)		(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto al servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud, siete microrredes de salud informaron que sus establecimientos de salud no cuentan con este servicio, mientras que las microrredes de salud de Galilea, Putuyakat, Tupac Amaru, El Muyo, Aramango y Wayampiak no brindaron la información. Sin embargo, una situación distinta se observa con relación al servicio de internet, donde indicaron que se cuenta con este servicio en 24 de los 78 establecimientos de salud.

**Cuadro N° 13**

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas en Amazonas**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Galilea	(*)		(*)		(*)
Putuyakat	(*)		(*)		(*)
Huampami	Achu		X	X	
	Achuin		X		X
	Buchinkin		X	X	
	Kanga		X		X
	Huampami		X	X	
	Kumpin		X		X
	Kusukubain		X		X
	Kusununpakai		X	X	
	Kusupagata		X	X	
	Kuyumatak		X		X
	Mamayaque		X	X	
	Paantaensa		X	X	
	Pampaensa		X	X	
	Chaim		X		X
	Chamatak		X		X
	Peesh		X		X
	Tuam Ensa		X		X
Tutino		X	X		
Wawain		X		X	
Wichim		X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Candungos	Pashkus		X		X
	Papayaku		X		X
	Ampama		X		X
	Kukuasa		X		X
	Candungos		X	X	
	Soledad		X		X
	Ayambis		X		X
Chiriaco	Chiriaco		X	X	
	Nadumpin		X		X
	Nazareth		X		X
	Pakuni		X		X
	Yupikusa		X		X
	San Rafael		X		X
	Durand		X		X
	Shimpuenps		X		X
	Shishug		X		X
	Sukutin		X		X
	Wawaim		X		X
	Wawas		X		X
San Ramon		X		X	
Nieva	Nieva		X	X	
	Atasakus		X		X
	Alto Kanampa		X		X
	Ajachin		X		X
	Alto Pajacusa		X		X
	Bashutak		X	X	
	Bajo Pupuntas		X	X	
	Ciro Alegria		X	X	
	Tunduza		X	X	
	Japaime Escuela		X		X
	Napuruka		X	X	
	Urakusa		X	X	
Nuevo Seasmi		X	X		
	Pakintsa		X	X	
	Pumpushak		X		X
	Yumingkus		X		X
	Saasa		X	X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Kingkis	Kingkis		X	X	
	Ipakuma		X		X
	Kallamas		X		X
	Kachaco		X		X
	Nunpakaim		X		X
Tupac Amaru	(*)		(*)		(*)
El Muyo	(*)		(*)		(*)
Chipe	Chipe		X		X
	Kusum		X		X
	Numpakai		X		X
	Listra		X		X
	Chikeis		X		X
	Nueva Vida		X		X
	San Pablo		X		X
Imaza	Imaza		X	X	
	Mezones Muro		X	X	
	Yamayaka		X		X
	Kusu Grande		X		X
	Tenazme		X		X
	Upe		X		X
	Wapuyak		X		X
	Huansa		X		X
Kunchic		X		X	
Aramango	(*)		(*)		(*)
Wayampiak	(*)		(*)		(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

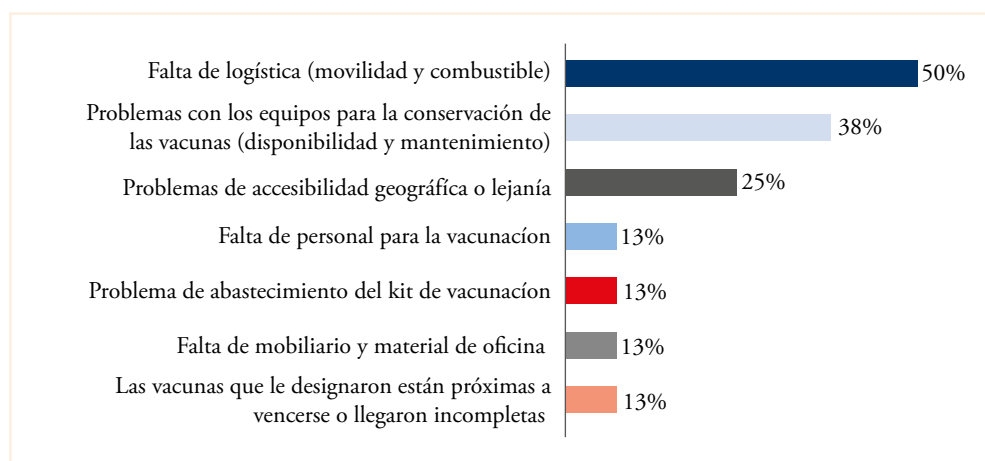
(\*) No precisa o no cuenta con la información.

En cuanto a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, las microrredes supervisadas señalaron a la falta de logística y combustible para la movilidad en vehículos terrestres y fluviales (Galilea, Putuyakat, Huampami y Candungos), así como a la disponibilidad y mantenimiento de los equipos para la conservación de las vacunas (Putuyakat, Huampami e Imaza) como

los problemas más recurrentes, con un 50 % y 38 % del total, respectivamente. Por otro lado, el 25 % señaló la accesibilidad geográfica y la lejanía de las comunidades (Candungo e Imaza), mientras que el 13 % la disponibilidad de personal para conformar las brigadas de vacunación (Chipe).

### Gráfico N° 6

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Amazonas



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Amazonas.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

## 3.2. Cajamarca

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Cajamarca un total de 65 960 personas se autoidentificaron como parte de alguno de los dos pueblos indígenas presentes en la zona (awajún y quechua). Asimismo, un total de 8499 personas tienen como lengua materna una lengua indígena, siendo las más predominantes el quechua (83.5 %) y awajún (14.1 %).


Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena del departamento de Cajamarca, entre setiembre y noviembre de 2021, se realizó la primera supervisión a cinco microrredes de salud que atienden a comunidades campesinas y nativas ubicadas en las provincias de Cajamarca, Cajabamba, San Miguel y San Ignacio, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 010-2021-DP/AMASPPI-PPI, denominado *“Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades nativas y campesinas del departamento de Cajamarca”*.<sup>97</sup>

En dicho informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de presupuesto específico para garantizar el desplazamiento de las brigadas de vacunación a las comunidades indígenas dentro del ámbito supervisado, la ausencia de enlaces indígenas y/o traductores en dichas brigadas, las dificultades para garantizar la cadena de frío de las vacunas en caso de cortes de energía, así como la negación de la población de las comunidades a recibir las vacunas, por temor o desinformación.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió el oficio N° 101-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022 dirigido a la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, en todos los grupos etarios, garantizando el presupuesto público necesario y en coordinación y articulación con los ministerios de Salud y Cultura, así como con las organizaciones indígenas.

---

97 Disponible en: <http://tinyurl.com/3bnn97hb>



Como respuesta al oficio, se nos informó del avance de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades de Supayaku y Naranjos, al mes de agosto del 2022. Con relación al primero, se indicó que la meta de la población a vacunar era de 1131 personas, habiéndose vacunado únicamente a dicha fecha al 13.2 % en primera dosis, al 8.9 % en segunda dosis, al 5.4 % en tercera dosis y al 0.3 % en cuarta dosis. En el caso de Naranjos, la autoridad regional informó que la población a vacunar era de 794, alcanzando una cobertura de 37.7 % en primera dosis, 30.7 % en segunda dosis, 12.2 % en tercera dosis y en un 0.9 % en cuarta dosis.<sup>98</sup>

Además, dieron cuenta de los resultados de una campaña integral de salud realizada en la comunidad de Supayaku los días 17 y 18 de febrero de 2022, la cual contó con la presencia de personal del Ministerio de Cultura, de la microrred de salud Huarango, del puesto de salud de Supayaku, así como de los apus de las comunidades nativas de Naranjos, donde solo se logró inmunizar a cuatro personas.

De igual forma, la Red de Salud San Ignacio informó la falta de presupuesto para desarrollar actividades relacionadas a la vacunación con enfoque intercultural, así como el insuficiente número de personal de salud asignado a los establecimientos de salud de las comunidades de Naranjos y Supayaku (sólo contarían con 1 técnico en enfermería en cada comunidad), pese a la resistencia de la población awajún a vacunarse contra el COVID-19.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Cajamarca, el Módulo Defensorial de Jaén y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a cuatro microrredes de salud que atienden a comunidades campesinas y comunidades nativas ubicadas en las provincias de Cajabamba, Cajamarca y San Ignacio.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Cajamarca.

---

98 Informe N° 45-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG/PROMSA del 25 de agosto de 2022, remitido por la directora de la Unidad Ejecutora de Salud de San Ignacio a la Dirección Regional de Salud.

**Cuadro N° 14**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Cajamarca**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	Establecimiento de salud
1	Cajabamba	Cajamarca	Chuquibamba	Chuquibamba
2	Cajamarca		Pachacutec	Chetilla
3	San Ignacio	San Ignacio	Huarango	Supayaku
4			San José de Lourdes	Naranjos

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las y los representantes de las cuatro microrredes de salud supervisadas, los establecimientos de salud de Chuquibamba, Chetilla, Supayaku y Naranjos, atienden a 36 comunidades donde habita población indígena quechua y awajún.

**Cuadro N° 15**

**Comunidades indígenas y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Cajamarca**

N°	Microrred de salud	Comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Chuquibamba	18	(*)
2	Pachacutec	3	Quechua
3	Huarango	7	Awajún
4	San José de Lourdes	8	Awajún

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, la Defensoría del Pueblo advirtió que solo dos de las microrredes de salud supervisadas contaba con un padrón de vacunación para pueblos indígenas (Chuquibamba y San José de Lourdes), mientras que las microrredes de salud Pachacutec y Huarango señalaron no contar con este documento de planificación.

**Cuadro N° 16**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Cajamarca**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Chuquibamba	Sí
Pachacutec	No
Huarango	No
San José de Lourdes	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

También se preguntó sobre la programación, avance y brecha de vacunación en comunidades indígenas. Sobre el particular, a excepción de las microrredes de Chuquibamba y Huarango que sí brindaron información al respecto, la microrred de Pachacutec no proporcionó dicha información, mientras que la microrred de San José de Lourdes sólo proporcionó información sobre la programación inicial de vacunación en población indígena, más no del avance de vacunación. Asimismo, de manera paralela, se consultó a la coordinadora de Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca sobre el avance de la vacunación, quien únicamente brindó información de la cobertura de vacunación en segunda dosis (34 %) y cuarta dosis (9.8 %) en la zona rural.<sup>99</sup>

<sup>99</sup> Acta de reunión de entrevista con la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, de fecha 1 de diciembre de 2022.

En ese marco, en base a la información disponible por parte de las microrredes de salud Chuquibamba y Huarango, en el siguiente cuadro se presenta la información sobre la programación y avance de la vacunación, según el esquema de primera, segunda y tercera dosis.

**Cuadro N° 17**

**Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Chuquibamba	8500	300	8500	300	500	140
Huarango	1213	188	1213	131	1213	81

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De igual forma, tras solicitar información sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 por comunidades indígenas, solo la microrred de San José de Lourdes señaló haber intervenido en las ocho comunidades de su jurisdicción, mientras que la microrred Chuquibamba no precisó el número de comunidades intervenidas, a pesar de haber programado a 18 comunidades. Debe señalarse que las microrredes de Pachacutec y Huarango no informaron sobre el número de comunidades programadas ni intervenidas.

Respecto al monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas, con excepción de la microrred de salud Pachacutec, indicaron que sí realizan este monitoreo. En el caso de la microrred de salud Chuquibamba y Huarango, estas informaron que el monitoreo se realiza en un periodo de uno a dos días posteriores a la inmunización. Asimismo, señalaron que el responsable de realizar este monitoreo es la/el licenciada/o en enfermería y la/el médico del establecimiento de salud, respectivamente. Cabe precisar que, la microrred de salud San José de Lourdes, aunque informó que sí realiza el monitoreo, no precisó el periodo, ni tampoco quién estaría a cargo.

### Cuadro N° 18

#### Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Chuquibamba	Sí	2 días	Licenciada/o en enfermería
Pachacutec	No		
Huarango	Sí	1 día	Médico
San José de Lourdes	Sí	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el “*Protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*”, previo al inicio de las inmunizaciones contra el COVID-19, las personas debían brindar su consentimiento, es así que, en el marco de la supervisión efectuada por la entidad, se indagó sobre cómo se estableció el recojo del consentimiento informado, a lo cual, las microrredes de salud Chuquibamba, Pachacutec y Huarango indicaron que fue a través de diálogo directo, mientras que la microrred de salud San José de Lourdes indicó que fue a través de fichas impresas, según fecha de vacunación.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). De la supervisión desarrollada se advirtió que, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron que sus brigadas de vacunación sí contaban con dicho kit.

Otro aspecto importante fue lo relacionado a la asignación de presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas. Al respecto, mediante Acta de reunión de fecha 1 de diciembre de 2022, la Coordinadora de Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de la Dirección Regional de Salud

de Cajamarca, indicó que no hay una asignación presupuestal específica sobre los grupos a vacunar y que la región Cajamarca no ha recibido presupuesto para fortalecer el proceso de vacunación en comunidades. Asimismo, informó que, del total de presupuesto por la específica de inmunizaciones, más del 96 % se destina al pago del personal y el porcentaje restante al mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de cadena de frío.

Por otro lado, en base a la información proporcionada por las microrredes de salud supervisadas respecto a la asignación de un presupuesto específico para la inmunización contra el COVID-19 en comunidades de la región, las microrredes de salud Chuquibamba y Pachacutec informaron que la Red de Salud Cajamarca no recibió presupuesto para dicho fin. Por su parte, la microrred de salud San José de Lourdes indicó desconocer si la Red de Salud San Ignacio recibió un presupuesto específico, mientras que la microrred de salud Huarango informó que a la Red de Salud San Ignacio sí le otorgaron los recursos, sin embargo, no precisó el monto y/o rubros de gastos.

Con relación al personal de salud destinado a la vacunación contra el COVID-19 en comunidades, la microrred Huarango informó haber destinado a 13 personas del total de su personal de salud para dicho proceso, mientras que las microrredes de Chuquibamba, Pachacutec y San José de Lourdes no brindaron dicha información.

Respecto a la conformación de brigadas de vacunación para pueblos indígenas, la microrred de salud Chuquibamba fue la única que no conformó ninguna brigada, a diferencia de las microrredes San José de Lourdes, Pachacútec y Huarango que conformaron 1, 9 y 13 brigadas, respectivamente.

Con relación a los enlaces o traductores indígenas, las microrredes de salud Pachacutec, Chuquibamba y Huarango indicaron que no cuentan con este personal, mientras que la microrred de San José de Lourdes no brindó la información.

Respecto a la brecha de personal para las actividades de vacunación, la microrred de salud Huarango informó que el puesto de salud de Supayaku no contaba con técnico awajún desde hace cinco meses, mientras que en las microrredes Chuquibamba y San José de Lourdes informaron tener una brecha de personal de salud entre 10 y 26, respectivamente.

### Cuadro N° 19

#### Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca

Microrred de salud	Total de personal de salud	N° de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor de lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Chuquibamba	12	15	0	0	10
Pachacútec	(*)	(*)	9	0	0
Huarango	79	13	13	0	1
San José de Lourdes	76	69	1	(*)	26

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Por otro lado, de la supervisión se advirtió que, el personal de todas las microrredes de salud, a excepción de la microrred Chuquibamba, recibió capacitaciones. Así, la microrred de salud Pachacutec informó que recibió capacitaciones en el mes de julio de 2021, mientras que las microrredes de salud Huarango y San José de Lourdes informaron que recibieron capacitaciones entre los meses de agosto y noviembre de 2022; todas ellas, en temas relacionados a la vacunación contra el COVID-19, cobertura, avance de inmunización y cierre de brechas, manejo de cadena de frío y esquema de vacunación.

Asimismo, se advirtió que la Red de Salud de Cajamarca capacitó al personal de la microrred de salud Pachacutec, mientras que la capacitación al personal de las microrredes Huarango y San José de Lourdes fue realizada por la Red de Salud San Ignacio y por especialistas en inmunización de las mismas microrredes.

**Cuadro N° 20**

**Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Cajamarca**

Microrred de salud	Tema de capacitación	Entidad capacitadora
Pachacútec	- Cobertura, avance de inmunización y cierre de brecha.	Red de Salud Cajamarca
Huarango	- Manejo de cadena de frío. - Vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud San Ignacio Microrred Huarango
San José de Lourdes	- Vacunación contra el COVID-19. - Manejo de cadena de frío. - Esquema de vacunación.	Red de Salud San Ignacio Microrred San José de Lourdes

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación a las coordinaciones con instituciones del Estado para implementar de manera adecuada la vacunación en comunidades indígenas. Según la información proporcionada, se advierte que, solo las microrredes de salud Huarango y San José de Lourdes señalaron haber realizado coordinaciones con instituciones públicas. En el caso de la microrred de salud Huarango, señaló haber coordinado con el Ministerio de Cultura sobre la sensibilización a todos los anexos que abarca el puesto de salud Supayaku para la vacunación contra el COVID-19, mientras que la microrred de salud San José de Lourdes habría coordinado con la Red de Salud San Ignacio y el puesto de salud Naranjos acerca de la planificación de actividades y otros temas.

Asimismo, respecto a la coordinación con organizaciones indígenas, agentes comunitarios de salud o representantes de las comunidades, las microrredes de salud Huarango y San José de Lourdes señalaron haber realizado al menos una coordinación. En el caso de la microrred Huarango, esta sostuvo haber coordinado con los apus y agentes comunitarios sobre vacunación contra el COVID-19, mientras que la microrred San José de Lourdes indicó haber coordinado con los apus y promotores de salud sobre la difusión de la vacunación contra esta enfermedad. Las microrredes de salud Chuquibamba y Pachacutec informaron que no coordinaron con otras instituciones del Estado ni con organizaciones indígenas.

**Cuadro N° 21**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca**

Microrred de salud	Instituciones del Estado		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Chuquibamba	No		No	
Pachacutec	No		No	
Huarango	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Apus Agentes comunitarios
San José de Lourdes	Sí	Red de Salud San Ignacio y Puesto de Salud Naranjos	Sí	Apus Promotores de salud

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

En cuanto a la realización de campañas de difusión/capacitación en las comunidades indígenas, y si estas fueron desarrolladas en sus lenguas originarias. Al respecto, se puede advertir que, tres de cuatro microrredes de salud supervisadas (Chuquibamba, Huarango y San José de Lourdes) informaron haber realizado campañas de difusión a través de WhatsApp, material impreso, altoparlante y radio, siendo la microrred de San José de Lourdes la única que indicó haber realizado estas campañas en lengua awajún, además del castellano. Cabe señalar que la microrred de salud Pachacutec no precisó información al respecto.

**Cuadro N° 22**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca**

Microrred de salud	Lengua utilizada para las campañas de difusión
Chuquibamba	Castellano
Pachacútec	(*)
Huarango	Castellano
San José de Lourdes	Castellano Awajún

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Sobre la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, las microrredes de salud supervisadas informaron que en sus jurisdicciones se identificó a actores que se encontraban a favor de la vacunación, como el personal de salud, agentes comunitarios de salud y promotores de salud, quienes difundieron mensajes positivos sobre la vacunación como *“con la vacunación están protegiéndose de la enfermedad”*. Asimismo, se identificó que los medios utilizados para difundir estos mensajes fueron WhatsApp, diálogo directo con las comunidades, material impreso, asambleas ordinarias y bocinas.

**Cuadro N° 23**

**Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cajamarca**

Microrred de salud	Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensaje que se difunden
Chuquibamba	Personal de salud	A favor	Campañas de vacunación
Pachacutec	Personal de salud	A favor	Beneficios de la vacuna
Huarango	Agente comunitario de salud	A favor	Importancia de la vacunación
San José de Lourdes	Promotores de salud	A favor	<i>“Con la vacunación están protegiéndose de la enfermedad”</i>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones para mantener la cadena de frío, se indagó sobre la disponibilidad del servicio de energía eléctrica en los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas. De acuerdo con la información proporcionada por las microrredes de salud, todos los establecimientos de salud que atienden a población indígena (Chuquibamba, Chetilla, Supayacu y Naranjos), sí contaban con este servicio las 24 horas del día.

Con relación a si el establecimiento de salud cuenta con sistema de alarma electrónico y/o grupo electrógeno, tres de cuatro establecimientos de salud de las microrredes supervisadas (Chuquibamba, Chetilla y Naranjos) indicaron no contar con estos equipos, mientras que el puesto de salud Supayaku indicó que sí contaba con dicho equipo, pero carecía de combustible, lo que afectaría la cadena de frío ante un eventual corte de energía eléctrica.

En relación con la disponibilidad de equipos de refrigeración, todos los establecimientos de salud de las microrredes de salud supervisadas (Chuquibamba, Chetilla, Supayaku y Naranjos) indicaron contar con estos equipos. Además, respecto a la realización de su mantenimiento, se pudo conocer que, a excepción del establecimiento de Supayaku, el resto de los establecimientos realizaron un mantenimiento preventivo a sus respectivos equipos de refrigeración.

#### Cuadro N° 24

##### Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío, en microrredes de salud de comunidades indígenas en Cajamarca

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno para garantizar la cadena de frío?		¿Cuenta con equipo de refrigeración?		¿Se le ha dado mantenimiento al equipo de refrigeración?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Chuquibamba	Chuquibamba	24 horas			X	X		X	
Pachacútec	Chetilla	24 horas			X	X		X	
Huarango	Supayaku	24 horas		X		X			X
San José de Lourdes	Naranjos	24 horas			X	X		X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la disponibilidad del servicio de agua potable, los establecimientos de salud Chuquibamba y Supayaku indicaron contar con este servicio,<sup>100</sup> a diferencia de los establecimientos de salud Chetilla y Naranjos. Asimismo, con relación al servicio de internet, a excepción del establecimiento de salud Naranjos, los establecimientos de salud Chuquibamba, Chetilla y Supayacu indicaron que sí cuentan con este servicio.

### Cuadro N° 25

#### Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas de comunidades indígenas en Cajamarca

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Chuquibamba	Chuquibamba	X		X	
Pachacútec	Chetilla		X	X	
Huarango	Supayaku	X		X	
San José de Lourdes	Naranjos		X		X

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación, se advirtió que, a excepción de la microrred de salud Pachacutec, las microrredes Chuquibamba, Huarango y San José de Lourdes informaron que sí tuvieron problemas logísticos para la vacunación en comunidades indígenas. Al respecto, se identificó, entre otros aspectos, la falta de stock de vacunas, así como la demora en su recojo por falta de presupuesto.

100 Sobre este punto, la microrred de salud Huarango precisó que el EESS Supayaku indicó contar con agua entubada.

### Cuadro N° 26

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Cajamarca

Microrred de salud	Dificultades para la vacunación contra el COVID-19 a pueblos indígenas
Chuquibamba	- Retraso de 2 o 3 días con stock faltante debido a la falta de comunicación.
Pachacútec	- Indicó no tener problemas.
Huarango	- Distribución de vacunas no es acorde a la realidad. - No hay presupuesto para recojo de vacunas de la microrred.
San José de Lourdes	- Las guías de farmacia no llegan a tiempo.

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cajamarca.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

### 3.3. Cusco

Según el Censo nacional de 2017, en el departamento de Cusco un total de 722 982 personas se autoidentificaron como parte de alguno de los ocho pueblos indígenas presentes en la zona como los quechuas, matsigenka, kichwa, ashaninka, harakbut, kakinte, nanti y yine. Asimismo, un total de 632 215 personas tienen como una lengua materna una lengua indígena, siendo la lengua predominante el quechua (98.6 %).

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, durante setiembre y octubre de 2021, se realizó la primera supervisión a 14 microrredes de salud que atienden a comunidades campesinas y nativas ubicadas en las provincias de Canas, Canchis, Espinar, Chumbivilcas, Calca, Anta, Paucartambo, Quispicanchi, Paruro, Acomayo y La Convención, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 009-2021-DP/AMASPPI/PPI, denominado *“Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 a las comunidades nativas y campesinas del departamento de Cusco”*.<sup>101</sup>

Dicho informe da cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades indígenas, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la falta de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas de vacunación, así como la negativa de una parte de la población indígena para vacunarse contra el COVID-19.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió el oficio N° 096-2022-DP/AMASPPI-PP, del 12 de julio de 2022, a la Gerencia Regional de Salud de Cusco, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, garantizando el presupuesto necesario y en constante coordinación y articulación con los ministerios de Salud y Cultura, así como con las organizaciones indígenas. Esta invocación fue reiterada mediante oficio N° 158-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 29 de setiembre de 2022.

---

101 Disponible en: <http://tinyurl.com/yj4td2p8>

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Cusco y los Módulos de Atención Defensorial de La Convención y Pichari, en coordinación con el Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo, realizaron una segunda supervisión. En total se supervisaron a 16 microrredes de salud y al Hospital San Juan de Kimbiri, las que se encuentran en el ámbito de las provincias de Acomayo, Anta, La Convención, Chumbivilcas, Quispicanchis, Paruro, Canchis, Urubamba, Canas y Calca.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Cusco.

### Cuadro N° 27

#### Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Cusco

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Acomayo	Cusco Sur	Acomayo	9
2	Quispicanchis	Cusco Sur	Ocongate	1
3	Paruro	Cusco Sur	Paruro	13
4	La Convención	La Convención	Camisea	15
5		La Convención	Kiteni	1
		La Convención	Hospital San Juan de Kimbiri	3
6		La Convención	Pucyura	3
7		La Convención	Quellouno	3
8		Cusco- Vraem	Kimbiri	5
9		Cusco-Vraem	Pichari	7
10		Chumbivilcas	Chumbivilcas	Livitaca
11	Canchis	Canas-Canchis-Espinar	Techo Obrero	2
12	Anta	Cusco Norte	Anta	1
13	Calca	Cusco Norte	Pisac	14
14	Urubamba	Cusco Norte	Urubamba	4
15	Calca	Cusco Norte	Yanatile	12
16	Canchis	Canas-Canchis-Espinar	Yanaoca	9

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las y los representantes de las 16 microrredes de salud y el hospital supervisados sobre el número de comunidades indígenas presentes en su jurisdicción, a excepción de Anta, Kiteni y Urubamba que no precisaron información, en sus ámbitos de intervención se sitúan 364 comunidades indígenas donde habita población matsigenka, nanti, kakinte, yine, ashaninka y quechua. Cabe precisar que, según la información proporcionada, la microrred Camisea sería la única microrred supervisada que cuenta con más de un pueblo indígena amazónico dentro de su jurisdicción (matsigenka, nanti, kakinte y yine).

**Cuadro N° 28**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Cusco**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Acomayo	49	Quechua
2	Anta	(*)	Quechua
3	Camisea	25	Matsigenka
		3	Nanti
		4	Kakinte
		4	Yine
	Hospital San Juan de Kimbiri	9	Ashaninka
4	Kimbiri	13	Matsigenka
5	Pichari	30	Ashaninka
6	Kiteni	(*)	(*)
7	Livitaca	49	Quechua
8	Ocongate	1	(*)
9	Paruro	94	Quechua
10	Pisac	14	Quechua
11	Pucyura	25	Quechua
12	Quellouno	8	Matsigenka
13	Techo Obrero	2	Quechua
14	Urubamba	(*)	Quechua
15	Yanaoca	22	Quechua
16	Yanatile	12	Quechua

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la elaboración de un padrón de vacunación contra el COVID-19 para comunidades indígenas, solo cuatro de las microrredes supervisadas señalaron que cuentan con un padrón (Kiteni, Pucyura, Quellouno y Techo Obrero), mientras que 12 no cuentan con este documento de planificación (Acomayo, Anta, Camisea, Kimbiri, Pichari, Livitaca, Ocongate, Paruro, Pisac, Urubamba, Yanaoca y Yanatile). De igual forma, desde el Hospital San Juan de Kimbiri informaron que no cuentan con padrón de vacunación específico para pueblos indígenas.

**Cuadro N° 29**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Cusco**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Acomayo	No
Anta	No
Camisea	No
Kimbiri	No
Pichari	No
Kiteni	Sí
Livitaca	No
Ocongate	No
Paruro	(*)
Pisac	No
Pucyura	Sí
Quellouno	Sí
Techo Obrero	Sí
Urubamba	No
Yanaoca	No
Yanatile	No

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la programación y avance de vacunación en comunidades indígenas, de todas las microrredes supervisadas, únicamente las microrredes de salud Kimbiri, Pichari y Pucyura proporcionaron la información.

La microrred Kimbiri señaló haber vacunado a las 75 personas indígenas programadas para la vacunación en primera dosis, a 80 personas de 105 programadas para la segunda dosis y a 50 personas de 80 para la tercera dosis, representando un avance del 100 %, 76 % y 59 %, respectivamente. En cuanto a la microrred de Pichari, esta informó que se logró inmunizar a 85 personas de 103 programadas para la vacunación en primera dosis, a 95 personas de 105 para la segunda dosis y a 50 personas de 85 para la tercera dosis, representando un avance del 83 %, 90 % y 59 %, respectivamente. Por su parte, la microrred Pucyura informó que se logró inmunizar a 1199 personas de 1232 programadas para la vacunación en la primera dosis, a 1186 personas de 1232 para la segunda dosis y a 1006 de 1290 para la tercera dosis, lo que representa un avance de 97 %, 96 % y 78 %, respectivamente.

Sin embargo, en la reunión sostenida el 1 de julio de 2022 con nuestra institución, la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud informó que en el departamento de Cusco se programó la vacunación a 16 910 personas indígenas, cuyo avance a esa fecha era de 76 % para la primera dosis, 63 % para la segunda dosis y 28 % para la tercera dosis.

### Cuadro N° 30


#### Programación y avance de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Kimbiri	75	75	105	80	80	50
Pichari	103	85	105	95	85	50
Pucyura	1232	1199	1232	1186	1290	1006

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Al solicitar información sobre el avance de la inmunización por comunidad indígena, las microrredes de salud supervisadas Kimbiri, Pichari, Kiteni, Pisac, Pucyura, Quellouno, Techo Obrero y Yanaoca señalaron haber realizado intervenciones a



todas las comunidades indígenas de sus jurisdicciones, mientras que las microrredes de salud Acomayo, Anta, Camisea, Livitaca, Paruro, Ocongate, Urubamba y Yanatile no precisaron información al respecto.

Respecto al monitoreo post vacunación, de las 16 microrredes de salud con excepción de Livitaca y Ocongate que no brindaron información, se advierte que todas habrían realizado este monitoreo en un periodo que comprende desde el día cero (el mismo día de la vacunación) hasta el día 15. Asimismo, señalaron que el responsable de realizar este monitoreo, en la mayoría de los casos, es la/el licenciada/o en enfermería o la/el técnica/o en enfermería del establecimiento de salud.

**Cuadro N° 31**

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona encargada del monitoreo
Acomayo	Sí	10 días	Licenciada/o en enfermería
Anta	Sí	1 día	Agente comunitario de salud
Camisea	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Kimbiri	Sí	3 días	Obstetra
Pichari	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Kiteni	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Livitaca	(*)		
Ocongate	(*)		
Paruro	Sí	3 días	Médico Licenciada/o en enfermería Químico farmacéutico Técnica de enfermería
Pisac	Sí	de 10 a 15 días	Licenciada/o en enfermería
Pucyura	Sí	0 días	Médico Licenciada/o en enfermería Técnica de enfermería Técnico de laboratorio
Quellouno	Sí	1 día	Médico Licenciada/o en enfermería Técnica de enfermería Obstetra
Techo Obrero	Sí	Más de 15 días	Licenciada/o en enfermería
Urubamba	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Yanaoca	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Yanatile	Sí	5 días	Licenciada/o en enfermería

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

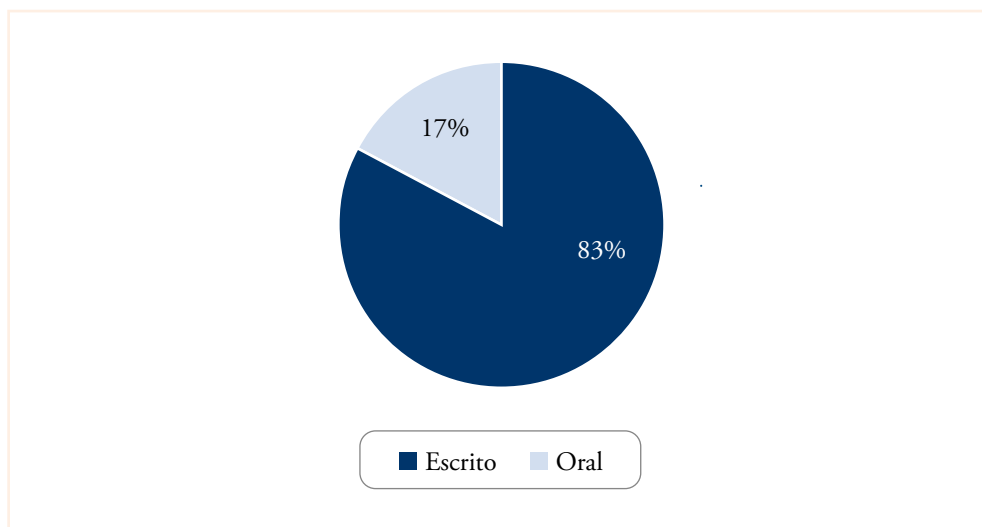
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su autorización previo al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado; 12 de las 16 microrredes de salud supervisadas informaron que el recojo de este consentimiento se realizó de manera escrita (83 %), mientras que los cuatro restantes lo habrían realizado de forma oral (17 %).

**Gráfico N° 7**

**Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en Cusco**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi); por lo que, de la supervisión desarrollada, se advirtió que 15 microrredes de salud señalaron que sí contaban con dicho Kit, a excepción de la microrred de salud Yanaoca.

Respecto al presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, se advirtió que 12 microrredes de salud supervisadas señalaron que no recibieron un presupuesto, tres indicaron que sí les otorgaron

los recursos, como es el caso de las microrredes de salud Kiteni, Techo Obrero, Quellouno y una no brindó información (Acomayo). De igual forma, el Hospital San Juan de Kimbiri también indicó contar con este presupuesto.

Por otro lado, respecto al personal con el que cuentan los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas, se advirtió que, del total de microrredes de salud y el Hospital San Juan de Kimbiri, solo 13 brindaron información sobre este punto.

En cuanto al personal designado para la vacunación contra el COVID-19, solo tres microrredes de salud (Livitaca, Paruro y Techo Obrero) señalaron haber asignado más de 80 personas para la conformación de las brigadas de vacunación. Por su parte, microrredes de salud como Acomayo, Pucyura, Camisea, Kimbiri y Yanatile informaron haber asignado entre 8 y 20 personas para la vacunación. Cabe señalar que las microrredes de salud Anta, Kiteni, Ocongate, Pisac y Urumbamba no brindaron información.

Con relación a la conformación de las brigadas de salud para vacunar a las personas que integran las comunidades, con excepción de la Microrred de Kiteni que no brindó información, el resto de las microrredes supervisadas señalaron que sí conformaron brigadas para inmunizar a las comunidades indígenas.

Asimismo, respecto a si estas brigadas contaban con un enlace indígena y/o traductores en lenguas indígenas u originarias, la microrred de salud Camisea mencionó que las dos brigadas conformadas no contaban con enlace indígena o traductor. El resto de las microrredes de salud sí contaban con enlaces indígenas y/o traductores, entre 2 a 15 traductores. Esta última cifra se registró en la microrred de salud Pisac donde nos informaron que, cada una de las 15 brigadas de vacunación conformadas contaba con personal que habla o domina el quechua.

Cuadro N° 32

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19  
en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco**

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de la vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Acomayo	68	9	3	3	3
Anta	(*)	(*)	12	12	8
Camisea	70	20	2	0	2
Hospital San Juan de Kimbiri	134	8	2	1	15
Kimbiri	39	20	4	1	45
Pichari	120	35	5	1	60
Kiteni	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Livitaca	78	63	12	12	12
Ocongate	134	(*)	11	11	11
Paruro	106	96	13	13	(*)
Pisac	88	(*)	15	15	0
Pucyura	61	11	11	11	0
Quellouno	(*)	88	10	2	12
Techo Obrero	112	170	2	2	45
Urubamba	(*)	(*)	14	14	20
Yanaoca	60	31	9	9	3
Yanatile	46	19	12	12	20

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no se cuenta con información.

Respecto a las capacitaciones al personal de salud, a excepción de las microrredes de salud Camisea y Yanatile, las 14 microrredes informaron haber recibido al menos una capacitación, siendo las redes de salud y las Geresas/Diresas las responsables de estas acciones. Solo en el caso de la microrred de salud Acomayo, informaron que la capacitación sobre la importancia de la vacunación fue realizada por el Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 33**

**Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Cusco**

Microrred de salud	Se desarrollaron capacitaciones en el ámbito de la microrred	Tema de capacitación	Entidad capacitadora
Acomayo	Sí	Importancia de la vacunación COVID-19.	Minsa
Anta	Sí	Directivas y norma técnica de vacunación.	Red de salud
Camisea	No		
Kimbiri	Sí	Vacunación contra el COVID-19 Esquema de vacunación para población en general. Socialización de la “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación”.	Red de salud
Pichari	Sí	Vacunación contra el COVID-19 Esquema de vacunación para población en general. Socialización de la “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación”.	Red de salud
Kiteni	Sí	Fortalecimiento de Capacidades en Inmunización.	Red de salud
Livitaca	Sí	Esquema de vacunación de COVID-19, manejo de cadena de frío y almacenamiento de vacunas.	Geresa/Diresa
Ocongate	Sí	Vacunación COVID-19.	Geresa/Diresa
Paruro	Sí	Importancia de la vacunación COVID-19.	Red de salud
		Administración de vacunas. Esavi. Inmunizaciones.	Geresa/Diresa
Pisac	Sí	Proceso de vacunación Cumplimiento de metas. Esavi. Manejo de vacunas.	Red de salud
Pucyura	Sí	Vacunación COVID-19.	Geresa/Diresa
		Modo de preparación, Dosificación y tipo de vacuna. Adulto mayor, joven, adolescente y niño.	Red de salud
Quellouno	Sí	Calidad.	Red de salud

Microrred de salud	Se desarrollaron capacitaciones en el ámbito de la microrred	Tema de capacitación	Entidad capacitadora
Techo Obrero	Sí	Manejo de la vacuna. Cadena de frío.	Red de salud
Urubamba	Sí	Vacunación COVID-19.	Red de salud
		Anemia.	Geresa/Diresa
Yanaoca	Sí	Vacunación a población originaria.	Geresa/Diresa
		Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Anemia.	Red de salud
Yanatile	No		

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sobre las coordinaciones con instituciones públicas, a excepción de siete microrredes de salud (Acomayo, Techo Obrero, Quellouno, Ocongote, Pucyura, Urubamba y Yanatile), las nueve restantes (Anta, Camisea, Kimbiri, Pichari, Kiteni, Livitaca, Paruro, Pisac y Yanaoca) señalaron haber efectuado estas gestiones, siendo que, la mayoría de estas se habrían realizado con la Red de Salud a la que pertenecen.

Asimismo, 14 microrredes de salud señalaron haber realizado al menos una coordinación con representantes de las organizaciones indígenas, comunidades, presidentes comunales y/o agentes comunitarios. Entre las actividades coordinadas se encuentran el brindar información y sensibilización sobre el COVID-19, la coordinación para el ingreso a las comunidades, así como el monitoreo del avance de vacunación y la capacitación sobre el protocolo de vacunación. Las microrredes de salud Quellouno y Urubamba no brindaron información al respecto.

**Cuadro N° 34**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco**

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Acomayo	No		Sí	Presidentes comunales
Anta	Sí	Red de Salud Municipio	Sí	(*)
Camisea	Sí	Minsa	Sí	Agente comunitario
Hospital San Juan de Kimbiri	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario Jefes de CC.NN
Kimbiri	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario Jefes de CC.NN
Pichari	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario Jefes de CC.NN
Kiteni	Sí	Red de Salud	Sí	(*)
Livitaca	Sí	Red de Salud	Sí	Agentes comunitarios, presidentes comunales
Ocongate	No		Sí	Presidentes comunales
Paruro	Sí	Red de Salud	Sí	Representante de comunidades
Pisac	Sí	Red de Salud	Sí	Presidentes comunales Agentes comunitarios
Pucyura	No		Sí	Agentes comunitarios de Salud
Quellouno	No		(*)	(*)
Techo Obrero	No		Sí	Representantes de comunidades campesinas
Urubamba	No		(*)	(*)
Yanaoca	Sí	Diresa/Geresa	Sí	Presidentes comunales
Yanatile	No		Sí	Presidentes de comunidades campesinas

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

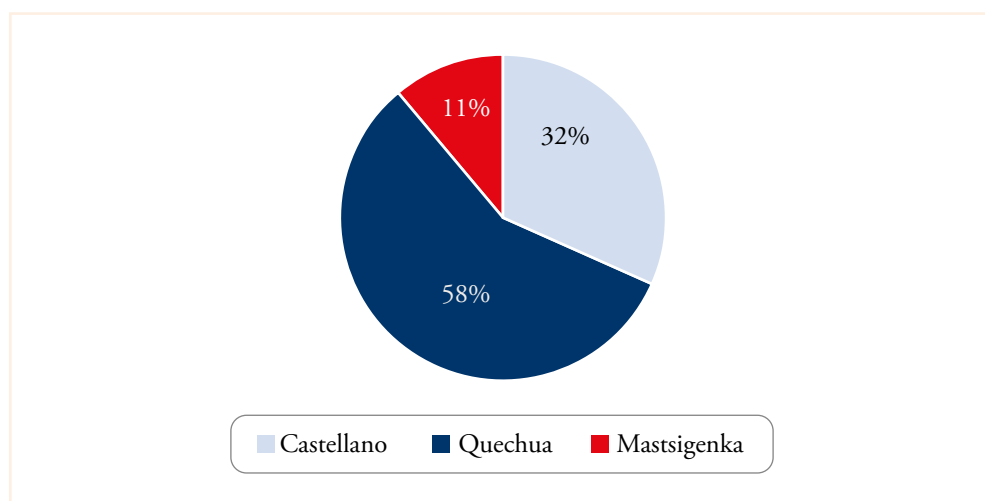
(\*) No precisa o no se cuenta con la información.

En cuanto a la realización de campañas de difusión/capacitación en las comunidades indígenas, y si estas fueron desarrolladas en sus lenguas originarias. Al respecto, se pudo advertir que todas las microrredes de salud informaron haber realizado estas acciones, siendo los medios más utilizados la radio, materiales impresos, autoparlantes y el diálogo (boca a boca).

Con relación a las lenguas indígenas en las que se difundió la información sobre la importancia de la vacunación, en la supervisión se nos informó que estas se realizaron principalmente en quechua (58 %) y castellano (32 %), a excepción de las microrredes de Acomayo, Anta, Kimbiri, Kiteni, Ocongata y Paruro, que las efectuaron en castellano.

**Gráfico N° 8**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Otro aspecto importante para mencionar es la participación o aporte de algunos actores locales, gubernamentales o líderes de las comunidades indígenas, quienes en general han difundido mensajes positivos como *“La vacuna nos protege”*, *“Beneficios*

*e importancia de la vacunación” y “La vacuna ayuda a la prevención del COVID-19”.* Caso contrario ocurría en las microrredes de Yanatile, Pisac y Techo Obrero, quienes informaron que en su jurisdicción los actores difundían mensajes en contra como *“Las vacunas son dañinas”.*


**Cuadro N° 35**

**Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Cusco**

Actores	Posición acerca de la vacunación	Mensajes que se difunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agente comunitario de salud.</li> <li>- Docente, tutor o director.</li> <li>- Representante de una iglesia.</li> <li>- Personal de salud.</li> <li>- Periodista.</li> <li>- Autoridad gubernamental.</li> <li>- Representante de una ONG.</li> </ul>	A favor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilización sobre la importancia de la vacunación.</li> <li>- Beneficios de la vacunación contra el COVID-19.</li> <li>- Importancia y posibles reacciones de la vacuna.</li> <li>- <i>“La vacuna nos protege”.</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Líder o dirigente indígena.</li> <li>- Persona extranjera.</li> </ul>	En contra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Las vacunas son dañinas”.</i></li> </ul>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, de los 114 establecimientos de salud que atienden a población indígena, de la información obtenida en la supervisión, 100 cuentan con este servicio las 24 horas y uno de ellos sólo de 4 a 10 horas al día (establecimiento de salud Quincemil de la microrred Ocongate), mientras que los establecimientos de salud de Montenori, Puerto Huallaga, Camaná, Tangoshiari (microrred de Camisea) y Matoriato (microrred de Quellouno) indicaron no contar con este servicio y nueve establecimientos de salud de la microrred Camisea no brindaron información.



Asimismo, se conoció que, de los 114 establecimientos de salud, 74 no cuentan con equipos electrógenos, los cuales, ante un eventual corte de energía no garantizarían la cadena de frío. Respecto a los equipos de refrigeración, todas las microrredes de salud indicaron que sus establecimientos de salud cuentan con estos equipos y que han realizado el mantenimiento correctivo y preventivo correspondiente. Cabe señalar que los establecimientos de salud de Antapallpa, Huasquillay, Ccapi, Paccarectambo, Sahuá Sahuá y Colcha de la microrred de salud Paruro no brindaron información respecto al tipo de mantenimiento brindado a los equipos de refrigeración.

**Cuadro N° 36**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Cusco**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Acomayo	Acomayo	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Acopia	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Acos	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Marcaconga	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Sangarara	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Santa Lucía	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	San Juan de Pomacanchi	24 hrs.			X	Sí		Mantenimiento correctivo
	Pillpinto	24 hrs.			X	X		Mantenimiento correctivo
	Pomacanchi	24 hrs.			X	X		Mantenimiento correctivo
Anta	Anta	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
Camisea	Camisea	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Montenori		X	X		X		Mantenimiento preventivo
	Timpia	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Chocoriari	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Shivankoreni	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Cashiriari	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Kiriguete	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Huallana		X	X		X		Mantenimiento preventivo
	Camana		X	X		X		Mantenimiento preventivo
	Tangoshiari		X	X		X		Mantenimiento preventivo
	Nuevo Mundo	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Nueva Vida	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
	Nueva Luz	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo
Sensa	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo	
Miaria	24 hrs.		X		X		Mantenimiento preventivo	
Hospital San Juan de Kimbiri	Sampantuari	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pantanal	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Anaro	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Kimbiri	Kimbari Alto	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Los Angeles	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Chirumpiari	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pueblo Libre	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Villa Kintiarina	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
Pichari	Pichari	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Otai	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Quisco Central	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Mantaro	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Natividad	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Tambo del Ene	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pitirinquini	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
Kiteni	1 EEES (**)	(*)		X		X		Mantenimiento correctivo
Livitaca	Livitaca	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Torora Reina de los Angeles	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pataqueña	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Sausanta		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Pisquicocha		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Kisioq		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Chilloroya		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Añahuichi		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Uchucarko		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Chamaca	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Conchacollo		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
Ingata		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo	
Ocongate	Quincemil	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Paruro	Paruro	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Yaurisque	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Accha	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Antapallpa	24 hras.			X	X		(*)
	Omacha	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huasquillay	24 hras.			X	X		(*)
	Ccapi	24 hras.			X	X		(*)
	Ccoyabamba	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huanoquite	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Paccarectambo	24 hras.			X	X		(*)
	Sahua Sahua	24 hras.			X	X		(*)
	Colcha	24 hras.			X	X		(*)
Cochirhuay	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo	
Pisac	Coya	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Huama	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Poque	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Sayllapaya	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Lamay	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Tiracancha	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	San Salvador	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Patabamba	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Huancalle	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Taray	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Quello Quello	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Cuyo Grande	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Cuyo Chico	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo
Pisac	24 hras.			X	X		Mantenimiento Preventivo	
Pucyura	Pampaconas	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Arma	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Choquetira	24 hras.			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Quellouno	Matoriato		X	X		X		Mantenimiento preventivo
	Chirumbia	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huillcapampa	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
Techo Obrero	Layo	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Marangani	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
Urubamba	Ollantaytambo	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Patacancha	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huayllabamba	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
	Yanahuara	24 hrs.			X	X		Mantenimiento preventivo
Yanaoca	Huampatura	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Winchiri	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Pampamarca	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Pongoña	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Quehue	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Surimana	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Tococori	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
	Tungasuca	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo
Yanaoca	24 hrs.			(*)	X		Mantenimiento preventivo	
Yanatile	Quebrada	24 hrs.		X		X		Mantenimiento Preventivo
	Putucusi	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Quesquento	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Puente Santiago	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Muyupay	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Chancamayo	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Versalles	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Corimayo	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Bella Vista	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Combapata	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
	Huachibamba	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo
Colca	24 hrs.			X	X		Mantenimiento Preventivo	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no se cuenta con la información.

(\*\*) No precisa el nombre del establecimiento.

Sobre la disponibilidad del servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud, 78 establecimientos informaron que sí cuentan con este servicio, mientras que 32 establecimientos de salud de las microrredes de Camisea, Pucyura, Quellouno, Techo Obrero y Yanatile no tendrían acceso a este servicio público.

Respecto al servicio de internet, de los 114 establecimientos de salud, sólo 64 cuentan con este servicio. Según la información brindada por el personal entrevistado, la falta de internet no permite descargar la información estadística en los sistemas administrativos que manejan, por lo que se tienen que trasladar a otro establecimiento que cuente con este servicio o a la microrred de salud a la que pertenece para remitir la información.

Cuadro N° 37

Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas de comunidades indígenas en Cusco

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Acomayo	Acomayo	X		X	
	Acopia	X		X	
	Acos	X		X	
	Marcaconga	X		X	
	Sangarara		(*)	X	
	Santa Lucia		(*)		X
	San Juan de Pomacanchi		(*)		X
	Pillpinto	X			X
Pomacanchi	X		X		
Anta	Anta	X		X	
Camisea	Camisea		X	X	
	Montenori		X		X
	Timpia		X		X
	Chocoriari		X		X
	Shivankoreni		X		X
	Cashiriari		X		X
	Kirigueti		X	X	
	Puerto Huallana		X		X
	Camana		X		X
	Tangoshiari		X		X
	Nuevo Mundo		X		X
	Nueva Vida		X		X
	Nueva Luz		X	X	
	Sensa		X		X
Miaria		X		X	
Hospital San Juan de Kimbiri	Sampantuari	X		X	
	Pantanal	X		X	
	Anaro	X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Kimbiri	Kimbiri Alto	X		X	
	Los Angeles	X		X	
	Chirumpiari	X		X	
	Pueblo Libre	X		X	
	Villa Kintiarina	X		X	
Pichari	Pichari	X		X	
	Otai	X		X	
	Quisco Central	X		X	
	Mantaro	X		X	
	Natividad	X		X	
	Tambo del Ene	X		X	
	Pitirinquini	X		X	
Kiteni	1 EESS (**)		(*)		(*)
Livitaca	Livitaca	X		X	
	Torora Reina de los Angeles	X			(*)
	Pataqueña	X		X	
	Sausanta	X		X	
	Pisquicocha	X		X	
	Kisioq	X		X	
	Chilloroya	X		X	
	Añahuichi	X		X	
	Uchucarko	X		X	
	Chamaca	X		X	
	Conchacollo	X		X	
	Ingata	X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Ocongate	Quincemil	X			X
Paruro	Paruro	X		X	
	Yaurisque	X		X	
	Accha	X		X	
	Antapallpa	X		X	
	Omacha	X		X	
	Huasquillay	X			X
	Ccapi	X			X
	Ccoyabamba	X			X
	Huanoquite	X		X	
	Paccarectambo	X		X	
	Sahua Sahua	X		X	
	Colcha	X		X	
Ccochirhuay	X			X	
Pisac	Coya	X		X	
	Huama	X			X
	Poque	X			X
	Sayllapaya	X			X
	Lamay	X		X	
	Tiracancha	X			X
	San Salvador	X		X	
	Patabamba	X			X
	Huancalle	X			X
	Taray	X		X	
	Quello Quello	X			X
	Cuyo Grande	X			X
	Cuyo Chico	X			X
Pisac	X		X		
Pucyura	Pampaconas		X		X
	Arma		X		X
	Choquetira		X		X


Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Quellouno	Matoriato		X		X
	Chirumbia		X		(*)
	Huillcapampa		X		(*)
Techo Obrero	Layo		X	X	
	Marangani	X			X
Urubamba	Ollantaytambo	X		X	
	Patacancha	X			X
	Huayllabamba	X			X
	Yanahuara	X			X
Yanaoca	Huampatura	X			X
	Winchiri	X			X
	Pampamarca	X		X	
	Pongoña	X			X
	Quehue	X		X	
	Surimana	X		X	
	Tococori	X			X
	Tungasuca	X			X
Yanatile	Yanaoca	X		X	
	Quebrada	X		X	
	Putucusi	X		X	
	Quesquento		X	X	
	Puente Santiago		X	X	
	Muyupay		X		X
	Chancamayo		X	X	
	Versalles		X	X	
	Corimayo		X	X	
	Bella Vista		X		X
	Combapata		X		X
Huachibamba		X		X	
Colca		X	X		

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

(\*\*) No precisa el nombre del establecimiento.



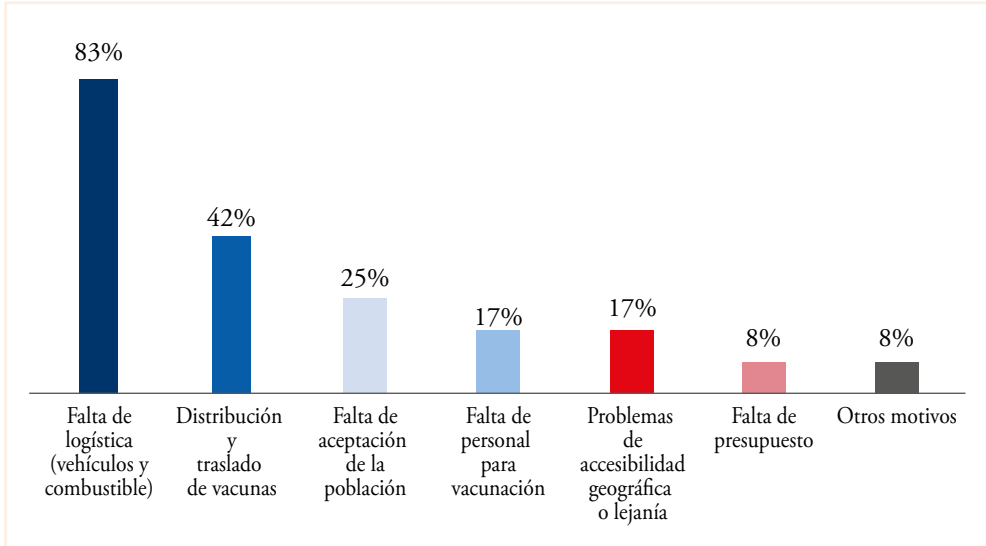
Con relación a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, 12 de las 16 microrredes supervisadas señalaron que sí tuvieron dificultades para la vacunación, mientras que la diferencia señaló no haber tenido ninguna (Anta, Ocongate, Paruro y Pucyura).

En la supervisión se advirtió que entre las dificultades más recurrentes se encuentra con un 83 % la falta de logística (vehículos y combustibles) y, con un 42 % la distribución y traslado de las vacunas, sea desde la sede de la Red de Salud hasta el establecimiento de salud y también desde los establecimientos de salud a las comunidades indígenas en donde se realizarían las inmunizaciones, especialmente para cubrir los gastos de la movilidad y el combustible. Esta dificultad recae principalmente en los recursos económicos para cubrir la movilidad y el combustible.

Asimismo, con un 25 % fue la falta de confianza y aceptación de la población a vacunarse y con un 17 % se registró la falta de personal para la vacunación y problemas de accesibilidad territorial. Esta dificultad se presentó en establecimientos de salud de las microrredes de Urubamba y Yanaoca que no contaban ni con vehículo ni personal suficiente para cumplir con la inmunización prevista. Las microrredes de salud Livitaca, Kimbiri, Pichari, Techo Obrero y Urubamba señalaron que no contaban con los formatos, papel bond o que no contaban con impresora o tinta.

Gráfico N° 9

**Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Cusco**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Cusco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.  
Respuesta de opción múltiple.

### 3.4. Huánuco

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Huánuco un total de 240 095 personas se autoidentificaron como parte de uno de los pueblos indígenas quechua, ashaninka, kakataibo, shipibo-konibo y yanesha. Asimismo, un total de 192 338 personas tienen como lengua materna una lengua indígena, siendo estas principalmente el quechua, el ashaninka y el shipibo-konibo.

En el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia y a fin de garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas, la institución remitió a la Dirección Regional de Salud de Huánuco el oficio N° 042-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 19 de febrero de 2021, recomendando, entre otros aspectos, incorporar la atención de los pueblos indígenas de su ámbito territorial en el plan o estrategia regional de inmunización contra el COVID-19, fortalecer las capacidades del personal de salud de los establecimientos que atienden a comunidades y a los agentes comunitarios de salud, así como difundir información sobre la vacunación en lenguas indígenas.

Asimismo, frente a las dificultades advertidas por la institución respecto al proceso de vacunación a población indígena, en diciembre de dicho año, la Defensoría del Pueblo, mediante oficio N° 297-2021-DP/AMASPPI-PPI, recomendó al Ministerio de Salud reforzar la asistencia técnica y capacitación al personal de salud a nivel nacional y que atiende a población indígena para lograr intervenciones adecuadas en el proceso de vacunación en las comunidades indígenas del país.

Posteriormente, habiendo informado el Ministerio de Salud que aún persistían las brechas de vacunación en comunidades indígenas, en julio de 2022, la Defensoría del Pueblo remitió a la Diresa Huánuco el oficio N° 100-2022-DP/AMASPPI-PPI, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, solicitando se garantice el presupuesto necesario y en constante coordinación y articulación con los ministerios de Salud y Cultura, así como con las organizaciones indígenas. Esta invocación fue reiterada mediante oficio N° 162-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 29 de setiembre de 2022.

En respuesta, la Diresa Huánuco informó sobre el avance de vacunación en las provincias de Leoncio Prado y Puerto Inca<sup>102</sup>, señalando no contar con presupuesto específico para mejorar la cobertura de la vacunación en población indígena en el 2022 y la amplia brecha de personal de salud. Sobre esto último, refiere la entidad haber solicitado<sup>103</sup> al Minsa que amplíe las plazas para serums en los establecimientos que atienden a población indígena, sin haber obtenido respuesta sobre dicho pedido.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, el Módulo Defensorial de Tingo María y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión a cinco microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Leoncio Prado y Puerto Inca.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Huánuco.

### Cuadro N° 38

#### Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Huánuco

N°	Provincia	Red de Salud	Microrred de salud	N° de Establecimientos de Salud
1	Leoncio Prado	Puerto Inca	Codo de Pozuzo	3
2	Puerto Inca		Honoría	2
3			Puerto Inca	4
4			Tournavista	2
5			Yuyapichis	3

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

102 Oficio N° 5733-2022-HCO-GR-DRS-DG-DESP-DAIS-ESRPI del 12 de octubre de 2022, que adjunta el Informe N° 011-2022-HCO-GR-DRS-DG-DESP-DAIS-ESRPI, remitido por la Dirección Regional de Salud de Huánuco.

103 Oficio N° 4137-2022-HCO-GR-DRS-DG-DESP-DAIS-ESRPI del 1 de agosto de 2022, dirigido al Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

De acuerdo con la información proporcionada por las/los representantes de las cinco microrredes de salud supervisadas, las microrredes de salud Codo de Pozuzo, Honoria, Tournavista y Yuyapichis informaron que atienden a 13 comunidades donde habita población indígena ashaninka y yanesha. La microrred de salud Puerto Inca no brindó esta información.

**Cuadro N° 39**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Huánuco**

N°	Microrred de salud	Comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Codo de Pozuzo	5	Yanesha
2	Honoria	2	(*)
3	Puerto Inca	(*)	Ashaninka
4	Tournavista	2	Ashaninka
5	Yuyapichis	4	Ashaninka Yanesha

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, la Defensoría del Pueblo conoció que las cinco microrredes de salud supervisadas (Codo de Pozuzo, Honoria, Puerto Inca, Tournavista y Yuyapichis) sí contaron con padrón de vacunación para pueblos indígenas.

**Cuadro N° 40**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Huánuco**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Codo de Pozuzo	Sí
Honoría	Sí
Puerto Inca	Sí
Tournavista	Sí
Yuyapichis	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

También se solicitó información sobre la programación inicial y avance de la vacunación, siendo que todas las microrredes de salud supervisadas (Codo de Pozuzo, Honoría, Puerto Inca, Tournavista y Yuyapichis) dieron detalles respecto a la programación inicial y al avance de la vacunación en la primera, segunda y tercera dosis.

**Cuadro N° 41**

**Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Huánuco**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Codo de Pozuzo	231	4	181	8	92	1
Honoría	447	406	447	406	447	406
Puerto Inca	462	38	311	28	242	20
Tournavista	740	415	741	380	740	230
Yuyapichis	1023	(*)	896	127	579	444

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Cabe precisar que, según información oficial de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Minsa, a junio de 2022, en el departamento de Huánuco se previeron 2 553 personas indígenas como meta de vacunación contra el COVID-19, y un avance del 63 % de esta población con tercera dosis. Asimismo, al 11 de octubre de 2022, la Diresa Huánuco informó que, en las provincias de Leoncio Prado y Puerto Inca se logró alcanzar una cobertura del 99 % con la primera dosis, 87 % con la segunda dosis, 63 % con la tercera dosis y 10 % con la cuarta dosis.

Por otro lado, tras solicitar información sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 por comunidades indígenas, las microrredes de salud supervisadas informaron haber intervenido en todas las comunidades que fueron programadas inicialmente.

Respecto al monitoreo post vacunación, a excepción de la microrred de salud Yuyapichis, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron que sí lo realizan. Al respecto, señalaron realizar este monitoreo en un periodo de dos a tres días, encontrándose a cargo de este proceso el personal de enfermería.

#### Cuadro N° 42

##### Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Huánuco

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Codo de Pozuzo	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Honoría	Sí	2 días	Licenciada/o en enfermería
Puerto Inca	Sí	2 días	Licenciada/o en enfermería
Tournavista	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Yuyapichis	No		

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el “*Protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*”, se previó que al inicio de las inmunizaciones contra el COVID-19, las personas deben brindar su consentimiento. Sobre el particular, en el marco de la presente supervisión, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron haber obtenido el consentimiento informado a través del diálogo directo y los formatos impresos.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). En este caso, al consultar si es que las brigadas contaban con estos kits, las microrredes de salud supervisadas brindaron la información a nivel de establecimiento de salud.

**Cuadro N° 43**


**Microrredes de salud de Huánuco que cuentan con el Kit Esavi**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con Kit Esavi?	
		Sí	No
Codo de Pozuzo	Santa Martha	X	
	Codo de Pozuzo		(*)
	Nueva Esperanza		(*)
Honoría	Antigua Honoría	X	
	Dos Unidos		X
Puerto Inca	Puerto Inca	X	
	Cleyton	X	
	Santa Teresa		X
	Sira		X
Tournavista	Tournavista Naranjal	X	
	Progreso Alianza de Baños	X	
Yuyapichis	Yuyapichis		X
	Guacamayo		X
	El Dorado		X

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.



Respecto a la asignación de presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas, esta pregunta fue realizada directamente a la Red de Salud Puerto Inca, la cual informó no haber recibido presupuesto específico.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19, de las cinco microrredes de salud supervisadas, a excepción de las microrredes de salud Honoria y Puerto Inca, las microrredes Codo de Pozuzo, Tournavista y Yuyapichis informaron haber destinado menos de 10 personas para el proceso de inmunización en las comunidades.

Respecto a la conformación de brigadas de vacunación para pueblos indígenas, se advierte que, tres de cinco microrredes de salud supervisadas conformaron estas brigadas (Honoria, Tournavista y Puerto Inca). De las que sí conformaron brigadas, Puerto Inca fue la que más brigadas destinó y la única que contó con un enlace y/o traductor indígena.

Sobre la brecha de personal para las actividades de vacunación contra el COVID-19, la microrred de salud Puerto Inca informó que tienen una brecha de 12 profesionales de salud. La microrred de salud Honoria informó que tiene una brecha de ocho personas, las microrredes Codo de Pozuzo y Tournavista una brecha de seis personas y la microrred Yuyapichis una brecha de cuatro personas.

**Cuadro N° 44**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrredes de salud en Huánuco**

Microrred de salud	Total de personal de salud	N° de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Codo de Pozuzo	41	8	0	0	6
Honoría	39	12	2	0	8
Puerto Inca	35	17	5	1	12
Tournavista	25	8	2	0	6
Yuyapichis	33	6	0	0	4

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación al fortalecimiento de capacidades del personal de vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas informaron haber recibido al menos una capacitación. Al respecto, de acuerdo con la información brindada, la Red de Salud de Puerto Inca fue la encargada de brindar las capacitaciones, principalmente sobre el proceso de vacunación contra el COVID-19, la aplicación de la vacuna, la vacunación en mujeres gestantes, el manejo de la cadena de frío y reacciones a la vacunación. Asimismo, informaron que estas capacitaciones se realizaron entre los meses de febrero y abril de 2021.

### Cuadro N° 45

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Huánuco

Microrred de salud	Temas	Entidad capacitadora
Codo de Pozuzo	- Dosis de vacunación contra el COVID-19. - Vacunación en mujeres gestantes.	Red de Salud Puerto Inca
Honoría	- Proceso de vacunación contra el COVID-19. - Vacunación regular.	Red de Salud Puerto Inca
Puerto Inca	- Aplicación de la vacuna contra el COVID-19.	Red de Salud Puerto Inca
Tournavista	- Manejo de cadena de frío, inmunización contra el COVID-19.	Red de Salud Puerto Inca
Yuyapichis	- Reacciones a la vacunación, proceso y dosificación.	Red de Salud Puerto Inca

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber efectuado al menos una coordinación, con el Ministerio de Salud, la Diresa Huánuco y la Red de Salud de Puerto Inca, abordando temas vinculados a la planificación de actividades para la vacunación contra el coronavirus en comunidades indígenas.

En cuanto a la coordinación con organizaciones y/o líderes indígenas, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber efectuado al menos una coordinación, principalmente con representantes de la Federación de Comunidades Nativas de la Provincia de Puerto Inca (Feconapia), Federación de Comunidades Nativas Yanesha (Feconaya) y jefes de las comunidades, abordando temas vinculados a la difusión de información y/o sensibilización de la vacunación contra el COVID-19.

**Cuadro N° 46**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Huánuco**

Microrred de salud	Entidades Públicas			Organizaciones y/o líderes indígenas		
	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Codo de Pozuzo	X		Ministerio de Cultura/ Diresa/Red de Salud	X		Dirigente y/o líder comunal
Honoría	X		Ministerio de Cultura/ Diresa/Red de Salud	X		Dirigente y/o líder comunal
Puerto Inca	X		Red de Salud	X		Feconapia
Tournavista	X		Red de Salud	X		Dirigente y/o líder comunal
Yuyapichis	X		Red de Salud	X		Feconapia/Feconaya

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con el “*Protocolo de vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*” elaborado por el Minsa, parte de la estrategia consistía en la difusión de información sobre la importancia de las vacunas. Al respecto, en la supervisión se advirtió que las cinco microrredes de salud señalaron haber realizado estas acciones, mediante el diálogo directo y empleando materiales impresos. Asimismo, respecto al uso de las lenguas indígenas en las campañas de difusión, todas las microrredes de salud supervisadas informaron haberlas realizado en castellano.

**Cuadro N° 47**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Huánuco**

Microrred de salud	¿Realizó campaña de difusión/capacitación?	Medio utilizado	Lengua utilizada
Codo de Pozuzo	Sí	Diálogo	Castellano
Honoría	Sí	Diálogo	Castellano
Puerto Inca	Sí	Material impreso	Castellano
Tournavista	Sí	Diálogo	Castellano
Yuyapichis	Sí	Material impreso	Castellano

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sobre la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, las cinco microrredes de salud supervisadas señalaron que el personal de salud y líderes o dirigentes indígenas difundieron mensajes positivos sobre la vacunación, utilizando el diálogo directo.

**Cuadro N° 48**

**Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Huánuco**

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensaje que se difunden
Líder o dirigente indígena. Personal de salud.	A favor	Vacunarse para prevenir el COVID-19.

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, de los 14 establecimientos de salud que atienden a población indígena y forman parte de las cinco microrredes de salud supervisadas, solo el establecimiento de salud Santa Martha indicó no contar con este servicio. De los 13 establecimientos que informaron contar con el servicio de energía eléctrica, tres de ellos (Cleyton, Santa

Teresa y Sira) señalaron contar con dicho servicio únicamente de una a tres horas, mientras que el establecimiento de salud Progreso de 4 a 10 horas al día.

Asimismo, respecto a los equipos electrógenos, de los 14 establecimientos de salud antes señalados, 6 indicaron no contar con este equipo (Santa Martha, Codo de Pozuzo, Nueva Esperanza, Yuyapichis, Guacamayo y El Dorado), situación que, ante un eventual corte de energía eléctrica, no garantizaría el adecuado funcionamiento de la cadena de frío para la conservación de las vacunas.

En relación con la disponibilidad de equipos de refrigeración, 12 establecimientos de salud señalaron contar con estos equipos; sin embargo, ninguno de ellos precisó información respecto al tipo de mantenimiento que reciben. Cabe señalar que, el establecimiento de salud Santa Teresa indicó no contar con este equipo y el establecimiento de salud Sira no proporcionó esta información, según se detalla a continuación.

Cuadro N° 49

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Huánuco**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Codo de Pozuzo	Santa Martha		X		X	X		(*)
	Codo de Pozuzo	24 horas			X	X		(*)
	Nueva Esperanza	24 horas			X	X		(*)
Honoría	Antigua Honoría	24 horas		X		X		(*)
	Dos Unidos	24 horas		X		X		(*)
Puerto Inca	Puerto Inca	24 horas		X		X		(*)
	Cleyton	1 a 3 horas		X		X		(*)
	Santa Teresa	1 a 3 horas		X			X	(*)
	Sira	1 a 3 horas		X			(*)	(*)
Tournavista	Tournavista	24 horas		X		X		(*)
	Progreso	4 a 10 horas		X		X		(*)
Yuyapichis	Yuyapichis	24 horas			X	X		(*)
	Guacamayo	24 horas			X	X		(*)
	El Dorado	24 horas			X	X		(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto al servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas, se advierte que 11 de 14 establecimientos de salud no cuentan con este servicio. Sin embargo, una situación distinta se observa en relación al servicio de internet, donde, 11 de 14 establecimientos sí cuentan con este servicio.

**Cuadro N° 50**

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Huánuco**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Codo de Pozuzo	Santa Martha		X	X	
	Codo de Pozuzo	X		X	
	Nueva Esperanza		X	X	
Honoría	Antigua Honoría		X	X	
	Dos Unidos		X	X	
Puerto Inca	Puerto Inca		X	X	
	Cleyton		X		X
	Santa Teresa		X		X
	Sira		X		X
Tournavista	Tournavista		X	X	
	Progreso		X	X	
Yuyapichis	Yuyapichis	X		X	
	Guacamayo		X	X	
	El Dorado	X		X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, de acuerdo a la información brindada por las cinco microrredes de salud supervisadas, sólo la microrred de salud Tournavista manifestó haber tenido dificultades logísticas para el traslado de las vacunas, debido a que el medio utilizado para ello no era el adecuado y se tenían que recoger las vacunas desde puntos de distribución a nivel de la Red de Salud.

### Cuadro N° 51

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Huánuco

Microrred de salud	Dificultades para la vacunación contra el COVID-19 a pueblos indígenas
Codo de Pozuzo	Indicó no haber tenido ninguna dificultad.
Honoría	Indicó no haber tenido ninguna dificultad.
Puerto Inca	Indicó no haber tenido ninguna dificultad.
Tournavista	El transporte de vacunas no era el óptimo, se tenía que ir a recoger las vacunas.
Yuyapichis	Indicó no haber tenido ninguna dificultad.

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Huánuco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

### 3.5. Junín

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Junín un total de 346 504 personas se autoidentificaron como parte de alguno de los cinco pueblos indígenas que habitan en dicho territorio (ashaninka, quechua, nomatsigenga, yanasha y kakinte). Asimismo, un total de 200 407 personas tienen como lengua materna una lengua indígena, siendo las más predominantes el quechua (77.3 %) y el ashaninka (19.6 %).


Considerando el contexto de pandemia y la necesidad de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, en setiembre de 2021, se realizó la primera supervisión a 12 microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Satipo y Chanchamayo, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 004-2021-DP/AMASPPI/PPI, denominado “*Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades y localidades indígenas del departamento de Junín*”.<sup>104</sup>

En el informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades indígenas, la ausencia de combustible para garantizar el desplazamiento del personal de salud a las comunidades, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la negativa de la población de comunidades nativas para vacunarse contra el COVID-19, así como la limitación del personal de salud para comunicarse en lenguas indígenas.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de Junín el oficio N° 099-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, solicitando se garantice el presupuesto necesario y en constante coordinación y articulación con los ministerios de Salud y Cultura, así como con las organizaciones indígenas.

---

104 Disponible en: <http://tinyurl.com/2yhdu8ks>



En respuesta a dicho oficio,<sup>105</sup> la Diresa Junín informó sobre las acciones adoptadas por las Redes de Salud de Satipo, San Martín de Pangoa, Pichanaki y Chanchamayo, para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción. De igual forma, las Redes de Salud brindaron información respecto al avance de vacunación por distrito.

Considerando que esta supervisión alcanzó a las provincias de Satipo y Chanchamayo, estimamos pertinente precisar la información brindada por las Redes de Salud del mismo nombre, de acuerdo con la respuesta remitida por la Diresa. Al respecto, la Red de Salud Satipo informó tener previstas intervenciones en 64 establecimientos de salud que brindan atención a las comunidades de Rio Tambo, Rio Negro, Mazamari, Satipo, Llaylla, Vizcatan del Ene, Coviriali y Pangoa, como acciones de sensibilización en las instituciones educativas y en las mismas comunidades.

Asimismo, dicha Red informó que no cuenta con personal de salud exclusivo para la conformación de brigadas de salud, siendo que dicha labor es asumida por el personal de los establecimientos de salud, generando una sobrecarga laboral.

Por su parte, la Red de Salud Chanchamayo también informó que bajo su jurisdicción tiene a cargo 44 comunidades indígenas en los distritos de Chanchamayo, San Ramón, Perené y San Luis de Shuaro en los que se habría priorizado la vacunación contra el COVID-19 con enfoque intercultural. Asimismo, informaron que se programaron acciones de sensibilización sobre la importancia de la vacunación con la participación de los jefes de las comunidades mediante altoparlantes, así como campañas de vacunación en puntos fijos y brigadas que se movilizaban casa por casa.

Por ello, considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, el Módulo de Atención Defensorial de Tingo María y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una segunda supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a 10 microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Satipo y Chanchamayo.

---

105 Oficio N° 47-2022-GRJ-DRSJ-DESP-ESRI, del 18 de agosto de 2022, remitido por la Dirección Regional de Salud de Junín.

**Cuadro N° 52**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Junín**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Satipo	Satipo	Mazamari	13
2		San Martín de Pangoa	San Ramon de Pangoa	6
3			San Antonio de Sonomoro	7
4			Cubantia	12
5	Chanchamayo	Pichanaki	Palmas	1
6			Cuyani	1
7			Huachiriki	1
8	Satipo	Satipo	Puerto Ocopa	19
9			Rio Negro	20
10			Valle Esmeralda	11

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

En la supervisión, las/los representantes de las microrredes de salud señalaron que en sus ámbitos de intervención se sitúan 324 comunidades indígenas donde habita población ashaninka y nomatsigenga. Las microrredes restantes (Palmas, Cuyani, Huachiriki y Puerto Ocopa) no precisaron información respecto al pueblo al que pertenecen las comunidades que se ubican en su ámbito de intervención.

**Cuadro N° 53**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Junín**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Mazamari	38	Ashaninka
2	San Ramón de Pangoa	12	Nomatsigenga y Ashaninka
3	San Antonio de Sonomoro	15	Nomatsigenga Ashaninka
4	Cubantia	37	Nomatsigenga Ashaninka
5	Palmas	5	(*)
6	Cuyani	5	(*)
7	Huachiriki	5	(*)
8	Puerto Ocopa	92	(*)
9	Rio Negro	62	Ashaninka
10	Valle Esmeralda	53	Ashaninka

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con información.

Respecto a la planificación de la vacunación, se informó a la Defensoría del Pueblo que, a excepción de las microrredes de salud Palmas, Cuyani y Huachiriki que no precisaron la información, las otras siete microrredes restantes informaron que sí contaban con un padrón de vacunación para pueblos indígenas.

**Cuadro N° 54**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Junín**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Mazamari	Sí
San Ramon de Pangoa	Sí
San Antonio de Sonomoro	Sí
Cubantia	Sí
Palmas	(*)
Cuyani	(*)
Huachiriki	(*)
Puerto Ocopa	Sí
Rio Negro	Sí
Valle Esmeralda	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con información.

También se solicitó información sobre la programación inicial y avance de la vacunación. Sobre el primer punto, las microrredes supervisadas, a excepción de Valle Esmeralda, señalaron haber realizado una programación para la vacunación de población indígena, con una meta total de 41 844 personas para la primera dosis, 39 312 para la segunda y 33 855 para la tercera. Con relación al avance de la vacunación, las microrredes de salud, San Ramón de Pangoa, San Antonio de Sonomoro, Cubantía, Palmas, Cuyani, Huachiriki y Rio Negro sí registraron esta información, a diferencia de las de Mazamari y Puerto Ocopa.

En ese marco, en el siguiente cuadro se presenta la información de las siete microrredes de salud que brindaron data respecto a la programación y avance de la vacunación. Al respecto, se puede advertir que en todos los casos no se alcanzó a cubrir la meta programada, siendo las microrredes Cuyani y Huachiriki las que informaron que no habrían cubierto ni en 50 % la vacunación programada para la primera, segunda y tercera dosis.

**Cuadro N° 55**

**Programación y avance de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
San Ramón de Pangoa	2583	2064	2583	1885	2583	1164
San Antonio de Sonomoro	6142	4414	6142	3917	6142	2404
Cubantia	16 455	7761	16 455	6437	16 455	2957
Palmas	546	124	546	83	546	53
Cuyani	141	26	141	11	141	0
Huachiriki	605	56	605	25	605	23
Río Negro	5541	4861	5295	3887	3927	1854

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con información proporcionada por el Minsa en reunión sostenida el 1 de julio de 2022, la meta de vacunación para población indígena en el departamento de Junín era de 29 044 personas; sin embargo, a esa fecha, un 16 % de esta población no había accedido a la segunda dosis de la vacuna y solo un 35 % de la población indígena se aplicó la tercera dosis.

Asimismo, de acuerdo con información proporcionada por la Red de Salud Satipo, hasta agosto de 2022, esta tenía una meta de 15 570 personas indígenas mayores de 18 años, logrando coberturar al 66.3 % con la primera dosis, al 51.5 % con la segunda dosis, al 18.7 % con la tercera y al 0.5 % con la cuarta dosis. De igual forma, la Red de Salud Chanchamayo dio a conocer que, hasta el mismo periodo, de la meta poblacional indígena mayor de 18 años que asciende a 3281 personas, se logró una cobertura de 85.8 % con la primera dosis, 91.0 % con la segunda dosis y 38.7 % con la tercera dosis.

Adicionalmente, tras solicitar información sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 por comunidades indígenas, tres microrredes de salud no informaron

sobre el número de comunidades programadas, intervenidas, ni pendientes de intervenir (Palmas, Cuyani y Huachiriki), mientras que las otras siete brindaron información inexacta, por lo que, no es posible conocer el número de comunidades pendientes a intervenir a la fecha de efectuada la supervisión.


Respecto al monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron que lo realizan en un periodo de 3, 7 e incluso más de 16 días posteriores a la inmunización, encontrándose a cargo de este procedimiento el personal en enfermería del establecimiento de salud. De manera particular, la microrred de salud Valle Esmeralda informó que el monitoreo lo realiza además la/el obstetra del establecimiento de salud.

### Cuadro N° 56

#### Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Mazamari	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
San Ramon de Pangoa	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
San Antonio de Sonomoro	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Cubantía	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Palmas	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Cuyani	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Huachiriki	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Puerto Ocopa	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Rio Negro	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Valle Esmeralda	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería u obstetra

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.



Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previo al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado; por lo que, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron que el recojo de este consentimiento se realizó mediante diálogo directo o materiales impresos, salvo la microrred Mazamari que señaló que se realizó por otro medio, el cual no precisó.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi); sin embargo, de la supervisión desarrollada se puede advertir que de las 10 microrredes de salud supervisadas, 6 (Mazamari, San Ramón de Pangoa, San Antonio de Sonomoro, Cubantía, Puerto Ocopa y Valle Esmeralda) señalaron que todos sus establecimientos de salud sí contaban con dicho kit, a diferencia de una (Río Negro) que indicó que solo 4 de sus 20 establecimientos sí contaban con el kit. Respecto a las microrredes restantes (Palmas, Cuyani y Huachiriki) éstas no brindaron información.

Respecto a la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, 8 de las 10 microrredes de salud supervisadas señalaron que no cuentan o no se les asignó un presupuesto específico para la vacunación, mientras que las otras dos (Río Negro y Valle Esmeralda) no brindaron esta información.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19 de las microrredes de salud supervisadas, se advirtió que, tres de ellas (Mazamari, Puerto Ocopa y Río Negro) destinaron entre 20 a 65 personas para atender dicho proceso.

Sobre la conformación de brigadas de vacunación para pueblos indígenas, siete microrredes informaron haber conformado al menos 1 a 22 brigadas para la vacunación, siendo la microrred Puerto Ocopa la que conformó el mayor número de brigadas. Las microrredes restantes (San Ramón de Pangoa, San Antonio de Sonomoro y Cubantía) indicaron no haber conformado ninguna brigada.

Con relación a los enlaces y/o traductores indígenas, solo dos microrredes supervisadas (Río Negro y Valle Esmeralda) informaron contar con 2 y 16 enlaces y/o traductores indígenas, respectivamente, para acompañar a las brigadas de vacunación.

Respecto a la brecha de personal para las actividades de vacunación, las microrredes de salud San Ramón de Pangoa, San Antonio de Sonomoro, Cubantía, Palmas, Cuyani, Huachiriki y Valle Esmeralda informaron tener una brecha de personal de salud de 2 a 8 personas; la microrred Río Negro una brecha de 18 personas, mientras que las microrredes de Mazamari y Puerto Ocopa una brecha de 26 personas.

**Cuadro N° 57**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín**

Microrred de salud	Total de personal de salud	N° de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Mazamari	53	50	16	0	26
San Ramón de Pangoa	27	6	0	0	6
San Antonio de Sonomoro	25	6	0	0	6
Cubantia	33	10	0	0	8
Palmas	7	9	3	0	3
Cuyani	4	4	1	0	2
Huachiriki	5	6	3	0	2
Puerto Ocopa	71	65	22	0	26
Río Negro	124	26	2	2	18
Valle Esmeralda	51	14	16	16	8

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación al fortalecimiento de capacidades del personal de vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas informaron haber recibido al menos una capacitación. Al respecto, precisaron que la Diresa Junín fue la encargada de brindar las capacitaciones a las microrredes de Mazamari, Puerto Ocopa y Valle Esmeralda sobre el proceso de vacunación contra el COVID-19, el calendario regular de menor de cinco años y respecto a la vacunación en niños de seis meses a cuatro años.

Asimismo, las microrredes San Ramón de Pangoa, San Antonio de Sonomoro, Cubantía, Palmas, Cuyani y Huachiriki informaron que las capacitaciones fueron brindadas por la Red de Salud a la que pertenecen sobre el calendario y proceso de vacunación contra el COVID-19. Por último, la microrred Río Negro informó que una ONG se encargó de brindarles capacitación sobre la vacunación segura y la gestión adecuada de la cadena de frío.

### Cuadro N° 58

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Junín

Microrred de salud	Temas de capacitación	Entidad capacitadora
Mazamari	- Vacunación contra el COVID-19. - Calendario regular del menor de 5 años.	Diresa
San Ramón de Pangoa	- Calendario de vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud San Martín de Pangoa
San Antonio de Sonomoro	- Calendario de vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud San Martín de Pangoa
Cubantia	- Calendario de vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud San Martín de Pangoa
Palmas	- Vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud Pichanaki
Cuyani	- Vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud Pichanaki
Huachiriki	- Vacunación contra el COVID-19.	Red de Salud Pichanaki
Puerto Ocopa	- Vacunación contra el COVID-19 y calendario regular del menor de 5 años.	Diresa
Río Negro	- Vacunación segura y la gestión adecuada de la cadena de frío.	ONG (sin precisar)
Valle Esmeralda	- Vacunación contra el COVID-19 en niños de 6 meses a 4 años.	Diresa

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, a excepción de la microrred de salud Río Negro, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber efectuado al menos una coordinación, principalmente con las Redes de Salud a la que pertenecen y con la Diresa Junín, abordando temas vinculados a la planificación de actividades para la vacunación contra el coronavirus en comunidades indígenas y monitoreo de avance de la vacunación.

En relación a la coordinación con organizaciones y/o líderes indígenas, de igual forma, a excepción de la microrred de salud Río Negro, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber efectuado al menos una coordinación, principalmente con representantes de la Unión Ashaninka Nomatsigenga del Valle De Pangoa (Kanjuja), con agentes comunitarios de salud y con jefes de las comunidades, abordando temas vinculados a la sensibilización y difusión de información en lenguas indígenas e ingreso y monitoreo en las comunidades con fines de inmunización contra el COVID-19.

### Cuadro N° 59

#### Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/ No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/ No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Mazamari	Sí	Diresa/Geresa	Sí	Agentes comunitarios
San Ramon de Pangoa	Sí	Otro (sin precisar)	Sí	Kanjuja
San Antonio de Sonomoro	Sí	Otro (sin precisar)	Sí	Kanjuja
Cubantia	Sí	Otro (sin precisar)	Sí	Kanjuja
Palmas	Sí	Red de Salud	Sí	(*)
Cuyani	Sí	Red de Salud	Sí	(*)
Huachiriki	Sí	Red de Salud	Sí	(*)
Puerto Ocopa	Sí	Diresa/Geresa	Sí	Agentes comunitarios
Rio Negro	No		No	
Valle Esmeralda	Sí	Red de Salud	Sí	Jefes de las comunidades, ONG, organizaciones de base, entre otros.

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

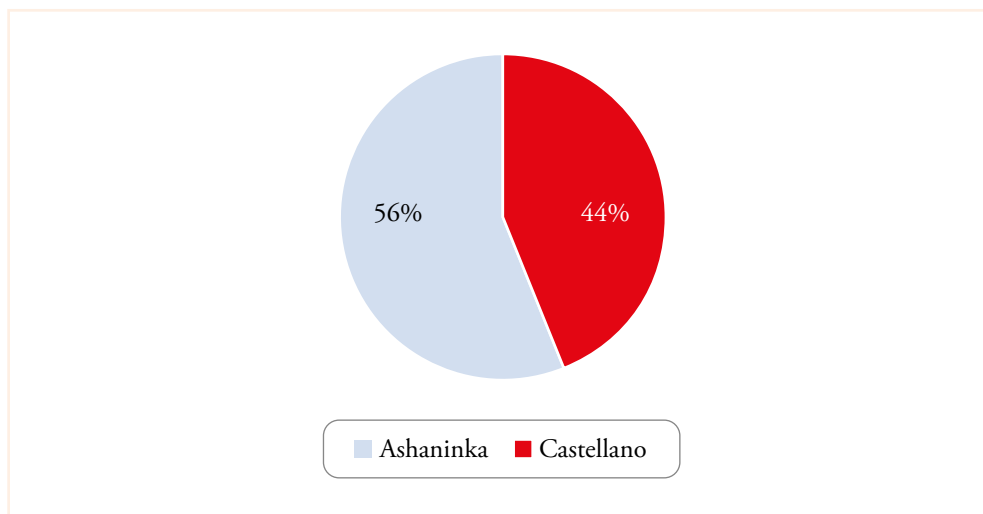
(\*) No brinda o no cuenta con la información.

De acuerdo con el “*Protocolo de vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*” elaborado por el Minsa, parte de la estrategia consistía en la difusión de información sobre la importancia de las vacunas. En ese marco, en la supervisión se advirtió que, a excepción de la microrred de salud Rio Negro que indicó que la difusión la realizó la Municipalidad de Rio Negro, todas las demás microrredes señalaron haber realizado estas acciones mediante altoparlantes, radio, redes sociales y diálogo directo.

De igual forma, respecto al uso de las lenguas indígenas en las campañas de difusión, de las nueve microrredes de salud que sí realizaron estas campañas, cuatro (San Ramon de Pangoa, San Antonio de Sonomoro, Cubantía y Valle Esmeralda) informaron haberlas realizado en castellano, mientras que las microrredes Mazamari, Palmas, Cuyani, Puerto Ocopa y Huachiriki informaron haber realizado las campañas en lengua ashaninka.

#### Gráfico N° 10

#### Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sobre la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, las 10 microrredes de salud supervisadas señalaron que el personal de salud difundió mensajes positivos sobre la vacunación, con mensajes como “*me vacuno, me protejo*”, a través de la radio, altoparlantes, redes sociales y diálogo directo con la población.

**Cuadro N° 60**

**Mensajes que se difunden sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Junín**

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensaje que se difunden
Personal de salud	A favor	“ <i>Me vacuno, lo protejo</i> ”, “ <i>Me vacuno, me protejo</i> ”, beneficios de la vacuna contra el COVID-19 e importancia de las vacunas contra el COVID-19.

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, de los 91 establecimientos de salud que atienden a población indígena y forman parte de las 10 microrredes de salud supervisadas, 15 pertenecientes a la microrred Puerto Ocopa indicaron no contar con este servicio. De los 76 establecimientos que informaron contar con el servicio de energía eléctrica, 18 de ellos señalaron que únicamente tienen dicho servicio de 4 a 10 horas al día, mientras que los otros 58 informaron contar con el servicio las 24 horas del día.

Asimismo, respecto a los equipos electrógenos, de los 91 establecimientos de salud antes señalados, únicamente el establecimiento Cuyani que pertenece a la microrred del mismo nombre indicó contar con este equipo, lo que implica que, más del 98 % de los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas en Junín no cuentan con grupo electrógeno, situación que, ante un eventual corte de energía eléctrica, no garantizaría el adecuado funcionamiento de la cadena de frío para la conservación de las vacunas.

Con relación a la disponibilidad de equipos de refrigeración, los 91 establecimientos de salud señalaron contar con estos equipos. Asimismo, todos los establecimientos de

salud señalaron realizar el mantenimiento preventivo a dichos equipos, a excepción de Huachiriki que no brindó esta información.

**Cuadro N° 61**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Junín**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Mazamari	Llaylla	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Hermosa Pampa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Belén	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Mazamari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Capirushari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pueblo Libre de Pauriali	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pangoa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Gloribamba	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Teoría	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Buenos Aires-Tziari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Villa Progreso	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Tziari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
San Cristobal	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
San Ramon de Pangoa	San Ramón de Pangoa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Alto Kiatari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Chavini	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San José de Miraflores	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Unión Chavini	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Villa María	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
San Antonio de Sonomoro	San Antonio de Sonomoro	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Naylamp	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Ciudad de Dios	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Elena	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San Jerónimo	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Centro Saureni	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Los Manantiales	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Cubantía	Alto Chichireni	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Matereni	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Jerusalén de Miñaro	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Libertad de Anapati	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Cruz de Anapati	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Porvenir	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Mazaronquiari	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Cubantia	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San Juan de Sangareni	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Boca Kiatari	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Anapati	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Maveni	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	
Palmas	Las Palmas	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Cuyani	Centro Cuyani	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
Huachiriki	Huachiriki	24 horas			X	X		(*)

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Puerto Ocopa	Potsoteni		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Upa		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Ocopa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Otica		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Cushireni		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Betania		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Oviri		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	San Vicente de Canaan	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Quiteni		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Sheboja		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Poyeni		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Chembo		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Impanekiari		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Capitiri		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Rosita de Shirintiari		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Shima	24 horas				X	X	Mantenimiento preventivo
	Caperusia		X			X	X	Mantenimiento preventivo
	Vista Alegre	4 a 10 horas				X	X	Mantenimiento preventivo
	Mazaroveni		X			X	X	Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Río Negro	Huahuari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Río Venado	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Marankiari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huantashiri	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Sanibeni	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Alto Paureli	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Bella Esperanza	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Shanqui	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Río Negro	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Villa Capiri	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Río Chari Alto	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Pitocuna	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Puente Ipoki	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Aoti	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Cushiviani	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Shabashipango	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San Juan Cheni	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Unión Capiri	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Chontakiari	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	
Miguel Grau	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Valle Esmeralda	Valle Esmeralda	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Micale Bastidas Morales	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San Miguel de Ene	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Shimpinchariato							
	Tonontuari-Rio Ene	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Yaviro	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Fe y Alegria La Primavera	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Quempiri	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Cutivireni	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	San Carlos Alto Ene	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Puerto Roca	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	
Selva de Oro	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no se cuenta con la información.

Respecto al servicio de agua potable, de los 91 establecimientos de salud que pertenecen a las 10 microrredes supervisadas, 60 señalaron que no cuentan con este servicio. Asimismo, con relación al servicio de internet, sólo 7 (Llaylla, Mazamari, Pueblo Libre de Pauriali, Gloribamba, Huachiriki, Upa y Valle Esmeralda) de 91 establecimientos de salud informaron contar con este servicio.

Cuadro N° 62

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Junín**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Mazamari	Llaylla		X	X	
	Hermosa Pampa		X		X
	Belén		X		X
	Mazamari		X	X	
	Capirushari		X		X
	Pueblo Libre de Pauriali		X	X	
	Pangoa		X		X
	Gloribamba		X	X	
	Teoría		X		X
	Buenos Aires-Tziari		X		X
	Villa Progreso		X		X
	Tziari		X		X
San Cristobal		X		X	
San Ramon de Pangoa	San Ramón de Pangoa	X			X
	Alto Kiatari	X			X
	Chavini	X			X
	San José de Miraflores	X			X
	Unión Chavini	X			X
	Villa María	X			X
San Antonio de Sonomoro	San Antonio de Sonomoro	X			X
	Naylamp		X		X
	Ciudad de Dios		X		X
	Santa Elena		X		X
	San Jerónimo		X		X
	Centro Saureni		X		X
	Los Manantiales		X		X

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Cubantía	Alto Chichireni		X		
	Matereni	X			X
	Jerusalén de Miñaro	X			X
	Libertad de Anapati	X			X
	Santa Cruz de Anapati	X			X
	Puerto Porvenir	X			X
	Mazaronquiari	X			X
	Cubantia	X			X
	San Juan de Sangareni	X			X
	Boca Kiatari	X			X
	Puerto Anapati		X		X
Maveni		X		X	
Palmas	Las Palmas	X			X
Cuyani	Cuyani	X			X
Huachiriki	Huachiriki		X	X	X
Puerto Ocopa	Potsoteni		X		X
	Upa		X	X	
	Puerto Ocopa		X		X
	Otica		X		X
	Cushireni		X		X
	Betania		X		X
	Oviri		X		X
	San Vicente de Canaan		X		X
	Quiteni		X		X
	Sheboja		X		X
	Poyeni		X		X
	Chembo		X		X
	Impanekiari		X		X
	Capitiri		X		X
	Santa Rosita de Shirintiari		X		X
	Shima		X		X
	Caperusia		X		X
Vista Alegre		X		X	
Mazaroveni		X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Rio Negro	Huahuari	X			X
	Rio Venado	X			X
	Marankiari		X		X
	Huantashiri		X		X
	Sanibeni	X			X
	Alto Paureli		X		X
	Bella Esperanza		X		X
	Shanqui		X		X
	Rio Negro	X			X
	Villa Capiri	X			X
	Rio Chari Alto	X			X
	Pitocuna	X			X
	Puente Ipoki	X			X
	Aoti	X			X
	Cushiviani	X			X
	Shabashipango	X			X
	San Juan Cheni	X			X
	Unión Capiri	X			X
Valle Esmeralda	Chontakiari		X		X
	Miguel Grau		X		X
	Valle Esmeralda		X	X	
	Micale Bastidas Morales		X		X
	San Miguel de Ene Shimpinchariato		X		X
	Tonontuari-Rio Ene		X		X
	Yaviro		X		X
	Fe y Alegria La Primavera		X		X
	Quempiri		X		X
	Cutivireni		X		X
	San Carlos Alto Ene		X		X
Puerto Roca		X		X	
Selva de Oro		X		X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

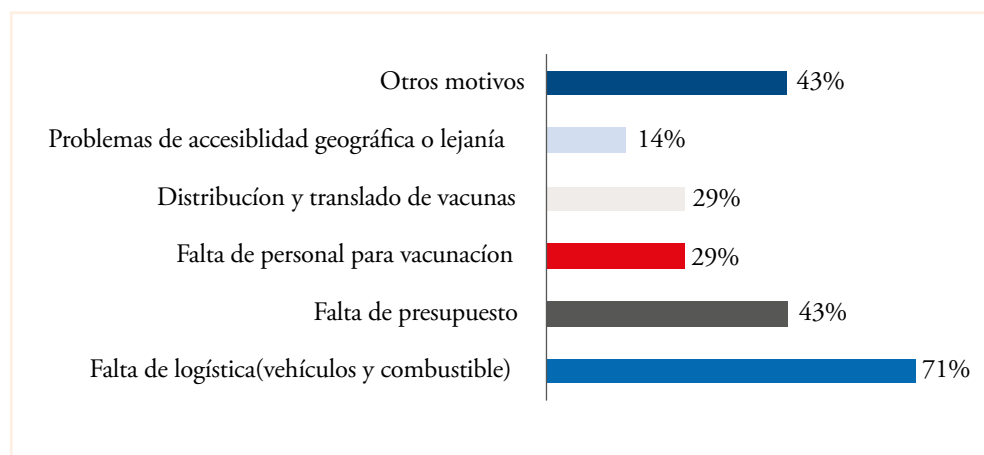
(\*) No precisa o no se cuenta con la información.

Por otro lado, con relación a las dificultades o limitaciones para un adecuado proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas, según la información brindada por el personal de salud entrevistado, se advierte que 7 de 10 microrredes de salud supervisadas señalaron que sí tuvieron dificultades, a diferencia de las microrredes de Palmas, Cuyani y Huachiriki que no registraron limitaciones para este proceso.

Entre las dificultades que manifestaron las siete microrredes de salud, el 71 % correspondía a falta de logística (vehículos y combustible), el 43 % a la falta de presupuesto y el 29 % a falta de personal para la vacunación, distribución y traslado de vacunas.

### Gráfico N° 11

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Junín



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Junín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

### 3.6. Loreto

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Loreto 51 722 personas se autoidentificaron como parte de alguno de los 32 pueblos indígenas que predominan en dicho territorio, mientras que 53 013 personas tienen como idioma materno una lengua indígena, siendo las más predominantes el shawi, awajún y kichwa.

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, durante setiembre y octubre de 2021, se realizó una primera supervisión a 12 microrredes de salud que atienden a comunidades nativas ubicadas en las provincias de Maynas, Mariscal Ramón Castilla, Datem del Maraón y Loreto, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 008-2021-DP/AMASPPI-PPI denominado *“Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas del departamento de Loreto”*.<sup>106</sup>

En el informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades nativas, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la falta de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas de vacunación, así como la negativa de la población de comunidades nativas para vacunarse contra el COVID-19.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de Loreto el oficio N° 095-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, solicitando se garantice el presupuesto necesario y acciones de coordinación y articulación con los ministerios de Salud, Cultura y Relaciones Exteriores, así como con las organizaciones indígenas. Esta invocación fue reiterada mediante oficio N° 160-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 29 de setiembre de 2022 y oficio

---

106 Disponible en: <http://tinyurl.com/yc3zsc2y>

N° 176-2022-AMASPPI-PPI, del 24 de noviembre de 2022 a la Dirección Regional de Salud de Loreto y los oficios N° 177, 178 y 179-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 24 de noviembre de 2022, dirigido a las redes de salud Datem del Marañón, Loreto – Nauta y Mariscal Ramón Castilla. Al cierre de este informe, dichos pedidos se encuentran pendientes de respuesta.

Tomando en cuenta que la brecha de vacunación era alta en el departamento, en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Loreto y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a nueve microrredes de salud que atienden a las comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Datem del Marañón, Requena, Loreto y Ramón Castilla.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Loreto.

### Cuadro N° 63

#### Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Loreto

N°	Provincia	Red de salud	Microrredes de salud	N° de establecimientos de salud
1	Datem del Marañón	Datem del Marañón	Andoas	1
2			Pastaza	1
3			Morona	1
4	Requena	Maynas Periferie	Angamos	1
5		Requena	San Martin de Capelo	1
6			Bretaña	1
7	Loreto	Nauta	Intuto	1
8		Loreto	Nauta	1
9	Ramon Castilla	Ramón Castilla	Islandia	1

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por cinco de las nueve microrredes de salud supervisadas, en sus ámbitos de intervención se sitúan 183 comunidades nativas donde habita población indígena matsés, kukama kukamiria, kichwa y yagua. Por su parte, las microrredes de salud de Andoas, Pastaza, San Martín de Capelo y Morona no brindaron esta información, a pesar de que estas microrredes atienden a personas que se encuentran en distritos con presencia de población indígena, según la Base de Datos de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura.

**Cuadro N° 64**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece,  
por microrred de salud en Loreto**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Andoas	(*)	(*)
2	Pastaza	(*)	(*)
3	Angamos	18	Matsés
4	San Martín de Capelo	(*)	(*)
5	Bretaña	6	Kukama - kukamiria
6	Intuto	50	Kichwa
7	Morona	(*)	(*)
8	Nauta	92	Kukama - kukamiria
9	Islandia	17	Yagua

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, de la información obtenida en la supervisión, se pudo conocer que siete de las nueve microrredes supervisadas sí contaban con un padrón de vacunación contra el COVID-19 para población indígena, a excepción de Pastaza que señaló no contar con este documento y la microrred de Andoas que no brindó esta información.

**Cuadro N° 65**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Loreto**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Andoas	(*)
Angamos	Sí
Intuto	Sí
Islandia	Sí
Morona	Sí
Nauta	Sí
Pastaza	No
San Martín de Capelo	Sí
Bretaña	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

También se solicitó información sobre la programación inicial y avance de la vacunación, siendo que solo las microrredes de salud de Angamos, Islandia, Morona, Pastaza, San Martín de Capelo y Bretaña brindaron la información solicitada. De dicha información, se advierte que al momento de la supervisión existía una brecha importante para cumplir con el esquema de vacunación, tanto para la primera, segunda y tercera dosis. Un dato peculiar es que, según la información proporcionada, el avance de la tercera dosis es superior a la segunda dosis, conforme se aprecia en el cuadro a continuación.

Cuadro N° 66

Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Loreto

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Andoas	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Angamos	526	304	327	278	28	370
Intuto	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Islandia	1411	800	1340	1015	1275	822
Morona	8903	764	6293	500	5206	317
Nauta	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Pastaza	1640	1520	1640	1440	1640	1020
San Martín de Capelo	14 868	10 138	14 868	8100	14 868	6300
Bretaña	5105	5105	4975	4975	4516	4516

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Asimismo, con relación al avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas, solo las microrredes de salud de Angamos, Islandia, Morona, Nauta, San Martín de Capelo y Bretaña brindaron esta información, siendo Intuto la única que refirió tener pendiente de intervención a 15 comunidades y/o localidades pertenecientes a su jurisdicción.

Respecto al monitoreo post vacunación, siete de las nueve microrredes de salud supervisadas indicaron que sí realizan este monitoreo, en un periodo de 1 a más de 15 días luego de aplicada la vacuna, encontrándose como responsable de este procedimiento la/el licenciado en enfermería y la/el técnico en enfermería. Cabe precisar que la microrred de salud de Andoas no brindó información y la microrred de Angamos informó que no realizó este proceso.

**Cuadro N° 67**

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Loreto**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Andoas	(*)	(*)	(*)
Angamos	No		
Intuto	Sí	2 días	Técnico de enfermería
Islandia	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Morona	Sí	5 días	Licenciada/o en enfermería
Nauta	Sí	Más de 15 días	Licenciada/o en enfermería
Pastaza	Sí	Más de 15 días	Licenciada/o en enfermería
San Martín de Capelo	Sí	5 días	Licenciada/o en enfermería
Bretaña	Sí	Más de 15 días	Licenciada/o en enfermería

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previo al proceso de inmunización, a través del formato de consentimiento; por lo que, a excepción de la microrred Andoas que no brindó información, las 8 microrredes de salud restantes sí lo hicieron de manera escrita.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). Al respecto, siete de las nueve microrredes de salud supervisadas señalaron que sí cuentan con este kit, a excepción de la microrred San Martín de Capelo que



no cuenta con dicho kit y de la microrred Andoas que no brindó información sobre este punto.

Respecto a la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas. Sobre el particular, ocho de las nueve microrredes de salud supervisadas informaron no haber recibido este presupuesto, a excepción de la Microrred de Islandia que pertenece a la Red de Ramón Castilla, que indicó haber recibido un presupuesto específico entre 34 000 y 13 200 soles.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19, se advirtió que las microrredes de Morona, Nauta, San Martín de Capelo y Bretaña han destinado a más de 10 personas para dicho proceso, a diferencia de las microrredes de Angamos, Intuto, Pastaza e Islandia que refirieron haber destinado de 1 a 6 personas. Cabe señalar que la microrred Andoas no brindó información al respecto.

Respecto a la conformación de brigadas de vacunación, se advirtió que todas las microrredes de salud supervisadas, a excepción de Andoas que no precisó información, señalaron haber conformado al menos una brigada de vacunación para el desarrollo de este proceso en comunidades indígenas. Asimismo, respecto la presencia de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas, todas las microrredes de salud informaron contar con uno a cuatro enlaces indígenas y/o traductores para sus brigadas, a excepción de las microrredes de San Martín Capelo que informó no contar con este acompañamiento y de Andoas que no brindó información al respecto.

Sobre la brecha del personal de salud, se advirtió que las microrredes de San Martín de Capelo, Bretaña, Intuto, Pastaza, Islandia y Nauta tienen una brecha de 5 a 15 personas para la atención de las comunidades indígenas, mientras que la microrred de salud Morona indicó no tener una brecha de personal. Cabe señalar que la microrred Andoas no brindó información al respecto.

**Cuadro N° 68**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Loreto**

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlace y/o traductor/a de lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Andoas	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Angamos	9	1	1	1	1
Intuto	19	3	3	3	7
Islandia	29	6	3	1	6
Morona	44	12	4	4	0
Nauta	109	56	10	1	15
Pastaza	34	4	8	3	10
San Martín de Capelo	29	52	7	0	5
Bretaña	23	19	1	1	5

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Con relación al fortalecimiento de capacidades del personal de vacunación, las microrredes de Intuto, Morona, Nauta, San Martín de Capelo y Bretaña informaron haber recibido al menos una capacitación principalmente sobre el proceso de vacunación contra el COVID-19, la aplicación de la vacuna, la vacunación en mujeres gestantes, el manejo de la cadena de frío y reacciones a la vacunación, las cuales fueron implementadas por la Red de Salud a la que pertenecen, la Diresa Loreto y una ONG. Cabe precisar que la microrred de Andoas no brindó información y las microrredes de Angamos, Islandia y Pastaza señalaron no haber recibido ninguna capacitación.

### Cuadro N° 69

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Loreto

Tema de capacitación	Entidad capacitadora
Manipulación de las vacunas contra el COVID-19. Vacunación segura.	Red de Salud
Manejo adecuado y transporte de las vacunas contra el COVID-19.	Diresa
Inmunizaciones contra el COVID-19.	ONG (sin precisar)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, siete de las ocho microrredes que, si brindaron información, informaron haber realizado coordinaciones con instituciones públicas como las redes de salud a las que pertenecen y la Diresa, abordando temas vinculados a la planificación de actividades de vacunación, monitoreo y programación presupuestal. Cabe señalar que la microrred de salud Andoas no brindó información al respecto y la de Pastaza indicó no haber realizado coordinaciones.

En cuanto a la coordinación con organizaciones indígenas, siete de las ocho microrredes que sí brindaron información, señalaron haber realizado al menos una coordinación con los representantes de las comunidades o con organizaciones indígenas. Entre las actividades coordinadas se encuentran el brindar información y sensibilización sobre el COVID-19, la coordinación para el ingreso a las comunidades, así como el monitoreo del avance de vacunación; mientras que la microrred de salud Intuto indicó no haber realizado estas coordinaciones.

**Cuadro N° 70**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Loreto**

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	Con quién se realizó la coordinación	Sí/No	Con quién se realizó la coordinación
Andoas	(*)	(*)	(*)	(*)
Angamos	Sí	Diresa	Sí	(*)
Intuto	Sí	Red de salud	No	
Islandia	Sí	Diresa	Sí	Agente comunitario de salud
Morona	Sí	Red de salud	Sí	Representantes de comunidades
Nauta	Sí	Red de salud	Sí	Federación 4 cuencas y 5 cuencas
Pastaza	No		Sí	Comunidad nativa Kandozi
San Martín de Capelo	Sí	Diresa	Sí	(*)
Bretaña	Sí	Diresa	Sí	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

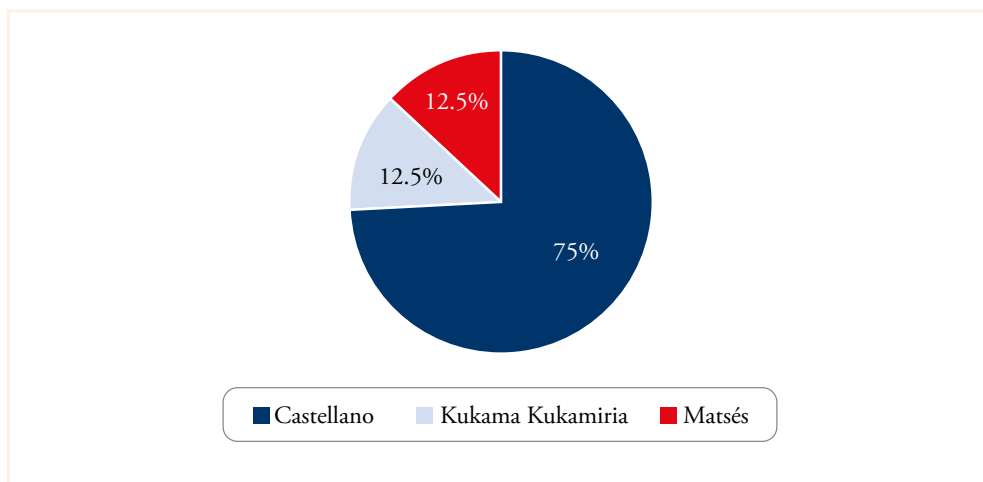
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Por otro lado, de acuerdo con el “*Protocolo de vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*” elaborado por el Minsa, parte de la estrategia consistió en la difusión de información sobre la importancia de las vacunas. En ese marco, en la supervisión se advirtió que, a excepción de la microrred de salud Andoas que no brindó información, todas informaron haber realizado campañas de difusión en las comunidades indígenas a intervenir, a través de altoparlantes, radio, periódicos, diálogo y pasacalles. Estas campañas se realizaron, además del castellano (75 %) en lenguas indígenas como kukama kukamiria (12.5 %) y matsés (12.5 %).

Gráfico N° 12

Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Loreto



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sobre la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19. En ese sentido, de las 8 microrredes de salud supervisadas que sí brindaron información al respecto, se advierte que todos los actores mostraron una posición a favor de este proceso, a través de mensajes como *“La vacuna salva vidas”, “Protege a tu familia, vacúnate contra el COVID-19”* y *“Yo pongo el hombro”*.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, de los nueve establecimientos de salud, seis informaron contar con el servicio de energía eléctrica, siendo la prestación de este servicio únicamente por 1 a 10 horas al día. Por su parte, respecto a los establecimientos de salud de Andoas y San Martín de Capelo estos no brindaron información al respecto.

Asimismo, respecto a los equipos electrógenos, de los ocho establecimientos de salud que brindaron información, cinco de ellos señalaron no contar con estos equipos, situación que, ante un eventual corte de energía eléctrica, no garantizaría el adecuado funcionamiento de la cadena de frío para la conservación de las vacunas.

Con relación a los equipos de refrigeración, se conoció que los establecimientos de salud Angamos, Intuto, Islandia, Morona, Nauta, Pastaza y Bretaña sí cuentan con estos equipos, mientras que Andoas y San Martín de Capelo no brindaron información sobre este punto. Asimismo, de los siete establecimientos que indicaron contar con estos equipos, cuatro precisaron haber realizado el mantenimiento preventivo.

**Cuadro N° 71**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Loreto**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica las 24 horas al día?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Andoas	Andoas		(*)		X		(*)	(*)
Angamos	Angamos	1 a 3 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
Intuto	Intuto	1 a 3 horas		X		X		(*)
Islandia	Islandia	4 a 10 horas			X	X		(*)
Morona	Morona	1 a 3 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Nauta	Nauta	X		X		X		Mantenimiento preventivo
Pastaza	Pastaza	1 a 3 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
San Martín de Capelo	San Martín de Capelo		(*)		(*)		(*)	(*)
Bretaña	Bretaña	1 a 3 horas		X		X		(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*)No precisó o no brindó información.

Con relación al servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas, solo cinco brindaron información al respecto, y de ellas solo tres indicaron que cuentan con este servicio básico (Angamos, Intuto y Bretaña), a diferencia de los establecimientos de Islandia y Nauta donde no se presta dicho servicio.

Por otro lado, respecto al servicio de internet, de los siete establecimientos que brindaron información, se advirtió que solo cinco de ellos contaban con este servicio (Angamos, Morona, Nauta, Pastaza y Bretaña), mientras que los establecimientos de Intuto e Islandia carecían de este servicio. Por su parte, los establecimientos de Andoas y San Martín de Capelo no brindaron información al respecto.

**Cuadro N° 72**

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Loreto**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Andoas	Andoas		(*)		(*)
Angamos	Angamos	X		X	
Intuto	Intuto	X			X
Islandia	Islandia		X		X
Morona	Morona		(*)	X	
Nauta	Nauta		X	X	
Pastaza	Pastaza		(*)	X	
San Martín de Capelo	San Martín de Capelo		(*)		(*)
Bretaña	Bretaña	X		X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

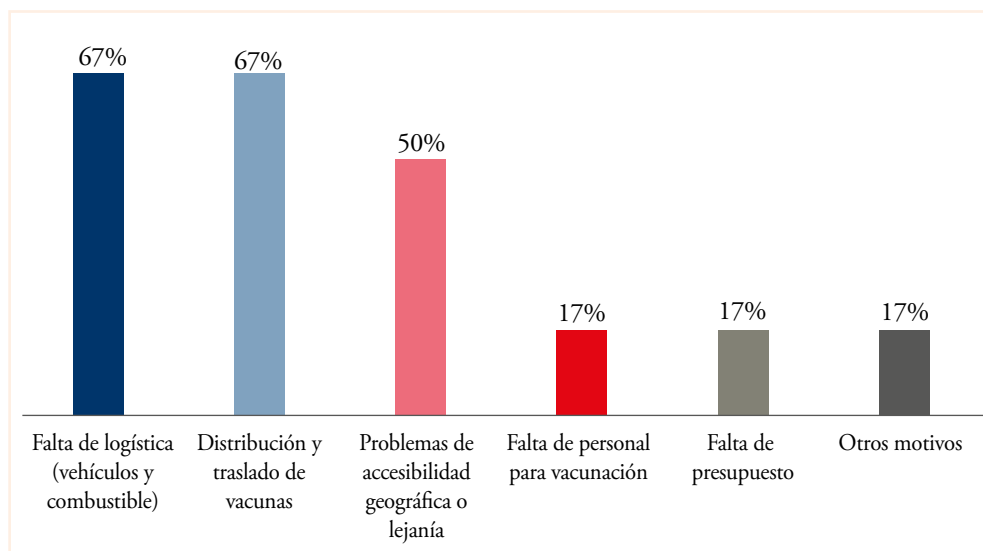
(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Sobre las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, todas las microrredes, a excepción de Islandia que no presentó ninguna dificultad y de Andoas que no brindó información, señalaron haber tenido dificultades para el desarrollo del proceso de inmunización en comunidades indígenas.

De las dificultades que manifestaron las siete microrredes, el 67 % correspondía a la falta de logística (vehículos y combustible) y a la distribución y traslado de las vacunas, el 50 % a problemas de accesibilidad geográfica o lejanía y el 17 % a falta de personal para la vacunación y a la falta de presupuesto, como se advierte en el cuadro a continuación.

Gráfico N° 13

**Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Loreto**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Loreto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

### 3.7. Madre de Dios

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Madre de Dios se ha identificado a 41 983 personas que se autoidentifican como parte de uno de los 11 pueblos indígenas, mientras que son 28 726 personas las que tienen como idioma materno una lengua indígena, siendo las más predominantes el quechua, aimara y matsigenka.

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, durante setiembre de 2021, se realizó una primera supervisión a nueve microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Manu, Tambopata y Tahuamanu, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 006-2021-DP/AMASPPI-PPI, denominado “*Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 a las comunidades indígenas del departamento de Madre de Dios*”.<sup>107</sup>

En el informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades indígenas, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la falta de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas de vacunación, así como la negativa de una parte de la población de comunidades nativas para vacunarse contra el COVID-19.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios el oficio N° 097-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, garantizando el presupuesto necesario, en coordinación y articulación con los ministerios de Salud, Cultura y Relaciones Exteriores, así como con las organizaciones indígenas. Esta invocación fue reiterada por el oficio N° 161-2022-DP/AMASPPI-PPI de setiembre de 2022.

107 Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/Informe-006-2021-DP-AMASPPI-PPI-supervisi%C3%B3n-vacunaci%C3%B3n-Madre-de-Dios.pdf>

Asimismo, al ser Madre de Dios un departamento ubicado en una zona de frontera, también se recomendó al sector brindar una atención prioritaria a la población indígena que vive en estas zonas, específicamente a las comunidades nativas que se encuentran en los distritos de Las Piedras, Tambopata, Iñapary, Iberia y Tahuamanu que limitan con los vecinos países de Brasil y Bolivia, considerando las largas distancias y complejidades geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, en el marco de las competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Madre de Dios y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a nueve microrredes de salud que atienden a las comunidades indígenas en las provincias de Tambopata, Tahuamanu y Manu.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Madre de Dios.

**Cuadro N° 73**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Madre de Dios**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Tambopata	Madre de Dios	Laberinto	2
2			Planchón	4
3			Mazuko	1
4			Milenio	1
5			Jorge Chavez	5
6	Tahuamanu		Iberia	1
7	Manu		Huepetuhe	1
8			Colorado	4
9			Salvación	7

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las y los representantes de las nueve microrredes de salud supervisadas, en sus ámbitos de intervención se sitúan 35 comunidades nativas con población indígena ese eja, yine, shipibo-konibo, matsigenka, kichwa, amahuaca y harakbut.

**Cuadro N° 74**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Madre de Dios**

N°	Microrred de salud	Comunidades indígenas que atiende el establecimiento	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Laberinto	2	Ese eja
2	Planchón	7	Amahuaca y Yine
3	Mazuko	2	Otro
4	Milenio	1	Ese eja
5	Jorge Chávez	6	Ese eja, Kichwa, Yine, Shipibo-konibo
6	Iberia	1	Yine
7	Huepetuhe	1	Harakbut
8	Boca Colorado	5	Harakbut
9	Salvación	10	Yine, Harakbut y Matsigenka

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la planificación de la vacunación, la Defensoría del Pueblo pudo conocer que ocho de las nueve microrredes de salud supervisadas indicaron que sí contaban con un padrón de vacunación para pueblos indígenas, a excepción de la microrred de salud Huepetuhe que no contaba con este documento de planificación.

**Cuadro N° 75**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Madre de Dios**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Laberinto	Sí
Planchón	Sí
Mazuko	Sí
Milenio	Sí
Jorge Chávez	Sí
Iberia	Sí
Huepetuhe	No
Colorado	Sí
Salvación	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

También se solicitó información sobre la programación, avance y brechas de la vacunación a miembros de pueblos indígenas u originarios. Al respecto, solo seis microrredes de salud que brindaron la información (Laberinto, Planchón, Jorge Chávez, Iberia, Huepetuhe y Salvación), contaban con la información completa sobre la programación de la vacunación, mientras que, en lo referido al avance y brecha de cierre de vacunación, presentaron limitaciones con la data, al entregarla de manera incompleta.

Cabe señalar que las microrredes de salud Mazuko y Milenio no brindaron información sobre ninguno de los puntos planteados, mientras que la microrred de salud Colorado informó no contar con información sobre el avance de la vacunación.

En ese sentido, a partir de la información disponible brindada por las microrredes de salud, se elaboró de manera general la programación y el avance de la vacunación en las comunidades indígenas, según el esquema de primera, segunda y tercera dosis. Un aspecto que resalta es la brecha de vacunación que existe entre lo programado y avanzado para las tres dosis, así como el mayor número de vacunas programadas se dio en la segunda dosis.

**Cuadro N° 76**

**Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Madre de Dios**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Laberinto	116	29	116	40	116	24
Planchón	1070	630	1070	534	416	267
Mazuko	0	45	1186	44	0	26
Milenio	0	0	0	0	0	0
Jorge Chávez	1100	943	943	823	823	521
Iberia	100	100	93	93	46	46
Huepetuhe	103	94	88	89	0	67
Colorado	175	0	129	0	32	0
Salvación	1158	1177	1177	1023	1023	436

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Sin embargo, en una reunión sostenida con el Ministerio de Salud el 1 de julio del 2022, la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios informó que, a dicha fecha, la meta de vacunación para población indígena en el departamento de Madre de Dios era de 5500 personas, y que, de acuerdo con la información oficial, el avance de la vacunación con la primera dosis tenía una cobertura de 61 %, segunda dosis 50 % y tercera dosis 25 %. Por lo tanto, se advierte una diferencia entre ambos datos que no permite tener certeza sobre el avance de la vacunación en el departamento.

Asimismo, tras solicitar información sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 por comunidades indígenas, de las nueve microrredes de salud supervisadas, solo Planchón informó estar pendiente de intervenir en una comunidad. Cabe precisar que esta microrred solo programó intervenir a cuatro comunidades de las siete que informó inicialmente que se encuentran en su jurisdicción.

**Cuadro N° 77**

**Número de comunidades identificadas para la vacunación, según microrred de salud en Madre de Dios**

Microrred de salud	Programación inicial	Ya intervenidas	Faltantes
Laberinto	2	2	0
Planchón	4	3	1
Mazuko	2	2	0
Milenio	1	1	0
Jorge Chávez	6	6	0
Iberia	1	1	0
Huepetuhe	1	1	0
Colorado	5	5	0
Salvación	10	10	0

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Es importante mencionar que, respecto a la población indígena de las comunidades de Ayacome, Yomibato, Maizal y Cacaotal que habita en el Parque Nacional del Manu, la microrred de salud Salvación señaló que desarrolló las coordinaciones con una ONG por las distancias que implicaba el traslado del personal de salud, así como de las vacunas.

Respecto a las acciones de monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas, con excepción de las microrredes de salud Iberia y Huepetuhe que no precisaron la respuesta, indicaron que sí realizan este monitoreo en un periodo de 1 y 14 días; estando en su mayoría a cargo de la licenciada/o en enfermería. Por su parte, en la microrred de salud Salvación, indicaron que el monitoreo también lo realiza el médico, el agente comunitario y/o el enlace indígena.

Cuadro N° 78

Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas,  
según microrred de salud en Madre de Dios

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/ No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Laberinto	Sí	(*)	Licenciada/o en enfermería
Planchón	Sí	2 días	Técnico en enfermería
Mazuko	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Milenio	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Jorge Chavez	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Iberia	(*)	(*)	(*)
Huepetuhe	(*)	(*)	(*)
Colorado	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Salvación	Sí	1 a 3 días	Médico Licenciada/o en enfermería Agente comunitario de salud Enlace indígena

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.

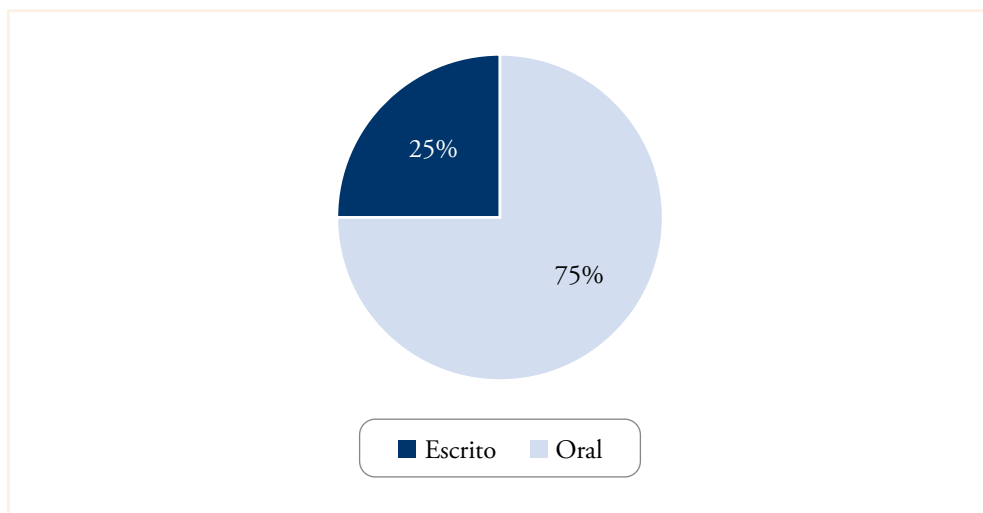
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de Vacunación para Pueblos Indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previa al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado; por lo que el 75 % de las microrredes supervisadas señalaron realizar el recojo de este consentimiento de forma oral, mientras que el 25 % de forma escrita. Es preciso indicar que la microrred de Huepetuhe no brindó información al respecto.

### Gráfico N° 14

#### Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en Madre de Dios



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el citado protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). Al respecto, las microrredes de salud supervisadas no brindaron información si es que las brigadas contaban con estos kits, por el contrario, detallaron esta información a nivel de establecimiento de salud, lo cual se puede advertir en el siguiente cuadro.

**Cuadro N° 79**

**Microrred de salud que cuenta con Kit Esavi en Madre de Dios**

Microrred de salud	Establecimiento de Salud	¿Cuenta con Kit Esavi?	
		Sí	No
Laberinto	Vuelta Grande		X
	Amarakaeri		X
Planchón	Pariamarca		X
	Lucerna		X
	Sabaluyoc		X
	Monte Salvado		X
Mazuko	Mazuko	X	
Milenio	Infierno		X
Jorge Chávez	Nueva Victoria	X	
	Otilia	X	
	Palma Real		X
	Sonene	X	
	Tres Islas	X	
Iberia	Belgica		X
Huepetuhe	Choque		(*)
Boca Colorado	Boca Colorado	X	
	Punkiri Chico		(*)
	San Jose De Karene		(*)
	Puerto Luz		(*)
Salvación	Diamante		(*)
	Shintuya		(*)
	Boca Manu	X	
	Palotoa	X	
	Shipetiari	X	
	Tayacome		(*)
	Yomibato		(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, siete de las nueve microrredes supervisadas indicaron que es la Red de Salud Madre de Dios la que cuenta con un presupuesto específico para la inmunización a comunidades, a excepción de Jorge Chávez. Cabe precisar que la microrred de salud Colorado no brindó esta información.

En cuanto al personal de salud de las microrredes supervisadas, se conoció que cinco microrredes de salud (Planchón, Mazuko, Jorge Chávez, Iberia y Colorado) destinaron a más de 20 personas para el proceso de inmunización en comunidades, situación contraria a la microrred Milenio, que informó haber destinado solo a dos personas para dicho proceso. Asimismo, respecto a las brigadas de vacunación, se advirtió que solo la microrred de salud Planchón no conformó ninguna, mientras que la microrred de salud Iberia no brindó información.

Asimismo, a fin de supervisar la prestación de servicios con pertinencia cultural y lingüística, se supervisó si las brigadas de vacunación contaban con enlaces o traductores indígenas como está establecido en el *“Protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”*, siendo que siete de nueve microrredes no contaban con un traductor o enlace indígena en sus brigadas, a diferencia de las microrredes de salud Huepetuhe y Salvación.

Respecto a la brecha de personal destinado a la vacunación, las microrredes de salud Laberinto, Planchón, Mazuko, Milenio, Jorge Chávez, Colorado y Salvación indicaron tener una brecha de dos a más personas para las brigadas de vacunación, siendo Mazuko y Colorado las microrredes de salud con mayor brecha. Por otro lado, las microrredes de Iberia y Huepetuhe no brindaron o precisaron información al respecto.

**Cuadro N° 80**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Madre de Dios**

Microrred de salud	Total de personal de salud	N° personal a cargo de la vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Laberinto	38	13	1	0	2
Planchón	46	35	0	0	9
Mazuko	89	24	3	0	25
Milenio	149	2	1	0	4
Jorge Chávez	144	22	2	0	6
Iberia	51	79	(*)	0	(*)
Huepetuhe	25	9	2	1	(*)
Colorado	38	38	2	0	15
Salvación	44	13	2	1	4

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Con relación a las labores de capacitación al personal de salud de las microrredes, a excepción de la microrred de salud Iberia que no precisa la información, todas las microrredes de salud señalaron que su personal recibió al menos una capacitación entre los meses de mayo y setiembre de 2022 en temas relacionados a la socialización de la norma técnica de vacunación, inmunizaciones, cadena de frío, indicadores de COVID-19 en el departamento, pautas para la adecuada atención y aceptación de los servicios, así como una capacitación sobre las costumbres de la comunidad y su geografía. En su mayoría, fue la Diresa la encargada de brindar estas capacitaciones.

**Cuadro N° 81**

**Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Madre de Dios**

Temas de capacitación	Entidad capacitadora
- Información sobre el COVID-19.	Diresa
- Inmunización - esquema de vacunación.	Minsa Diresa
- Socialización de la Norma Técnica de vacunación.	Minsa
- Cadena de frío.	Red de salud Diresa
- Indicadores de COVID-19.	Diresa
- Costumbres de la comunidad y su geografía.	(*)
- Pautas para la adecuada atención y aceptación de los servicios.	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, con excepción de la microrred de salud Huepetuhe que no precisó la información, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron haber coordinado para la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades con instituciones públicas como la Gerencia Regional de Salud, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud, respecto a temas vinculados a la planificación de actividades previo al proceso de vacunación.

Sobre la coordinación con organizaciones indígenas, ocho de nueve microrredes de salud, a excepción de Jorge Chávez, señalaron haber realizado al menos una coordinación con los representantes de las comunidades o con organizaciones indígenas como Federación Nativa del río Madre de Dios y Afluentes (Fenamad), con el fin de difundir información y sensibilizar a la población sobre el COVID-19, de coordinar ingresos a las comunidades, así como de realizar el monitoreo del avance de vacunación.

**Cuadro N° 82**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Madre de Dios**

Microrred de salud	Instituciones del Estado		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Laberinto	Sí	Dirección Regional de Salud	Sí	Directivos de la comunidad
Planchón	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Fenamad
Mazuko	Sí	Diresa / Ministerio de Cultura	Sí	Directivos de la comunidad
Milenio	Sí	Dirección Regional de Salud	Sí	Directivos de la comunidad
Jorge Chávez	Sí	Dirección Regional de Salud	No	
Iberia	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Representante de la comunidad
Huepetuhe	(*)	(*)	Sí	Organización indígena
Colorado	Sí	Ministerio de Salud	Sí	Organización indígena
Salvación	Sí	Diresa / Ministerio de Cultura	Sí	Organización indígena

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a las acciones de difusión de información sobre la importancia de las vacunas, todas las microrredes de salud supervisadas informaron haber realizado este proceso mediante radioemisoras locales, autot parlantes, diálogo directo, entre otros, y utilizando solamente el castellano, más no la lengua indígena predominante en la zona.

Con relación a la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, de lo manifestado por las microrredes de salud supervisadas, todas informaron contar con actores que brindaban información positiva sobre la vacunación, los cuales son transmitidos a través de líderes comunales, agentes comunitarios de salud, docentes y personal de salud.

**Cuadro N° 83**

**Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Madre de Dios**

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensaje que se difunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de salud.</li> <li>- Agente comunitario de salud.</li> <li>- Autoridad gubernamental.</li> <li>- Periodista.</li> <li>- Líder o dirigente indígena.</li> <li>- Docente, Tutor o Director</li> </ul>	A favor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de la vacunación COVID -19.</li> <li>- Salva tu vida de la COVID -19 con las vacunas.</li> <li>- Beneficio de la vacunación segura contra el COVID-19.</li> </ul>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica con los que cuentan los 26 establecimientos de salud de las microrredes supervisadas, 6 establecimientos sí cuentan con este servicio las 24 horas del día (Mazuko, Infierno, Otilia, San José de Karene, Puerto Luz y Shintuya), un establecimiento cuenta con este servicio únicamente de una a tres horas diarias (Nueva Victoria) y 13 establecimientos indicaron no contar con este servicio, mientras que 6 establecimientos no brindaron información sobre esta pregunta.

Asimismo, sobre el sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno, manifestaron que sólo 3 de los 26 establecimientos de salud cuentan con estos equipos (Lucerna de la microrred de salud Planchon, Tres Islas de la microrred de salud Jorge Chávez y Bélgica de la microrred de salud Iberia).

En cuanto a los equipos de refrigeración, ocho establecimientos de salud de las microrredes de salud Planchón (Pariamarca, Sabaluyoc y Monte Salvado), Boca Colorado (Boca Colorado, Punkiri Chico y Puerto Luz) y Salvación (Palotoa y Shipetiari) indicaron no contar con estos equipos. De los 18 establecimientos que informaron tener estos equipos, 2 señalaron no haber realizado el mantenimiento preventivo por ser nuevos, 8 informaron haber efectuado el mantenimiento preventivo y correctivo según corresponda, y 8 no brindaron información al respecto.

La información referida a la energía eléctrica, así como a los sistemas de alarma y grupo electrógeno resulta relevante para la conservación de las vacunas, advirtiéndose una gran brecha de estos equipos y el servicio de energía eléctrica en los establecimientos que atienden a población indígena en el departamento de Madre de Dios.

#### Cuadro N° 84

#### Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Madre de Dios

Microrred de salud	Establecimiento de Salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se les ha dado a los equipos de refrigeración?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Laberinto	Vuelta Grande		X		X	X		No requiere por ser equipos nuevos
	Amarakaeri		X		X	X		No requiere por ser equipos nuevos
Planchón	Pariamarca		X		X		X	
	Lucerna		X	X		X		(*)
	Sabaluyoc		X		X		X	
	Monte Salvado		X		X		X	
Mazuko	Mazuko	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Milenio	Infierno	24 horas			(*)	X		Mantenimiento preventivo
Jorge Chávez	Nueva Victoria	1 a 3 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Otilia	24 horas			X	X		(*)
	Palma Real		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Sonene		(*)		X	X		(*)
	Tres Islas		(*)	X		X		(*)
Iberia	Belgica		X	X		X		(*)

Microrred de salud	Establecimiento de Salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se les ha dado a los equipos de refrigeración?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Huepetuhe	Choque		(*)		(*)	X		(*)
Boca Colorado	Boca Colorado		X		X		X	
	Punkiri Chico		X		X		X	
	San Jose de Karene	24 horas			X	X		(*)
	Puerto Luz	24 horas			X		X	
Salvación	Diamante		(*)		X	X		Mantenimiento preventivo
	Shintuya	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Boca Manu		(*)		X	X		(*)
	Palotoa		X		(*)		X	
	Shipetiari		X		X		X	
	Tayacome		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Yomibato		X		X	X		Mantenimiento preventivo

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la disponibilidad del servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas, se advierte que solo 4 de los 26 establecimientos cuentan con este servicio. Sin embargo, una situación distinta se observa con relación al servicio de internet, donde, a excepción del establecimiento de Nueva Victoria que no brindó información, 13 de los 25 establecimientos sí cuentan con este servicio.

Cuadro N° 85

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Madre de Dios**

Microrred de salud	Establecimiento de Salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
<b>Laberinto</b>	Vuelta Grande		X		X
	Amarakaeri		X		X
<b>Planchón</b>	Pariamarca		X		X
	Lucerna		X	X	
	Sabaluyoc		X	X	
	Monte Salvado		X	X	
<b>Mazuko</b>	Mazuko	X		X	
<b>Milenio</b>	Infierno		X		X
<b>Jorge Chávez</b>	Nueva Victoria		X	(*)	
	Otilia		X	X	
	Palma Real		X	X	
	Sonene		X	X	
	Tres Islas		X		X
<b>Iberia</b>	Bélgica		X	X	
<b>Huepetuhe</b>	Choque				X
<b>Boca Colorado</b>	Boca Colorado		X		X
	Punkiri Chico		X		X
	San José de Karene		X		X
	Puerto Luz		X		X
<b>Salvación</b>	Diamante		X	X	
	Shintuya	X		X	
	Boca Manu		X		X
	Palotoa		X	X	
	Shipetiari		X		X
	Tayacome	X		X	
	Yomibato	X		X	

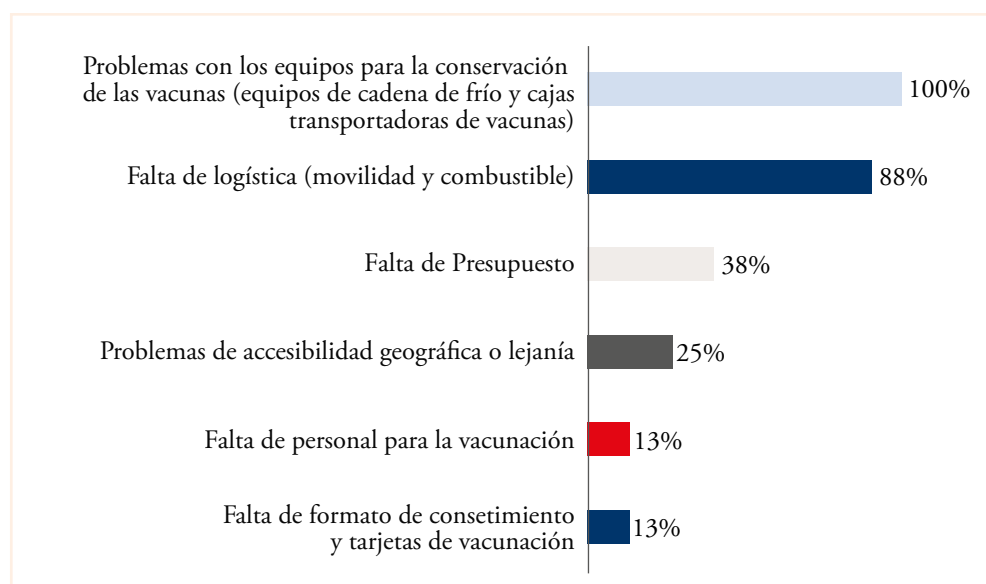
Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Sobre las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, de las nueve microrredes supervisadas, solo Mazuko indicó no tener ninguna dificultad. Estas ocho microrredes de salud (100 %) indicaron tener dificultades con los equipos para la conservación de las vacunas (equipos de cadena de frío y cajas transportadoras de vacunas); el 88 % la falta de logística (movilidad y combustible) considerando que muchas comunidades se encuentran a dos o tres días de viaje; el 38 % la falta de presupuesto y el 25 % problemas de accesibilidad geográfica.

### Gráfico N° 15

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Madre de Dios



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Madre de Dios.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

### 3.8. Pasco

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Pasco un total de 86 774 personas se autoidentificaron como parte de uno los pueblos indígenas quechua, ashaninka y yanesha. Asimismo, un total de 35 475 personas tienen como lengua materna una lengua indígena, siendo las más predominantes el quechua (70.9 %) y ashaninka (26.8 %).

En el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia y a fin de garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas, la institución remitió a la Dirección Regional de Salud Pasco, el oficio N° 044-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 19 de febrero de 2021, recomendando, entre otros aspectos, incorporar la atención de los pueblos indígenas de su ámbito territorial en el plan o estrategia regional de inmunización contra el COVID-19, fortalecer las capacidades del personal de salud de los establecimientos que atienden a comunidades y a los agentes comunitarios de salud, así como difundir información sobre la vacunación en lenguas indígenas.

Asimismo, frente a las dificultades advertidas por la institución respecto al proceso de vacunación en departamentos con población indígena, en diciembre de dicho año, la Defensoría del Pueblo, mediante oficio N° 297-2021-DP/AMASPPI-PPI, recomendó al Ministerio de Salud reforzar la asistencia técnica y capacitación al personal de salud a nivel nacional y que atiende a población indígena para lograr intervenciones adecuadas en el proceso de vacunación en las comunidades indígenas del país.

Por otra parte, la Oficina Defensorial en Pasco tomó conocimiento de casos de negativas a la vacunación por parte de ciudadanos indígenas de las comunidades de los distritos de Constitución, Puerto Bermúdez y Palcazú, de la provincia de Oxapampa, debido a la falta de confianza en la vacuna, el temor a sus efectos y sus creencias religiosas. Por ello, en julio del 2022, se remitió a la Diresa Pasco el oficio N° 111-2022-DP/AMASPPI-PPI, recomendando reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, garantizando el presupuesto público necesario y las coordinaciones con los ministerios de Salud y Cultura, así como con las organizaciones indígenas.

Posteriormente, y con el fin de revertir esta problemática de salud, el 2 de agosto del 2022, la Defensoría del Pueblo convocó a una reunión de trabajo a la Diresa, la Red

de Salud de Oxapampa y el Ministerio de Salud. En dicha reunión, la institución dio a conocer cifras de personas indígenas beneficiarias del bono Yanapay, residentes en los distritos antes mencionados, que no recibieron dicho subsidio por no contar con el esquema de vacunación contra el COVID-19 para el ingreso al Banco de la Nación.

Frente a ello, la Diresa señaló tener dificultades para el traslado de las brigadas de vacunación hacia las comunidades más alejadas, así como informó la existencia del rechazo a las vacunas por parte de ciudadanas/os indígenas por temas de creencias y falsa información, por lo que solicitó apoyo al Ministerio de Salud para atender estas necesidades y continuar con el proceso de vacunación. Asimismo, hicieron un pedido a la institución a fin de que se pueda entablar una comunicación más directa con la población y alcanzar una cobertura mayor con la tercera dosis.

Por su parte, la Red de Salud de Oxapampa informó haber identificado a 12 858 personas indígenas para la vacunación contra el coronavirus; sin embargo, indicó que no se contaba con un padrón o base de datos con información del número de población indígena y comunidades dentro de su jurisdicción. Del mismo modo, señalaron que, al mes de agosto del 2022, se había superado la cifra inicial, debido a la vacunación en niños y adolescentes.

Tras ello, la Defensoría del Pueblo recomendó al Minsa realizar una intervención integral en las zonas donde se requería mayor apoyo en la vacunación, a lo que el sector informó<sup>108</sup> haber planificado una campaña de salud en el distrito de Puerto Bermúdez para los días 26 y 27 de agosto, a fin de superar los problemas advertidos.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Pasco y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a cuatro microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en la provincia de Oxapampa.

---

108 Correo de fecha 4 de agosto de 2022, remitido por el Director de la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Pasco.

**Cuadro N° 86**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Pasco**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Oxapampa	Oxapampa	Chontabamba	2
2			Constitución	16
3			Palcazú	26
4			Puerto Bermúdez	21

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las/los representantes de las cuatro microrredes de salud supervisadas, en sus ámbitos de intervención se sitúan 246 comunidades indígenas pertenecientes al pueblo indígena yanesha y ashaninka.

**Cuadro N° 87**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Pasco**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Chontabamba	2	Yanesha
2	Constitución	55	Ashaninka, yanesha
3	Palcazú	76	Yanesha
4	Puerto Bermúdez	114	Ashaninka

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la planificación de la vacunación, la Defensoría del Pueblo pudo conocer que, tres de las cuatro microrredes de salud supervisadas (Chontabamba, Constitución y Puerto Bermúdez) sí contaban con un padrón de vacunación para población indígena, mientras que la microrred de salud Palcazú señaló no contar con este documento.

**Cuadro N° 88**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Pasco**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Chontabamba	Sí
Constitución	Sí
Palcazú	No
Puerto Bermúdez	Sí

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

También se solicitó información desagregada sobre la programación y el avance de la vacunación, siendo que, las microrredes de salud Chontabamba, Constitución y Puerto Bermúdez, sí proporcionaron información desagregada en lo referido a la programación inicial y avance de la vacunación contra el COVID-19, a excepción de la microrred de salud Palcazú que solo proporcionó información sobre la programación inicial.

En el siguiente cuadro se presenta la información general sobre la programación y avance de la vacunación, según el esquema de primera, segunda y tercera dosis de las microrredes de salud Chontabamba, Constitución, Palcazú y Puerto Bermúdez.

### Cuadro N° 89

#### Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Chontabamba	672	4	581	0	391	0
Constitución	5157	4295	5157	3808	5157	2124
Palcazú	251	(*)	251	(*)	101	(*)
Puerto Bermúdez	27 696	20 732	27 696	18 594	25 176	14 499

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Cabe precisar que, según información oficial de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Minsa, a junio de 2022, el departamento de Pasco tenía 21 046 personas indígenas como meta de vacunación contra el COVID-19, y un avance del 82 % de esta población con primera dosis, del 75 % con segunda dosis y del 43 % con la tercera dosis.

Por otro lado, tras solicitar información sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 por comunidades indígenas, de las cuatro microrredes de salud supervisadas, solo la microrred Puerto Bermúdez informó que estaba pendiente de realizar intervenciones en 25 comunidades y/o localidades pertenecientes a su jurisdicción.

**Cuadro N° 90**

**Número de comunidades identificadas para la vacunación contra el COVID-19 en Pasco**

Microrred de salud	Programación inicial	Ya intervenidas	Faltantes
Chontabamba	2	2	0
Constitución	56	56	0
Palcazú	1	1	0
Puerto Bermúdez	114	89	25

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto al monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron que sí lo realizan. Al respecto, la microrred de salud de Chontabamba informó realizar este monitoreo en un periodo de dos días, a cargo de la técnica de enfermería; la microrred de salud Constitución por un periodo de un día y a cargo del personal de turno del establecimiento de salud o comunidad, pudiendo ser la/el médico, obstetra, licenciado en enfermería o la/el agente comunitario de salud; la microrred de salud Palcazú por un periodo de un día, sin precisar el personal a cargo de dicha labor; mientras que la microrred de salud Puerto Bermúdez, informó realizarlo en un periodo de dos a tres días, e incluso de más de 16 días, encontrándose a cargo de la técnico de enfermería y/o médico.

### Cuadro N° 91

#### Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Chontabamba	Sí	2 días	Técnicas de enfermería
Constitución	Sí	1 día	Personal que se encuentra de turno en el establecimiento de salud (médico obstetra, licenciado en enfermería, agente comunitario de salud, otro)
Palcazú	Sí	1 día	(*)
Puerto Bermúdez	Sí	2, 3, más de 16 días	Técnica de enfermería y/o médico

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el “*Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*”, previo al inicio de las inmunizaciones contra el COVID-19, las personas deben brindar su consentimiento. Sobre el particular, en el marco de la presente supervisión, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron que este procedimiento se realizó a través del diálogo directo.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). En la supervisión desarrollada se pudo advertir que la microrred de Palcazú era la única que no contaba con dichos insumos.

Un aspecto importante supervisado por la Defensoría del Pueblo fue lo relacionado a la asignación de presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19

en las comunidades indígenas. Al respecto, la microrred de salud Palcazú indicó no haber recibido dicho presupuesto, mientras que la de Puerto Bermúdez señaló haberlo recibido por última vez en el año 2020<sup>109</sup>, por lo que solicitó su asignación a la Red de Salud Oxapampa y realizó coordinaciones con la Municipalidad Distrital de Puerto Bermúdez para alcanzar dicho fin. Por su parte, las microrredes de salud Chontabamba y Constitución indicaron que la información la tendría la Red de Salud Oxapampa.

En cuanto a la asignación del personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19 de las microrredes de salud supervisadas, a excepción de la microrred de salud Palcazú que informó haber destinado a una sola persona para este proceso, las demás microrredes (Chontabamba, Constitución y Puerto Bermúdez) informaron haber asignado a más de 20 personas para la inmunización en comunidades.

Respecto a la conformación de brigadas de vacunación para pueblos indígenas, se advierte que todas las microrredes de salud supervisadas conformaron por lo menos de una a tres brigadas por microrred de salud. Asimismo, se identificó que solo las brigadas de las microrredes de Palcazú y Puerto Bermúdez contaban con un traductor y/o enlace indígena, a diferencia de las microrredes de salud Chontabamba y Constitución, cuyas brigadas no contaban con ninguno. En cuanto a la microrred de salud Chontabamba, se nos informó que en las comunidades a las que interviene se domina, además del idioma originario, el castellano.

Asimismo, se nos informó que existe brecha de personal para las actividades de vacunación contra el COVID-19. La microrred de salud Chontabamba informó tener una brecha de dos personas para las brigadas de vacunación, la microrred Puerto Bermúdez una brecha de cinco personas; mientras que la microrred de salud Constitución fue la única en señalar que no tendría brecha de personal. La microrred de salud Palcazú no precisó información al respecto.

---

109 En el caso de la microrred de salud Puerto Bermúdez, según informa, habría recepcionado un monto de S/ 18, 000 para compra de galones de gasolina de campo, así como S/ 4,000 soles para petróleo.

Cuadro N° 92

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco**

Microrred de salud	Total de personal de salud	N° personal a cargo de la vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor/a en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Chontabamba	31	37	2	0	2
Constitución	75	23	3	0	0
Palcazú	40	1	1	1	(*)
Puerto Bermúdez	75	54	3	2	5

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Con relación al fortalecimiento de capacidades del personal de vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas informaron haber recibido al menos una capacitación. Las microrredes de salud Chontabamba, Constitución y Palcazú, indicaron haberlas recibido entre los meses de enero de 2021 y setiembre de 2022, mientras que la microrred de salud Puerto Bermúdez informó que se les brindó capacitaciones entre enero y diciembre de 2022 según programación y necesidad de la estrategia.

Asimismo, los principales temas de capacitación informados fueron la vacunación contra el COVID-19, manejo de cadena de frío, registro de personas vacunadas, estrategia sanitaria, inmunizaciones, esquema de vacunación contra el COVID-19, así como salidas a las comunidades nativas, las que en su mayoría fueron dictadas por la Red de Salud de Oxapampa. En el caso de la microrred de salud Puerto Bermúdez, se capacitó además sobre salud sexual reproductiva, enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, promoción de la salud y salud bucal.

**Cuadro N° 93**

**Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Pasco**

Microrred de salud	Temas de capacitación	Entidad capacitadora
Chontabamba	- Vacunación contra el COVID-19, manejo de cadena de frío, registro de personas vacunadas	Entidad pública (no se precisó)
Constitución	- Vacunación contra el COVID-19	Red de Salud de Oxapampa
Palcazú	- Vacunación contra el COVID-19, estrategias sanitarias	Red de Salud de Oxapampa
Puerto Bermúdez	- Inmunizaciones contra el COVID-19, esquema de vacunación, salidas a comunidades nativas,	Microrred de salud y Red de Salud de Oxapampa

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las coordinaciones con instituciones públicas, todas las microrredes de salud supervisadas indicaron haber realizado dichas gestiones entre febrero de 2021 y setiembre de 2022, principalmente con la Red de Salud de Oxapampa y en oportunidades con la Diresa y el Ministerio de Cultura, abordando temas vinculados a la planificación, avance y monitoreo de la vacunación.

En relación a la coordinación con organizaciones indígenas, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber efectuado al menos una coordinación, principalmente con representantes de la Unión de Nacionalidades Asháninka y Yanesha (UNAY), Federación de Comunidades Nativas Yanesha (Feconaya), Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), abordando temas vinculados a la difusión de información y/o sensibilización de la vacunación contra el COVID-19, el monitoreo de este proceso, así como sobre el ingreso a comunidades.

### Cuadro N° 94

#### Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Chontabamba	Sí	Red de Salud Oxapampa Diresa	Sí	Representantes de UNAY, FECONAYA, ANAP
Constitución	Sí	Red de Salud Oxapampa Ministerio de Cultura	Sí	Representantes de UNAY, FECONAYA, ANAP
Palcazú	Sí	Red de Salud Oxapampa	Sí	Agente comunitario
Puerto Bermúdez	Sí	Red de Salud Oxapampa	Sí	Agente comunitario y jefe de comunidad

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

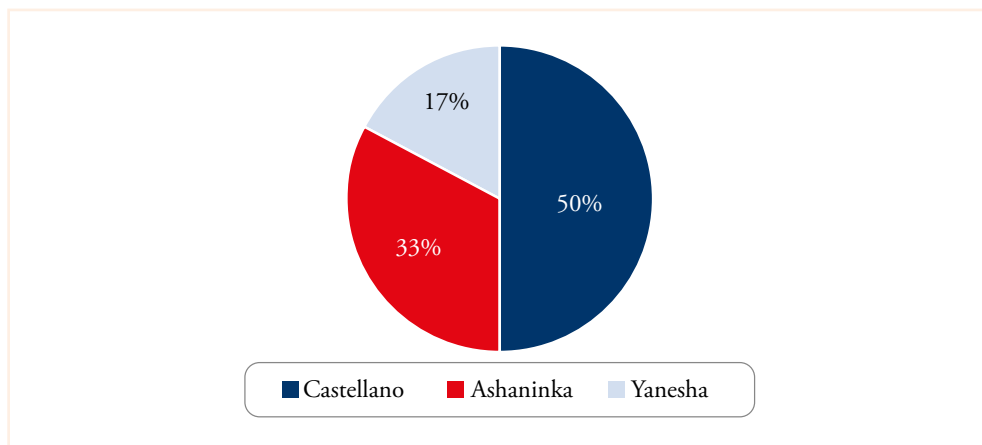
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la difusión de información sobre la importancia de las vacunas, en la supervisión se advirtió que todas las microrredes de salud supervisadas señalaron haber realizado estas acciones, mediante el diálogo directo, redes sociales, altoparlante, radio y WhatsApp.

Respecto al uso de las lenguas indígenas en las campañas de difusión, la microrred de salud Chontabamba informó haber utilizado la lengua yanesha, las microrredes de salud Constitución y Puerto Bermúdez emplearon el castellano y ashaninka, mientras que la microrred de salud Palcazú señaló haber realizado estas campañas en castellano. En ese sentido, se advierte que la lengua más utilizada por las microrredes de salud supervisadas de Pasco para la realización de estas campañas fue el castellano (50 %), seguido del ashaninka (33 %) y yanesha (17 %).

**Gráfico N° 16**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.


Sobre la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19. Al respecto, las cuatro microrredes de salud supervisadas señalaron que el personal de salud, las autoridades políticas locales, los agentes comunitarios de salud, docentes y/o tutores difundieron mensajes positivos sobre la vacunación, utilizando el diálogo directo, redes sociales, materiales impresos, radios y altoparlantes.

**Cuadro N° 95**

**Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Pasco**

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensaje que difunde
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de salud.</li> <li>- Autoridad gubernamental.</li> <li>- Agente comunitario de salud.</li> <li>- Docente, tutor o director.</li> <li>- Periodista</li> </ul>	A favor	<p><i>“Vacúnate para prevenir complicaciones del COVID-19”.</i></p> <p><i>Importancia de la vacunación.</i></p> <p>Vacunación segura, eficaz y de calidad.</p> <p>Programación de brigadas de vacunación, edades para vacunarse.</p>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.



De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, de los 65 establecimientos de salud que atienden a población indígena y forman parte de las cuatro microrredes supervisadas, 25 no brindaron información. De los 40 que sí lo hicieron, 26 establecimientos de salud informaron no contar con este servicio.

Asimismo, respecto a la disponibilidad de los equipos electrógenos, de los 65 establecimientos de salud antes señalados, 25 no brindaron información. De los 40 que sí lo hicieron, solo 5 señalaron que sí contaban con estos equipos, por lo que, ante un eventual corte de energía eléctrica, no se garantizaría un adecuado funcionamiento de la cadena de frío para la conservación de las vacunas.

En cuanto a los equipos de refrigeración, del total de establecimientos de salud identificados en la presente supervisión, tres informaron no contar con estos equipos (Puerto Davis y Puerto Victoria de la microrred de salud Constitución e Iscozacín de la microrred de salud Palcazú), mientras que 25 establecimientos de salud de la microrred Palcazú no brindaron información. Por su parte, aquellos establecimientos que señalaron sí contar con estos equipos, todos ellos manifestaron realizar el mantenimiento preventivo o correctivo según corresponda.

**Cuadro N° 96**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Pasco**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Chontabamba	Gramazu	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Miraflores de Sachupen	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Constitución	Constitución	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Amistad	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Libre Yarina	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Centro Yarina	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Unión Siria	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Lorencillo	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Hauswald	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Flor de un día	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Orellana	24 horas		X	X	X		Mantenimiento preventivo
	Chinchihuani		X	X	X	X		Mantenimiento preventivo
	La Viña Dinamarca		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Lagarto	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Mosquito Playa		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Clínica Cahuapanas	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Davis		X				X	
Puerto Victoria		X				X		

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Palcazú	Iscozacín		X		X		X	
	Buenos Aires		(*)		(*)		(*)	(*)
	Santa Rosa de Chuchurras		(*)		(*)		(*)	(*)
	Villa América		(*)		(*)		(*)	(*)
	Nueva Esperanza		(*)		(*)		(*)	(*)
	Centro Esperanza		(*)		(*)		(*)	(*)
	Castilla		(*)		(*)		(*)	(*)
	Comparachimas		(*)		(*)		(*)	(*)
	Tsopis		(*)		(*)		(*)	(*)
	Mazuhuasu		(*)		(*)		(*)	(*)
	Aguaruna		(*)		(*)		(*)	(*)
	Belén		(*)		(*)		(*)	(*)
	Convento		(*)		(*)		(*)	(*)
	Lagarto		(*)		(*)		(*)	(*)
	Rio Negro		(*)		(*)		(*)	(*)
	Mayro		(*)		(*)		(*)	(*)
	Shiringamazu Alto		(*)		(*)		(*)	(*)
	Shiringamazu Bajo		(*)		(*)		(*)	(*)
	Alto Isco		(*)		(*)		(*)	(*)
	Laguna Raya		(*)		(*)		(*)	(*)
	Loma Linda		(*)		(*)		(*)	(*)
	Nueva Aldea		(*)		(*)		(*)	(*)
	Santa María		(*)		(*)		(*)	(*)
	Santa Rosa de Palcazú		(*)		(*)		(*)	(*)
Quebrada Paco		(*)		(*)		(*)	(*)	
San Cristóbal		(*)		(*)		(*)	(*)	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Puerto Bermúdez	Puerto Bermúdez 24 horas			X		X		Mantenimiento preventivo
	Alto Chivis		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Amambay		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Boca Samaya		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	El Milagro		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Nuevo Nevati		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Acolla		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Valle Nazarategui		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Puerto Aguachini		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Puerto Pascuala		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Puerto Yesupe		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Quirishari		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Redención Nevati		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	San Francisco de Cahuapanas		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	San Juan de Dios		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	San Pablo		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Santa Isabel de Neguachi		X		X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Rosa de Chivis		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Sargento Lorenz		X		X	X		Mantenimiento correctivo
	Tupac Amaru		X		X	X		Mantenimiento correctivo
Zungayorali		X		X	X		Mantenimiento correctivo	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud supervisadas de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la provisión del servicio de agua potable con el que cuentan los establecimientos de salud, 49 de 65 establecimientos de salud señalaron que no cuentan con dicho servicio. Asimismo, con relación al acceso de internet, sólo 14 de 65 establecimientos de salud indicaron contar con este servicio.

**Cuadro N° 97**

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Pasco**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Chontabamba	Gramazu	X		X	
	Miraflores de Sachupen	X		X	
Constitución	Constitución		X	X	
	Puerto Amistad		X	X	
	Puerto Libre Yarina		X		X
	Centro Yarina		X		X
	Unión Siria		X	X	
	Lorencillo		X	X	
	Hauswald		X		X
	Flor de un día		X		X
	Orellana		X	X	
	Chinchihuani		X		X
	La Viña Dinamarca		X		X
	Puerto Lagarto		X		X
	Mosquito Playa		X		X
	Clínica Cahuapanas		X	X	
	Puerto Davis		X		X
Puerto Victoria		X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Palcazú	Iscozacin		X		X
	Buenos Aires	X			(*)
	Santa Rosa de Chuchurras		X		(*)
	Villa América	X			(*)
	Nueva Esperanza	X			(*)
	Centro Esperanza	X			(*)
	Castilla		X	(*)	
	Comparachimas		X		(*)
	Tsopis		X		(*)
	Mazuhuasu	X			(*)
	Aguaruna	X			(*)
	Belén	X			(*)
	Convento	X			(*)
	Lagarto	X			(*)
	Rio Negro		X		(*)
	Mayro		X		(*)
	Shiringamazu Alto	X			(*)
	Shiringamazu Bajo	X			(*)
	Alto Isco	X			(*)
	Laguna Raya	X			(*)
	Loma Linda		X		(*)
	Nueva Aldea		X		(*)
	Santa María		X		(*)
	Santa Rosa de Palcazú		X		(*)
Quebrada Paco	X			(*)	
San Cristobal		X		(*)	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua potable?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Puerto Bermúdez	Puerto Bermúdez		X	X	
	Alto Chivis		X		X
	Amambay		X	X	
	Boca Samaya		X		X
	El Milagro		X		X
	Nuevo Nevati		X		X
	Acolla		X		X
	Valle Nazarategui		X		X
	Puerto Aguachini		X	X	
	Puerto Pascuala		X		X
	Puerto Yesupe		X	X	
	Quirishari		X		X
	Redención Nevati		X		X
	San Francisco de Cahuapanas		X		X
	San Juan de Dios		X		X
	San Pablo		X		X
	Santa Isabel de Neguachi		X	X	
	Santa Rosa de Chivis		X		X
	Sargento Lorenz		X		X
Tupac Amaru		X		X	
Zungayorali		X	X		

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Sobre las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, se advirtió que en este departamento también se presentaron limitaciones, siendo que todas las microrredes supervisadas informaron haber presentado algún inconveniente, principalmente por la falta de movilidad terrestre y fluvial para el traslado de vacunas y del personal de salud (brigadas de vacunación), por el rechazo de la población a la vacuna, la falta de cadena de frío en zonas estratégicas y adecuada infraestructura para la conservación de vacunas.

**Cuadro N° 98**

**Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Pasco**

Microrred de salud	Dificultades para la vacunación contra el COVID-19 a pueblos indígenas
Chontabamba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La población rechaza la vacuna y no permite lograr las metas que se propusieron, movilidad para trasladar a las brigadas de vacunación, respecto a las vacunas nunca hubo problemas.</li> <li>• El transporte de las brigadas, pero se solucionó con la ambulancia.</li> </ul>
Constitución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad para el traslado de las vacunas.</li> <li>• Movilidad para el desplazamiento a las diferentes comunidades.</li> </ul>
Palcazú	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad para el traslado de vacunas, cadena de frío e infraestructura para la conservación de vacunas.</li> <li>• No se cuenta con movilidad para el transporte.</li> <li>• Movilidad para transportar al personal de salud y a las vacunas.</li> </ul>
Puerto Bermúdez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadena de frío en comunidades donde no se cuentan con establecimientos de salud, principalmente con las fronteras de Ucayali y Junín.</li> <li>• Las vacunas se distribuyen de acuerdo a la recepción en la región, luego a la Red de Salud Oxapampa, por acuerdo a lejanía, las vacunas llegaban en 48 horas a más tardar.</li> <li>• Necesidad de movilidad 4x4 para traslados a zonas lejanas, motores peque peque y botes para los EESS. al 100%.</li> <li>• Implementación de cadena de frío en zonas estratégicas.</li> </ul>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Pasco.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

### 3.9. Puno

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de Puno se han identificado a 857 312 personas que se autoidentifican como parte de alguno de los pueblos indígenas quechua, aimara y uro, mientras que son 772 435 personas que tienen como lengua materna una lengua originaria, siendo las más predominantes la lengua quechua (61 %) seguida del aimara (39 %).

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, durante setiembre de 2021, se realizó la primera supervisión a nueve microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Puno, Melgar, Carabaya, Azángaro, Huancané y El Collao, cuyos resultados fueron publicados en el Informe N° 002-2021-DP/AMASPPI/PPI, denominado “*Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas quechua y aimara del departamento de Puno*”.<sup>110</sup>

En el informe se da cuenta de dificultades en la implementación del proceso de vacunación como: la falta de presupuesto para financiar los desplazamientos de las brigadas hacia las comunidades, la inobservancia a la regulación sobre la dotación y mantenimiento de los equipos de refrigeración y la débil socialización o insuficiente capacitación al personal de salud sobre los alcances del protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas, así como, el rechazo a la vacuna por el temor de la población y la difusión de información inexacta o negativa sobre la inmunización.

Posteriormente, en noviembre del 2022, la Defensoría del Pueblo remitió el oficio N° 203-2022-DP/AMASPPI-PPI a la Dirección Regional de Salud de Puno y los oficios N° 205, 206, 207, 208, 209, 210-2022-DP/AMASPPI-PPI del 29 de noviembre de 2022 a las redes de Salud de Melgar, Carabaya, Chucuito, Huancané, El Collao y Puno, solicitando información sobre las metas, el avance, el presupuesto específico y la implementación del proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades del departamento. Al cierre de este informe, dichos pedidos se encuentran pendientes de respuesta.

---

110 Disponible en: <http://tinyurl.com/ycycm25j>

Considerando las acciones antes expuestas, la Oficina Defensorial de Puno, el Módulo de Atención Defensorial de Juliaca y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a 13 microrredes de salud que atienden a las comunidades indígenas de las provincias de Puno, Chucuito, Huancané, Carabaya, El Collao, Melgar y Azángaro.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud de Puno.

### Cuadro N° 99

#### Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Puno

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Puno	Puno	Acora	16
2			Mañazo	11
3	Chucuito	Chucuito	Pomata	9
4	Huancané	Huancané	Vilquechico	9
5	Carabaya	Carabaya	Isivilla	8
6	El Collao	El Collao	Mazocruz	13
7			Pilcuyo	8
8			Camicachi	5
9			Checca	11
10			Ilave	5
11	Melgar	Melgar	Nuñoa	1
12	Azángaro	Azángaro	San Anton	1
13			Asillo	1

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las y los representantes de las microrredes de salud supervisadas, se advierte que ocho de ellas atienden dentro de su jurisdicción a 126 comunidades con población indígena quechua y aimara. Cabe señalar que las microrredes de salud de Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave no precisaron o no contaban con esta información, a pesar de que el ámbito de su atención tiene alcance en distritos con presencia de pueblos indígenas, de acuerdo con la Base de Datos de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura.

### Cuadro N° 100

#### Comunidades y pueblo indígena al que pertenece por microrred de salud en Puno

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Ácora	16	Aimara
2	Mañazo	19	Quechua
3	Pomata	8	Aimara
4	Vilquechico	9	Aimara
5	Isivilla	8	Quechua
6	Mazocruz	(*)	(*)
7	Pilcuyo	(*)	(*)
8	Camicachi	(*)	(*)
9	Checca	(*)	(*)
10	Ilave	(*)	(*)
11	Nuñoa	15	Quechua
12	San Antón	24	Quechua
13	Asillo	27	Quechua

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, de la información proporcionada a la Defensoría del Pueblo se pudo conocer que 10 microrredes de salud (Acora, Mañazo, Pomata, Vilquechico, Isivilla, Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave) sí contaban con padrón de vacunación para pueblos indígenas, a excepción de las microrredes de salud de Nuñoa, San Antón y Asillo que no contaban con este documento de gestión.

**Cuadro N° 101**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Puno**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Ácora	Sí
Mañazo	Sí
Pomata	Sí
Vilquechico	Sí
Isivilla	Sí
Mazocruz	Sí
Pilcuyo	Sí
Camicahi	Sí
Checca	Sí
Ilave	Sí
Nuñoa	No
San Antón	No
Asillo	No

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud supervisadas del departamento de Puno  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

También se solicitó información a las microrredes de salud supervisadas sobre la programación, el avance y las brechas de vacunación a la población indígena. Al respecto, solo las microrredes de salud Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca, Asillo e Ilave brindaron la información solicitada completa, a diferencia de las microrredes de Nuñoa y San Antón que no detallaron información alguna.

Por su parte, la microrred de salud Ácora brindó información parcial correspondiente a al avance y las brechas de vacunación, dificultando poder contrastar los datos con la información programada. En cuanto a las microrredes de salud de Vilquechico e Isivilla, estas brindaron información sobre la programación y el avance de la vacunación, sin precisar la brecha de vacunación. Las microrredes de salud Mañazo y Pomata brindaron información en porcentaje, limitando conocer la programación inicial, las vacunas aplicadas y la brecha existente.

**Cuadro N° 102**

**Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Puno**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación	Avance	Programación	Avance	Programación	Avance
Ácora	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Mañazo	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Pomata	11 595	(*)	3035	(*)	1902	(*)
Vilquechico	934	934	1405	1405	2413	2413
Isivilla	3790	3790	2923	2923	1299	1299
Mazocruz	14 699	6158	14 726	6627	14 726	2821
Pilcuyo	11 794	7345	11 794	6453	11 794	3615
Camicachi	9923	8336	9923	7544	9923	3056
Checca	10 500	9057	10 500	6740	10 500	4298
Ilave	44 040	47 118	44 040	32 193	44 040	22 180
Nuñoa	(*)	7016	(*)	5869	(*)	2546
San Antón	(*)	827	(*)	1097	(*)	1168
Asillo	15 498	8750	15 498	6663	15 498	3152

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

En cuanto al avance de la vacunación por comunidad, se advirtió que 10 de 13 microrredes de salud (Ácora, Mañazo, Pomata, Vilquechico, Isivilla, Pilcuyo, Camicachi, Checca, Ilave y Asillo) brindaron información sobre las comunidades programadas e intervenidas. En todos los casos el número de programadas coinciden con las intervenidas.

Sobre el monitoreo post vacunación, 8 de las 13 microrredes supervisadas señalaron realizar este procedimiento en un periodo de 1 a 16 días posteriores a la inmunización, el cual se encontraba a cargo de la/el licenciada/o en enfermería del establecimiento de salud. Las microrredes de salud restantes (Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave) no brindaron información a la pregunta realizada.

**Cuadro N° 103**

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Puno**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Ácora	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Mañazo	Sí	De 11 a 15 días	Licenciada/o en enfermería
Pomata	Sí	Más de 16 días	Licenciada/o en enfermería
Vilquechico	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Isivilla	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Mazocruz	(*)	(*)	(*)
Pilcuyo	(*)	(*)	(*)
Camicachi	(*)	(*)	(*)
Checca	(*)	(*)	(*)
Ilave	(*)	(*)	(*)
Nuñoa	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
San Antón	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Asillo	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

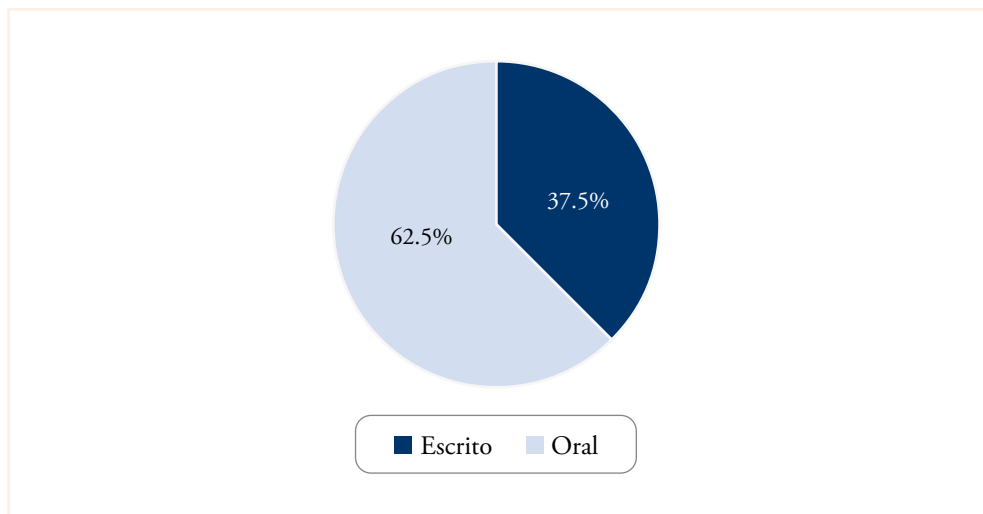
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previa a la vacunación, a través del consentimiento informado. A la pregunta realizada, ocho microrredes de salud respondieron dicha interrogante, advirtiendo que el 62.5 % de ellas realizaba el recojo del consentimiento de manera oral, mientras que el 37.5 % lo hacía de forma escrita. Las microrredes de Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave no brindaron información al respecto.

### Gráfico N° 17

#### Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en Puno



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). Sobre el particular, se pudo conocer que los establecimientos de salud de las microrredes de salud San Anton y Asillo no contaban con este Kit, a diferencia de los establecimientos de las microrredes de salud Ácora, Mañazo, Pomata, Vilquechico, Isivilla, Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca, Ilave y Nuñoa que sí contaban con los insumos para la atención de eventuales casos de reacciones adversas a la vacunación.

Con relación a la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, las microrredes supervisadas señalaron que el presupuesto se asigna a las Redes de Salud y estas lo distribuyen a todas sus microrredes de salud.

Tras advertir del proceso de distribución del presupuesto a las microrredes de salud, algunas de ellas señalaron que el presupuesto que se les asigna es insuficiente para atender a todas las comunidades que se encuentran en su jurisdicción, habiendo solicitado la asignación adicional de un presupuesto mediante comunicaciones a

la Red de Salud a la que pertenecen. Las microrredes de salud solicitantes fueron Ácora, Mañazo, Vilquechico e Isivilla.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19 de las microrredes de salud supervisadas, 8 de las 13 microrredes supervisadas lograron asignar a más de 20 personas para la inmunización contra el coronavirus en las comunidades. Las cinco microrredes de salud restantes (Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave) no brindaron información al respecto.

Asimismo, respecto a la conformación de brigadas de salud, las microrredes de Pomata, Vilquechico, Isivilla, Nuñoa, San Antón y Asillo informaron no haber conformado brigadas de vacunación para las comunidades indígenas, al no considerarlas necesario puesto que el proceso de vacunación se realizaba en los mismos establecimientos de salud y la población de las comunidades a las que atienden acudían a vacunarse a dichas locaciones de salud.

Por otro lado, con la finalidad de conocer si la prestación de servicios se realizaba con pertinencia cultural y lingüística, se preguntó si las brigadas de vacunación contaban con enlaces o traductores indígenas. Al respecto, se conoció que la microrred de San Antón no contaba con una brigada de vacunación con enlace y/o traductor indígena. Por su parte, las brigadas de las microrredes de salud Mazocruz, Pilcuyo, Camicache, Checca e Ilave señalaron contar con una cantidad de 5 a 13 enlaces y/o traductores. Con relación a las microrredes de Acora, Mañazo, Pomata, Vilquechico, Isivilla y Asillo, estas informaron que sus brigadas contaban con personal de salud que dominaba la lengua originaria, por lo que no requirieron enlaces y/o traductores.

Adicionalmente, se recabó información respecto a las brechas de personal que podrían dificultar el desarrollo de la vacunación. Al respecto, cinco microrredes de salud (Acora, Pomata, Vilquechico, Nuñoa y Asillo) de las 13 supervisadas mencionaron tener esta brecha, por lo que en su oportunidad requirieron se les asigne personal de enfermería. Por su parte, las microrredes de salud Mazocruz, Pilcuyo, Camicahi, Checca e Ilave indicaron no requerir personal adicional para la vacunación. Debe señalarse que las microrredes de salud Mañazo, Isivilla y San Antón no precisaron o no brindaron dicha información.

Cuadro N° 104

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19  
en comunidades indígenas, según microrred de salud en Puno**

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Ácora	49	50	10	Personal de salud domina la lengua originaria	Requieren enfermeras
Mañazo	74	66	4	Personal de salud domina la lengua originaria	(*)
Pomata	72	64	0	Personal de salud domina la lengua originaria	Requieren enfermeras
Vilquechico	43	42	0	Personal de salud domina la lengua originaria	Requieren enfermeras
Isivilla	45	43	0	Personal de salud domina la lengua originaria	(*)
Mazocruz	(*)	(*)	12	13	No
Pilcuyo	(*)	(*)	8	8	No
Camicachi	(*)	(*)	5	5	No
Checca	(*)	(*)	11	11	No
Ilave	(*)	(*)	20	5	No
Nuñoa	34	35	0	(*)	3
San Antón	31	21	0	0	(*)
Asillo	23	23	0	Personal de salud domina la lengua originaria	2

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Con relación a las labores de capacitación, durante la supervisión se tomó conocimiento que el personal de ocho microrredes de salud recibió al menos una capacitación, las que estuvieron orientadas a fortalecer las capacidades sobre el manejo de la vacuna contra el coronavirus y la cadena de frío, entre otras. Estas actividades de capacitación, en su mayoría, habrían sido realizadas por las Redes de Salud, mientras que la Gerencia Regional de Salud habría capacitado a dos microrredes de salud (Ácora y Mañazo).

**Cuadro N° 105**


**Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Puno**

Microrred de salud	Tema de la capacitación	Entidad capacitadora
Ácora	- Manejo de la vacuna contra el COVID-19. - Manejo de cadena de frío.	Diresa
Mañazo	- Manejo de la vacuna contra el COVID-19. - Retroalimentación sobre la vacunación contra el COVID-19.	Diresa
Pomata	- Retroalimentación sobre la vacunación contra el COVID-19.	RED
Vilquechico	- Manejo de la vacuna contra el COVID-19.	RED
Isivilla	- Vacunación contra el COVID-19. - Retroalimentación de capacitaciones.	RED
Mazocruz	(*)	(*)
Pilcuyo	(*)	(*)
Camicachi	(*)	(*)
Checca	(*)	(*)
Ilave	(*)	(*)
Nuñoa	- Sobre sensibilización de los beneficios de la vacuna. - Esquemas de vacunación.	RED
San Antón	- Dosis de vacunación contra el COVID-19. - Tipo de vacuna por grupo etario.	RED
Asillo	- Sobre el COVID-19. - Normas y resoluciones sobre el COVID-19. - Tipos de vacunas. - Esquema de vacunación.	RED

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.



Respecto a las acciones de coordinación con otras instituciones públicas, 8 de las 13 microrredes supervisadas señalaron que coordinaron con la Red de Salud, y con diversos programas sociales como Pensión 65, Vaso de Leche, Cuna Más y con los tenientes gobernadores.

Asimismo, en cuanto a las coordinaciones con las organizaciones representativas de los pueblos indígenas, estas se habrían realizado con los agentes comunitarios, líderes comunales y con ronderos de las respectivas zonas con la finalidad de difundir información sobre la importancia de la vacunación. Cabe señalar que, cinco microrredes de salud (Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave) no brindaron dicha información.

**Cuadro N° 106**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Puno**

Microrred de salud	Instituciones públicas			Organizaciones Indígenas		
	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Ácora	X		Red de salud Tenientes gobernadores	X		(*)
Mañazo	X		Red de salud	X		Agentes comunitarios
Pomata	X		Red de salud Promotores del Programa Juntos. Pensión 65. Tenientes gobernadores. Directores de Instituciones Educativas.	X		(*)
Vilquechico	X		Red de salud Tenientes gobernadores. Promotores de Pensión 65. Programa Juntos.	X		Presidente de comunidades
Isivilla	X		Diresa Puno Tenientes gobernadores. Promotores del Programa Juntos. Pensión 65. Alcalde.	X		Ronderos
Mazocruz	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Pilcuyo	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Camicachi	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Checca	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Ilave	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Nuñoa	X		Red de salud	X		Ronderos
San Antón	X		Programas Juntos, Cuna Más, Vaso de Leche y Pensión 65	X		Ronderos
Asillo	X		Red de salud	X		Agentes comunitarios

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

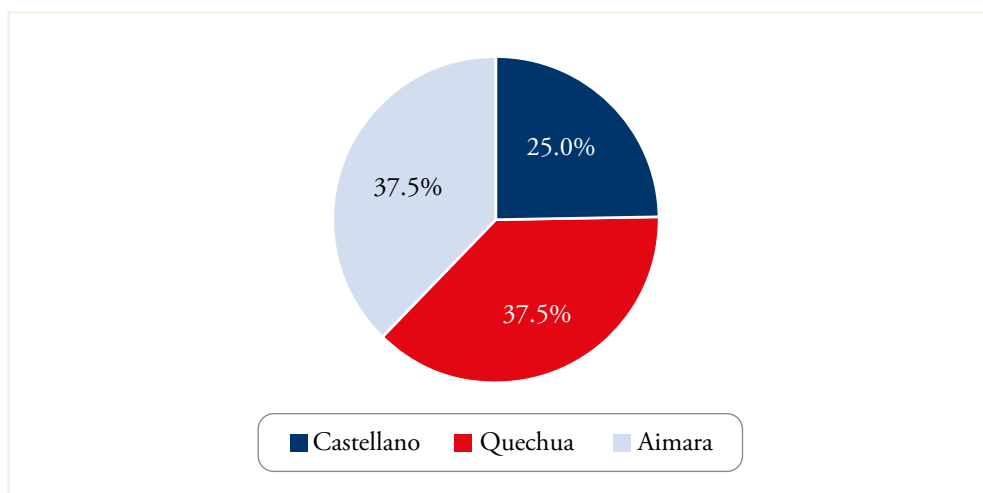
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

De otro lado, respecto a la difusión de información sobre la importancia de las vacunas, se advirtió que ocho microrredes de salud sí realizaron campañas de difusión, a través de radios, material impreso y alto parlantes, habiéndolas ejecutado en las lenguas quechua (37.5 %) y aimara (37.5 %) mayoritariamente. Las microrredes restantes (Mazocruz, Piculyo, Camicachi, Checca e Ilave) no brindaron información.

**Gráfico N° 18**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Puno**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, de las 13 microrredes supervisadas, 8 de ellas no registraron en sus jurisdicciones a actores en contra de la inmunización. Entre los mensajes positivos que se difundían están: *“La vacuna ayuda a aumentar sus defensas, ayuda a no enfermarse gravemente”* y *“La vacuna no te hará fallecer, ya tienen inmunidad”*.

Con relación a esta interrogante planteada, se debe mencionar que las cinco microrredes de salud restantes (Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave) no brindaron información al respecto.

**Cuadro N° 107**

**Mensajes que se difunden sobre la vacunación, según microrred de salud en Puno**

Actor	Posición frente a la vacunación	Mensaje que difunde
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de salud.</li> <li>- Agente comunitario</li> </ul>	A favor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Es de prevención, para que no lleguen al hospital y que la enfermedad sea leve”.</i></li> <li>- <i>“La vacuna ayuda aumentar sus defensas, ayuda a no enfermarse grave”.</i></li> <li>- <i>“La vacuna no te hará fallecer, ya tienen inmunidad”.</i></li> <li>- Beneficios e importancia de las vacunas.</li> <li>- <i>“La vacuna ayuda a no enfermar con gravedad, ¡vacunate!, pon el hombro”.</i></li> </ul>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, solo se obtuvo información de ocho microrredes de salud, quienes informaron que 56 establecimientos de salud de sus jurisdicciones contaban con este servicio las 24 horas del día.

Con relación a la disponibilidad de grupos electrógenos por establecimiento de salud de las microrredes supervisadas, las microrredes Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e llave no brindaron información detallada respecto a sus establecimientos de salud; sin embargo, señalaron que como microrred sí contaban con dichos equipos. Una información que llama la atención es que 50 de 56 establecimientos de salud no cuentan con grupos electrógenos, poniendo eventualmente en riesgo la cadena de frío que es esencial para la conservación de las vacunas. Estos establecimientos pertenecen a las microrredes de salud Acora, Mañazo, Pomapata, Isivilla, Nuñoa y San Anton.

En cuanto a los equipos de refrigeración, todas las microrredes de salud informaron que sus establecimientos cuentan con estos equipos, como congeladoras y refrigeradoras (*Ice Lined*). Asimismo, con excepción de la microrred de salud Vilquechico que no brindó información, el resto de las microrredes de salud señalaron que realizaron el mantenimiento preventivo o correctivo a sus equipos de refrigeración.

Cuadro N° 108

Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Puno

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Ácora	Ácora	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Jayujayu	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Amparani	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Caritamaya	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Carumas	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Chancachi	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Cocosani	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Cucho Esquena	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Cueta	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Taypisirca	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Thunco	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Jaqui	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Sucuyo	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Santa Rosa de Yanaque	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Sucacatura	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
Villa Soca	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Mañazo	Mañazo	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Cachipascana	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Condoriri	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Charamaya	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	San Jerónimo	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Caricari	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Tolapalca	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Jarico	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Juncal	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Maquillora	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Vilque	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
Pomata	Pomata	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Ampatiri	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Batalla	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Collini	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Huapaca	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	San Miguel	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Lampa Grande	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Tambillo	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Tuquina	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
		Llaquepa	24 horas			X	X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Vilquechico	Sixta	24 horas			X	X		(*)
	Chinahuyo	24 horas			X	X		(*)
	Tiquitiqui	24 horas			X	X		(*)
	Quishunami	24 horas			X	X		(*)
	Solitario	24 horas			X	X		(*)
	Alto Cajados	24 horas			X	X		(*)
	Huallatiri	24 horas			X	X		(*)
Isivilla	Yaputira	24 horas			X	X		(*)
	Azaroma	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Isivilla	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Aymaña	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Chacacomiza,	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Corani	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Pumachanca	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
Mazocruz	Quelcaya	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	Tantamaco	24 horas			X	X		Mantenimiento correctivo
	13(**)		(*)	X		X		Mantenimiento preventivo
	Pilcuyo	8(**)		(*)	X		X	Mantenimiento preventivo
	Camicachi	5(**)		(*)	X		X	Mantenimiento preventivo
	Checca	11(**)		(*)	X		X	Mantenimiento preventivo
	Ilave	5(**)		(*)	X		X	Mantenimiento preventivo
Nuñoa	Nuñoa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
San Antón	San Antón	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Asillo	Asilo	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

(\*\*) No precisa el nombre del establecimiento.

Respecto al servicio de agua potable, se advierte que solo 8 de 13 microrredes de salud supervisadas brindaron esta información indicando que cuentan con 53 establecimientos de salud dentro de sus jurisdicciones. De estos establecimientos de salud, solo tres (Nuñoa, San Antón y Asillo) cuentan con acceso a este servicio. Esta misma situación se refleja en cuanto al servicio de internet, dado que, solo tres establecimientos de salud cuentan con este servicio (Nuñoa, San Antón y Asillo).

Las microrredes de salud que no brindaron información sobre estos servicios fueron Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave.

**Cuadro N° 109**

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Puno**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Ácora	Ácora		X		X
	Jayujayu		X		X
	Amparani		X		X
	Caritamaya		X		X
	Carumas		X		X
	Chancachi		X		X
	Cocosani		X		X
	Cucho Esquena		X		X
	Cueta		X		X
	Taypisirca		X		X
	Thunco		X		X
	Jaqui		X		X
	Sucuyo		X		X
	Santa Rosa de Yanaque		X		X
Sucacatura		X		X	
Villa Soca		X		X	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Mañazo	Mañazo		X		X
	Cachipascana		X		X
	Condoriri		X		X
	Charamaya		X		X
	San Jerónimo		X		X
	Caricari		X		X
	Tolapalca		X		X
	Jarico		X		X
	Juncal		X		X
	Maquillora		X		X
	Vilque		X		X
Pomata	Pomata		X		X
	Ampatiri		X		X
	Batalla		X		X
	Collini		X		X
	Huapaca		X		X
	San Miguel		X		X
	Lampa Grande		X		X
	Tambillo		X		X
	Tuquina		X		X
	Llaquepa		X		X
Vilquechico	Sixta		X		X
	Chinahuyo		X		X
	Tiquitiqui		X		X
	Quishunami		X		X
	Solitario		X		X
	Alto Cajados		X		X
	Huallatiri		X		X
	Yaputira		X		X

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Isivilla	Azaroma		X		X
	Isivilla		X		X
	Aymaña		X		X
	Chacacomiza		X		X
	Corani		X		X
	Pumachanca		X		X
	Quelcaya		X		X
	Tantamaco		X		X
Mazocruz	13 EESS (**)		(*)		(*)
Pilcuyo	8 EESS (**)		(*)		(*)
Camicachi	5 EESS (**)		(*)		(*)
Checca	11 EESS (**)		(*)		(*)
Ilave	5 EESS (**)		(*)		(*)
Nuñoa	Nuñoa	X		X	
San Antón	San Antón	X		X	
Asillo	Asilo	X		X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

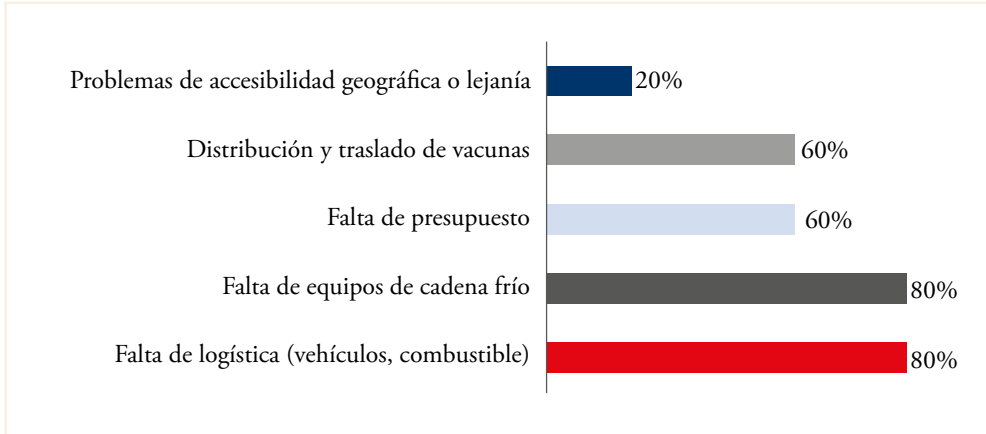
(\*) No precisa o no cuenta con la información.

(\*\*) No precisa el nombre del establecimiento.

En cuanto a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, las microrredes que no brindaron esta información fueron las de Mazocruz, Pilcuyo, Camicachi, Checca e Ilave. De las ocho microrredes restantes que sí lo hicieron, las microrredes de salud Nuñoa y Asillo informaron que no tenían dificultades para la vacunación, mientras que las otras seis (Ácora, Mañazo, Pomata, Vilquechico, Isivilla y San Antón) señalaron haber presentado problemas como la falta de logística (vehículos y combustibles) y equipos de cadena de frío, la distribución y traslado de las vacunas y la falta de presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas.

### Gráfico N° 19

#### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Puno



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Puno.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

### 3.10. San Martín

Según el Censo Nacional del año 2017, en el departamento de San Martín, 35 894 personas se autoidentificaron como indígenas y 14 034 señalaron que tienen como lengua materna un idioma indígena, siendo las más predominantes el quechua (72 %), awajún (22 %) y shawi (4 %).

Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena del departamento, durante setiembre de 2021, se realizó una primera supervisión a 24 microrredes de salud que atienden a comunidades nativas ubicadas en las provincias de Lamas, El Dorado, Moyobamba, San Martín, Rioja, Bellavista y Picota, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 003-2021-DP/AMASPPI-PPI, denominado “*Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades nativas del departamento de San Martín*”.<sup>111</sup>


En el informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de un presupuesto específico para las actividades de vacunación en las comunidades nativas, la carencia de equipos de refrigeración y servicios básicos en los establecimientos de salud de dicho ámbito, la falta de enlaces indígenas y/o traductores en las brigadas de vacunación, así como la negativa de la población de comunidades nativas para vacunarse contra el COVID-19.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de San Martín, el oficio N° 102-2022-DP/AMASPPI-PPI, el 13 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance del proceso de vacunación contra el COVID-19 en la población indígena de su jurisdicción, garantizando el presupuesto necesario y en constante coordinación y articulación con los ministerios de Salud y Cultura.

En respuesta, la Diresa San Martín remitió el oficio N° 3524-2022-GRSM-DIRESA/DSI, del 9 de setiembre de 2022, informando que se había logrado inmunizar al

---

111 Disponible en: <http://tinyurl.com/mr2j7k46>



78 % de la población indígena amazónica mayor de 18 años del departamento con la primera dosis, así como al 71 %, 46 % y 13 % con la segunda dosis, tercera y la cuarta, respectivamente.

De otro lado, respecto a la asignación de recursos, en el mismo documento la autoridad regional señaló no contar con una transferencia presupuestal específica para intervenciones en comunidades indígenas para el año 2022, por lo que la Diresa San Martín y las redes de salud del ámbito asumieron dichos gastos. Asimismo, manifestaron contar con siete brigadas exclusivas para la atención en salud de la población indígena del ámbito de las redes de salud Rioja, Moyobamba, Lamas y San Martín.

Cabe señalar que, según informó la Diresa San Martín, se contó con un *“Protocolo Regional de Intervención para la Vacunación contra el COVID-19 en Comunidades Indígenas”*, con el cual se brindaban orientaciones para el ingreso a las comunidades, la conformación de las brigadas y el flujograma de atención para la vacunación. Además, refirieron haber realizado coordinaciones y articulaciones con actores como la Dirección Desconcentrada de Cultura San Martín, la Coordinadora Regional de Desarrollo y Defensa de Pueblos Indígenas de San Martín (Codepisam), la Cruz Roja y Caritas Moyobamba para abordar dicho proceso de vacunación.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de San Martín, el Módulo de Atención Defensorial Tarapoto y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a 24 microrredes de salud que atienden a comunidades nativas ubicadas en las provincias de Lamas, El Dorado, Moyobamba, San Martín, Rioja, Bellavista y Picota.

A continuación, se detallan los resultados de la supervisión a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

**Cuadro N° 110**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de San Martín**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	San Martín	San Martín	Chazuta	1
2			Juan Guerra	1
3			Huimbayoc	1
4			Papaplaya	1
5	Moyobamba	Moyobamba	Pueblo Libre	2
6			Lluyllucucha	2
7			Yantalo	1
8		Rioja	Bajo Naranjillo	2
9			San Fernando	1
10			Yuracyacu	1
11	Rioja	Rioja	Naranjos	1
12	Bellavista	Bellavista	Bajo Biavo-Nuevo Lima	2
13			San Pablo-Consuelo	2
14			Bellavista-Huingoyacu	2
15			Alto Biavo-Barranca	2
16	El Dorado	El Dorado	San José de Sisa	4
17			Agua Blanca	3
18			San Martín de Alao	1
19	Lamas	Lamas	Barranquita	1
20			Caynarachi	1
21			Cuñumbuque	1
22			Pacayzapa	1
23			Tabalosos	1
24	Picota	Picota	Leoncio Prado	1

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada, a excepción de la microrred de salud Leoncio Prado que no brindó información, 23 microrredes de salud supervisadas informaron que atienden a 86 comunidades indígenas que pertenecen a los pueblos kichwa, shipibo-konibo, aimara, awajún y shawi.

**Cuadro N° 111**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece,  
por microrred de salud en San Martín**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Chazuta	13	Kichwa
2	Huimbayoc	2	Kichwa
3	Juan Guerra	5	Kichwa
4	Papaplaya	1	Kichwa
5	Bajo Naranjillo	9	Awajún
6	Lluyllucucha	2	Awajún
7	Naranjos	4	Awajún
8	Pueblo Libre	10	Awajún
9	San Fernando	1	Awajún
10	Yantalo	1	Awajún
11	Yuracyacu	3	Awajún
12	Bajo Biavo-Nuevo Lima	2	Kichwa
13	San Pablo-Consuelo	2	Kichwa
14	Bellavista-Huingoyacu	2	Kichwa
15	Alto Biavo-Barranca	2	Kichwa
16	San José de Sisa	12	Kichwa
17	Agua Blanca	5	Kichwa
18	San Martín Alao	1	Kichwa
19	Barranquita	2	Kichwa
20	Caynarachi	4	Shawi
21	Cuñumbuque	1	Kichwa
22	Pacaypaza	1	Kichwa
23	Tabalosos	1	Kichwa
24	Leoncio Prado	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, se advirtió que 14 microrredes de salud supervisadas (Bajo Naranjillo, Lluyllucucha, Pueblo Libre, San Fernando, Yantalo, Yuracyacu, San José de Sisa, Agua Blanca, San Martín de Alao, Barranquita, Caynarachi, Cuñumbuque, Pacaypaza y Tabalosos) sí contaban con padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas, a excepción de las microrredes de salud de Chazuta, Huimbayoc, Papaplaya, Bajo Biavo, Naranjos, San Pablo, Bellavista, Alto Biavo, Leoncio Prado y Juan Guerra.


**Cuadro N° 112**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de San Martín**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación?
Chazuta	No
Huimbayoc	No
Papaplaya	No
Juan Guerra	No
Bajo Naranjillo	Sí
Lluyllucucha	Sí
Naranjos	No
Pueblo Libre	Sí
San Fernando	Sí
Yantalo	Sí
Yuracyacu	Sí
Bajo Biavo-Nuevo Lima	No
San Pablo-Consuelo	No
Bellavista-Huingoyacu	No
Alto Biavo-Barranca	No
San José de Sisa	Sí
Agua Blanca	Sí
San Martín de Alao	Sí
Barranquita	Sí
Caynarachi	Sí
Cuñumbuque	Sí
Pacaypaza	Sí
Tabalosos	Sí
Leoncio Prado	No

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.



En la supervisión también se solicitó información sobre la programación, el avance y las brechas de la vacunación. Respecto al avance, las microrredes de salud Bajo Naranjillo, Lluyllucucha, Naranjos, Pueblo Libre, San Fernando, Yantalo y Yuracyacu no brindaron esta información. Asimismo, respecto a las brechas de vacunación por dosis, solos las microrredes de salud Chazuta, Huimbayoc, Papaplaya, Juan Guerra, Naranjos, Bajo Biavo – Nuevo Lima, San Pablo – Consuelo, Bellavista – Huingoyacu, Alto Biavo – Barranca, San José de Sisa, Agua Blanca y San Martín de Alao, brindaron esta información.

En ese sentido, del total de microrredes de salud supervisadas que brindó información, se obtuvo que la brecha entre lo programado y el avance de la vacunación al momento de la supervisión era aún importante en el último trimestre del 2022.

Cabe señalar que el Ministerio de Salud, a través de su Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, en una reunión sostenida con la Defensoría del Pueblo informó que, al mes de julio de 2022, la meta de vacunación para la población indígena en el departamento de San Martín era de 26 766 personas y que, de acuerdo con la información oficial, el avance de la vacunación con la primera dosis tenía una cobertura de 86 %, segunda dosis 81 % y tercera dosis 48 %.

**Cuadro N° 113**

**Programación y avance de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en San Martín**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Chazuta	12 336	7730	12 336	7206	12 336	5232
Huimbayoc	9058	3995	9058	3506	9058	2131
Papaplaya	6646	1351	6646	1756	6646	1582
Juan Guerra	6878	1920	6878	1233	6878	2438
Bajo Naranjillo	78	0	43	0	32	0
Lluyllucucha	34	0	24	0	19	0
Naranjos	8	0	5	0	2	0
Pueblo Libre	579	0	455	0	116	0
San Fernando	35	0	20	0	11	0
Yantalo	7	0	7	0	7	0
Yuracyacu	39	0	38	0	30	0
Bajo Biavo-Nuevo Lima	5331	1750	1750	1845	1845	770
San Pablo-Consuelo	1446	912	912	857	857	872
Bellavista-Huingoyacu	2519	2515	2515	2324	2324	2015
Alto Biavo-Barranca	3393	1645	1645	1731	1731	1078
San José de Sisa	6099	3594	6099	3339	6099	1602
Agua Blanca	3707	1700	3707	1581	3707	1616
San Martín de Alao	1485	66	1485	54	1485	25
Barranquita	366	364	364	364	364	364
Caynarachi	128	128	128	128	128	128
Cuñumbuque	67	67	67	67	67	67
Pacaypaza	30	30	30	30	30	30
Tabalosos	262	262	262	262	262	262
Leoncio Prado	9	9	29	29	71	71

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación al monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas señalaron realizar este procedimiento en un rango de uno a siete días después de la vacunación, a excepción de las microrredes de salud Chazuta, Huimbayoc, Juan Guerra y Papaplaya que no precisaron los días de este monitoreo. Asimismo, las microrredes de salud informaron que, entre el personal responsable de realizar este monitoreo, se encuentra la/el licenciada/o en enfermería, la/el médico y la/el técnica/o en enfermería.

**Cuadro N° 114**

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas,  
según microrred de salud en San Martín**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Chazuta	Sí	(*)	Personal de salud
Huimbayoc	Sí	(*)	Personal de salud
Juan Guerra	Sí	(*)	Personal de salud
Papaplaya	Sí	(*)	Personal de salud
Bajo Naranjillo	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Lluyllucucha	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Naranjos	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Pueblo Libre	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
San Fernando	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Yantalo	Sí	0 días	Licenciada/o en enfermería
Yuracyacu	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Bajo Biavo-Nuevo Lima	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
San Pablo-Consuelo	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Bellavista-Huingoyacu	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Alto Biavo-Barranca	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
San José de Sisa	Sí	4 días	Licenciada/o en enfermería
Agua Blanca	Sí	6 días	Técnica/o en enfermería
San Martín de Alao	Sí	7 días	Licenciada/o en enfermería
Barranquita	Sí	5 días	Médico
Caynarachi	Sí	5 días	Médico

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/ No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Cuñumbuque	Sí	5 días	Médico
Pacaypaza	Sí	5 días	Médico
Tabalosos	Sí	5 días	Médico
Leoncio Prado	Sí	4 días	Licenciada/o en enfermería

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

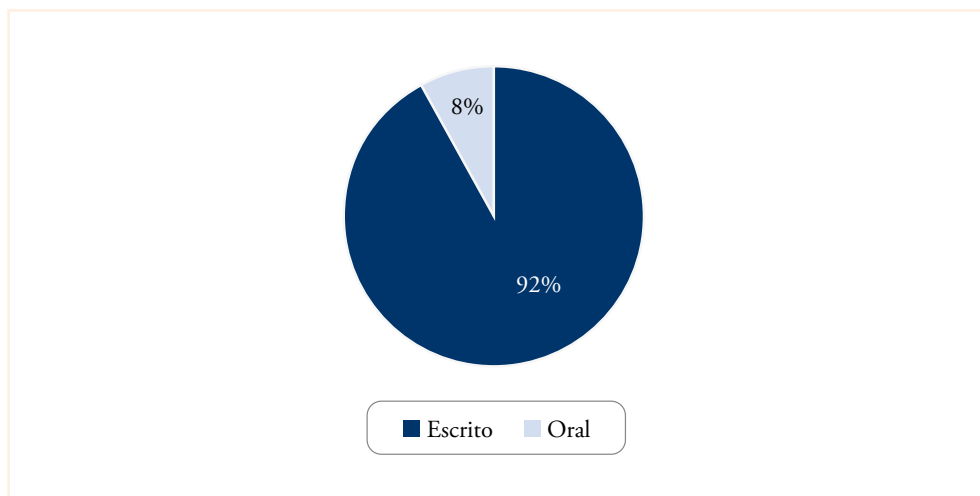
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previo al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado. Al respecto, el 92 % de las microrredes de salud supervisadas señalaron que el recojo de este consentimiento se realizó de manera escrita, mientras que el 8 % restante lo hizo de forma oral.


### Gráfico N° 20

#### Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en San Martín



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.



Asimismo, el referido Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi), por lo que, al momento de la supervisión, todas las microrredes de salud indicaron contar con este Kit.

Sobre la asignación de presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas. Al respecto, las microrredes supervisadas indicaron que cada Red de Salud en la Región San Martín depende de su Unidad Ejecutora que son las Oficinas de Gestión de Servicios de la Salud (Ogess) Alto Mayo y Bajo Mayo, quienes se encargan de la parte administrativa y presupuestal de las microrredes de salud.

En esa línea, la Ogess Alto Mayo, informó que su área de inmunizaciones no contaba con presupuesto exclusivo para la vacunación de las comunidades indígenas. Asimismo, precisó que la atención de la vacunación a la población en general se realiza a través del Programa Presupuestal Desarrollo Infantil Temprano (DIT), considerando que para el “producto de vacunas” se tuvo un total de S/ 139,207.00, el cual no se distribuye a las redes o microrredes de salud, en tanto son las OGESS quienes disponen de estos recursos para la compra, según la necesidad, de material o insumos, vestuario, viáticos, servicio de impresiones, movilidad local y equipos e instrumentos de medición.

En cuanto al personal de salud de las microrredes de salud a cargo de la vacunación contra el COVID-19, tres microrredes de salud informaron haber destinado entre siete a nueve personas para la vacunación (Bajo Naranjillo, Alto Biavo – Barranca y Bellavista-Huingoyacu), mientras que Tabaloso, Caynarachi y San José de Sisa señalaron haber destinado más de 50 personas para el desarrollo de este proceso de inmunización. Respecto a las brigadas de vacunación, solo las microrredes de salud Yantalo y San Martín de Alao indicaron que no se habría conformado ninguna de ellas

De otro lado, a fin de conocer si la vacunación se realizaba con pertinencia cultural y lingüística, se identificó que solo 5 de 22 microrredes de salud señalaron que sus brigadas contaban con un enlace o traductor indígena. En el caso de las microrredes de salud de Barranquita, Cuñumbuque, Pacayzapa y Tabalosos, señalaron que sus brigadas no contaban con enlaces o traductores porque las comunidades a intervenir dominaban el idioma castellano.

**Cuadro N° 115**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrredes de salud en San Martín**

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de la vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Chazuta	35	35	2	0	4
Huimbayoc	29	29	2	0	4
Papaplaya	22	22	2	0	4
Juan Guerra	30	30	2	0	4
Bajo Naranjillo	20	8	1	1	0
Lluyllucucha	135	20	1	1	0
Naranjos	56	38	1	0	(*)
Pueblo Libre	24	24	1	0	1
San Fernando	24	14	1	0	1
Yantalo	29	29	0	0	1
Yuracyacu	19	22	1	1	0
Bajo Biavo-Nuevo Lima	23	23	2	0	8
San Pablo-Consuelo	21	21	2	0	8
Bellavista-Huingoyacu	9	7	1	0	4
Alto Biavo-Barranca	18	9	2	0	8
San José de Sisa	102	102	16	1	9
Agua Blanca	23	23	6	0	14
San Martín de Alao	30	28	0	0	0
Barranquita	18	41	1	0 (comunidad bilingüe)	5
Caynarachi	32	53	1	1	5
Cuñumbuque	26	49	1	0 (comunidad bilingüe)	5
Pacayzapa	21	44	1	0 (comunidad bilingüe)	5
Tabalosos	49	96	1	0 (comunidad bilingüe)	5
Leoncio Prado	4	35	5	0	0

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Con relación al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, las 24 microrredes de salud supervisadas indicaron haber recibido al menos una capacitación entre los meses de mayo y noviembre de 2022, las cuales estuvieron a cargo de la Red de salud a la cual están adscritas. Los temas de capacitación se relacionaron, en su mayoría, a la información sobre inmunización contra el COVID-19, la inmunización regular, la norma técnica de vacunación, atención de pacientes con COVID-19, entre otros.

### Cuadro N° 116

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en San Martín

Tema de capacitación	Entidad capacitadora
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre inmunización contra el Covid-19.</li> <li>- Inmunización regular.</li> <li>- Norma temática de vacunación.</li> <li>- Atención de pacientes con Covid-19.</li> <li>- Emergencias obstétricas.</li> <li>- Norma técnica de cadena de frío.</li> <li>- Avances de indicadores de inmunizaciones.</li> <li>- Participación en las brigadas de vacunación contra la Covid-19.</li> <li>- Vacunación a niños de 6 meses a 4 años.</li> <li>- Normas de bioseguridad</li> </ul>	Redes de salud

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre las coordinaciones con instituciones del Estado, las 24 microrredes de salud supervisadas indicaron haberlas realizado con instituciones como: la Red de Salud, Diresa, Ministerio de Cultura, entre otros, siendo los temas de coordinación predominantes la planificación de actividades de la vacunación y la programación presupuestal.

Por otro lado, todas las microrredes supervisadas señalaron haber realizado al menos una coordinación con organizaciones indígenas y/o líderes o representantes de las comunidades. Los temas se centraron en aspectos relacionados a la coordinación de ingreso a comunidades y a la información/sensibilización sobre la importancia de la vacuna contra el COVID-19.

**Cuadro N° 117**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en San Martín**

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Chazuta	Sí	Diresa	Sí	Líderes de la comunidad
Huimbayoc	Sí	Diresa	Sí	Líderes de la comunidad
Juan Guerra	Sí	Diresa	Sí	Líderes de la comunidad
Papaplaya	Sí	Diresa	Sí	Líderes de la comunidad
Yuracyacu	Sí	Red de Salud	Sí	Jefe de la comunidad
Lluyllucucha	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario
Naranjos	Sí	Red de Salud	Sí	Representante de la comunidad
Pueblo Libre	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario
San Fernando	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunitario
Yantalo	Sí	Otro	Sí	Agente comunitario
Yuracyacu	Sí	Red de Salud	Sí	Jefe de la comunidad
Bajo Biavo-Nuevo Lima	Sí	Diresa	Sí	Enlace de Red Bellavista
San Pablo-Consuelo	Sí	Diresa	Sí	Enlace de Red Bellavista
Bellavista-Huingoyacu	Sí	Diresa	Sí	Enlace de Red Bellavista
Alto Biavo-Barranca	Sí	Diresa	Sí	Enlace de Red Bellavista
San José de Sisa	Sí	Diresa	Sí	Promotores y agentes comunitarios
Agua Blanca	Sí	Diresa	Sí	Promotores y agentes comunitarios
San Martín de Alao	Sí	Diresa	Sí	Promotores y agentes comunitarios
Barranquita	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Cepka, Fepikresam, Codesipam
Caynarachi	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Cepka, Fepikresam, Codesipam
Cuñumbuque	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Cepka, Fepikresam, Codesipam

Microrred de salud	Instituciones públicas		Organizaciones indígenas	
	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí/No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Pacaypaza	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Cepka, Fepikresam, Codesipam
Tabalosos	Sí	Ministerio de Cultura	Sí	Cepka, Fepikresam, Codesipam
Leoncio Prado	Sí	Red de Salud	Sí	Agente comunal

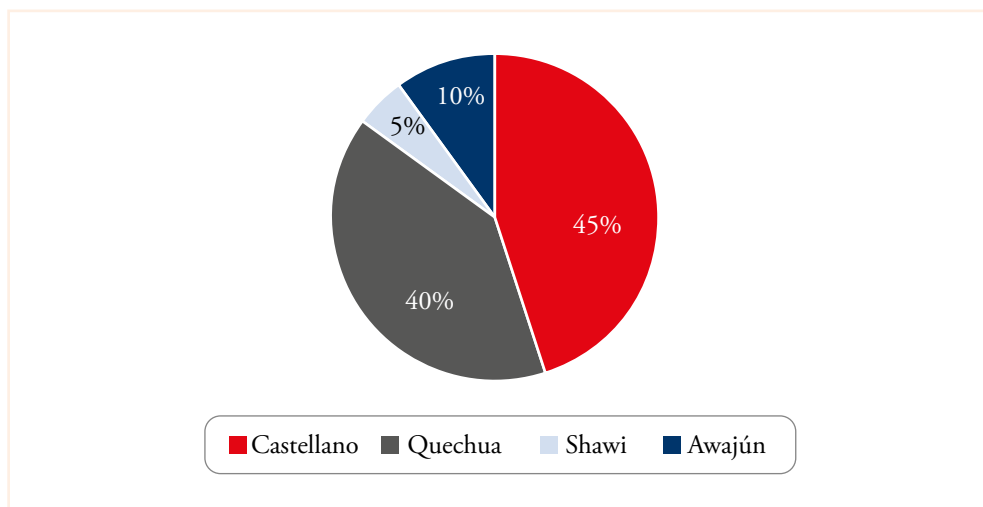
Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con el “*Protocolo de vacunación contra la COVID-19 para pueblos indígenas u originarios*” elaborado por el Minsa, parte de la estrategia consistía en la difusión de información sobre la importancia de las vacunas. Al respecto, las 24 microrredes supervisadas señalaron que sí realizaron estas acciones y que el medio de comunicación más utilizado fue el altoparlante, seguido del diálogo y el uso de canales de difusión como la radio.

Asimismo, debido a que estas campañas se realizan en territorio de comunidades indígenas, era importante para la institución conocer si estas acciones se realizaron bajo un enfoque intercultural, siendo uno de los criterios el uso de la lengua originaria. De la supervisión efectuada se advirtió que estas campañas se realizaron mayoritariamente en castellano (45 %), seguido del quechua (40 %), awajún (10 %) y shawi (5 %).

### Gráfico N° 21

#### Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en San Martín



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, en la supervisión las microrredes de salud no reportaron casos de actores locales que se encuentren en contra de este proceso; por el contrario, se pudo conocer que los líderes comunales y el personal de salud mostraron una posición a favor de la inmunización en las comunidades.

Entre estos mensajes, destacan frases como *“No bajemos la guardia ante el COVID-19”, “lo vacuno, lo protejo”, “las vacunas salvan millones de vidas cada año”, “los adolescentes entre 12 y 17 años pueden recibir su tercera dosis contra el COVID-19 de Pfizer o Moderna”* y *“aleja tus dudas, todas las vacunas son seguras, hazlo por ti, hazlo por todos”*.

Cuadro N° 118

Mensajes que se difunden sobre la vacunación,  
según microrred de salud en San Martín

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensajes que difunden
Personal de salud  Líder o dirigente indígena	A favor	<i>“Pongo el hombro por Bellavista”, vacínate contra la Covid-19. Campaña nacional de vacunación. “No bajemos la guardia ante la Covid-19”, “lo vacuno, lo protejo”, “las vacunas salvan millones de vidas cada año”, “los adolescentes entre 12 y 17 años pueden recibir a su 3era dosis contra la Covid-19 de Pfizer o Moderna”, “me vacuno Bellavista, completa todas las dosis que te faltan”, “podemos conseguir que las vacunas lleguen a quienes más lo necesiten”, “tú puedes ser un héroe de la vacunación”, “la cuna es una herramienta para luchar contra la Covid-19”, “las vacunas contra Covid-19 enseñan a tu cuerpo a reconocer y combatir combatir contra el virus de la Covid-19”, “aleja tus dudas, todas las vacunas son seguras, hazlo por ti, hazlo por todos”, “vacínate, cerremos el ciclo”, “una familia vacunada es una familia protegida y sana”.</i>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, se pudo conocer que, los 36 establecimientos de 24 microrredes de salud cuentan con este servicio las 24 horas del día; sin embargo, de estos, solo ocho cuentan con sistema de alarma y grupo electrógeno. De igual forma, se supervisó la disponibilidad de equipos de refrigeración para las vacunas, habiéndose informado a la institución que los 34 establecimientos de salud pertenecientes a las microrredes supervisadas, el hospital rural Papaplaya y hospital rural San José de Sisa cuentan con estos equipos.

Con relación al mantenimiento que se brinda a los equipos de refrigeración, se advirtió que, a excepción de los establecimientos de salud de Las Mercedes, Incaico y Nuevo Arica que no brindaron información, 31 establecimientos de salud y 2 hospitales rurales informaron haber realizado el mantenimiento preventivo o correctivo a estos equipos según corresponda.

**Cuadro N° 119**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en San Martín**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Chazuta	Chazuta	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo-correctivo
Huimbayoc	Huimbayoc	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo-correctivo
Juan Guerra	Juan Guerra	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo-correctivo
Papaplaya	Hospital Rural Papaplaya	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo-correctivo
Bajo Naranjillo	Bajo Naranjillo	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	El Dorado	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Lluyllucucha	Salud Quilloalpa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Salud El Condor	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Naranjos	Naranjos	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Pueblo Libre	Shimpiyacu	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
	Morroyacu	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
San Fernando	Atun Playa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Yantalo	Los Angeles	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Yuracyacu	La Conquista	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Bajo Biavo-Nuevo Lima	Yanayacu	24 horas			X	X		(*)
	Nuevo Tarapoto	24 horas			X	X		(*)
San Pablo-Consuelo	Dos de mayo	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Fausa Sapina	24 horas			X	X		(*)
Bellavista-Huingoyacu	Huingoyacu	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Las Mercedes	24 horas			X	X		(*)
Alto Biavo-Barranca	Incaico	24 horas			X	X		(*)
	Nuevo Arica	24 horas			X	X		(*)
San José de Sisa	Hospital Rural San José de Sisa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Nauta	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Cruz	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Huaja	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Agua Blanca	Barranquita Río Sisa	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Martha	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
	Santa Elena	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
San Martín Alao	Sinami	4 a 10 horas			X	X		Mantenimiento preventivo

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Qué tipo de mantenimiento se le ha dado?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Barranquita	Barranquita	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo
Caynarachi	Alfonso Ugarte	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Cuñumbuque	Vistoso Grande	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Pacaypaza	Pacaypaza	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Tabalosos	Panjuy	24 horas			X	X		Mantenimiento preventivo
Leoncio Prado	Leoncio Prado	24 horas		X		X		Mantenimiento preventivo

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Asimismo, de la supervisión se pudo advertir que 17 de los 36 establecimientos de salud que pertenecen a las microrredes supervisadas sí contaban con el servicio de agua potable, mientras que las microrredes de salud de Caynarachi y Leoncio Prado no brindaron la información sobre este punto.

De igual manera, se consultó sobre la disponibilidad de acceso al servicio de internet, identificando que, solo 6 de los 36 establecimientos de salud cuentan con este servicio, en tanto que el puesto de salud El Dorado de la microrred de salud Bajo Naranjillo no brindó información al respecto.

Cuadro N° 120

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en San Martín**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Chazuta	Chazuta		X		X
Huimbayoc	Huimbayoc		X		X
Juan Guerra	Juan Guerra		X		X
Papaplaya	Hospital Rural Papaplaya		X		X
Bajo Naranjillo	Bajo Naranjillo	X		X	X
	El Dorado	X			(*)
Lluyllucucha	Quilloalpa	X		X	
	El Condor	X		X	
Naranjos	Naranjos	X		X	
Pueblo Libre	Shimpiyacu		X		X
	Morroyacu		X		X
San Fernando	Atun Playa	X			X
Yantalo	Los Angeles		X		X
Yuracyacu	La Conquista	X			X
Bajo Biavo-Nuevo Lima	Yanayacu		X		X
	Nuevo Tarapoto		X		X
San Pablo-Consuelo	Dos de mayo		X		X
	Fausa Sapina		X		X
Bellavista-Huingoyacu	Huingoyacu		X		X
	Las Mercedes		X		X
Alto Biavo-Barranca	Incaico		X		X
	Nuevo Arica		X		X
San José de Sisa	Hospital Rural San José de Sisa	X			X
	Nauta	X			X
	Santa Cruz	X			X
	Huaja		X		X

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Agua Blanca	Barranquita Rio Sisa	X			X
	Santa Martha	X			X
	Santa Elena	X			X
San Martín Alao	Sinami		X		X
Barranquita	Barranquita	X		X	
Caynarachi	Alfonso Ugarte		(*)		X
Cuñumbuque	Vistoso Grande	X			X
Pacaypaza	Pacaypaza	X		X	
Tabalosos	Panjuy	X			X
Leoncio Prado	Leoncio Prado		(*)		X

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

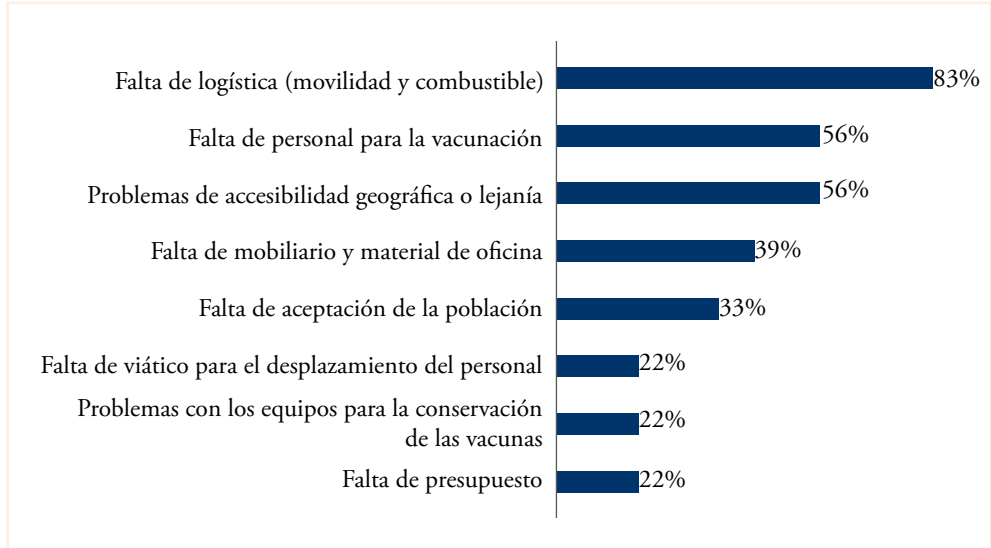
(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Finalmente, sobre las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, las microrredes de salud de Bajo Naranjillo, Lluyllucucha, Naranjos, San Fernando, Yuracyacu y Leoncio Prado indicaron que no han presentado problemas durante este proceso.

En el caso de las microrredes de salud que sí indicaron haber tenido diversas dificultades, el 83 % de ellas señaló como dificultad principal la falta de logística como la movilidad y el combustible para el traslado del personal y de las vacunas, seguido del 56 % que refirió la falta de personal para la vacunación y los problemas de accesibilidad geográfica o lejanía de las comunidades como una dificultad para el proceso de vacunación. Es importante mencionar que el 33 % identificó como dificultad la falta de aceptación de la vacuna por parte de la población.

## Gráfico N° 22

### Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en San Martín



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de San Martín.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.

### 3.11. Ucayali

Según el Censo nacional del año 2017, en el departamento de Ucayali se ha identificado a 590 094 personas que se autoidentifican como parte de alguno de los 20 pueblos indígenas que predominan en dicho territorio,<sup>112</sup> mientras que son 62 413 personas las que tienen como idioma materno una lengua indígena, siendo que, de estas últimas, el 40 % domina el shipibo-konibo, el 32 % ashaninka y el 17 % el quechua.


Considerando el contexto de pandemia y la relevancia de cautelar los derechos fundamentales de la población indígena de este departamento, durante setiembre de 2021, se realizó la primera supervisión a 17 microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Coronel Portillo, Padre Abad, Atalaya y Purús, cuyos resultados se publicaron en el Informe N° 005-2021-DP/AMASPPI/PPI, denominado “*Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas del departamento de Ucayali*”.<sup>113</sup>

En el informe se dio cuenta de dificultades como: la falta de presupuesto para financiar los desplazamientos hacia las comunidades, la inobservancia a la regulación sobre la dotación y mantenimiento de los equipos de refrigeración y la débil socialización o insuficiente capacitación al personal de salud sobre los alcances del *Protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas*, así como el rechazo a la vacuna por el temor de una parte de la población a vacunarse debido a la difusión de información inexacta o negativa sobre la inmunización.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo remitió a la Dirección Regional de Salud de Ucayali el oficio N° 098-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 12 de julio de 2022, recomendando la adopción de acciones urgentes para reforzar el avance de la inmunización en población de su ámbito territorial, y solicitó se garantice presupuesto público para el desplazamiento de las brigadas, así como una articulación

112 Amahuaca, ashaninka, asheninka, awajún, cashinahua, chitonahua, iskonawa, kakataibo, kichwa, kukama kukamiria, madija, marinahua, mashco piro, mastanahua, matsigenka, nahua, sharanahua, shipibo-konibo, yaminahua y yine.

113 Disponible en: <http://tinyurl.com/3pzpah6j>



y coordinación con los Ministerios de Salud, Cultura, Relaciones Exteriores y con las organizaciones indígenas.

En respuesta, mediante oficio N° 404-2022-GRU-DIRESA-DG-DESP-DAICS, del 31 de agosto de 2022, la Diresa Ucayali informó que, entre mayo y junio del año 2021, elaboraron un plan de vacunación para población indígena en coordinación con las organizaciones indígenas Orau Y Conap, habiendo remitido dicho documento al Minsa para la aprobación de un presupuesto de S/. 31 142 156.20. Sin embargo, el pedido fue denegado por el MEF. Con dicho plan se pretendía, entre otras acciones, garantizar el transporte aéreo y fluvial necesario, contratar a agentes comunitarios y personal para las brigadas de vacunación, así como asegurar el mantenimiento de los equipos de refrigeración.

Considerando las acciones antes expuestas y en el marco de nuestras competencias institucionales para la supervisión de las adecuadas prestaciones de los servicios del Estado, la Oficina Defensorial de Ucayali y el Programa de Pueblos Indígenas, realizaron una supervisión al proceso de vacunación contra el COVID-19 a 16 microrredes de salud que atienden a las comunidades indígenas ubicadas en las provincias de Coronel Portillo, Padre Abad, Purús y Atalaya.

**Cuadro N° 121**

**Microrredes de salud supervisadas en el departamento de Ucayali**

N°	Provincia	Red de salud	Microrred de salud	N° de establecimientos de salud
1	Coronel Portillo	Federico Basadre-Yarinacocha	Campo Verde	22
2			San José de Yarinacocha	3
3			Nueva Requena	2
4			Nuevo Paraíso	1
5		Coronel Portillo	9 de Octubre	13
6			Iparia	15
7			Masisea	18
8			San Fernando	1
9	Purus	Coronel Portillo	Purús	8
10	Padre Abad	Aguaytia	Aguaytia	2
11		Federico Basadre-Yarinacocha	Curimana	1
12		Aguaytia	San Alejandro	2
13	Atalaya	Atalaya	Raymondi	17
14			Sepahua	4
15		Coronel Portillo	Yurua	3
16		Atalaya	Bolognesi	8

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo con la información proporcionada por las/los representantes de las microrredes de salud supervisadas, 14 microrredes de salud indicaron que en sus ámbitos de intervención se sitúan 387 comunidades indígenas donde habita población kakataibo, shipibo-konibo, ashaninka, asheninka, yine, nahua, entre otros. Cabe resaltar que la microrred de salud denominada 9 de Octubre no precisó información por comunidades sino por localidades y sectores.

**Cuadro N° 122**

**Comunidades y pueblo indígena al que pertenece,  
por microrred de salud en Ucayali**

N°	Microrred de salud	N° de comunidades indígenas que atiende	Pueblo indígena al que pertenece la comunidad indicada
1	Campo Verde	15	(*)
2	9 de Octubre	Brindó información por sectores y no comunidades	(*)
3	Aguaytia	7	Kakataibo Shipibo-Konibo
4	Curimana	1	Kukama Kukamiria
5	Iparia	48	Shipibo-Konibo Ashaninka
6	Masisea	37	Shipibo-Konibo Ashaninka Mestizo
7	Nueva Requena	2	Shipibo-Konibo
8	Nuevo Paraíso	1	Shipibo-Konibo
9	Purús	41	Madija Cashinahua Sharanahua Otros
10	Raymondi	163	Ashaninka Yine Asheninka
11	Sepahua	32	Asheninka Yine Nahua
12	San Alejandro	4	Kakataibo
13	San Fernando	1	Shipibo-Konibo
14	San José de Yarinacochas	7	Ashaninka
15	Yurua	28	Asheninka Ashaninka
16	Bolognesi	60	Asheninka Shipibo-Konibo

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la planificación de la vacunación, se informó a la Defensoría del Pueblo que 6 de las 16 microrredes de salud supervisadas sí contaban con un padrón de vacunación para la población indígena, mientras que ocho indicaron que no contaban con este documento de planificación y dos no brindaron información (9 de Octubre y Bolognesi).

**Cuadro N° 123**

**Padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas u originarios de Ucayali**

Microrred de salud	¿Cuenta con un padrón de vacunación para PPII?
Campo Verde	No
9 de Octubre	(*)
Aguaytia	No
Curimana	Sí
Iparia	No
Masisea	Sí
Nueva Requena	No
Nuevo Paraíso	No
Purús	No
Raymondi	Sí
Sepahua	No
San Alejandro	Sí
San Fernando	Sí
San José de Yarinacochas	Sí
Yurua	No
Bolognesi	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

También se solicitó información sobre la programación, avance y brechas de la vacunación a miembros de comunidades indígenas u originarias. Al respecto, solo 5 de las 16 microrredes de salud supervisadas brindaron la información solicitada

(Masisea, Raimondi, San Alejandro, San Fernando y Sepahua), mientras que la microrred Curimana no precisó información completa sobre la programación. Por otro lado, las microrredes de Campo Verde, 9 de Octubre, Aguaytía, Iparía, Nueva Requena, Nuevo Paraíso, Purús, San José de Yarinacocha, Yurua y Bolognesi no brindaron información sobre la programación, avance y brecha de vacunación a las personas indígenas.

**Cuadro N° 124**

**Programación y avance de vacunación contra el COVID-19  
en comunidades indígenas, según microrred de salud en Ucayali**

Microrred de salud	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis	
	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance	Programación de la vacunación	Avance
Campo Verde	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
9 de Octubre	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Aguaytía	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Curimana	35	28	35	12	(*)	(*)
Iparía	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Masisea	16 993	11 821	16 993	9686	16 993	5283
Nueva Requena	(*)	138	(*)	112	(*)	31
Nuevo Paraíso	35	(*)	62	(*)	8	(*)
Purús	(*)	(*)	(*)	0	(*)	(*)
Raymondi	49 300	28 202	49 300	23 321	49 300	12 562
San Alejandro	451	(*)	644	2	429	7
San Fernando	12 211	5100	12 211	6500	12 211	7700
San José de Yarinacocha	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Sepahua	180	200	160	180	140	150
Yurua	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Bolognesi	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Al solicitar información sobre el avance de la inmunización por comunidad indígena, las microrredes de salud supervisadas Campo Verde, Nueva Requena, Raimondi y San Fernando indicaron tener una brecha de intervención de 2, 1, 14 y 1 comunidades, respectivamente. En el caso de las microrredes 9 de Octubre, Aguaytía, Iparía, Nuevo Paraíso, Purús, San José de Yarinacocha y Bolognesi no precisaron información al respecto. Asimismo, es preciso resaltar que, a la fecha de la supervisión, las microrredes de salud Curimana, Masisea, San Alejandro, Sepahua y Yurua indicaron haber realizado intervenciones a todas las comunidades indígenas de sus jurisdicciones.

Respecto al monitoreo post vacunación, todas las microrredes de salud supervisadas, con excepción de la microrred Bolognesi que no brindó información y de las microrredes 9 de Octubre, Nueva Requena, Nuevo Paraíso y Raimondi que señalaron no realizar este proceso, indicaron que sí realizan este monitoreo en un periodo de 1 a 21 días posteriores a la inmunización. Asimismo, señalaron que el responsable de realizar este monitoreo es, en la mayoría de los casos, personal en enfermería del establecimiento de salud.

Cuadro N° 125

**Monitoreo posterior a la vacunación en comunidades indígenas,  
según microrredes de salud en Ucayali**

Microrred de salud	Luego de la vacunación, ¿la brigada de vacunación realiza el monitoreo posterior a las personas vacunadas de la comunidad?		
	Sí/No	Si se realiza un monitoreo, ¿Cuál es el periodo del monitoreo en días?	Profesión de la persona de monitoreo
Campo Verde	Sí	21 días	Licenciada/o en enfermería Técnica/o en enfermería
9 de Octubre	No		
Aguaytia	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Curimana	Sí	1 día	Licenciada/o en enfermería
Iparia	Sí	2 días	Técnica/o de enfermería
Masisea	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Nueva Requena	No		
Nuevo Paraíso	No		
Purús	Sí	3 días	Licenciada/o en enfermería
Raymondi	No		
San Alejandro	Sí	2 días	Médico
San Fernando	Sí	7 días	Médico
San José de Yarinacocha	Sí	10 días	Licenciada/o en enfermería
Sepahua	Sí	Más de 15 días	Licenciada/o en enfermería
Yurua	Sí	3 días	Técnica/o de enfermería
Bolognesi	(*)	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

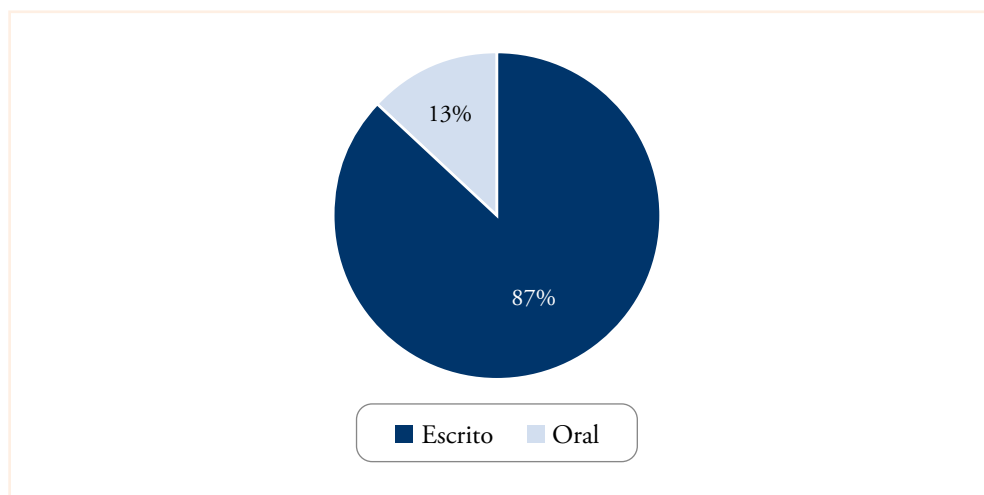
(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Adicionalmente, como también lo establece el “*Protocolo de vacunación contra la Covid-19 para pueblos indígenas u originarios*”, las personas deben brindar su aprobación previa al proceso de inmunización, a través del consentimiento informado. Sobre el

particular, a excepción de la microrred Bolognesi que no brindó información, 15 microrredes de salud supervisadas informaron que sí recogen dicho consentimiento, siendo que el 87 % lo realiza de manera escrita y el 13 % de forma oral.

### Gráfico N° 23


#### Recojo de consentimiento informado, según microrred de salud en Ucayali



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, el citado Protocolo señala que las brigadas de vacunación deben contar con el Kit para los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (Esavi). De la supervisión desarrollada se pudo advertir que tres microrredes no contaban con este kit (9 de Octubre, Iparia y Nuevo Paraíso), dos no brindaron información (San Fernando y Bolognesi), mientras que 11 microrredes indicaron contar con este recurso para afrontar cualquier reacción adversa como resultado de la inmunización contra el COVID-19.

Respecto a la asignación de un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, se identificó que, con excepción de la Microrred de Sepahua que informó haber recibido un presupuesto específico para



financiar las acciones de vacunación (S/ 90 000), el resto de las microrredes de salud señalaron no haber recibido presupuesto alguno.

En cuanto al personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19 en las microrredes de salud supervisadas, se advierte que seis microrredes señalaron haber destinado de 20 a más personas para la inmunización en las comunidades (Aguaytia, Iparia, Masisea, Nueva Requena, Purús y Raimondi), mientras que las microrredes de Campo Verde y Sepahua son las que menos personal han destinado para dicho proceso con dos y tres personas, respectivamente. Además, cinco microrredes de salud informaron no haber conformado brigadas de vacunación para su intervención en comunidades.

Asimismo, a fin de supervisar la prestación de servicios con pertinencia cultural y lingüística, se supervisó si las brigadas de vacunación contaban con enlaces o traductores indígenas como está establecido en el “*Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios*”. Sobre el particular, se advirtió que las brigadas de siete microrredes de salud supervisadas no contaban con enlaces y/o traductores en lenguas indígenas u originarias (Campo Verde, 9 de Octubre, Curimana, Nuevo Paraíso, San Fernando, San José de Yarinacocha y Sepahua), mientras que la microrred de salud Bolognesi no brindó información.

Con relación a la brecha de personal en las brigadas de vacunación, a excepción de las microrredes Nuevo Paraíso y San José de Yarinacocha que informaron que cuentan con el personal suficiente, 12 microrredes indicaron que el personal de salud actual es insuficiente para cumplir adecuadamente con la vacunación contra el coronavirus en comunidades.

**Cuadro N° 126**

**Personal de salud asignado para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Ucayali**

Microrred de salud	Total de personal de salud	Total de personal a cargo de vacunación	N° de brigadas para vacunación	N° de brigadas que cuentan con enlaces y/o traductor en lengua indígena	Brecha de personal para vacunación contra el COVID-19
Campo Verde	20	2	1	0	12
9 de Octubre	30	19	0	0	30
Aguaytia	137	20	2	1	2
Curimana	15	6	0	0	6
Iparia	51	28	9	9	8
Masisea	65	99	0	5	18
Nueva Requena	53	20	7	1	3
Nuevo Paraíso	230	12	0	0	0
Purús	19	23	1	1	2
Raymondi	168	112	3	3	15
San Alejandro	94	5	1	2	20
San Fernando	201	16	0	0	(*)
San José de Yarinacocha	110	15	1	0	0
Sepahua	29	3	4	0	10
Yurua	10	8	3	1	3
Bolognesi	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a las labores de capacitaciones para el personal, 12 microrredes informaron que su personal recibió al menos una capacitación sobre la vacunación contra el COVID-19 en población indígena, que fueron desarrolladas por la Diresa, las redes de salud a las que pertenecen, el Minsa y una ONG cuyo nombre no fue precisado. Las microrredes de salud Nuevo Paraíso y San Alejandro señalaron no haber recibido capacitaciones, mientras que la microrred de salud Purús no precisó esta información.

### Cuadro N° 127

#### Temas de capacitación al personal de las microrredes de salud supervisadas en Ucayali

Tema de capacitación	Entidad capacitadora
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización.</li> <li>- Importancia de la vacunación contra el COVID-19.</li> <li>- Implementación y manejo de aplicativo para el seguimiento de la vacunación contra el COVID-19.</li> <li>- Vacunación Covid-19 en niños.</li> </ul>	Diresa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normativa COVID-19.</li> <li>- Aplicación de dosis de la vacuna por tipo de población.</li> <li>- Esavi (reacciones adversas de las vacunas).</li> <li>- Importancia de la vacunación contra el COVID-19</li> </ul>	Red de salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calendario de vacunación.</li> <li>- Beneficios de la vacunación contra la COVID-19.</li> <li>- Capacitación HIS Minsa para vacunación COVID-19.</li> <li>- Vacunación pediátrica contra la COVID-19.</li> </ul>	Minsa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunación COVID-19 con vacuna Pfizer en niñas/os y adultos.</li> </ul>	ONG (sin precisar)

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las coordinaciones con instituciones del Estado, 12 de 16 microrredes de salud indicaron que sí realizaron al menos una coordinación con las redes de salud a las que pertenecen y con la Diresa. De estas 12, solo las microrredes de salud Iparia y Sepahua precisaron que coordinaron además con especialistas del Ministerio de Cultura. Cabe precisar que, las microrredes de salud 9 de Octubre y Nuevo Paraíso informaron no haber realizado coordinaciones, mientras que las de Purús y Bolognesi no brindaron información al respecto.

Con relación a la coordinación con las organizaciones indígenas, 9 de las 16 microrredes de salud supervisadas indicaron haber coordinado con ellas y además con jefes de comunidades y agentes comunitarios. Cabe precisar que cinco microrredes informaron no haber realizado alguna coordinación y dos microrredes no brindaron información sobre este punto.

**Cuadro N° 128**

**Coordinaciones con instituciones públicas y organizaciones indígenas para el desarrollo de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, según microrred de salud en Ucayali**

Microrred de salud	Entidades públicas			Organización Indígena		
	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?	Sí	No	¿Con quién se realizó la coordinación?
Campo Verde	X		Geresa	X		(*)
9 de Octubre		X			(*)	
Aguaytia	X		Red de Salud	X		Fenacoca
Curimana	X		Red de Salud y Diresa		X	
Iparia	X		Mincul	X		Orau y Cruz Roja
Masisea	X		Red de Salud	X		Orau y agentes comunitarios de salud
Nueva Requena	X		Geresa	X		Jefes de comunidades y Feconau
Nuevo Paraíso		X			X	
Purús		(*)			X	
Raymondi	X		Red de Salud	X		Urpia, oira y Feconapa
San Alejandro	X		Red de Salud	X		Apus de comunidades
San Fernando	X		Red de salud	X		Autoridades de caserío
San José de Yarinacocha	X		Geresa		X	
Sepahua	X		Mincul	X		Agentes comunitarios
Yurua	X		Red de Salud		X	
Bolognesi		(*)			(*)	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

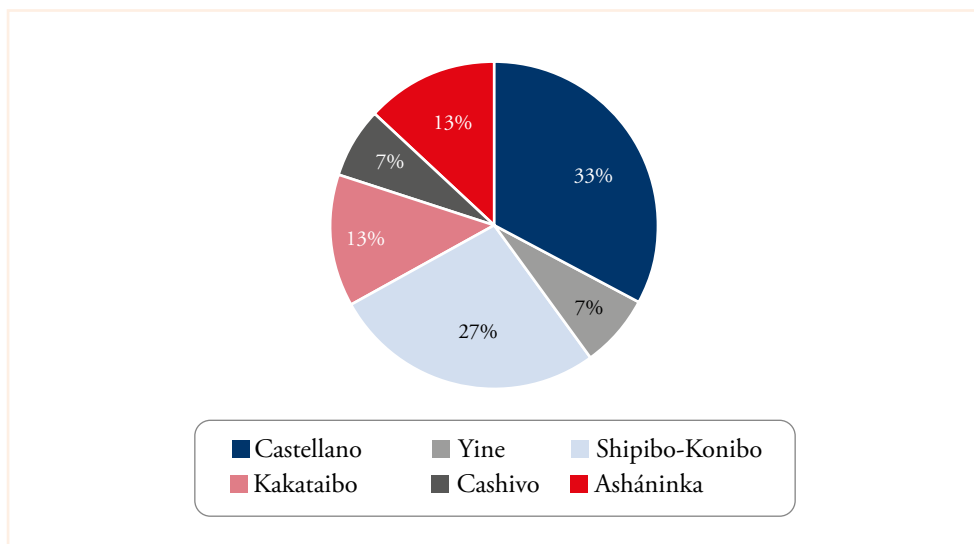
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con la información.

Respecto a la difusión de información sobre la importancia de las vacunas, 8 de 16 microrredes de salud informaron que sí realizaron campañas de difusión, a través de la radio, los altoparlantes y el diálogo directo, así como en las lenguas shipibokonibo (27 %), yine (7 %), ashaninka (13 %), kakataibo (13 %), cashivo (7 %) y castellano (33 %); mientras que las microrredes de Campo Verde, 9 de Octubre, Aguaytía, Nuevo Paraíso, Purús y Bolognesi no brindaron esta información.

**Gráfico N° 24**

**Lengua utilizada para las campañas de difusión en comunidades indígenas, según microrred de salud en Ucayali**

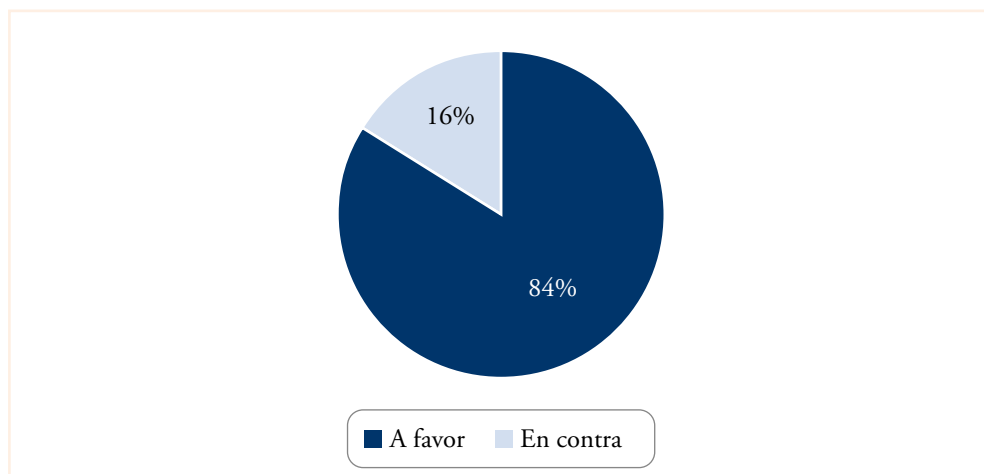


Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otro lado, respecto a la posición de los actores locales frente a la vacunación contra el COVID-19, todas las microrredes supervisadas en Ucayali, a excepción de la microrred de salud Bolognesi que no brindó información, señalaron que en sus jurisdicciones existieron mayor cantidad de actores a favor de la inmunización (84 %), a diferencia de quienes brindaron mensajes en contra de este proceso (16 %).

### Gráfico N° 25

#### Actores que difunden información sobre la vacunación en comunidades indígenas, según microrred de salud en Ucayali



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali  
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, se identificó que los actores que difunden su posición a favor de la vacunación contra el COVID-19, lo hacen mediante mensajes como “*Vacunarse es proteger a tu familia*”, “*Protégete contra la COVID-19*” y “*¡Yo pongo el hombro!*”.

Cuadro N° 129

Mensajes que se difunden sobre la vacunación, según microrred de salud de Ucayali

Actor	Posición acerca de la vacunación	Mensajes que se difunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Líder o dirigente indígena.</li> <li>- Personal de salud.</li> <li>- Agente comunitario de salud.</li> <li>- Autoridad gubernamental.</li> </ul>	A favor	<p><i>“¡Vacúnate!, la vacuna es segura, protege tu vida, vacúnate y salva tu vida”.</i></p> <p><i>“Vacunarse es proteger a tu familia”.</i></p> <p><i>“Protégete contra la COVID-19”.</i></p> <p><i>“¡Yo pongo el hombro!”</i></p> <p><i>“Vacunación segura”.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Líder o dirigente indígena.</li> <li>- Representante de una iglesia.</li> </ul>	En contra	<p><i>“La vacuna es el anticristo”.</i></p> <p><i>“Se le insertará un chip”.</i></p> <p><i>“Las vacunas matan”.</i></p>

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

En cuanto a las condiciones del servicio de energía eléctrica, se advirtió que de los 120 establecimientos de salud que conforman las 16 microrredes supervisadas, 44 no contaban con este servicio y 3 no brindaron información al respecto. Asimismo, de los 73 establecimientos que sí cuentan con este servicio, 42 lo reciben durante las 24 horas del día, mientras que 31 únicamente cuentan con el servicio entre una y cuatro horas al día. Asimismo, se conoció que solo 16 establecimientos de salud cuentan con equipos electrógenos para garantizar la cadena de frío ante un eventual corte de energía.

Con relación a los equipos de refrigeración, 98 de 120 establecimientos de salud informaron que sí cuentan con dichos equipos; mientras que, del total de establecimientos que no cuentan (22), 12 se concentran en las microrredes de Purús e Iparía. Asimismo, de los 98 establecimientos de salud que señalaron contar con estos equipos, 62 señalaron que efectuaron el mantenimiento, sin precisar si este fue preventivo o correctivo.

**Cuadro N° 130**

**Servicio de energía eléctrica y equipos para garantizar la cadena de frío en microrredes de salud que atienden a comunidades indígenas en Ucayali**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Le brindó mantenimiento?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Campo Verde	Campo Verde	24 horas			X	X		Sí
	San José	24 horas			X	X		Sí
	Nueva Esperanza	24 horas			X	X		Sí
	Tierra Nueva	24 horas			X	X		Sí
	Mojaral	24 horas			X	X		Sí
	Pimentel	24 horas			X	X		Sí
	Hierbas Buenas	24 horas			X		X	
	Las Mercedes	24 horas			X	X		No
	La Victoria	24 horas			X	X		Sí
	Mercedes de Neshuya	24 horas			X		X	
	Santa Rosa de Lima	24 horas			X	X		Sí
	Alto Nueve de Febrero	24 horas			X		X	
	Agua Blanca	24 horas			X	X		No
	Tunuya	24 horas			X	X		Sí
	Aalto Manantay	24 horas			X	X		No
	Antonio Raimondi	24 horas			X	X		Sí
	Pueblo Libre	24 horas			X	X		Sí
	Por Venir	24 horas			X	X		Sí
	Los Pinos	24 horas			X		X	
	Amaqueya	24 horas			X		X	
Sr. de los Milagros km. 24	24 horas			X	X		Sí	
San Pedro Km. 47	24 horas			X	X		Sí	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Le brindó mantenimiento?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
9 de Octubre	9 de Octubre	24 horas			(*)	X		Sí
	Nuestra señora de las Mercedes	24 horas			X	X		Sí
	La Florida	24 horas			X	X		Sí
	Nuevo Bolognesi	24 horas			X	X		Sí
	Dos de Mayo	24 horas			X	X		Sí
	Fraternidad	24 horas			X	X		Sí
	Magdalena	24 horas			X	X		Sí
	Micaela	24 horas			X	X		Sí
	Bellavista	24 horas			X	X		Sí
	Túpac Amaru	24 horas			(*)	X		Sí
	Yanamayo	24 horas			(*)	X		Sí
	Chancay	24 horas			(*)	X		Sí
Santa Elena	24 horas			(*)		X		
Aguaytia	Aguaytia	4 a 10 horas		X		X		Sí
Curimana	San Juan de Tahuapoa	24 horas al día			X	X		Sí
Iparia	Iparia	4 a 10 horas			X	X		Sí
	Santa Rosa de Sheshea	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Cunchuri	1 a 3 horas			(*)	X		(*)
	Runuya		X		(*)		X	
	Amaqira		X		(*)	X		(*)
	Puerto Nuevo		X		(*)		X	
	Pueblo Nuevo del Caco		X		(*)		X	
	Curia del Caco		X		X	X		Sí
	Caco Macaya		X		(*)		X	
	Colonia del Caco		X		X	X		Sí
	Utucuro		X		(*)		X	
	Puerto Belen		X		(*)		X	
	Nuevo Samaria		X		(*)	X		(*)
Galilea	1 a 3 horas			X	X		Sí	
Nuevo Ahuaypa		X	X		X		Sí	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Le brindó mantenimiento?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Masisea	Masisea	4 a 10 horas		X		X		Sí
	Charasmana	1 a 3 horas		X		X		Sí
	Santa Rosa de Masisea	24 horas			X	X		Sí
	Santa Rosa de Dinamarca	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Nuevo Paraíso	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Vista Alegre del Pachitea	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Vargas Guerra	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Isla Libertad	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Santa Rosa del Tamaya	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Puerto Alegre	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Bella Flor	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Caimito	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Junin Pablo	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Santa fe del Inapmapuya	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Vinuncuro	1 a 3 horas			X	X		Sí
	Nohaya	1 a 3 horas			X		X	
Nuevo Horizonte	1 a 3 horas			X		X		
Putaya	1 a 3 horas			X	X		Sí	
Nueva Requena	Shambo Porvenir	1 a 3 horas			X	X		(*)
	Miraflores		(*)		X	X		(*)
Nuevo Paraíso	Santa Teresita		X		X		X	
Purús	Palestina		X	X		X		Sí
	San Bernardo		X		X		X	
	Balta		X	X			X	
	Nueva Luz		X		X		X	
	Gastabala		X	X			X	
	Miguel Grau		X	X			X	
	San Marcos		X	X			X	
Purús	4 a 10 horas			X		X		(*)

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Le brindó mantenimiento?	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		
Raymondi	Atalaya	24 horas		X		X		Sí	
	Maldonadillo	24 horas			X	X		Sí	
	Rima		X		X	X		Sí	
	Serjalí		X		X	X		(*)	
	Boca Pucani		X		X	X		(*)	
	La Floresta		X		X	X		(*)	
	Mapalca		X		X	X		(*)	
	Unini		X		X	X		(*)	
	Ramón Castilla		X		X	X		(*)	
	Cocani		X		X	X		(*)	
	Chicosa		X		X	X		(*)	
	Obenteni	1 a 3 horas				X	X		(*)
	Paoti		X		X	X		(*)	
	Alto Chencoreni		X		X	X		(*)	
	Los Olivos		X		X	X		(*)	
Chincheni		X		X	X		(*)		
Chequitativo		X		X	X		(*)		
Sepahua	Sepahua	24 horas		X		X		(*)	
	Bufeo Pozo		X		X	X		(*)	
	Puija		X		X	X		(*)	
	Santa Rosa de Serjalí		X		X	X		(*)	
San Alejandro	Puerto Nuevo		(*)		X	X		(*)	
	Sinchi Roca		(*)		X	X		(*)	
San Fernando	Nuevo San Juan	4 a 10 horas			X	X		Sí	
	Tachitea	4 a 10 horas			X	X		Sí	
San José de Yarinacochas	Cashivococha	4 a 10 horas		X		X		Sí	
	San Francisco de Yarinacocha	24 horas		X		X		Sí	
	San Pablo de Tushmo	24 horas			X	X		Sí	

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?		¿Cuenta con sistema de alarma electrónico y grupo electrógeno?		¿Tiene equipos de refrigeración para las vacunas?		¿Le brindó mantenimiento?
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Yurua	Sawawo		X		X	X		Sí
	Dulce Gloria		X	X		X		Sí
	Breu	1 a 3 horas		X		X		Sí
Bolognesi	Bolognesi	4 a 10 horas		X		X		
	Tupac Amaru	0	X		X	X		(*)
	Nueva Italia	1 a 3 horas			X	X		(*)
	Sempaya		X		X	X		(*)
	Toniromashi		X		X	X		(*)
	Shahuaya		X		X	X		(*)
	Nuevo Paraíso		X		X	X		(*)
Mecoriari		X		X		X		

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con información.

Respecto al servicio de agua potable, se advierte que 77 de 119 establecimientos de salud informaron no contar con este servicio. Cabe señalar que un establecimiento de salud de la microred de salud Campo Verde no brindó información. De igual forma, se observa una situación de necesidad similar en el servicio de internet, donde 72 establecimientos de salud no contaban con este servicio de un total de 117 establecimientos que respondieron a la pregunta planteada.

Cuadro N° 131

**Servicios públicos en establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a comunidades indígenas en Ucayali**

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Campo Verde	Campo Verde	X		X	
	San José	X			X
	Nueva Esperanza	X			X
	Tierra Nueva	X			X
	Mojaral	X			X
	Pimentel	X			X
	Hierbas Buenas	X			(*)
	Las Mercedes	X			X
	La Victoria	X			X
	Mercedes de Neshuya	X			X
	Santa Rosa de Lima	X			X
	Alto Nueve de Febrero		X		X
	Agua Blanca		X		X
	Tunuya		X		X
	Aalto Manantay		X		X
	Antonio Raimondi		X		X
	Pueblo Libre		X		X
	Por Venir	X			X
	Los Pinos		X		X
	Amaqueya		(*)		X
Sr. de los Milagros km. 24	X			X	
San Pedro Km. 47	X			X	
9 de Octubre	9 de Octubre	X		X	
	Nuestra señora de las Mercedes	X		X	
	La Florida	X		X	
	Nuevo Bolognesi	X		X	
	Dos de Mayo	X		X	
	Fraternidad	X		X	
	Magdalena	X		X	
	Micaela	X		X	
	Bellavista	X		X	
	Túpac Amaru	X		X	
	Yanamayo	X		X	
	Chancay	X		X	
Santa Elena	X		X		
Aguaytia	Aguaytia		X		X
Curimana	San Juan de Tahuapoa	X			X

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Iparia	Iparia		X		X
	Santa Rosa de Sheshea		X	X	
	Cunchuri		X	X	
	Runuya		X		X
	Amaquira		X	X	
	Puerto Nuevo		X		X
	Pueblo Nuevo del Caco		X		X
	Curiaca del Caco		X		X
	Caco Macaya		X		X
	Colonia del Caco		X		X
	Utucuro		X		X
	Puerto Belen		X		X
	Nuevo Samaria		X	X	
	Galilea		X		X
Nuevo Ahuaypa		X	X		
Masisea	Masisea		X	X	
	Charasmana		X		X
	Santa Rosa de Masisea	X		X	
	Santa Rosa de Dinamarca		X		X
	Nuevo Paraíso		X		X
	Vista Alegre del Pachitea		X		X
	Vargas Guerra		X		X
	Isla Libertad		X		X
	Santa Rosa del Tamaya		X		X
	Puerto Alegre		X		X
	Bella Flor		X	X	
	Caimito		X	X	
	Junin Pablo		X	X	
	Santa fe del Inamapuya		X	X	
	Vinuncuro		X	X	
	Nohaya		X		X
	Nuevo Horizonte		X	X	
Putaya		X	X		
Nueva Requena	Shambo Porvenir		X		X
	Miraflores		X		X
Nuevo Paraíso	Santa Teresita		X		X
Purús	Palestina		X	X	
	San Bernardo		X	X	
	Balta		X		X
	Nueva Luz		X		X
	Gastabala		X		X
	Miguel Grau		X		X
	San Marcos		X		X
	Purús		X		X

Microrred de salud	Establecimiento de salud	¿Cuenta con servicio de agua?		¿Cuenta con servicio de internet?	
		Sí	No	Sí	No
Raymondi	Atalaya	X		X	
	Maldonadillo	X		X	
	Rima		X		X
	Serjalí		X		X
	Boca Pucani	X			X
	La Floresta		X		X
	Mapalca		X		X
	Unini		X		X
	Ramón Castilla	X		X	
	Cocani		X	X	
	Chicosa		X	X	
	Obenteni	X		X	
	Paoti		X		X
	Alto Chencoreni		X		X
	Los Olivos		X		X
	Chincheni		X		X
Chequitativo		X		X	
Sepahua	Sepahua	X		X	
	Bufo Pozo		X		X
	Puija		X		X
	Santa Rosa de Serjalí		X		X
San Alejandro	Puerto Nuevo		X	X	
	Sinchi Roca		X	X	
San Fernando	Nuevo San Juan		X		(*)
	Tacshitea		X		(*)
San José de Yarinacochas	Cashivococha	X		X	
	San Francisco de Yarinacocha	X			X
	San Pablo de Tushmo	X			X
Yurua	Sawawo		X		X
	Dulce Gloria		X		X
	Breu		X	X	
Bolognesi	Bolognesi	X		X	
	Tupac Amaru		X		X
	Nueva Italia	X		X	
	Sempaya		X		X
	Toniromashi		X	X	
	Shahuaya		X	X	
	Nuevo Paraíso	X			X
Mecoriari	X			X	

Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

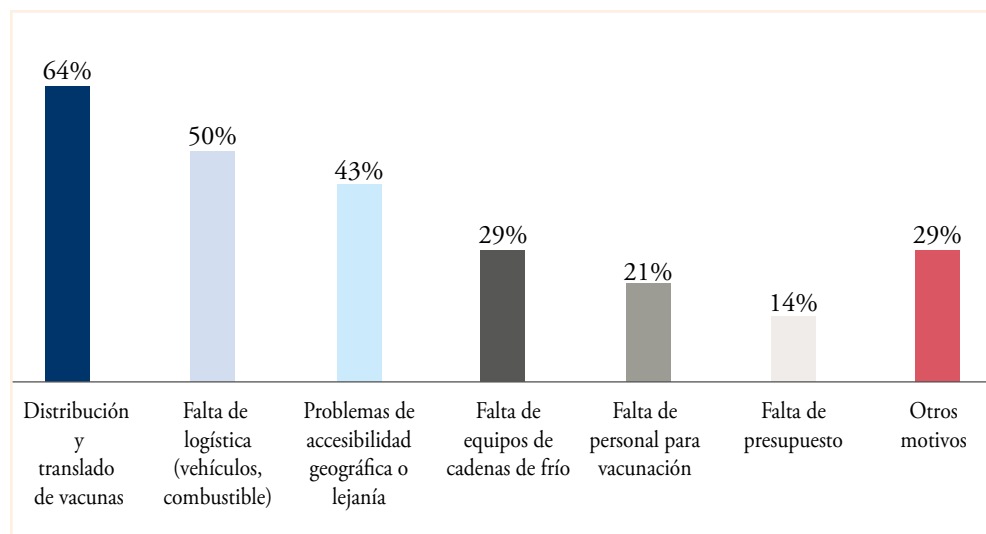
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(\*) No precisa o no cuenta con información.

Respecto a las dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación en las comunidades indígenas, la microrred de Salud San José de Yarinacocha informó que no tuvo ninguna dificultad y la microrred de salud Bolognesi no brindó información, mientras que las 14 microrredes restantes manifestaron diversas dificultades. Así, el 64 % indicó limitaciones logísticas para el recojo, distribución y traslado de las vacunas contra el COVID-19, seguido de la falta de logística (vehículos y combustibles) con un 50 % y problemas de accesibilidad geográfica o lejanía con el 43 %.

**Gráfico N° 26**

**Dificultades para el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19, según microrred de salud en Ucayali**



Fuente: Fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud del departamento de Ucayali.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respuesta de opción múltiple.





**CAPÍTULO 4**

**DESAFÍOS DEL ESTADO PARA  
MEJORAR LOS PROCESOS DE  
VACUNACIÓN EN LAS COMUNIDADES  
Y LOCALIDADES INDÍGENAS**





## 4.1. La necesidad de reforzar la institucionalidad estatal en materia de salud de los pueblos indígenas

Las instituciones públicas tienen la obligación de desarrollar sus actuaciones en estricto cumplimiento de la Constitución Política del Perú y las normas vigentes, y para que estas tengan legitimidad en la población, requieren, entre otros aspectos, demostrar eficiencia en sus servicios administrativos, procurar la estabilidad de las políticas públicas y desarrollar sus actuaciones bajo un enfoque que priorice los intereses públicos por encima de los privados.<sup>114</sup>


Lograr una institucionalidad pública sólida en el Perú es una tarea imprescindible para un adecuado acceso a los servicios esenciales y el goce efectivo de los derechos fundamentales, considerando las diversas necesidades de la población y tomando en cuenta políticas públicas específicas para los grupos vulnerables, con el fin de procurar una mejor atención al servicio de la ciudadanía, en el marco de la modernización de la gestión del Estado.

En esa línea, la Constitución Política, en su artículo 9, señala que el Estado debe determinar la política nacional de salud, la cual debe ser diseñada y conducida de manera plural y descentralizada para facilitar a todas las personas el acceso equitativo a los servicios sanitarios y, de esta forma, cautelar su derecho a la salud.

Por ello, la emergencia sanitaria producida por el COVID-19 significó un desafío gubernamental, sin precedentes, para el sector Salud, a fin de garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, como elementos esenciales de la atención sanitaria.<sup>115</sup>

114 Política Nacional de Competitividad y Productividad, aprobado por Decreto Supremo N° 345-2018-EF, del 31 de diciembre de 2018. Objetivo Priorizado 8, sobre fortalecer la institucionalidad del país. Pág. 40. Consultar en: <http://tinyurl.com/3m33s7tf>

115 Sentencia del Tribunal Constitucional N° 00033-2010-PI/TC, del 10 de abril del 2012. Fundamento jurídico 34, literal c). Disponible en: <http://tinyurl.com/bd7fv9wd>



Le correspondió al Minsa asumir la rectoría del sector salud para determinar la política, regular y supervisar la prestación de los servicios de salud,<sup>116</sup> en coordinación con los gobiernos regionales y locales quienes asumen competencias y funciones en dicha materia dentro de sus respectivos ámbitos territoriales. Esta coordinación resulta fundamental para brindar servicios públicos eficientes, de calidad y adaptados, considerando nuestra diversidad cultural.

Sin embargo, al inicio de la pandemia, las medidas adoptadas por el sector salud fueron tardías respecto del servicio que se debió brindar a los pueblos indígenas, lo que produjo una afectación a sus derechos individuales y colectivos, pese a lo dispuesto por el artículo 33 del Convenio N° 169 de la OIT,<sup>117</sup> en muchos casos debido a problemas estructurales que existían antes de la pandemia, como se verá más adelante.

En el 2008, la Defensoría del Pueblo emitió el Informe Defensorial N° 134, denominado *“La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado”*. En este documento se abordó la importancia de incorporar la participación de los integrantes de la comunidad para que los servicios de salud sean aceptados.<sup>118</sup> En el mismo documento, se recomendó incorporar en la estructura del Ministerio de Salud un órgano de alto nivel con capacidad consultiva y normativa, a fin de incorporar el enfoque intercultural en la política y en el servicio de salud del Sector.

En el 2015, la importancia de la institucionalidad en materia de salud intercultural fue reiterada en el Informe Defensorial N° 169, denominado *“La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”*, advirtiéndose una incipiente aplicación del enfoque intercultural en el sector salud, por lo que se requirió al Minsa implementar un órgano de alto nivel dentro de su estructura organizativa, con capacidad normativa, funcional y administrativa, encargado de

---

116 Artículo 4° del Decreto Legislativo n° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

117 El artículo 33° del Convenio N° 169 de la OIT establece que *“la autoridad gubernamental responsable de las cuestiones que abraza el presente Convenio deberá asegurarse de que existen instituciones u otros mecanismos apropiados para administrar los programas que afecten a los pueblos interesados, y de que tales instituciones o mecanismos disponen de los medios necesarios para el cabal desempeño de sus funciones”*.

118 Informe Defensorial N° 134, *“La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado”*, pág. 126. Consultar en: <http://tinyurl.com/yara2w6b>

formular, coordinar, proponer, normar y orientar el enfoque de interculturalidad en todos los niveles del sistema de salud y en las políticas de promoción, prevención, atención y rehabilitación de los servicios de salud.<sup>119</sup>

Posteriormente se aprobaron diversas normas y lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en materia sanitaria. Así, en el 2015, se llevó a cabo un proceso de consulta previa a la propuesta de Política Sectorial de Salud Intercultural. Una vez concluida y ante las demandas para su aprobación de parte de las organizaciones indígenas, finalmente en el 2016 el Ejecutivo la aprobó mediante Decreto Supremo N°016-2016-SA, con el objetivo de abordar 4 ejes vinculados a la promoción del derecho a la salud, inclusión social y equidad de los servicios de salud; a la promoción de la medicina tradicional; el fortalecimiento de capacidades de recursos humanos y el fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos indígenas.

En el 2016, el Minsa creó la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios,<sup>120</sup> luego de las exigencias de las organizaciones indígenas, respaldadas por las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo. Sin embargo, al año de creada, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, el Minsa prescindió de dicha Dirección en su estructura orgánica,<sup>121</sup> por lo que la institución expresó su preocupación y solicitó al Minsa su inmediata reincorporación.<sup>122</sup> Esta recomendación fue acogida, reinsertándose dicha unidad orgánica en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, dentro del viceministerio de Salud Pública.<sup>123</sup>

En el año 2021, se produjo un segundo intento para prescindir de esta dependencia orgánica, en pleno contexto de pandemia por el COVID-19, donde una propuesta de modificación del ROF del Minsa preveía que la atención de la salud intercultural y los pueblos indígenas pasarían, en parte, a ser funciones de la Dirección General de Promoción de la Salud, así como a ser aplicados de manera transversal —bajo la denominación de enfoque intercultural— en la atención del cuidado. Ante ello,

---

119 Informe Defensorial N° 169, “*La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*”, pág. 137.

120 Decreto Supremo N° 007-2016-SA de 11 de marzo de 2016.

121 Nota de prensa, de fecha 15 de marzo de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2VKT6oN>

122 Nota de prensa, de fecha 12 de mayo de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3xP747w>

123 Decreto Supremo N°011-2017-SA publicado en el diario oficial El Peruano, el 24 de abril de 2017.

tras una nueva recomendación defensorial,<sup>124</sup> el Minsa reconsideró dicha medida y desistió de la propuesta de modificatoria de su ROF.

La permanencia y el continuo fortalecimiento de las capacidades del personal de la Dirección de Pueblos Indígenas y Originarios, dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud, representa un asunto de prioritaria atención para construir una institucionalidad estatal adecuada. De igual forma, debe promoverse el continuo fortalecimiento de las direcciones o gerencias regionales de salud y de otros órganos descentralizados de salud que tienen la tarea de garantizar las prestaciones de salud en las comunidades.

A la rectoría del Ministerio de Salud se debe sumar una coordinación permanente con otras carteras, como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Economía y Finanzas y, especialmente el Ministerio de Cultura.

Durante la pandemia, la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Minsa asumió la rectoría específica para la atención de la salud a esa población,<sup>125</sup> elaborando e implementando el Plan Amazónico,<sup>126</sup> con un presupuesto excepcional de 74 millones 500 mil soles,<sup>127</sup> para la intervención sanitaria en comunidades indígenas y localidades rurales amazónicas durante la segunda mitad del año 2020, así como, promovió la creación de los Comandos COVID-19 Regionales Indígenas<sup>128</sup>, espacios que contribuyeron proactivamente en mejorar la gestión y en las medidas hacia los pueblos indígenas durante la época más álgida de la pandemia.

---

124 Oficio N°131-2021-DP/AMASPPI/PPI, del 21 de julio de 2021, dirigido a Secretaría General del Ministerio de Salud.

125 Informe de Adjuntía N°002-2020-DP/AMASPPI/PPI, «Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19». Disponible en: <http://tinyurl.com/4yw32vbx>

126 Aprobado mediante Resolución Ministerial n° 308 2020 MINSa, denominado “Plan de Intervención del Ministerio de Salud Para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía Peruana frente a la Emergencia del COVID -19”, del 21 de mayo del 2020.

127 Otorgado mediante el Decreto de Urgencia N° 071-2020, del 23 de junio del 2020.

128 Resolución Ministerial N° 386-2020-MINSA, del 15 de junio del 2020, que aprueba el Documento Técnico: “Orientaciones para la Conformación y Funcionamiento del Comando COVID-19 Indígena a nivel regional.”, siendo que posteriormente se emitió la Resolución Ministerial N° 506-2021/MINSA, del 19 de abril del 2021, que aprueba la Directiva Administrativa: “Orientaciones para la conformación y funcionamiento de los Comandos COVID-19 indígena o afrodescendiente”.

En lo concerniente a la vacunación a los pueblos indígenas contra el COVID-19, se resalta la presencia y el trabajo de los enlaces indígenas para este proceso, que fueron incorporados desde el Plan Amazónico, medida que respondió a un pedido de las propias comunidades indígenas. La presencia de enlaces indígenas facilitó la interrelación entre el sector salud (el Estado) y la comunidad, llegando a superarse dificultades en la vacunación, en aquellas zonas en las que tuvieron presencia, principalmente en la aceptación de la vacuna y el consentimiento para su aplicación.

Sin embargo, esta valiosa experiencia tuvo dificultades, ya que estuvieron presentes solo en algunos departamentos y por periodos, hasta donde alcanzó el presupuesto (2022). Por lo que consideramos que sería importante que a futuro se extienda la implementación de los enlaces indígenas de manera permanente en todos los departamentos con presencia de población indígena.

De otro lado, cabe señalar que como parte de la metodología de la supervisión efectuada, la institución consideró importante realizar entrevistas a servidores públicos vinculados a la atención de la salud de los pueblos indígenas, con la finalidad de conocer su apreciación sobre la institucionalidad, en cuanto a sus limitaciones y alcances, como un elemento adicional para evaluar el desempeño del aparato estatal durante el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19 en las comunidades.

A través de estas entrevistas se pudo conocer que el Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad (Censi),<sup>129</sup> adscrito al Instituto Nacional de Salud (INS), cuya labor de investigación y desarrollo técnico para la salud intercultural es importante, realizó capacitaciones socializando un documento denominado “Diálogo Intercultural en Salud”,<sup>130</sup> que permitió mejorar la relación de los establecimientos de salud con sus comunidades y el proceso de vacunación contra el COVID-19. Al respecto, un funcionario del Ministerio de Salud manifestó lo siguiente:

---

129 El CENSI se crea mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, pero es con el Decreto Supremo N° 001-2003-SA, que aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud, donde se le encarga: “... proponer políticas y normas de salud intercultural, así como de promover el desarrollo de la investigación docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica”.

130 Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 611-2014/MINSA. Disponible en: <http://tinyurl.com/3pe432ny>

*“Nosotros en el CENSI lo que hicimos para fortalecer la aceptación de la vacuna fue elaborar una Guía Metodológica del Diálogo Intercultural en Salud, un documento, digamos importante metodológicamente. Ya había un documento técnico anterior de hace más de cinco años atrás, pero que nosotros con el tema de la pandemia lo hemos mejorado, técnicamente, metodológicamente y lo hemos adecuado, específicamente a la mejor aceptación de la vacuna en los pueblos indígenas, andinos, amazónicos y el pueblo afroperuano.”*

*Funcionario del Minsa*

En cuanto a la gestión de la información en salud, que es importante para la elaboración de políticas públicas, se destaca la implementación de la plataforma denominada “*Tablero de control: Vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios y afroperuano*”<sup>131</sup> —donde se identifica el progreso de la vacunación en territorios indígenas y la ejecución presupuestal de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios —, la cual fue un avance en la generación de información para el diseño de políticas específicas para pueblos indígenas. Sobre el particular, diversos actores han señalado la necesidad de reforzar la información sanitaria específica sobre la situación de salud de los pueblos indígenas.<sup>132</sup>

*“En este momento, por ejemplo, tenemos nosotros un Plan que está en el Ministerio de Economía y Finanzas, que justo estamos requiriendo un poco más de 5 millones de soles para avanzar con el tema de vacunación. Pero ¿cómo demuestro la necesidad? Yo utilizo esta herramienta -El Tablero de Control- y esta herramienta me permite ir monitoreando y haciendo seguimiento de cómo va el ritmo de la vacunación y en qué regiones está avanzando más y en qué regiones hay debilidades y para eso se necesita justamente los recursos.”*

*Funcionario del Minsa*

---

131 Puede acceder a la plataforma, ingresando al siguiente enlace: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero\\_control\\_dpi.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_control_dpi.asp)

132 Al respecto, la Defensoría del Pueblo también identificó esta limitación mediante el oficio múltiple N° 001-2022-DP-AMASPPI-PPI, del 11 de marzo del 2022, donde se señaló al Ministerio de salud la necesidad de mejorar la calidad de la información para la vacunación de Pueblos Indígenas. En aquella oportunidad se manifestó que “... el “*Tablero de Control para la vacunación contra la Covid-19 en pueblos indígenas*”, no precisa información detallada y diferenciada sobre la inmunización por grupos etarios y sexo. En ese sentido, siendo importante impulsar y visibilizar el avance de la vacunación en todos los grupos etarios, sugerimos al Minsa adoptar las acciones necesarias para conocer el avance de la vacunación a niños, niñas y adolescentes, más aun considerando su próximo retorno a las clases presenciales en el año escolar 2022”.

Asimismo, se evidenció la necesidad de que las medidas implementadas para atender a las comunidades indígenas durante la emergencia sanitaria sean reconocidas como estrategias permanentes en zonas rurales.

*“Lo conversamos incluso con los Apus, que este Plan que usted menciona, el Plan Amazónico, se termine convirtiendo en un PPR [presupuesto por resultados] para pueblos indígenas, cosa que garantizamos un flujo continuo de recursos para actividades que son además permanentes. O sea, la atención de los pueblos indígenas no puede ser algo eventual, tiene que ser algo permanente, tiene que asegurarse esos recursos, ojalá se concretase.”*

*Ex funcionario/a del Minsa*

Por su parte, el Viceministerio de Interculturalidad<sup>133</sup> del Ministerio de Cultura ha aportado información clave para intervenciones estatales y no estatales durante la pandemia, a través de la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI).<sup>134</sup>

Adicionalmente, atendiendo lo requerido por la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Cultura realizó actividades de difusión de información sobre el COVID-19<sup>135</sup> y sobre el proceso de vacunación, empleando lenguas indígenas u originarias. Además, implementó gestores interculturales para realizar monitoreo y acompañamiento en la atención del coronavirus a los pueblos indígenas, facilitando las coordinaciones de diversas entidades para, por ejemplo, impulsar la vacunación en las comunidades. Consideramos que estas intervenciones resultaron preponderantes, aunque insuficientes dadas las necesidades advertidas.

La creación de espacios de articulación entre el Estado y los pueblos indígenas también son acciones que fortalecen la intervención estatal para la atención de esta población. Durante la pandemia, el Ministerio de Cultura conformó la *“Comisión Multisectorial de naturaleza permanente encargada de proponer, realizar el*

133 El Viceministerio de Interculturalidad se crea con la Ley N° 29565, Ley de creación del Ministerio de Cultura, del 22 de Julio del 2010.

134 La Base de Datos de Pueblos Indígenas fue creada a través de la Ley N° 29785, Ley de Consulta Previa, y se consolida a través del Decreto Legislativo N°1360, que precisa funciones exclusivas del Ministerio de Cultura.

135 Mediante el Decreto Legislativo N° 1489, el Mincul tomó el liderazgo en el desarrollo de acciones para fortalecer la estrategia de comunicación culturalmente adecuada y relevante en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19 para pueblos indígenas.

*seguimiento y fiscalizar la implementación de las medidas y acciones estratégicas para el desarrollo integral de los pueblos indígenas u originarios en el país*”.<sup>136</sup> Al respecto, en las entrevistas realizadas a ex funcionarios del Ministerio de Cultura, informaron ciertas dificultades, principalmente, por aspectos políticos.

*“Luego vino (...) toda la inestabilidad del cambio de gobierno de segunda vuelta y también estos cambios de gabinete, que tuvimos como (...) creo que hasta tres cambios de gabinete hasta noviembre del 2021. Entonces, la Comisión Permanente no pudo comenzar realmente a trabajar, o empezar a reunirse, si no fue hasta diciembre del año pasado, que comenzamos a cerrar las matrices de compromisos de cada uno de los sectores.”*

*Ex funcionario/a del Mincul*

Asimismo, desde el Viceministerio de Interculturalidad se impulsó la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en aplicación del Decreto Supremo N° 005-2020-MC, que aprueba los *“Lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19”*, estableciendo también la forma de identificación oficial de pueblos y lenguas indígenas,<sup>137</sup> y emite recomendaciones para su registro.

Sobre el particular, conforme recomendó la Defensoría del Pueblo en el Informe de Adjuntía N° 002-2019-DP/AMASPPI/PPI, denominado *“Situación de los derechos de las mujeres indígenas en el Perú”*, la incorporación de la variable étnica en todos los registros de la administración pública resulta fundamental porque permite visibilizar y atender las brechas que les afectan, así como diseñar y gestionar las políticas públicas para la población indígena. Sin embargo, en el Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI-PPI, denominado *“Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas en el Perú frente al COVID-19”*, se advirtió que, entre junio y setiembre de 2020, la variable étnica, no se implementaba en 20 departamentos.

---

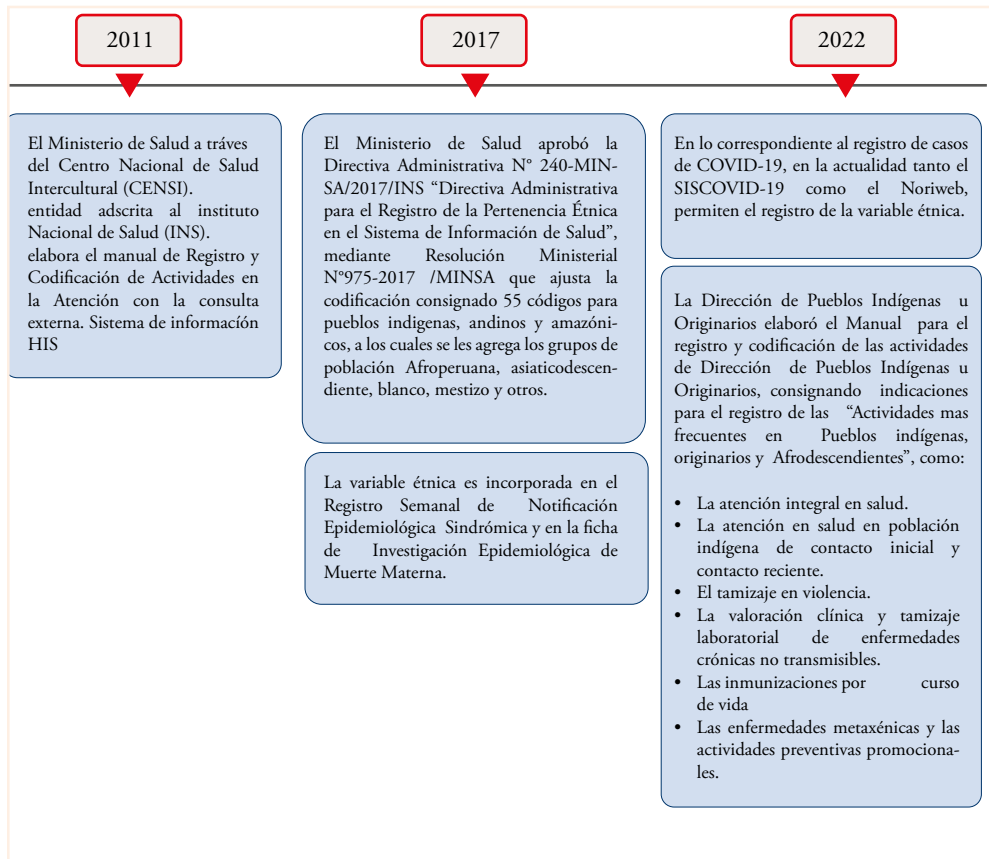
136 Se crea con Decreto Supremo N° 005-2020-MC, del 25 de marzo de 2021.

137 El anexo 1 del Decreto Supremo N° 005-2020-MC, propone tres preguntas que el funcionario debe hacer al usuario de servicios públicos con la finalidad de obtener la pertenencia étnica y tres preguntas más para la obtención de la lengua materna. El anexo 2 identifica 55 pueblos indígenas u originarios y el anexo 3 identifica 48 lenguas.

Aunque a la fecha son pocos los sectores que han incorporado las variables de registro de pertenencia étnica, debemos anotar que el Minsa, ha incorporado dicha variable en diversos formatos, entre ellos, en el *Hospital Information System* (HIS), que da cuenta de la producción de la consulta externa y ambulatoria de todos los servicios de salud a nivel nacional. A continuación, se muestra la evolución de tal incorporación en el registro de la información administrativa del sector:

### Gráfico N° 27

#### Normas e instrumentos para el registro de la pertenencia étnica en entidades públicas



Por otro lado, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), también tuvo un rol específico al inicio de la pandemia, para la entrega de productos alimenticios a las familias de las comunidades nativas y localidades amazónicas.<sup>138</sup> La valoración de estas acciones es disímil debido a la demora en la entrega de los productos alimenticios y otras dificultades,<sup>139</sup> que fueron también advertidas por la Defensoría del Pueblo, como la falta de protocolos de bioseguridad y rigurosidad de las medidas de prevención para evitar los riesgos de contagio y la propagación del virus en los procesos de distribución y entrega, entre otros.<sup>140</sup>

De acuerdo a la información recabada en las entrevistas realizadas a los funcionarios y exfuncionarios/as del Midis, señalaron que la modificación normativa para comprar y entregar productos alimenticios, y que ello se haya realizado en pocos meses, representa un avance importante, tal como lo reconoce un ex funcionario de este ministerio:

*“Costó [mucho] sacarla, con todas las críticas [que se pueden] tener a Qali Warma, pero lograr que Qali Warma atienda a la población indígena en pandemia, eso es de estudio (...) Todos hablaban para que Qali Warma acepte que se modifique su decreto, su norma y que permita hacer entregas de alimentos a pueblos indígenas. Y [se demoró] tres meses, que en el Estado no es tanto. En el Estado peruano, ahora que lo ves, no es tanto, pero claro, tenías una presión muy fuerte.”*

*Ex funcionariola del Midis*

---

138 Mediante el Decreto legislativo N° 1472, se faculta al Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma a proporcionar excepcionalmente alimentos para personas en situación de vulnerabilidad en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19, como los pueblos indígenas.

139 Estas dificultades fueron abordadas en el Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI-PPI, “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”. Pág. 41.

140 Frente a estas dificultades, el Defensor del Pueblo, mediante oficio N° 094-2020/DP, del 25 de abril de 2020, enviado a la Ministra de Cultura le recomendó la urgente implementación de un protocolo sanitario en la entrega de alimentos u otros beneficios a las poblaciones indígena, acogiendo esta recomendación con la dación del Decreto Supremo N°008-2020- MC, del 5 de junio del 2020, que aprueba los “Lineamientos para el traslado y entrega de bienes y/o alimentos a pueblos indígenas, por parte de entidades públicas, personas naturales y/o jurídicas de derecho privado, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID19”.

Respecto del rol del Ministerio de Economía y Finanzas, que permite la disponibilidad presupuestaria para lograr cambios en la vida de las personas a través de la prestación de servicios públicos de calidad y eficientes, los entrevistados se mostraron críticos, señalando que la gestión de la asignación presupuestal no considera la situación de vulnerabilidad de los pueblos indígenas sino más bien criterios homogéneos entre población indígena y no indígena, lo que no permitía aplicar el principio de equidad en la toma de decisiones.

La priorización presupuestal se habría realizado atendiendo a criterios poblacionales o epidemiológicos, es decir, frente a la necesidad de llegar primero a un mayor número de personas y con mejor relación costo-efectividad, por ejemplo, a población a quienes la evidencia, sin mayor lugar a dudas, identificaba como grupo de mayor exposición o vulnerabilidad (adultos mayores y personal de salud). Con relación a ello, los/las entrevistados/as manifestaron lo siguiente:


*“Creo que se requiere una [...] política, más visible [...] para que puedan [...] asignar] más recursos, sabiendo que cuesta mucho más atender una vacunación o atender cualquier enfermedad en esas zonas y debería haber una mayor sensibilidad de parte de los decisores, especialmente en el MEF, para poder responder a esto.”*

*Ex funcionario del Minsa*

*“Cuando tú hablas con el MEF, ellos siempre hablan de la mayor parte de la población, entonces los procesos se hacen para ellos, porque garantizan la atención de más ciudadanos y no hay algo específico para minorías, como población indígena, que necesita de procesos específicos, y por eso sería muy bueno tener este PPR para poder garantizarles sus procesos.”*

*Ex funcionario del Minsa*

De otro lado, en las entrevistas realizadas, se identificó otro elemento que incide en la respuesta estatal para atender a los pueblos indígenas u originarios del país, esto es la coordinación y articulación entre ministerios, y frente a ello concurre como actor importante, la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Con relación a ello, un/a exfuncionario/a entrevistado/a, señaló lo siguiente:



*“Fue una buena alianza con salud, que no se había dado en otro momento, y con la propia PCM para colocar el tema. [...] Yo he estado en el viceministerio en varios momentos y nunca antes se veía el tema indígena como se vio en la época de COVID. [...] Coincidieron varios factores y también coincidió la presión de las organizaciones, que permitió que también tuviese un peso más fuerte a nivel más político.”*

*Ex funcionaria/o del Mincul*

De lo antes mencionado, puede advertirse que la atención del derecho a la salud de los pueblos indígenas, además de la rectoría del sector Salud, requiere de la concurrencia de otras entidades estatales. Por ello, resulta fundamental contar con niveles de articulación permanentes a nivel intersectorial e intergubernamental, que faciliten acciones integrales y céleres.

## 4.2. La necesidad de contar con un padrón nominal actualizado de la población de comunidades y localidades indígenas para la prestación de los servicios de salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los registros nominales de vacunación son aquellos donde se identifican los datos de vacunación de cada persona y se permite el acceso a su historial para facilitar la captación activa y la planificación mensual de quienes deben ser vacunados, así como hacer seguimiento a los rezagados o inasistentes.<sup>141</sup>

En el marco de la vacunación contra el coronavirus se creó el “*Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19*”,<sup>142</sup> mediante Decreto de Urgencia N° 009-2021, del 30 de enero de 2021, banco de datos administrativo que consolida y sistematiza la información proveniente de las entidades públicas, de los tres niveles de gobierno, así como de organizaciones del sector privado.<sup>143</sup> Con esa finalidad se autorizó al Ministerio de Salud articular los bancos de datos de 20 instituciones, entre ellas del Ministerio de Cultura, que tiene a su cargo la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios del Perú.

Sobre el particular, de acuerdo con la exposición de motivos del referido decreto de urgencia, la Oficina General de Tecnología e Información (OGTI) del Minsa fue la unidad orgánica encargada para asegurar la operatividad del sistema de información y registro para la vacunación, por lo que implementó una aplicación para el soporte informático y tecnológico a los procesos logísticos y operativos de las campañas de vacunación contra el COVID-19.<sup>144</sup>


---

141 Organización Panamericana de la Salud. “*Registro nominal de vacunación electrónico: consideraciones prácticas para su planificación, desarrollo, implementación y evaluación*”. 2017, pag. 20. Disponible: <https://shorturl.at/uvyIV>.

142 El referido Padrón se aprobó con Resolución Ministerial N° 389-2021-MINSA, el 18 de marzo de 2021.

143 Artículo 2.2. del Decreto de Urgencia N° 009-2021, que dicta medidas extraordinarias y complementarias en materia económica y financiera para crear y gestionar el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19 y otras disposiciones complementarias, del 30 de enero de 2021.

144 Exposición de motivos del Decreto de Urgencia N° 009-2021, que dicta medidas extraordinarias y complementarias en materia económica y financiera para crear y gestionar el padrón nacional de vacunación universal contra la COVID-19 y otras disposiciones.



La importancia del registro nominal radica en poner a disposición información nominal actualizada sobre población indígena, para que las instancias de salud cuenten con información relevante y confiable para efectuar programación y monitorear el avance de metas de la estrategia o campaña de vacunación que se implemente.

Además, de acuerdo con el “*Protocolo de Vacunación contra la Covid-19 en Pueblos Indígenas u Originarios*”, las brigadas debían inmunizar según el padrón nacional de vacunación o con los padrones nominales remitidos por la Estrategia de Pueblos Indígenas u Originarios en cada circunscripción territorial, estos últimos solicitados a los *apus* o autoridad de la comunidad o localidad indígena. Respecto a los padrones nominales, las Diresas/Geresas, redes, microrredes y las Ipres debían entregar el padrón a los líderes de las comunidades con la finalidad de verificar los datos de filiación y comunidades nativas.

Si bien el referido *Protocolo* no menciona explícitamente un *padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas*, es evidente que contar con este tipo de registro facilita, entre otras cosas, a determinar el número de vacunas que se requieren, a brindar información sobre el avance y brechas en la vacunación, así como a determinar medidas para fortalecer las cadenas de frío, conformación de brigadas, así como prever traductores en lenguas indígenas o materiales con pertinencia cultural.

Por ello, en la supervisión efectuada se consultó a las microrredes de salud si contaban o no con un padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas, siendo que, en departamentos como Cusco, ni el 50% de las microrredes de salud cuentan con este documento. Asimismo, del total de microrredes de salud supervisadas, 76 señalaron contar con dicho padrón, mientras 37 respondieron que no, y 10 no brindaron información al respecto.

Con relación a las metas de vacunación en comunidades indígenas, como ya mencionamos, de 123 microrredes de salud, únicamente 84 identificaron metas claras de vacunación contra el COVID-19 en comunidades y localidades indígenas, mientras que 39 no contaban o no precisaron dicha información. Además, algunas de ellas no especificaban la información por género o grupo etario; siendo ello un pendiente que debe subsanarse para contar con información completa que permita

una intervención pertinente para los diversos grupos de la población, en especial para las personas adultas mayores y los niños, niñas y adolescentes.

Al respecto, algunos funcionarios entrevistados señalaron que, pese a los esfuerzos realizados, los gobiernos regionales tuvieron dificultades para determinar el número de personas indígenas a vacunar en cada zona con presencia de población indígena, principalmente por la débil articulación entre ellas. Ante ello, el Minsa buscó la forma de elaborar un padrón de ciudadanos/as indígenas, obteniendo data bajo la metodología de “*abajo hacia arriba*”, es decir, recogiendo la información desde las comunidades hacia los establecimientos de salud, pasando por las microrredes, redes, Diresa/Geresa, para culminar entregando lo acopiado al Ministerio de Salud.

Sin embargo, esta forma de construcción habría presentado ciertas dificultades en algunos casos debido a que las directivas comunales no contaban con sus padrones o no estaban actualizados. Frente a esta situación, los establecimientos de salud, en coordinación con las microrredes y redes de salud, buscaron acudir a otros medios oficiales para su construcción —como el Censo nacional del año 2017 o la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura— a fin de establecer metas numéricas de vacunación.

*“Se hizo un protocolo de atención de población indígena y en el protocolo de población indígena, se indicó que en esta población se iban a hacer sus padrones, pero se tomó como un aspecto general que no se llegó a trabajar o que cada región trabajó como mejor le pareció. Porque la idea era que los jefes dieran su padrón pero al final no dieron su padrón y cada región lo armó como pudo, pues, con esta población subestimada que indicas del INEI. [...] Al final se hizo el cálculo de población con la base de datos del Mincul, pero como indica [referencia a otro entrevistado] se terminó haciendo con las cantidades que dio INEI.”*

*Ex funcionario/a del Minsa*

*“Los padrones se construyeron con la participación de las regiones y de las organizaciones indígenas y los apus de las comunidades. Eso permitió identificar la cantidad de la población. Para la microplanificación tú necesitas saber de tu distrito cuántas comunidades nativas existen, cuántas personas existen por sexo, edad, por etnia y en función a esa información se determina la vacunación (...) Es en base a esa información que también nosotros hemos utilizado los datos del Censo del 2017, el que nos proporcionó esa base de datos fue el Ministerio*

*de Cultura. Luego también la RENIEC, pero no se ajustaba a la realidad, la diferencia era abismal. Entonces, ese trabajo ya más operativo se realizó en cada una de las regiones con sus respectivas federaciones, organizaciones, que permitió determinar la meta de vacunación para cada una de las regiones.”*

*Funcionaria del Minsa*

Al respecto, en una reunión sostenida en mayo del 2023 con el Ministerio de Salud, se pudo advertir que la meta inicial de población indígena elaborada por el sector no es igual al número de personas vacunadas con la primera dosis, al existir diversas fuentes, la identificación de las metas terminó siendo muy compleja. En el siguiente cuadro, se socializa la información proporcionada por el Minsa al 1 de mayo del 2023 respecto a la vacunación contra el coronavirus en población indígena.

**Gráfico N° 28**

### Meta y avance de vacunación contra el COVID-19 en población indígena

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN TOTAL	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	4TA DOSIS	BRECHA (ENTRE 1RA Y 4TA DOSIS)
AYACUCHO	427	1,086	960	590	122	89%
CAJAMARCA	1,389	2,439	2,142	1,229	259	89%
HUÁNUCO	2,553	5,059	4,452	3,136	712	86%
JUNÍN	29,044	34,750	29,207	16,639	2,491	93%
SAN MARTIN	26,766	28,684	26,809	19,509	5,115	82%
PASCO	21,046	18,093	16,847	12,541	4,567	75%
CUSCO	16,910	14,177	11,875	7,091	1,843	87%
UCAYALI	47,672	34,079	26,030	13,464	1,827	95%
MADRE DE DIOS	5,500	3,690	3,073	2,072	479	87%
LORETO	106,974	70,780	51,596	25,181	5,137	93%
AMAZONAS	51,405	27,870	19,515	8,367	1,311	95%
<b>TOTAL</b>	<b>309,666</b>	<b>240,707</b>	<b>102,506</b>	<b>112,809</b>	<b>23,863</b>	

A nivel nacional	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	4TA DOSIS
	78%	62%	36%	8%

Fuente: Información compartida en reunión de fecha 4 de mayo de 2023.

Elaboración: Ministerio de Salud.

Por ejemplo, en Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Junín y San Martín la meta inicial fue superada por el número de personas indígenas vacunadas con la primera y segunda dosis. En otros departamentos, la meta inicial que señalaba el Minsa no era la misma a la que las Diresa/Geresa habían identificado dentro de su jurisdicción. Es probable que esta diferencia numérica respondía a la metodología que se trabajaba en las regiones, cuya información se recogía de las propias organizaciones y comunidades.

Si bien son destacables los esfuerzos del sector Salud para la construcción de un padrón de vacunación con información en la emergencia sanitaria; no obstante, pudo advertirse que, tanto a nivel regional como nacional, hubo problemas con relación a las fuentes de información, la temporalidad y la variabilidad de la ubicación geográfica de la persona por motivos de movilidad. Al respecto, un miembro del Equipo Técnico de la Red de Salud de Datem del Marañón manifestó lo siguiente:

*“Lo están manejando de acuerdo al INEI, y por eso es que a veces, muchas veces el INEI nos juega algo a contra, porque nos va a decir que solamente tenemos 10 de población, y cuando vas a campo, hay personas que no tienen DNI y vas a encontrar en campo que hay más niños, o más personas que no cuentan con DNI pero sí le estás dando el servicio.”*

*Equipo Técnico Red de Salud Datem del Marañón*

En suma, de la experiencia advertida a propósito de la vacunación durante la emergencia sanitaria, se advierte que la elaboración del padrón de vacunación para las comunidades y localidades indígenas requiere de una permanente evaluación y mejoramiento, para que las intervenciones o estrategias de salud sean eficientes y oportunas, considerando a todos los grupos de la población.

### 4.3. Impulsar un presupuesto por resultados adecuado para la atención del servicio de salud de los pueblos indígenas.

La implementación de las políticas públicas requiere de una planificación estratégica en la que se identifique el problema público a resolver y las medidas más pertinentes para su solución; que en todos los casos requieren estar acompañadas de una asignación presupuestal que garantice el éxito de su ejecución.

En esa línea, la implementación de una estrategia extraordinaria para cautelar el derecho a la salud e impulsar la vacunación para afrontar la emergencia sanitaria requería de recursos presupuestales orientados a dicha finalidad. No obstante, en los informes emitidos por la entidad, se identificó que la insuficiente disponibilidad presupuestal como una de las dificultades que limitaba las medidas de respuesta, la atención a la salud y la pronta inmunización en las comunidades y localidades indígenas u originarias frente al COVID-19.<sup>145</sup>

Los resultados de la primera supervisión efectuada por la institución a la vacunación contra el COVID-19, en comunidades indígenas durante el 2021<sup>146</sup>, evidenciaron la falta de presupuesto específico para la vacunación, barrera que limitaba el desplazamiento de las brigadas a las comunidades que se ubicaban en zonas inaccesibles, sumado a las carencias de recursos por parte del personal de salud.

Asimismo, las organizaciones indígenas Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes (Fenamad), la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (Orpio), la Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (Conap)<sup>147</sup> y el Comando COVID-19 Indígena de Loreto, requirieron al Minsa una dotación

145 Defensoría del Pueblo (2020). Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPPI-PPI, “Evaluación de las medidas para la atención de la salud de los pueblos indígenas del Perú frente al COVID-19”. Disponible en: <https://bit.ly/3qU5OvN>. Asimismo, las recomendaciones dirigidas a las Diresas para la atención de la salud de los pueblos indígenas. Disponible en <https://bit.ly/2U5VtBO>.

146 Los resultados de la supervisión se encuentran en nueve informes institucionales. Disponibles en: <https://acortar.link/q2oDbM>.

147 Los pedidos de las organizaciones fueron trasladadas a la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Minsa, mediante oficio n.° 027-2021-DP/AMASPPI-PPI, del 27 de enero de 2021.

presupuestal que permita la contratación de agentes comunitarios en salud, para la vacunación contra el COVID-19.<sup>148</sup>

A raíz de ello, la Defensoría del Pueblo, solicitó a los ministerios de Salud y Economía y Finanzas adoptar las acciones necesarias para que se asigne y apruebe un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 para los pueblos indígenas, dados los retrasos para lograr la cobertura universal de la vacunación a este grupo de la población.<sup>149</sup>

Adicionalmente, si bien a través de la aprobación de planes o estrategias específicas en los años 2020, 2021 y 2022 se contó con presupuesto para financiar intervenciones de atención y prevención del COVID-19 en comunidades indígenas de la Amazonía; sin embargo, no se incluyó presupuesto para la atención específica de comunidades de la zona Andina. En el caso del presupuesto de las estrategias del 2021 y 2022, período donde se desarrolló la vacunación, este coadyuvó a la contratación de enlaces indígenas, combustible, entre otros insumos, en intervenciones realizadas en zonas rurales de la Amazonía.

Con relación a este punto, en las entrevistas realizadas, el personal de la microrred de salud de Datem del Marañón, Loreto, señaló lo siguiente:

*“Bueno, con lo referente al presupuesto de vacunación, quiero especificar que ha venido (...) no exclusivamente para pueblos indígenas, sino para vacunación (...) Este presupuesto se ha utilizado no solo para la población indígena. O sea, nosotros no estamos haciendo esa diferenciación entre mestizos e indígenas.”*

*Personal asistencial y/o administrativo de salud, Datem del Marañón*

A pesar de ello, algunos entrevistados resaltaron el presupuesto destinado al Minsa y los gobiernos regionales priorizados, en el Plan Amazónico, como una medida importante del Estado para la atención y prevención de la emergencia sanitaria en las comunidades.

148 Mediante Oficio n.º 55-08/04/2021-CCIL, del 8 de abril de 2021.

149 Estos pedidos se realizaron a través de la nota de prensa n.º 103/OCII/DP/2022, del 18 de febrero de 2022; el oficio n.º 088-2022-DP-AMASPP-PP, del 8 de julio de 2022, dirigido a la Secretaría General; y la nota de prensa n.º 430/OCII/DP/2022, del 9 de julio de 2022.

*“Por primera vez durante la pandemia hubo un plan diferenciado para población indígena que fue aprobado (...), por 74 millones y a partir de esa política específica de prevención y mitigación de COVID, durante la pandemia, ya se genera como una especie de primer piso para ir atendiendo a la población indígena (...) Pero no existía recursos (...) para la prevención a través de la vacunación en el territorio.”*

*Funcionariola del Minsa*

No obstante, en atención de las recomendaciones formuladas y los pedidos de las organizaciones indígenas, en el mes de octubre de 2022, el Ministerio de Salud aprobó el *Documento Técnico: Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022*,<sup>150</sup> cuya implementación contempló un presupuesto total de 3 millones 538 mil 455,00 soles, el cual coadyuvó a la vacunación.

De acuerdo con la estructura del presupuesto público destinado en el referido plan, este comprendía el financiamiento de diversas actividades, que serían ejecutadas por las unidades regionales. En el cuadro que sigue a continuación, se observa que, del total de presupuesto asignado, un 36 % (S/1,270,491.00) se destinó a la dotación de alimentos y movilidad local de las brigadas de vacunación, un 31 % (S/1,112, 964) a la adquisición de combustible, el 15 % (S/ 540,000.00) y 11 % (390,000.00) a la contratación y capacitación de enlaces indígenas, respectivamente; mientras que sólo un 5 % (225,000.00) para acciones de perifoneo y difusión en lenguas indígenas.

---

150 Aprobado por Resolución Ministerial n° 782-2022/MINSA, del 5 de octubre de 2022.

**Cuadro N° 132**

**Distribución presupuestal para la atención de la salud en pueblos indígenas de 11 departamentos**

Responsable	Actividades operativas	Monto
Diresas	Capacitación de los agentes comunitarios de las comunidades indígenas y originarias, en prevención de COVID-19, en lenguas originarias de 350 comunidades amazónicas.	390,000.00
	Contratación de servicio de perifoneo a nivel comunitario para socializar medidas de prevención, vacunación e intervenciones de brigadas de salud.	225,000.00
	Contratación de enlaces indígenas amazónicos.	540,000.00
	Dotación de alimentos y movilidad local para brigadas de salud intercultural.	1,270,491.00
	Dotación de combustible para garantizar el traslado de brigada de salud intercultural.	1,112,964.00
<b>Total</b>	<b>3,538,455.00</b>	<b>3,538,455.00</b>

Fuente: Resolución Ministerial N° 782-2022/MINSA.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

En la supervisión se advirtió que el presupuesto —finalmente aprobado en octubre del 2022— venía siendo demandado por las instancias locales de salud. Así, en el mes de setiembre, personal de la Red de Salud del Datem del Maraón de Loreto manifestó su preocupación por la insuficiente disponibilidad de combustible para el desarrollo de sus actividades, así como por la falta de personal para la conformación de brigadas de vacunación o para financiar sus respectivos viáticos y gastos de transporte. Como se advierte en las siguientes entrevistas.

*“(...) En el PIA nos ha venido 400 mil soles menos en lo que es combustible, pero eso sí, el combustible de lo que el año pasado costaba 11 a 13 soles máximo, ahora está a 23 soles la lubricada; porque nosotros no utilizamos combustible puro, sino lubricado con un aceite especial para los motores de dos tiempos.”*

*Personal asistencial y/o administrativo de salud, Datem del Maraón*

*“[Los] recursos no han sido continuos, han sido discontinuos. Hubo principalmente un presupuesto, luego no sé hasta finales de año y lo mismo este año. Entonces, en muchas comunidades la población ya aceptó vacunarse, ya quiere vacunarse, pero las brigadas no están llegando porque hay déficit de recursos humanos o no hay recursos para el combustible para el traslado de esas brigadas que necesitan sus viáticos, su alimentación.”*

*Funcionario/a del Minsa*

*“El personal es el factor clave, pero no es el único, ¿no? Porque también es cómo se usa este personal, qué posibilidades tiene ese personal de moverse, ¿no? De hacer una estrategia extensiva más allá de estar en el establecimiento, pero sin duda que es el punto uno, (...) que haya recursos humanos. Y eso no ha cambiado porque no se han llegado ni siquiera a los niveles de los recursos que habían antes de la pandemia, hubo un momento en el caso de los pueblos indígenas, con los recursos que se asignaron en mitad del 2020, de junio a diciembre. Ahí hubo recursos, pero después no.”*

*Exfuncionario/a del Minsa*

Por otro lado, con el presupuesto del *Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022* se financió la contratación de enlaces indígenas. De acuerdo con dicho plan, los enlaces eran personas indígenas conocedoras de la cultura y de una lengua nativa, así como del castellano, cuyo papel era importante porque actuaron como nexo entre la comunidad y el equipo de salud, principalmente en las brigadas de vacunación que ingresaban a comunidades.

En el siguiente cuadro se muestra información del presupuesto público asignado a 11 gobiernos regionales que tienen en sus territorios a población indígena amazónica (Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín, Ucayali y Ayacucho) por rubros de gasto, con la finalidad que refuercen sus intervenciones de vacunación.

**Cuadro N° 133**

**Distribución presupuestal para cada unidad ejecutora a nivel regional**

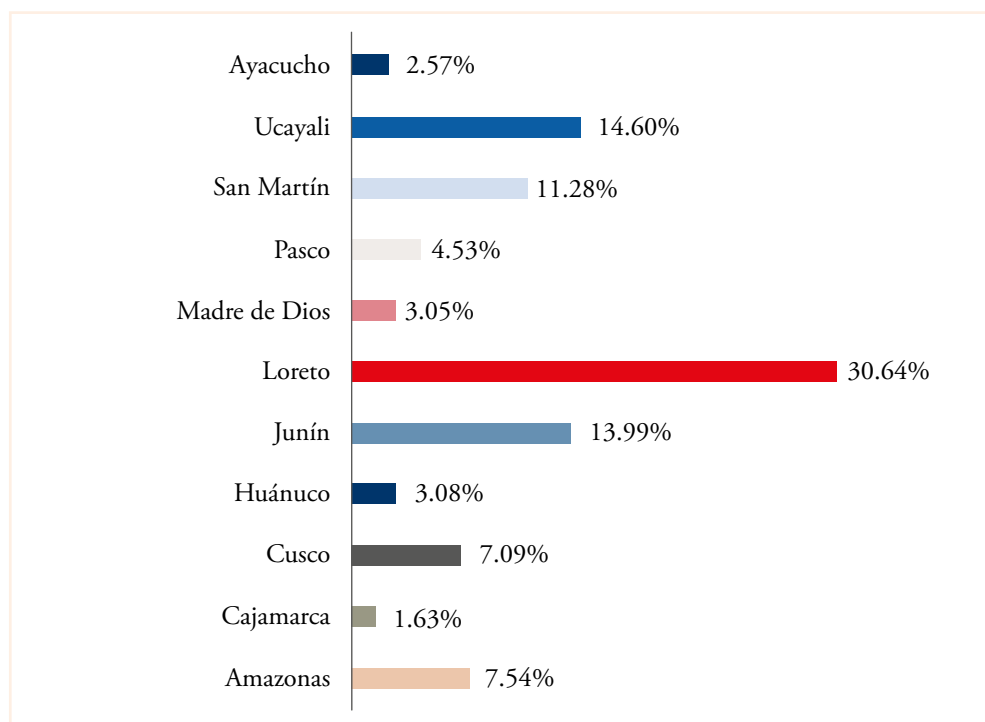
Región/UE/ microrred de salud	Capacitación para agentes comunitarios	Servicio de perifoneo	Contratación de enlaces	Viáticos (brigadas)	Gasolina	Total
Amazonas	S/.31,200.00	S/.18,000.00	S/.36,000.00	S/.89,216.00	S/. 92,262.00	S/.266,678.00
Cajamarca	S/.15,600.00	S/.9,000.00	S/.6,000.00	S/.14,255.00	S/. 12,922.00	S/.57,777.00
Cusco	S/.31,200.00	S/.18,000.00	S/.30,000.00	S/.78,435.00	S/. 93,239.00	S/.250,874.00
Huánuco	S/.15,600.00	S/.9,000.00	S/.24,000.00	S/.47,371.00	S/.13,086.00	S/.109,057.00
Junín	S/.62,400.00	S/.36,000.00	S/.72,000.00	S/.170,744.00	S/.153,776.00	S/.494,920.00
Loreto	S/.78,000.00	S/.45,000.00	S/.180,000.00	S/.420,870.00	S/.360,480.00	S/.1,084,350.00
Madre de Dios	S/.15,600.00	S/.9,000.00	S/.18,000.00	S/.39,536.00	S/.25,843.00	S/.107,979.00
Pasco	S/.15,600.00	S/.9,000.00	S/.18,000.00	S/.50,002.00	S/.67,707.00	S/.160,309.00
San Martín	S/.46,800.00	S/.27,000.00	S/.54,000.00	S/.133,618.00	S/.137,572.00	S/.398,990.00
Ucayali	S/.62,400.00	S/.36,000.00	S/.90,000.00	S/.197,933.00	S/.130,234.00	S/.516,567.00
Ayacucho	S/.15,600.00	S/.9,000.00	S/.12,000.00	S/.28,511.00	S/.25,843.00	S/.90,954.00
<b>Total</b>	<b>S/.3,538,455.00</b>					

Fuente: Resolución Ministerial N° 782-2022/MINSA.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, en el comparativo de los presupuestos asignados a cada gobierno regional, a algunos departamentos como Loreto se les asignó un monto importante del presupuesto total aprobado en el Plan de Intervención, con un 30.64 % (1,084,350.00), dicho departamento concentra una gran cantidad de comunidades nativas y severas dificultades para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Gráfico N° 29

### Distribución de presupuesto público para la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas de 11 departamentos



Fuente: Resolución Ministerial N° 782-2022/MINSA.  
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Como la transferencia de los recursos económicos fue realizada iniciando el último trimestre del año, el margen para su ejecución fue limitado y pudo haber tenido una repercusión no favorable en el cumplimiento de las metas previstas en el citado Plan y en el proceso de vacunación. Algunos actores entrevistados, refirieron al respecto:

*“Comienza muy bien la vacuna, pero luego hacia el mes de octubre, noviembre, septiembre todavía, cae el ritmo de la vacunación, justamente porque en ese tiempo se está negociando un Plan que permita potenciar con la contratación del gas y el combustible. Cuando ya nos asignan, hacia a fin de año, se incrementa muy intenso. Hacia el mes de diciembre llega a su pico y luego una vez que muere otra vez ese Plan va decayendo, claramente (...) va bajando. Y esto es justamente expresión de que estos recursos que se necesitan para combustible, para viáticos de personal, para información o comunicación en lengua originaria, este... combustible, movilidad, etcétera, o para perifoneo, no se tiene. Por eso venimos desde enero de este año tras este plan y no hay cuando se apruebe y eso afecta porque hay muchísima gente que, ok aceptó vacunarse, pero no está llegando la brigada porque no hay suficiente recurso humano, o en todo caso, si los hay, no existe combustibles, los viáticos y demás que son parte de la logística.”*


*Funcionariola del Minsa*

*“Hemos dejado pasar bastante tiempo, casi el año pasado hasta abril, a esas fechas ya tenían segunda dosis algunas. Entonces teníamos que haber continuado de acuerdo al intervalo de vacunación, pero lamentablemente no teníamos la logística ni para adquirir combustible, no teníamos para contratar y entonces eso nos ha jugado en contra, ¿no? Y a fin de año recién nos asignan un pequeño presupuesto para combustibles, y con eso nuevamente hemos reactivado con los establecimientos para poder salir y hacer campañas.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

Es innegable que la asignación y transferencia de dicho presupuesto coadyuvó a las campañas de vacunación en pueblos indígenas, lo que permitió incrementar los índices de vacunación. Sin embargo, la oportunidad en que se dispone del mismo afecta el desempeño estatal de las instancias descentralizadas de la gestión en salud, pues no permite una adecuada continuidad de las políticas públicas en la materia.

Por ello, una alternativa es que el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales con presencia de comunidades y localidades indígenas, elaboren una propuesta de asignación presupuestal por resultados. El presupuesto por resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales a bienes y servicios a resultados a favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles; siendo necesario el



compromiso de las entidades públicas, definir responsables, generar información, y rendir cuentas.<sup>151</sup>

De acuerdo al MEF, los programas presupuestales (PP) son instrumentos para programar las acciones de las entidades públicas orientadas a proveer productos (bienes y servicios) para lograr un resultado específico a favor de la población, contribuyendo con un objetivo de la política pública.<sup>152</sup> Según la estructura programática de los programas presupuestales de 2023 y 2024, no se ha consignado específicamente ninguno para mejorar la atención de los pueblos indígenas o la salud intercultural.

En ese marco, contar con una asignación presupuestal por resultados permitiría que se definan resultados específicos para solucionar problemas en materia de salud, dirigidos a la población indígena. Asimismo, que se introduzcan incentivos a las entidades por el logro de los resultados, para la reducción de brechas sociales en forma permanente.

---

151 La definición se ajusta a lo señalado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Puede consultarse en: <https://shorturl.at/bgqF5>

152 Ídem.

#### **4.4. Reforzar la difusión de información con pertinencia cultural en los pueblos indígenas.**


De acuerdo con la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, toda persona tiene derecho a ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en cuenta su idioma, cultura y circunstancias particulares. Asimismo, el Decreto Legislativo 1489, estableció acciones para proteger a pueblos indígenas durante la emergencia sanitaria, como la de difundir información en sus lenguas maternas.

Sobre el particular, la Defensoría del Pueblo exigió a las entidades estatales, vinculadas a la atención de salud, brindar información alusiva a la emergencia sanitaria en las lenguas indígenas. Durante la pandemia, esta información revistió de importancia para mantener alerta a la población indígena de las consecuencias de esta enfermedad.

Es innegable que el factor comunicacional tiene un gran impacto para que la población esté informada, lo que se evidenció en el marco de la vacunación contra el COVID-19, cuando se requería reforzar la difusión de información sobre este proceso, así como los beneficios de la vacuna, considerando el alto rechazo de la población indígena a dicho medicamento. Por ello era necesario no solo brindar información, sino también concientizar y sensibilizar a la población indígena.

Durante la primera supervisión defensorial al proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, se constataron dificultades en torno a la difusión de información. Entre ellas, se advirtió que las campañas de información en lenguas indígenas y originarias fueron insuficientes, razón por la que solicitamos que estas se realicen a través de los medios de difusión más utilizados por las comunidades, como radioemisoras locales y altoparlantes.

Por otro lado, el rechazo a las vacunas también limitó el avance del proceso de inmunización, debido al temor a sus efectos secundarios, la incertidumbre sobre su



calidad y efectividad, entre otros. A este le debemos sumar la percepción negativa de los servicios brindados por el Estado, las creencias religiosas, la preferencia por el uso de la medicina indígena y la información inexacta o falsa que se difundía sobre las vacunas.

Al respecto, un dirigente de una organización indígena nos manifestó lo siguiente:

*“La gente se empezaba a dar cuenta. Entonces es igual como, por ejemplo, dicen en agricultura que cuando cosechan un mango para que se madure le echan algún producto químico, algo así, la vacuna nos decían que es así parecido, porque de aquí a 20 años, de repente, la gente podía empezar a morir con cáncer, esas cosas, esa información hubo también.”*

*Dirigente de organización indígena*

Asimismo, personal de salud de la Red de Salud de Datem del Maraón señaló:

*“Todavía se sigue manteniendo los mitos de que es un chip que viene insertado en la vacuna, se te mete para que tengas un determinado tiempo de vida como la esterilización, que posiblemente de aquí a algunos años empiecen a presentar algunas enfermedades, eso ya viene programado con un único fin de exterminarnos.”*

*Personal asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Maraón*

Por su parte, algunos dirigentes comunales entrevistados corroboraron esta información, al mencionar que la población cuestionaba la calidad de las vacunas por su procedencia o a la rapidez de su desarrollo. También reportaron desconfianza a las intervenciones del Estado, por la situación de abandono en la que se encontraban los servicios de salud ubicados en sus comunidades y a la respuesta estatal tardía frente a la pandemia.

En algunos casos, los dirigentes entrevistados manifestaron que la población temía que se les aplicara la vacuna contra el COVID-19 sin su consentimiento, aprovechando algún otro procedimiento como, por ejemplo, a través de la vacunación regular, incluso pensaban que el personal de salud recibía algún incentivo económico por vacunarlos para alcanzar una determinada meta. A continuación, anotamos algunos testimonios que dan cuenta de lo referido:

*“De alguna manera ha influido el hecho de que cuando se inicia la pandemia acá, la respuesta del Estado fue tardía para ellos y ahí ha quedado una gran, cómo lo puedo decir, entre comillas herida por parte de la población, porque siempre que íbamos a hacer este tema de sensibilización el primer reclamo era ese, ‘pero si a nosotros nunca nos atendieron, nosotros nos atendimos con nuestras plantas medicinales, con eso enfrentamos el COVID’, entonces ya desde ahí nacía cierto rechazo ya no solo por la vacuna, sino también por el mismo sistema de salud.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Ni siquiera quieren la vacuna regular, porque pensaban que ahí le están colocando la vacuna de la COVID. Y lo que es peor, a una brigada de la zona candoshi les han tirado piedras o pepas de aguaje a la brigada que estaba llegando y la gente corría, ni siquiera quería colocarse el metamizol, porque pensaban que ahí estaba la vacuna del COVID-19.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

*“Nosotros para vacunar llegamos y dice ‘usted no sabe cómo salud, no te informan bien el Ministerio y de eso ustedes vienen para ganar, para ganar vienen, ¿cuántas personas van a vacunar? y ustedes ganan bien’ dice, pero nosotros no estamos ganando, estamos ganando de nuestro sueldo pero no estamos ganando por la persona, sino que la gente desconfía, ‘ustedes ganan por eso por eso nos están obligando a nosotros’, entonces no se puede vacunar.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

La presencia de algunas iglesias evangélicas también acrecentó el rechazo de la población, debido a que eran los propios miembros de estas iglesias los que se negaban a inmunizarse argumentando que su aplicación interfería con la voluntad divina respecto a su vida o muerte. Asimismo, la preferencia por la medicina indígena es otro de los factores que incidió en el rechazo a la vacunación.

*“Esa vez que fuimos con Caritas, el apu de esa comunidad de esa quebrada que va hacia dentro de los Candoshi, ha dicho que el pastor les ha hecho ver videos, de dónde obtendrán esos videos ellos, en la cual la vacuna le insertaba el código de la bestia.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

*“Con los docentes teníamos problemas, porque los docentes también son en su gran mayoría awajún. Entonces, ellos también a través de su llegada a la población,*

*a través de sus planes educativos también estaban distribuyendo comentarios no adecuados, o sea, no verdaderos acerca de la vacunación y eso generaba que obviamente el rechazo sea mayoritario.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Bagua*

Algunos entrevistados señalaron que las redes sociales (WhatsApp y Facebook) fueron las principales fuentes de información sobre la vacuna contra el COVID-19. Incluso en zonas sin acceso a internet había personas que descargaban estos contenidos durante sus visitas a las ciudades y luego los difundían en sus comunidades.

A esto se suma, aunque en menor medida, la difusión de mensajes sobre las vacunas mediante radios locales o de la televisión. Este hallazgo difiere de lo encontrado durante la presente supervisión, donde las microrredes de salud manifestaron haber realizado la difusión sobre la vacunación principalmente por radios, altoparlantes o través del diálogo directo con la población.

*“Ellos [la población indígena] muchas veces en sus celulares cargan alguna información cuando han salido alguna cabecera o vienen a San Lorenzo se pasan información por WhatsApp y hay videos donde hablan mal de la vacuna, quién se va a vacunar, por ejemplo, le están colocando un chip y esas cosas y ellos llegan con esa información y les alertan a todos y todos se asustan.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

*“Ellos [la población indígena] nos mencionaron esto que escucha bastantes cosas en el Facebook, donde los que podían tener un celular ahí conexión, ¿no? escuchaban mucho, porque allá llega más la radio y el Facebook, ¿no?, no hay mucha televisión. Dicen que ellos sí saben mucho escuchan muchos de ellos, pero ¿quién les responde sus preguntas?, ¿quién responde sus temores?.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

Según la información brindada por los entrevistados, no se habría identificado una estrategia de comunicación para pueblos indígenas de manera coordinada y articulada desde el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, debido a que estas iniciativas tenían como limitaciones la carencia de un presupuesto, la ausencia del enfoque intercultural en su diseño o la omisión de aspectos como la identificación de actores clave en la difusión de información sobre la vacunación (por ejemplo, las iglesias evangélicas).

*“No hay un plan comunicacional con enfoque intercultural desde la Diresa, no tienen las redes de salud, o sea, me refiero a las provincias, ¿eh? No tienen un plan comunicacional, en los distritos menos, en los puestos de salud tampoco. O si lo tienen, lo tienen en la cabeza, pero un plan comunicacional financiado menos, con esto de intercultural mucho menos.”*

*Funcionariola del Minsa*

*“Por el lado del Minsa es muy poco lo que hay, básicamente si hay alguna iniciativa local es bien débil, no se abordan algunos temas críticos, por ejemplo, en zona amazónica, uno de los factores contra la vacunación son los grupos evangélicos.”*

*Ex funcionariola del Minsa*

Por su parte, el Ministerio de Cultura desempeñó un rol importante en el proceso de elaboración y traducción de contenidos comunicacionales como spots radiales, afiches y videos) con mensajes para fomentar el esquema completo de vacunación y para responder a algunos temores sobre las vacunas en lenguas como el aimara, el ashaninka, el awajún, el shawi, el ticuna, el shipibo-konibo y el quechua (en las variantes wanka, de Áncash y de Cusco-Collao). Si bien esta estrategia informativa en lenguas indígenas fue valiosa para una comunicación intercultural, resultó insuficiente para cubrir a toda la población indígena, andina y amazónica, quienes no fueron incorporados en este proceso.

De las entrevistas realizadas, se destaca que se han elaborado también materiales informativos lingüísticamente pertinentes a nivel regional (sean Diresas/Geresas, redes de salud, establecimientos de salud u otras) o por las propias organizaciones indígenas, en alianzas con organismos públicos y privados.

*“GIZ ha invertido en eso [la difusión de información sobre la vacunación] dando en USB, traducido en 9 idiomas originarios, se han entregado en USB para que puedan ponerlos en los parlantes de la comunidad.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

*“La Municipalidad nos apoya, por ejemplo, con los medios de comunicación. A veces nos grababa spots en el dialecto awajún para poder masificarlos en las actividades que nosotros damos o distribuimos a los apus para que ellos también pongan en sus parlantes que tienen sus comunidades.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Bagua*

Un aspecto positivo que debemos resaltar, en la línea de lo sugerido por la Defensoría de Pueblo, es que fueron priorizados los materiales audiovisuales sobre otros tipos, tomando en cuenta que la oralidad prevalece en las comunidades y la facilidad con que pueden ser difundidos empleando medios locales, megáfonos, altoparlantes o las radiemisoras de la localidad, como es recogido en los siguientes testimonios:

*“Cada agente comunitario de las comunidades indígenas tiene un megáfono para hacer la difusión de estos mensajes en el idioma, también en algún momento se han entregado altoparlantes, megáfonos, entonces, ahí ellos principalmente son nuestros aliados.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

*“Como ahora todos usamos internet celulares, por los grupos de WhatsApp se les envía también a ellos y también ellos lo hacen, en las radio emisoras locales también se les manda para que las radios de emisoras locales lo puedan pasar, no utilizamos mucho los medios de los centros de salud a pesar que hay tecnología porque como ustedes han visto hoy la gente va al consultorio y ya no mira la televisión de ahí, sino está mirando su celular, entonces el audio te va a llegar más porque tú revises tu celular.”*

*Funcionariola del Minsa*

Otra de las estrategias valoradas por algunos entrevistados fue el diálogo intercultural, que, como mencionamos previamente, fue promovida por el Censi en diferentes regiones del país.

*“En las zonas indígenas recuerdo mucho que sí se reconoce el diálogo por la importancia o porque ahí el Censi tuvo participación de posicionar el diálogo como estrategia importante para abordar a la población indígena.”*

*Ex funcionariola del Minsa*

*“Primero hablar con el Apu y si había un pastor, ya sea de cualquier tipo de religión, acompañaba al Apu y el pastor y este y su junta. Llegábamos y les decíamos que desde el tema de la vacunación, les explicábamos, o primero yo le preguntaba qué saben de la vacuna, si su población quiere vacunarse o no, entonces ahí empezaban ellos a decir que no quieren más vacunarse por el temor del chip, y todo eso, todos los miedos que tenían. Entonces, primero le hemos escuchado a ellos y luego ahí empezábamos nosotros, cuando digo empezábamos porque estábamos con el equipo de la brigada para la vacunación en ese sentido*

*para traducir la información llevábamos a un traductor, para decirles de qué se trata la vacuna, qué vacuna se va a poner y qué efectos trae la vacuna con el dolor y todo eso, ¿no? Ahora todo lo que ellos están pensando yo les voy a aclarar.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

Cabe precisar que también se ha reconocido la importancia de la participación indígena en las acciones de concientización sobre el proceso de vacunación, a través de las organizaciones indígenas, autoridades comunales y/o agentes comunitarios de salud.


*Hablábamos con el Apu, porque cada anexo tiene su Apu. Entonces se quedaba, “señor tal, vamos a intervenir tal día, queremos que toda su gente se reúna en el local comunal y quedábamos ahí a esa hora”. Claro que no se reunían ahí todos, pero sensibilizaban, y a veces ya nos tocaba ir casa por casa con la vacuna, y ya también casa por casa se sensibilizaba.*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

Además, se identificó que los agentes comunitarios de salud tuvieron un rol importante en la vacunación, debido a su estrecha relación con la población, que permitió que los mensajes sean difundidos a través del diálogo abierto (boca a boca), cooperando adicionalmente con la organización de los ingresos de las brigadas a las comunidades.

En la supervisión también se identificaron algunas estrategias para impulsar la vacunación, a través de incentivos, así en la provincia de Condorcanqui en Amazonas la Red de Salud, en coordinación con autoridades locales, organizó un campeonato de fútbol mixto con premios en efectivo para el equipo ganador, estableciendo como condición para participar que los participantes cuenten con el esquema completo de vacunación contra el COVID-19. Ello, según la información obtenida, mejoró las cifras de personas vacunadas, por lo que involucrar a la población local a través de dinámicas sociales o recreacionales constituye una estrategia a considerar y replicar.

Para la Defensoría del Pueblo la difusión de información respecto a cualquier estrategia de intervención estatal, vinculada al servicio de salud brindado a los pueblos indígenas, requiere y exige una adecuación no solo a la realidad cultural y lingüística de las comunidades campesinas y nativas sino también a sus dinámicas sociales, económicas y hasta recreacionales. Asimismo, es fundamental que la



información sea difundida por canales comunicacionales de fácil acceso para las comunidades, por lo que debe garantizarse el uso de altoparlantes y mayor presencia de radios locales en territorios indígenas.

Complementariamente, consideramos que las estrategias comunicacionales del Estado, dirigidas a la población indígena, requieren la participación de sus organizaciones representativas, inclusive para el proceso de elaboración de los materiales didácticos y los audiovisuales, porque permite incorporar la mirada desde la cosmovisión indígena en este tipo de materiales, lo que coadyuva en la consecución de los fines previstos en la intervención estatal.

Finalmente, es importante que se realice una evaluación temporal de la implementación de las políticas públicas, así como de las estrategias comunicacionales utilizadas en las comunidades, debiendo adaptarlas a las dinámicas de las propias comunidades, para lograr una mayor atención e involucramiento de la población objetivo.

## 4.5. Sobre las necesidades en infraestructura, capacidades logísticas y dotación de medicamentos.

La prestación de los servicios de salud a la población indígena históricamente ha sido caracterizada por la falta del servicio en la mayoría de comunidades,<sup>153</sup> mientras que en las pocas que cuentan con este servicio, se evidencian carencias y precariedad de su infraestructura, de su capacidad logística y financiera, de recursos humanos y otras limitaciones que ha conllevado a que los servicios no sean de calidad ni se brinden con pertinencia cultural, afectando el goce irrestricto del derecho a la salud. Este tema fue analizado por la Defensoría del Pueblo en el Informe Defensorial N° 169, denominado “*La defensa de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*”.<sup>154</sup>

Ahora bien, en el marco de la presente supervisión se pudo advertir que las necesidades en cuanto a la infraestructura, capacidades logísticas y dotación de medicamentos en el servicio brindado a las comunidades, continúa siendo deficiente, como se aprecia a continuación:

*“Problemas [hay] un montón. En primer lugar, como institución; [se requiere] uno, el apoyo de la Red, porque supuestamente la Red dice que nos da facilidades, y eso es mentira; dos, la logística, es cierto que te dicen, mira tienes que hacer acá tus actividades, pero no hay logística y cómo las haces; tres, la infraestructura, que no ayuda, nosotros supuestamente estamos en el [local] mejorado, en el bueno, que no es así. Si usted ve ese módulo, que ya tiene 4 años, que ya se está desarmando, que era provisional, este módulo para COVID que también era provisional, nada más tenemos.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui.*

153 Según el III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas 2017, solo el 39 % (2,724) de las comunidades nativas y campesinas censadas declararon contar con un establecimiento de salud dentro de su territorio. Analizado por tipo de comunidad se observa que el 44 % (1,859) de las comunidades campesinas cuenta con un centro de salud, mientras que en las comunidades nativas la cifra es menor pues sólo el 32% (865) declaró contar con un uno.

154 Disponible en: <http://tinyurl.com/mx5272c2>

*“Otra consulta Apu ¿La gente, los pobladores de Kusu Kubaim confían en las medicinas del puesto de salud o prefieren de la farmacia o prefieren sus plantas?”*

*“Sobre eso voy a decir, si confiamos, el problema es que la medicina no es suficiente. Ahí nos reclaman, todos los comuneros, vacuna por qué viene, porque no vienen [las] medicinas.”*

*Dirigente y/o Comunerola, Condorcanqui.*

Las citas precedentes ilustran la situación de salud en las comunidades indígenas, en particular de la Amazonía. Se advierte la necesidad de contar con instalaciones funcionales, que cuenten con equipamiento adecuado e insumos suficientes para las labores del personal de salud.

Sobre el particular, de acuerdo con el diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector, elaborado por el Ministerio de Salud (2021), el 97 % de los 8531 establecimientos del primer nivel de atención presentaban “... *capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.*” En Loreto, Ucayali, Madre de Dios y Amazonas, que albergan la mayoría de los pueblos indígenas amazónicos, la situación es más crítica, ya que esta situación alcanza al 100 % de los establecimientos.

Asimismo, en el referido documento se identifica la necesidad de implementar 1791 nuevos establecimientos de primer nivel. Al respecto, la Defensoría del Pueblo señaló que “... *no se cuenta con establecimientos de salud debidamente abastecidos y/o en óptimas condiciones para garantizar un servicio de salud de calidad, ni con medios de transportes que permitan que sus miembros reciban una pronta atención de salud*”,<sup>155</sup> por lo que solicitó la urgente necesidad que desde el Estado se atienda este problema. Estos aspectos son de especial interés en la supervisión realizada, por lo que serán desarrollados a continuación:

---

155 Oficio Múltiple N° 001-2022-DP/AMASPPI-PPI, del 11 de marzo de 2022, dirigido al Minsa.

### *a) Infraestructura y servicios públicos básicos<sup>156</sup>*

Como se ha señalado en el capítulo 3, con relación a la disponibilidad del servicio básico de agua potable, de la supervisión efectuada a las microrredes de salud, se advirtió que 402 de sus establecimientos de salud no contaban con este servicio. En cuanto al servicio de internet, 385 establecimientos de salud indicaron no contar con este servicio.

Esta situación contraviene la Norma Técnica de Salud (NTS) denominada “*Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención*”,<sup>157</sup> que establece las necesidades de infraestructura y equipamiento de cada unidad prestadora de servicio del primer nivel. Esta NTS detalla el diseño arquitectónico y estructural, de las instalaciones sanitarias, eléctricas y de las instalaciones mecánicas de todos los establecimientos de salud.

Aunque la presente supervisión no se centró en el cumplimiento de dichos estándares de infraestructura, sí se pudo recoger las percepciones y preocupaciones del personal de salud del primer nivel de atención y de quienes se atienden en dichos establecimientos de salud, algunos de los cuales anotamos a continuación:

Los testimonios obtenidos en esta supervisión dan cuenta de esta situación.

*“El establecimiento sí tiene agua y desagüe, pero el agua no es constante por el momento. Luz no tenemos, energía eléctrica no tenemos, todo trabajamos con paneles solares o motor. Internet no cuenta, porque el internet es algo privado de nosotros, no es del puesto de salud, es algo que nosotros hemos puesto por la prioridad de nosotros que tenemos que contactarnos a veces.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

156 En este punto se considera únicamente lo relacionado al servicio de agua potable e internet, lo concerniente al servicio de energía eléctrica se desarrolla junto a cadena de frío.

157 La Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01, fue aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 045-2015/MINSA, del 27 de enero de 2015.

*“Porque eso necesitamos nosotros...por ejemplo, acá no te pueden hacer una operación, ni de la apendicitis. Tenemos que viajar a Bagua. Y si en Bagua no hay, te llevan a Chiclayo o a Jaén. Y hasta ese tramo para llegar allá el paciente viene en bolsa, embolsado viene.”*

*Dirigente y/o Comunero/a de la provincia de Bagua*

Los entrevistados, en términos generales, reclaman por las condiciones estructurales y arquitectónicas de los espacios donde laboran, la ausencia de fluido eléctrico, las malas condiciones de los sistemas de agua y desagüe y la falta de conectividad, entre otros.

*“Nosotros contamos con un puesto de salud nuevo que le llamamos, así lo hemos nombrado. Está ubicado este a la margen derecha de la plaza, de la canchita de fútbol, pero la infraestructura es pésima, las paredes rajadas, todo está hecho con material de baja calidad.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Lo que respecta a la energía eléctrica, estamos con un grupo electrógeno que funciona 19 horas y 3 horas le damos un receso como para que ese equipo pueda tener un tiempo de descanso y se pueda enfriar y no tener la sobrecarga y quedarnos sin generador. Actualmente, solo contamos con uno, pero hay tres. Dos de ellos necesitan reparación y el otro que lo revisen, si realmente sirve o si hay que darle de baja (...).”*

*“Lo que respecta al agua, tenemos el agua de pozo perforado, es un pozo artesano, que funciona a través de una bomba y llenamos los tanques y se hace la distribución a todas las áreas. No tiene potabilización. En cuanto al desagüe, es una red que antiguamente se ha hecho con la municipalidad y ahí va la parte del desagüe, que también, ya en ocasiones cuando, sobre todo, hay bastante lluvia, como que eso emana malos olores, porque, de repente, necesitan hacer unas purgas, una limpieza (...).”*

*“El internet nos provee la Red a través de como una repetidora y, realmente, la calidad no es tan buena, no sabría decirle de cuántos GB tenemos, pero nos demora bastante descargar algunas informaciones al igual que enviar, ¿no?”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

La necesidad de construir, reparar y mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud de primer nivel, que se ubican en comunidades campesinas, nativas y otras localidades indígenas, es un pendiente que el Estado ha diagnosticado, pero no ha atendido. Según la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, los Estados cumplen con proteger el derecho a la salud cuando sus servicios son disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, en el caso de las comunidades indígenas, debe adicionarse el enfoque intercultural.

La supervisión efectuada y las entrevistas realizadas, reafirman el olvido histórico del Estado hacia las comunidades. La precaria situación de los establecimientos de salud de primer nivel ha sido duramente afectada con la pandemia, por lo que consideramos que se deben priorizar, en las comunidades indígenas y en las zonas rurales más alejadas, medidas específicas de atención, procurando mejoras a corto, mediano y largo plazo, en todos los niveles de los servicios de salud.

### ***b) Condiciones logísticas: la falta de combustible***

Anotamos a continuación una necesidad que ha sido advertida en los resultados de la supervisión, la falta de combustible. Con el presupuesto otorgado en los planes de atención de 2021 y 2022, se llegó a cubrir parte del costo del combustible, sin embargo, este no fue suficiente, como se recaba en las entrevistas a personal de salud:

*“En el caso de Loreto recuerdo mucho que (...) nosotros seguíamos vacunando y nos faltaban [vacunas] y Loreto tenía sus vacunas ahí guardadas. Ponte que tenían 100 mil vacunas en un momento de pandemia y no las sacaban, las tenían guardadas en su cadena de frío, porque no tenían dinero para el combustible, dinero para entrar a atender en las comunidades.”*


*Exfuncionario/a del Minsa*

*“(...) En cuanto a logística, la logística es pésima acá. Por ejemplo, si bien es cierto, nosotros tenemos un gasto de combustible para dirigirnos, quizás, a las demás IPRESS y aparte de nuestros anexos, pero cuando se nos da combustible por parte de la Red, no se nos considera el transporte del combustible, la llegada del transporte acá y el transportar el combustible a nuestros puestos, eso no se nos considera.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Mi mayor problema ahora es el combustible, yo estoy ya dos meses y no hay combustible y sinceramente no puedo movilizarme porque para movilizarme tengo que tener combustible.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Bagua*



El transporte fluvial es el principal medio de transporte en la Amazonía. Es imprescindible que la planificación de cada establecimiento de salud considere las características geográficas de su jurisdicción, considerando el combustible necesario para su funcionamiento. En la supervisión los y las representantes de varias microrredes de salud, señalaron sus preocupaciones al respecto. En la microrred Intuto (provincia y región Loreto) el traslado de las vacunas desde Nauta hasta la Ipress demora aproximadamente un día y medio; en la microrred Raymondi (provincia de Atalaya, región Ucayali), el 70 % de las comunidades indígenas que atienden solo tienen acceso por vía fluvial, por lo que es prioritario contar con combustible para los botes y/o chalupas donde se trasladan las brigadas.

Las chalupas o botes son los vehículos más tradicionales en los ámbitos amazónicos, aunque existen establecimientos de salud que no cuentan con ellos o si es que las tienen se encuentran en desuso por falta de mantenimiento. En la supervisión realizada en Loreto y Amazonas, evidenciamos que la mayoría de las microrredes cuentan con estos vehículos. No obstante, sin la disposición de combustible para su funcionamiento, muchas comunidades quedan imposibilitadas de ser beneficiadas de los servicios de salud.

En ese sentido, la necesidad de garantizar presupuesto suficiente para asegurar la dotación de combustible debe ser una de las prioridades del sector Salud, para la atención de las brigadas que ingresan a las comunidades, ya sea en las campañas de vacunación regular como en toda intervención de salud. Además, los planes y estrategias de atención deben visibilizar la necesidad de comprar y/o reparar los vehículos de transportes de los establecimientos a fin de cumplir sus labores sin dificultades, recorrer las comunidades y de esa forma garantizar el acceso a la salud de su población.

### *c) Medicamentos*

Un problema recurrente durante la supervisión realizada fue la constante mención a la ausencia de insumos esenciales, como los medicamentos. Por ejemplo, es ilustrativo lo advertido en la Red de Salud Datem del Marañón, donde el servicio estatal constituye la oferta única para la atención de la salud de las personas. El equipo de gestión de la Red nos informó sobre las dificultades para la adquisición de paracetamol durante la pandemia, siendo que es uno de los

pocos medicamentos prescritos para diversas afecciones. Al respecto, anotamos los siguientes testimonios:

*“El año pasado ingresó en el mes de enero... no, en marzo un presupuesto para el SIS a nombre del Datem del Maraón, un presupuesto de 2 millones 98 mil. Ese presupuesto lo jaló Cenares, justamente, para hacer las compras de medicamentos. Eso ocurre en todos los lugares, Cenares es una bolsa. Por decir, si nosotros como institución compramos 20 millones de paracetamol, ellos compran 100 millones, 80 millones para distribuir a todo el Perú. (...) Era octubre y no llegaban los medicamentos. Nosotros habíamos hecho compras institucionales y tuvimos una reunión a tanto reclamo. El director de Cenares nos dijo que ellos iban a ver, que no había problema. Luego hubo otra reunión, que tenemos grabada, donde nos dijeron que realmente no conseguían los proveedores para poder comprar los medicamentos (...).*

*Finalmente, nos dijeron que no iban a poder comprar, que no tenían. Entonces nosotros le dijimos: si ustedes no pueden comprar, nosotros sí podemos. Mándenos ese presupuesto para nosotros hacer las compras de los medicamentos, pero ¿qué hicieron? muy particularmente a eso, nos dijeron que no podían mandar, que igual iban a comprar unas cosas, terminaron mandando solo algodón. Ya en el mes de enero, nos dijeron que el dinero se había revertido (...).*

*Y lo más grave es que nosotros tenemos una particularidad en esta zona, no tenemos Essalud, no tenemos clínicas privadas, la única farmacia de que se dispone es el puesto de salud o en el centro de salud. [Si] vas al hospital en cualquier otra ciudad y el SIS te saca una lista y te dice: “Eso tengo, eso no tengo, eso lo compras” (...). Pero, aquí no le puedes decir al poblador en extrema pobreza eso, porque, para empezar, es población indígena, lo primero que va a hacer es llamar al Ministerio de Salud diciendo: (...) la Red no nos da medicamentos. Imagínese, o sea, que no nos hayan enviado paracetamol que es básico, en malaria, en todo tipo de tema febril. Nos dijeron “El dinero se revirtió”, y ya no podemos hacer nada nosotros (...).*

*Haciendo cuentas, nosotros comprábamos, o teníamos, 100 mil paracetamoles, o sea, hablo de las tabletas. Por decir, 100 mil paracetamoles, son 15 tabletas que le tienes que dar a cada paciente, porque está con fiebre, dolor, es un promedio. Son, son 3 tabletas diarias por 5 días, son 15 tabletas más o menos, o sea, 100 mil tabletas dan más o menos para 6 mil 600 personas. O sea, básicamente acá tenemos 72 mil personas. Yo he tenido COVID-19, a mí me ha dado fiebre y yo me imaginaba en las comunidades con fiebre a esa gente, cómo le calmas la fiebre si no tienes Paracetamol.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Maraón*

*“Y para la fiebre siempre nos ayudamos del paracetamol, pero difícil nos querían atender de la posta porque ellos ya estaban cerrados.”*

*Dirigente y/o Comunerola, Datem del Maraón.*

Similar situación se reportó en la provincia de Condorcanqui:

*“Cuando tenemos se le da el tratamiento completo, y si no hay, tratamos de racionar. Porque sabemos...porque la misma Red nos dice “no va a llegar el medicamento hasta...” digamos que nos salga a decir hasta el mes de marzo, ¿qué hacemos con todo eso? No lo vamos a gastar hasta diciembre, tratamos de hacer que se logre, o los más importantes, guardarlos hasta el final.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui.*

*“El problema es que la medicina no es suficiente. Ahí nos reclaman, todos los comuneros: “¿Vacuna por qué viene? ¿Por qué no viene medicinas?”. Ahí nos quejan a nosotros, siempre vienen, hasta ahora ha habido tres meses y sin medicina estamos sin nada. Entonces, donde ellos van a acudir, entonces si no tienen plata no se van a la farmacia.”*

*Dirigente y/o Comunerola, Condorcanqui.*

## 4.6. Sobre las cadenas de frío y la falta del servicio de energía eléctrica en las comunidades.

La cadena de frío es el conjunto de procedimientos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunológica de las vacunas desde su fabricación hasta su adjudicación.<sup>158</sup> De manera específica, consiste en una serie de equipos de refrigeración que permiten almacenar las vacunas a temperaturas recomendadas mientras se transportan y distribuyen a sus destinos finales, con el fin de mantener su eficacia.<sup>159</sup>


En el presente acápite, se abordará un extremo de la cadena de frío, esto es su operatividad en los establecimientos de salud que atienden a población en zonas rurales.

Según señala el Minsa, el éxito de un programa de vacunación depende no solo de que las vacunas hayan sido correctamente fabricadas, sino que se cumplan rigurosamente las normas de almacenamiento, transporte y conservación, de manera que las vacunas (biológicas) lleguen al usuario de salud en condiciones óptimas. Por ello, se han estandarizado los procesos en esta cadena, de acuerdo con las disposiciones de la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo de la cadena de frío en las inmunizaciones.

De acuerdo a la NTS, los elementos que componen la cadena de frío son los recursos humanos (personal profesional y técnico debidamente capacitado en vacunas y cadena de frío a nivel de establecimientos de salud), los recursos financieros (que aseguran el funcionamiento ininterrumpido de los equipos y las actividades de mantenimiento), la infraestructura (los lugares de almacenamiento deben tener condiciones técnicas apropiadas de áreas físicas y del sistema eléctrico) y el equipamiento para cada cadena de frío.

158 Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA, del 27 de junio de 2017, que aprueba la NTS N° 136-2017/DGIESP Norma Técnica de Salud para el manejo de cadena de frío en las inmunizaciones.

159 (OPS: 2022). Fortaleciendo las operaciones de cadena de fríos: una misión para llevar vacunas a los lugares más remotos. Puede consultarse en: <https://rb.gy/6z3c2>.



A nivel local, la cadena de frío está constituida por el vacunatorio que se encuentra en los establecimientos de salud, donde se realizan las acciones de vacunación. Estos deben contar con equipos frigoríficos especiales precalificados para conservar vacunas; refrigeradores *ice lined* eléctrico y/o solares, sistema de alarma electrónica, grupos electrógenos necesarios para la conservación segura de las vacunas por un período corto de tiempo (máximo 2 meses).

En la supervisión se ha advertido que existen dificultades para el cumplimiento de lo establecido, debido a la lejanía de los establecimientos de salud, por lo que corresponde al Estado adoptar las medidas conducentes a superar las deficiencias que no permiten contar en dichas zonas con las cadenas de frío bajo los parámetros dispuestos por la norma técnica de salud.

Respecto a los recursos humanos, en la supervisión se pudo advertir que algunos establecimientos de salud contaban con insuficiente personal para la atención de la vacunación contra el coronavirus. Por ejemplo, en las microrredes de Galilea e Imaza en Amazonas, las microrredes de Angamos, Intuto y Pastaza en Loreto, y las microrredes de Campo Verde y Sepahua en Ucayali.

En cuanto al presupuesto requerido para mantener la cadena de frío, en diversos establecimientos de salud supervisados, se advierte falta de recursos, como el caso de las microrredes de Anta y Camisea en Cusco, las cuales indicaron que no recibieron presupuesto, al igual que Andoas y Pastaza en Loreto, y Codo del Pozuzo y Puerto Honoria en Huánuco, entre otras.

Tratándose de infraestructura y equipamiento, el principal problema que es prácticamente un común denominador en la Amazonía es la falta de energía eléctrica, lo que incide directamente en el funcionamiento de los equipos que mantienen la cadena de frío por lo que dependen del uso de un equipo electrógeno, sumado a la carencia de áreas físicas adecuadas para la ubicación de los equipos de refrigeración.

En la supervisión, se ha podido constatar que en 37 establecimientos de salud de las microrredes supervisadas en Amazonas, Huánuco, Pasco, Madre de Dios y Ucayali no cuentan con equipos de refrigeración. Esta situación pone en riesgo inminente la conservación de las vacunas, más aún si el 71 % de los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas no cuentan con equipos electrógenos. Así, en Junín

se supervisaron 10 microrredes de salud, que cuentan con 91 establecimientos que atienden a población indígena, siendo que solo el establecimiento de Cuyani (Chanchamayo) indicó contar con este equipo.

Por otro lado, en la supervisión se encontraron establecimientos de salud donde no se habría realizado el mantenimiento preventivo y correctivo a sus equipos de refrigeración, lo que eventualmente podría producir una ruptura de cadena de frío si estos alteran su normal funcionamiento. Una vacuna conservada por encima o por debajo de la temperatura recomendada puede perder parte de su eficacia, dejando a la población en riesgo de padecer enfermedades prevenibles. La vacuna aplicada en estas condiciones no garantiza la inmunización de la persona.

En suma, los establecimientos de salud de las zonas rurales o los ubicados en comunidades indígenas carecen de condiciones adecuadas para garantizar la cadena de frío y conservar adecuadamente los biológicos, por lo que se requieren urgentes medidas correctivas para asegurar su adecuado funcionamiento. El tema presupuestal también es un factor que debe visibilizarse, sin recursos los traslados de las vacunas y del personal destinado a inmunizar no es posible, poniéndose en riesgo la atención a la población de las zonas más remotas del país.

Complementa el servicio la coordinación entre el sistema de salud no indígena e indígena, la cual debe fortalecerse, considerando además la valoración cultural. Para ello, garantizar la participación de los agentes comunitarios de salud de las comunidades o los enlaces indígenas (figura implementada en la pandemia) también es una tarea fundamental, pues inciden en la recuperación de la confianza en el servicio brindado por el Estado.

## 4.7. Mejorar la dotación y formación de profesionales de salud con competencia técnica e intercultural

En la supervisión se ha podido evidenciar que los recursos humanos resultan insuficientes para la atención de la salud y vacunación en comunidades indígenas, como veremos a continuación:

*“Entonces, el recurso humano siempre fue una de las prioridades que tuvimos, sacamos varios decretos supremos, varios decretos legislativos, más que todo decretos y resoluciones supremas para poder dotar de recursos adecuadamente a las regiones. Como digo, siempre es insuficiente, porque además de dónde vamos a sacar más enfermeras, no teníamos, tuvimos que sumar incluso personal de la Marina, de la Policía principalmente, y aun así en algunos momentos tuvimos una sobrecarga de trabajo.”*

*Ex funcionario/a del Minsa*

*“(…) Acá hablando de la posta médica de mi zona, no cuenta con buenos equipos médicos. No contamos con un buen doctor, no contamos con un buen psicólogo, no contamos con un buen pediatra, no tenemos pediatra acá, nada. Tengo que viajar hasta Jaén para recién tener una cita con un pediatra. Nos hace mucha falta y piensas en aquel momento, señor, en esos momentos quién nos iba a atender a nosotros.”*

*Dirigente y/o Comunerola de la provincia de Bagua*

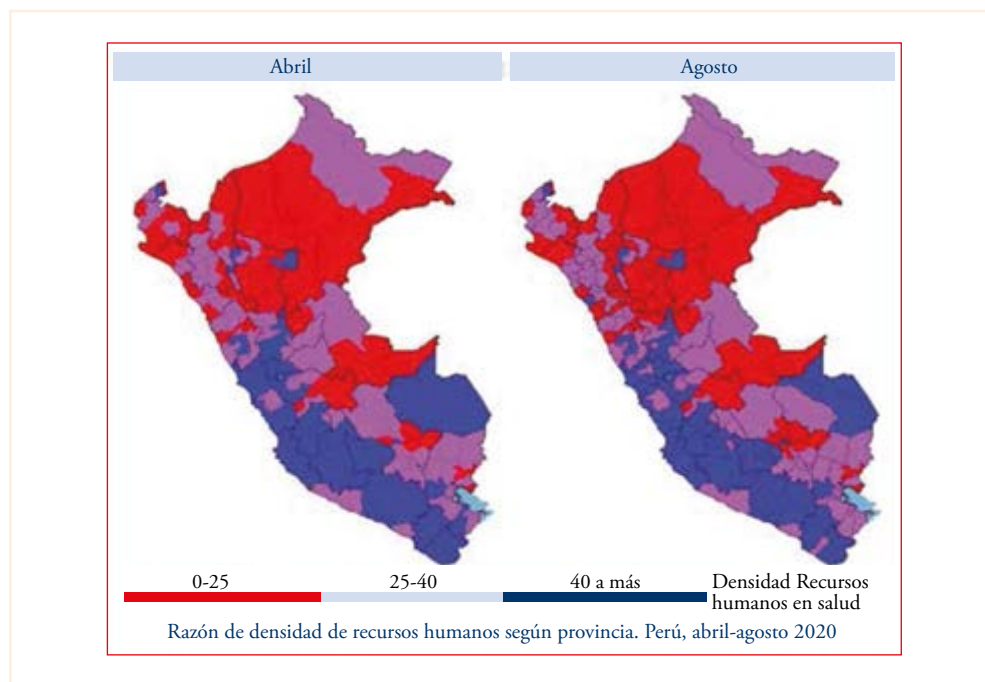
Esto coincide con el trabajo de Murillo Peña<sup>160</sup>, quien identifica que las provincias de mayor presencia de población indígena son las que tienen menor densidad de recursos humanos.

---

160 Murillo-Peña J, Mendoza Arana P, Rojas-Mezarina L, Huamán Angulo L, Peralta F, Riega-López P, et al. Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril – agosto 2020. An Fac med. 2021; 82 (1):5-12. DOI: <http://tinyurl.com/dtmxc4e7>.

Gráfico N° 30

Razón de densidad de recursos humanos según provincia  
Perú, abril-agosto 2020



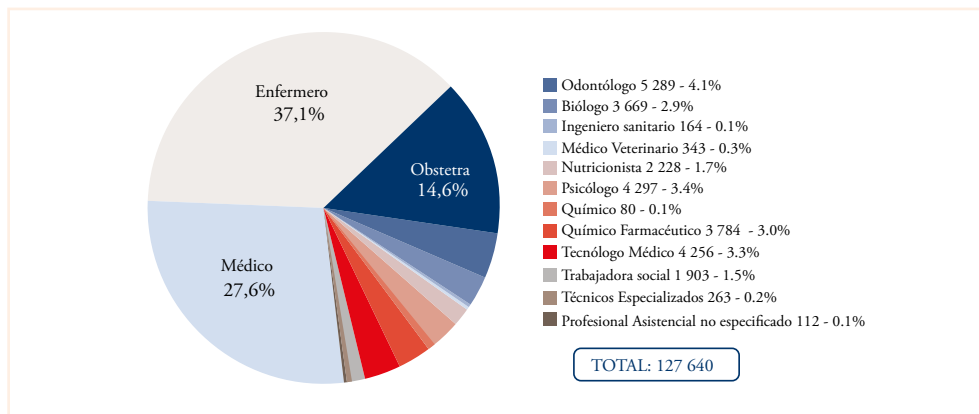
Fuente: Artículo “Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020”.

Durante la supervisión defensorial se identificó que la atención de la vacunación suele recaer principalmente en los profesionales de enfermería y en el personal técnico de los establecimientos de categoría I-1 y I-2, quienes tienen una mayor carga laboral. Esta información se corrobora con las estadísticas del Minsa<sup>161</sup>, quien señala que la presencia de personal asistencial es mayor en establecimientos de salud de categorías I y II (Gráfico N° 32).

161 Ministerio de Salud (2021). “Información de Recursos Humanos en el sector Salud. Perú 2021”. Serie Bibliográfica de Recursos Humanos en Salud N° 34. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5783.pdf>

**Gráfico N° 31**

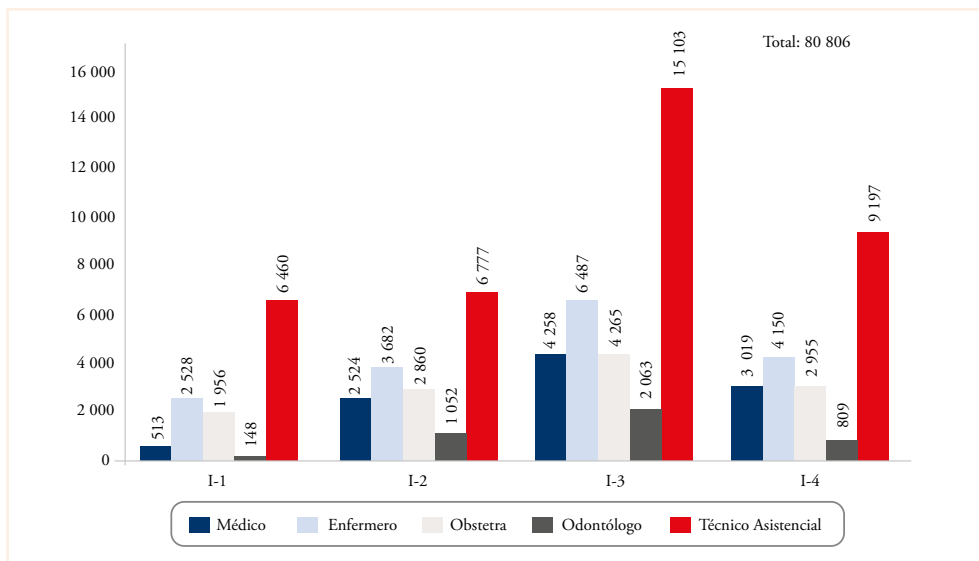
**Perú: Profesionales de ciencias de la salud en el Minsa y los Gobiernos Regionales, 2021**



Fuente y elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - DIGEP – MINSA.

**Gráfico N° 32**

**Perú: Recursos humanos del Minsa y Gobiernos Regionales en establecimientos del primer nivel de atención, 2021**



Fuente y elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú - DIGEP - MINSA.

Debido a ello, el Ministerio de Salud buscó una estrategia de recursos humanos para suplir el déficit de personal durante la vacunación contra el COVID-19, implementando la contratación de personal bajo la modalidad CAS COVID-19. Respecto a los contratos de personal en zonas con población indígena, en las entrevistas efectuadas nos indicaron que la estrategia permitió asegurar una mejor dotación de recursos humanos, sin embargo, cuestionan su idoneidad para la conformación de las brigadas.

Esto se debería a que, en un escenario marcado por la desconfianza hacia la vacuna, el personal de salud contratado era ajeno, no contaba con suficiente experiencia en trabajo con población indígena o en ámbitos rurales, por lo que no representaban un cambio significativo en la productividad. A ello, se sumó la desigualdad generada por la remuneración percibida por el personal CAS COVID-19 y los profesionales contratados en otro contexto, incluso con el personal nombrado.

*“Claro, teníamos más personal. Incluso se contrató personal no titulado, como le decía, para, de alguna u otra forma, cubrir la necesidad, cubrir la demanda de atención durante toda la pandemia. Pero como ya ha ido bajando, bajando la incidencia de casos. El último Decreto, el último Estado de Emergencia, duró hasta el 31 de Julio nada más. A partir del primero de agosto, todas las personas que no tenían título, o sea, los bachilleres, ya no podían continuar laborando.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Bagua*

*“(…) El que saca mugre somos el personal de periférica acá. Aunque no cumplan (el personal CAS), por ejemplo, la cantidad de vacunados, por eso solamente le han dado remuneración. Pagaban bien. Por ejemplo, 8 mil soles mis colegas ganaban, enfermeros han pagado 8 mil soles mensuales, mientras que nosotros sacamos mugre en periferia, ganamos 3 mil 300.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Yo pienso que, en su momento, que ya los casos fueron disminuidos, se debió cortar el CAS COVID y volver a un CAS regular, porque era una, qué le digo, como una discriminación al profesional, que otros ganaban, hasta bachilleres han entrado a trabajar, que desconocían muchas cosas. Y nos molestaba, porque nosotros había que estar enseñando y así no es. Entonces, eso ha sido, para mí que esa estrategia que de repente el Minsa tuvo de CAS COVID, de seguir manteniendo el CAS COVID cuando a veces la cantidad ya no era tanta, es un despilfarro de dinero, esa es mi opinión personal.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

Al igual que en diversos escenarios, el trabajo del recurso humano está lejos de reducirse a la labor asistencial, sino que incluye intervenciones a través de campañas, visitas familiares y otras formas de acción extramural en zonas rurales son recurrentes.

De igual forma, por las características organizativas de las comunidades campesinas y nativas, se hace necesaria una mayor y mejor coordinación con las autoridades locales como presidentes comunales, *apus*, juntas directivas, líderes, sabios, entre otros. Para ello se requiere capacidad organizativa por parte del personal, experiencia de diálogos en un contexto intercultural, conocimiento de la realidad social, geográfica, cultural y el idioma local.

*“No es ir y vacunar nada más, había que hacer un trabajo previo de llevar información a la población, primero contactar a las autoridades y luego ya poder proceder a la vacunación. Entonces, aquí hay una demanda de mayor necesidad de recursos de gente que conozca la zona. Además, muchos tienen que conocer el idioma.”*

*Exfuncionario/a del Minsa*

A nivel de las comunidades, el contacto continuo con los integrantes de la comunidad y las capacidades de diálogo empático son competencias identificadas como necesarias para trabajar con población indígena.

*“Y, a veces, [los] enfermeros trabajaban cinco meses, un año, los cambiaban la Red. Hay población que está acostumbrada de este enfermero o de este personal y por cambio de otro personal venía esa desconfianza. Y también eso ha sido dificultad de la población, que, por ejemplo, un nuevo lleva trabajando un tiempo y luego cambian a otro nuevo, ¿no? Y eso era también un poquito, cómo te puedo decir, la población una vez que había ganado confianza y después era uno que te corte. Igual había rechazo.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

En ese escenario, fue preponderante la estrategia de coadyuvar a la vacunación en población indígena a través de la contratación de enlaces indígenas (Minsa) y gestores interculturales (Mincul). Se trataba de personal indígena local que, en las zonas en las que pudieron ser contratados, realizaron labores de sensibilización y coordinaciones necesarias para el ingreso de las brigadas a las comunidades, ya que personal ajeno a la realidad indígena, es más probable que carezca de competencias interculturales.

Esta estrategia ha sido bien valorada por las organizaciones representativas de los pueblos indígenas, pese a que fue muy limitada en tiempo y número de personal por lo que su alcance fue reducido; requiriendo además de jornadas de fortalecimiento de capacidades, para que logren transmitir información precisa sobre la vacunación, estén en capacidad de resolver dudas e impulsen la vacunación.

*“Setenta enlaces indígenas fueron contratados, digamos el año pasado [2021]. Y ahora el requerimiento que hemos hecho de recursos es para contratar 90 enlaces indígenas [para el 2022]. Generalmente son tres a cinco enlaces indígenas por cada unidad ejecutora.”*

*Funcionario/a del Minsa*

Asimismo, es oportuno mencionar que, mediante la Resolución Ministerial N° 782-2022-MINSA de fecha 3 de octubre de 2022, se aprobó el documento técnico denominado “*Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022*”, en el que se estableció una distribución presupuestal de S/ 3,538.455 soles para las Unidades Ejecutoras de las regiones de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín, Ucayali y Ayacucho.

*“En todos los años el personal de salud ha fracasado en las vacunas, no solo en el COVID sino en diferentes vacunas que realiza, siempre ha venido fracasando en las vacunas, en los niños, en todo. Pero esto ha sido una estrategia muy buena los enlaces, los intérpretes, para poder llegar a que haya una conectividad con ellos (...) Llegabas y coordinabas con el apu, te hacían firmar: “Ya, yo permito que ingrese la brigada”. Ese documento reportaba que en tal comunidad sí te van a recibir las brigadas, no hay ningún problema e ingresas. Porque, en algunas comunidades no querían verlos, ni querían atenderlos. Entonces, ese ha sido mi trabajo, llegar y si es que encontrábamos juntos, juntos ingresamos y le ayudaba a traducir, conversar con ellos.”*

*Dirigente de Organización Indígena Provincial o Regional*

En cuanto al rol del personal técnico indígena y el desempeñado por los agentes comunitarios de salud o promotores de salud, algunos entrevistados/as consideran que se requiere un sistema de monitoreo y acompañamiento. A continuación algunos testimonios:

*“¿Tienen técnicos indígenas?”*

*Sí, la mayoría.*

*¿Eso es una ventaja o...?”*

*Digamos, es una ventaja desde el punto de vista que pueden llegar mejor a su población, pero en cuanto a capacidades para transmitir conocimientos es una desventaja.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Digamos, promotores, así como la licenciada dice, los traen para capacitarlos porque encontramos problemas no solamente de COVID, sino de calendario regular también, que ellos tienen que difundir a las poblaciones pensando que ellos son líderes de la comunidad, pero es contrario.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“No podíamos lograrlo, o sea, no es que me imagino sino yo digo, porque capacitamos ¿cuántas veces?, y llegando a la comunidad, rechazo. Les pregunto: “Aquí han aprendido muchas cosas sobre ITS, sobre las vacunas y todo eso. ¿Vienen a difundir a su población?” Yo pregunto y nada, no funciona.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

En la supervisión se indagó sobre el fortalecimiento de capacidades en diálogo intercultural al personal de salud que atiende a población indígena, el que no estaría llegando a nivel local, según información recogida luego de visitar diversos establecimientos de salud de primer nivel en las provincias Datem del Maraón y Condorcanqui (Loreto y Amazonas) y las entrevistas a funcionarios de nivel nacional que desarrollan este tipo de capacitaciones. Esto puede obedecer a que la estrategia de pueblos indígenas que se implementa en las Direcciones Regionales de Salud carece de presupuesto para desarrollar réplicas, o en algunas ocasiones el personal tiene a su cargo la responsabilidad de más de una estrategia de salud, además de no contar con indicadores específicos de producción vinculados a la capacitación ni con un seguimiento o monitoreo sobre esta tarea. Al respecto, las siguientes citas pueden ilustrar parte de lo aquí expuesto:

*“Ese es nuestro aporte primero y ese, digamos, esa sistematización de nuestra experiencia está basada en todo un despliegue que hemos ido región por región, formando facilitadores interculturales en el diálogo intercultural en salud. Hemos formado en Madre de Dios, Puno, Ucayali, Loreto, hemos llegado a Amazonas, Ayacucho, zona de Huánuco, Huancavelica. También hemos hecho sesiones*

*virtuales a nivel nacional y siempre han estado participando personal de salud, fortaleciendo sus competencias para mejorar la aceptación de la vacuna.”*

*Funcionariola del Minsa*

*“No hemos tenido últimamente, no hemos tenido capacitaciones. Inclusive de la directiva tampoco, normalmente lo que hacen es... cuando salen un documento o resolución nos comparte y muchas veces tanto mi persona como el responsable de la Microrred, lo que hacemos es capacitarnos, leen la directiva, la resolución o la norma, interpretarla y cumplir con la demanda del documento.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

*“En los puestos no. Lo que pasa es que a veces, nosotros tenemos una dificultad del traslado del personal. Ahora, si no hay, si no estamos abastecidos de movilidad para todo lo que genere eso, hay a veces personal que trabaja awajún en establecimiento. Entonces cuando sale, a veces para evitar problema, mejor espera, lo más práctico es que mayor parte capaciten personal de Microrred. En ese caso sería Huampami.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

Por otro lado, de las entrevistas efectuadas se advierte que las personas de comunidades continúan identificando al “trato” como una necesidad de mejora en la atención, esto en referencia a cualquier servicio de salud, incluyendo la vacunación.

*“Y que también los trabajadores sean empáticos, que sean amables, por favor, señito, siéntese ahí.*

*Eso es lo que se pide, cariño a las personas.*

*Que sean empáticos, que se pongan en los zapatos del otro.”*

*Dirigente y/o Comunerola de la provincia de Bagua*

Es evidente que se requiere mayor personal de salud para atender a las comunidades, con dominio técnico y en temas de interculturalidad, siendo deseable que conozcan la cultura y la lengua originaria de la población. Para ello deberá evaluarse la oferta de personal y su disposición de brindar servicios en lugares remotos. Por ello, en la línea de lo recomendado en el Informe Defensorial N° 169 sobre salud intercultural, sigue siendo imperativo fortalecer las políticas de incentivos monetarios y no monetarios, a fin de que mejoren las condiciones del personal de salud que presta servicios en las comunidades donde existe alta rotación del personal.

#### **4.8. La continuidad de las brigadas interculturales para la atención de salud en las comunidades, como estrategia sanitaria priorizada.**

Como hemos visto, el desarrollo del proceso de vacunación contra el COVID-19 presentó diversas barreras en su implementación, siendo una de las principales la distancia que separa las localidades indígenas de los servicios de salud, ya que existen comunidades que no cuentan con puestos o centros de salud en su territorio, por lo que el personal de salud debe llegar hasta ellas realizando diversos desplazamientos, básicamente mediante transporte fluvial para el caso de la Amazonía, lo que implica un alto costo.

Frente a este escenario, el sector salud apostó por la constitución de brigadas,<sup>162</sup> que debían estar conformadas por un médico, enfermera y técnico en enfermería, además de un enlace indígena, agente comunitario en salud, intérprete o traductor en lenguas indígenas u originarias.

En ese sentido, para la vacunación contra el coronavirus, el sector contrató personal bajo la modalidad CAS COVID-19, lo que permitió incrementar en determinadas zonas el número de personal de salud y asignarlos a los establecimientos que brindan servicios en comunidades indígenas. De manera específica, la finalidad era mejorar la conformación de las brigadas de vacunación para acelerar dicho proceso.

Una vez conformadas, de acuerdo con la disponibilidad de personal del establecimiento de salud, las brigadas debían organizar su intervención para atender los temas de COVID-19; sin embargo, de las entrevistas realizadas, se pudo conocer que algunas brigadas también podían intervenir para cumplir con el esquema regular de vacunación y realizar una intervención de atención integral de la salud.

En la supervisión se identificó que las microrredes: i) organizaban viajes que duraban de una a dos semanas, que servían para recorrer varias comunidades, tras lo cual

---

<sup>162</sup> La conformación de brigadas y su funcionamiento es la parte central del documento del MINSA denominado “Protocolo para la vacunación contra la Covid-19 en pueblos Indígenas u Originarios”.

retornaban a la comunidad donde se localiza la microrred, para reabastecerse, realizar trabajo administrativo y emprender un nuevo viaje; o, ii) realizaban viajes diarios, de ida y vuelta a diversas comunidades. Anotamos algunos testimonios:

*“Lo que sucede es que, por ejemplo, como nuestra programación de las ocho comunidades que tenemos lo programamos durante todo el mes, ¿no es cierto? En tal día, por ejemplo, el cinco, el cinco de octubre, va el doctor tal, enfermera tal, obstetra tal, odontólogo tal, psicólogo tal, a tal comunidad. Hace su actividad en la comunidad hasta que termine todas las atenciones y se regresa acá. Hablamos del 10, una actividad más, en otra comunidad, va otro profesional, va otro médico y así.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Bagua*

*“Ellos han seguido las directivas que nosotros hemos emitido con la denominación de barrido, para que la vacunación se haga más extensa y no se focalice solamente en un sitio. Es decir, para que de igual forma el número de brigadas que entran a pueblos indígenas a vacunar también lleven la vacuna del COVID, las otras vacunas también.”*

*Funcionaria del Minsa*

Asimismo, en la supervisión se identificó que al trabajo de las brigadas de salud, se sumó el trabajo de los equipos itinerantes Aisped, en muchos casos conformados desde las Direcciones Regionales de Salud; los equipos de salud de las Plataformas Itinerantes de Acción Social, conformadas por el MIDIS; y el acompañamiento de personal de salud y brigadas conformadas por ONG y otro tipo de cooperantes.

*“Hemos abarcado el 100% de las comunidades, con apoyo del grupo itinerante Aisped. Nosotros, en la provincia, tenemos tres grupos de brigadas que normalmente algunas intervienen población indígena, no todas, una que otra. Ellos ya tienen una ruta establecida y algunos por suerte coinciden con ellos. Entonces, a través de un plan de trabajo que mi persona realizó y con coordinación tanto del responsable de las brigadas de aquí del grupo Aisped y de Diresa, hemos llegado a la conclusión que este grupo intervenga por dos meses consecutivos para que haga la vacunación a la población indígena y suspenda sus rutas normales que tenía.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

*“Luego de eso, casi a fines del año pasado, ingresó el grupo Cáritas que también nos ha apoyado con lo que es la vacunación y hemos podido intervenir también en ciertas comunidades donde hemos tenido mayor rechazo y hemos podido también continuar con estas sensibilizaciones, reuniones a las personas, autoridades, a población en general.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

*“Ellos también han sido una ayuda mutua acá para la población en esta vacunación. Ellos sensibilizaron bastante también, porque vinieron desde Naranjal, y la zona de Naranjal de por acá no querían vacunarse, era difícil vacunar, nos botaban. Y con ADRA han entrado a hacer sensibilización, gracias a ellos se sensibilizó bastante: a manejo de protocolo de distanciamiento, todo, vacunación, lavado de manos, y ayudó bastante tanto acá como en otras zonas.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

Para que las brigadas tengan éxito en su intervención —como ya fue señalado en el acápite sobre los recursos humanos—, la capacitación y experiencia previa de trabajo con comunidades indígenas es indispensable. Estas capacitaciones resultaban fundamentales en la campaña de vacunación contra el COVID-19 para combatir la desinformación y/o temores de la población respecto a las vacunas, para que los profesionales puedan absolver las dudas desde un nivel técnico, empleando habilidades comunicacionales, manteniendo el respeto y pertinencia cultural.

Sobre esto último, eran los propios equipos de las brigadas en cada microrred quienes elaboran sus mensajes comunicacionales, buscando reducir las dudas y el rechazo a la vacuna contra el COVID-19.

*“No, ya se lleva establecido el tema, los puntos que se van a tocar, empezando por qué es una vacuna, claro que siempre tocando o dándolo en forma que ellos nos puedan entender, con ejemplos tal vez: qué es una vacuna, qué es lo produce la vacuna también, los síntomas que van a tener después de la vacuna, más que todo con la vacuna COVID que tenemos de varios laboratorios. Se les da también a conocimiento la conservación [de] las vacunas, porque hay ciertas vacunas que debido al tiempo de conservación no las podemos tener mucho tiempo, ¿no?, en nuestros equipos más que todo de cadena de frío, las zonas donde se les va a aplicar, las dosis también que se les va a aplicar a las personas según edad, según grupo de edad, las dosis que van a recibir también según grupo de edad y bueno, más que todo se pone énfasis en las reacciones que se va a tener.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Condorcanqui*

Respecto a la necesidad de contar con facilitadores con competencias interculturales que puedan traducir y realizar labores de sensibilización sobre la vacunación, en la supervisión se conoció que fueron los propios establecimientos los que han facilitado el trabajo de las brigadas conformadas *ad hoc* para la vacunación, incorporando a ellas un técnico indígena como acompañante en sus recorridos.

Por su parte, la Dirección de Pueblos Indígenas y Originarios del Minsa contrató en determinadas zonas a enlaces indígenas con la finalidad de coadyuvar en las coordinaciones previas para el ingreso a las comunidades nativas, sensibilizando a la población y acompañando a las brigadas ejerciendo el papel de traductores.

*“Los enlaces son personas que conocen en el territorio las comunidades, la cosmovisión, la lengua, [lo cual] le permite interactuar tanto con la brigada de salud que va a la comunidad a vacunar, pero también con la comunidad y con las autoridades que son [quienes dan] los permisos para el ingreso de las brigadas y los diálogos interculturales.”*

*Funcionariola del Minsa*

De forma adicional a las brigadas, a nivel local, dentro de las estrategias usadas por los puestos o centros de salud, están las campañas de vacunación “casa por casa”, ubicando puntos de vacunación en espacios de mayor circulación dentro de sus comunidades.

En términos generales, la presencia de las brigadas interculturales para la atención y vacunación del COVID-19 es una experiencia positiva para garantizar el derecho a la salud intercultural de los pueblos indígenas, por lo que debe institucionalizarse en el sector, de modo que acompañen toda intervención que se realice desde las microrredes de salud en las comunidades y localidades indígenas. Además, la presencia de brigadas, incluyendo enlaces indígenas, contribuirá en recuperar la confianza en el servicio estatal que se brinda a la población indígena.

## 4.9. Sobre la articulación y los espacios de coordinación entre el Estado y las Organizaciones Indígenas.

A finales del 2020, en medio de uno de los momentos más críticos de la pandemia, la Defensoría del Pueblo publicó un informe titulado *“La participación de los pueblos indígenas durante la emergencia sanitaria por el COVID-19”*, partiendo del artículo 2, inciso 17 de la Constitución Política del Perú, del reconocimiento del derecho a la participación en el Convenio 169 de la OIT (artículo 6, inciso b); la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (artículos 18 y 23); el artículo 18, título Preliminar de la Ley General de Salud; y el artículo 8 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. En dicho documento se evidencia que las acciones del Estado para mejorar la participación de las organizaciones indígenas durante la pandemia se han dado, sobre todo, debido a la presión de las propias organizaciones; así como a la ausencia de presupuesto para el funcionamiento de los Comandos COVID-19 Indígenas.

A partir de los resultados de la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo y por la experiencia del trabajo realizado a lo largo de los años, podemos afirmar que la coordinación con las comunidades indígenas y sus organizaciones representativas es un tema que debe ser priorizado en cualquier intervención estatal en territorios indígenas. Caso contrario, se puede recibir el rechazo de la población indígena respecto de las acciones del Estado, como sucedió en la pandemia. Al indagar sobre los mecanismos de coordinación entre el Estado y los representantes de las organizaciones indígenas, tenemos que estos fueron nulos o inexistentes, manifestándose en el rechazo inicial de la población la vacunación o el ingreso de las brigadas de salud en sus comunidades.

Por ello, resultan valiosas las experiencias identificadas en donde el nivel de articulación con las organizaciones fue el óptimo, como en los siguientes casos:

*“Y poco a poco nos íbamos ya comunicando a todas las federaciones y hemos avanzado un poco, porque primero no querían ni para entrar ni para entregar la medicina, no querían nada (...) Incluso han derribado palos cerrando sus quebradas para no ingresar, muchas dificultades hemos tenido.”*

*Personal Asistencial y/o Administrativo de Salud, Datem del Marañón*

*“Nosotros acompañamos con un personal, yo dispuse un personal, un integrante de mi junta en ese tiempo, quien acompañó al biólogo para que asista a las comunidades, con todo equipo el técnico se iba. En una comunidad sacaban a las justas tres, cuatro vacunas. No había más, la gente no quería. Se hacía una logística, un equipo, un gasto para sacar tres, cuatro vacunas.”*

*Dirigente de la Organización Indígena Provincial o Regional*

*“Han jugado un papel bastante importante para poder convencer a sus líderes de bases sobre la vacunación. No ha sido fácil porque, cuando nos hemos empezado a reunir, como DIRESA y otras organizaciones, realmente ha sido bien duro, como se dice aquí criollamente, nos han dado a palos (...) Entonces, lo que les hemos hecho es insertarles en casi todas las intervenciones, la mayor parte de las intervenciones, para que acompañen la vacunación.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

En la supervisión, se aprecia que un mayor esfuerzo público de coordinación entre el Estado y las organizaciones indígenas ha partido del Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura. Desde el nivel nacional, las coordinaciones con organizaciones indígenas se desarrollan sobre todo con organizaciones de carácter también nacional, pero ambas instituciones (Mincul y Minsa), también han procurado articular con organizaciones de nivel regional e incluso de cuenca.

Respecto a los Comandos COVID-19 Indígenas, que fueron impulsados desde el Minsa, se advierte que estos fueron debilitándose incluso antes de iniciada la vacunación. Estos espacios de coordinación, con excepción de Loreto, no tuvieron apoyo financiero público para su funcionamiento<sup>163</sup>. Si bien en distintas regiones intentaron mantenerse activos, con el paso del tiempo, y ante la falta de financiamiento, su trabajo perdió fuerza, con excepción de aquellas regiones donde su funcionamiento contó con apoyo financiero de ONG y algunas fuentes cooperantes.

---

163 Informe de Adjuntía N° 003-2020-DP/AMASPPI-PPI, denominado “La participación de los pueblos indígenas durante la emergencia sanitaria por el COVID-19”. Disponible en: <http://tinyurl.com/2b3bbb4f>

*“Lamentablemente, [El Comando COVID-19 Indígena] que también para mí ha sido una ganancia, creo yo, para la gobernanza pública, lamentablemente, ha ido decayendo a medida que la pandemia fue controlándose. Durante la pandemia, donde también se incrementó la conflictividad, las tensiones entre el Estado y las organizaciones indígenas, sirvió [El Comando COVID-19 Indígena], digamos, como un amortiguador para bajar las tensiones, digamos, pero ya pasando el temporal más crudo de la pandemia, nuevamente ha habido una especie de retroceso y relajamiento.”*

*Funcionariola del Minsa*

*“No es que haya decaído [El Comando COVID-19 Indígena], es que ya no están. No hay pues un contagio masivo como en el 2020 del COVID. En el 2021 todavía escuché que había una buena participación, que estaban apoyando, donde tenían los síntomas, pero no eran tan visibles como en el 2020, su participación.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

En la supervisión se identifica una valoración positiva del desempeño de los gestores interculturales del Mincul y de los enlaces indígenas del Minsa. En las entrevistas efectuadas a comuneros y personal de salud en zonas amazónicas, se reconoció la importancia de contar con personal indígena que ayude a coordinar el ingreso de las brigadas, sensibilizar a la población y realizar labores de traducción durante las campañas de vacunación. Por ello, de manera general, se advierten pedidos de continuidad y masificación de este tipo de actores para la atención de la salud en las comunidades.

Por su parte, incluso en ciertas regiones, las organizaciones indígenas solicitaron que sea el Minsa, en vez de las Diresas quien se encargue de administrar los recursos para las actividades de pueblos indígenas, por ejemplo, para la contratación de los enlaces indígenas. Esta situación pudo advertir la desconfianza entre algunas organizaciones indígenas y sus respectivos gobiernos regionales.

*“Desde el Mincul, la presencia de los gestores que recuerdo eran como 30 en atenciones especializadas, te permitía tener el equipo, te permitía estar en la zona; y articulados al sistema de alerta ya era otra la presencia que podías tener, y te baja la tensión. O sea, salíamos de un nivel muy muy fuerte de tensión con las organizaciones a tener un espacio en donde tú decías, pero acá está el Gestor, ¿has reportado acá? Estamos atendiendo acá, está yendo, está yendo a esta zona,*

*está articulando con la Red. Porque ni siquiera debería en muchos casos llegar a Lima, tenía que solucionarlos a nivel regional.”*

*Ex funcionariola del Mincul*

*“Y ahí, en ese momento, fue donde el Estado, el Ministerio de Salud, empieza a contratar a los que se llamaron enlaces indígenas, intérpretes que puedan acompañar a las brigadas en las comunidades. Entonces, utilizamos eso: los médicos que llegaban, los enfermeros, los biólogos que estaban en las brigadas, en un taller llegaron a explicarnos y nosotros teníamos que traducirlos, porque mayormente mis hermanos en las alturas no entienden castellano (...) Entonces, empezaron a escuchar, entender, entrar a una reunión y cada persona fue tomando la decisión, recogiendo esa información.”*

*Dirigente de la Organización Indígena Provincial o Regional*

*“La contratación la hemos hecho desde el Ministerio de Salud, pero siempre lo hacemos en combinación con la Diresa y las Organizaciones Indígenas. Y esto ¿por qué? En condiciones normales los recursos deberíamos transferir a la Diresa y a la Geresa, pero, ¿qué pasa?, que hay mucha desconfianza de las Organizaciones Indígenas en la propia Diresa. Ellos consideran que la Diresa, algunos de ellos, contratan a personas que “ellos” consideran, o sea, que la Diresa considera pero que no representan a los pueblos indígenas. Entonces, a su vez las Organizaciones Indígenas sostienen que si se contrata debe ser respetando la estructura organizacional de los pueblos, y ellos se organizan a través de sus federaciones y así es como ellos acreditan y avalan.”*

*Funcionariola del Minsa*

Desde las instancias regionales, se pudo advertir que los lugares donde se fomentó la coordinación para la vacunación fueron las Direcciones/Gerencias Regionales de Salud o las Redes de Salud, cuando la Diresa/Geresa abarca una región muy amplia, como el caso de Loreto. Así, las instancias regionales de salud, a través de las Diresas/Geresas o Redes de Salud, en muchos casos han mantenido coordinación con el Mincul y las organizaciones indígenas de nivel regional y local. De manera específica, las Redes de Salud informaron que procuraron mantener un canal de diálogo abierto con las organizaciones dentro de su ámbito. Sin embargo, en muchos casos estas coordinaciones se realizaron producto de la presión de las propias organizaciones.

Este escenario se repite a nivel local, sea con las microrredes o establecimientos de salud de primer nivel de atención, quienes manifestaron haber buscado, con mayor o menor énfasis, articular con las directivas comunales, los agentes comunitarios de salud y cuando correspondía con las organizaciones indígenas.

*“Entonces, en primera instancia con los presidentes, en segunda instancia con los jefes de las propias comunidades y también a la par con el Agente Comunitario que tiene el cargo. Entonces, con la población indígena es un trato bastante especial, hay que solicitar permisos y autorización a sus autoridades para poder ingresar a esas comunidades.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*

No obstante, desde las instancias regionales señalaron que, en las labores de diálogo con las organizaciones indígenas, a fin de sensibilizar y coordinar para la vacunación, la falta de presupuesto era una limitante para que estos actores viajaran y visitaran a sus comunidades. En efecto, en muchos casos, las organizaciones indígenas carecen de recursos para el transporte o viáticos y los cargos son *ad honorem*, siendo que los y las líderes indígenas se ven limitados para realizar sus viajes, llegando a comprometer sus propios ingresos.

*“¿Cómo se llama? AFP yo saqué, y con eso yo a veces, cuando hacían reunión, yo venía de Santiago a participar de la reunión de Nieva, me iba a Chiriaco con mi misma plata y eso me había garantizado para recorrer algunas comunidades. Directamente de salud no tuve presupuesto, nada.”*

*Dirigente de Organización Indígena Provincial o Regional*

*“No hemos hecho un seguimiento, en ese caso. A veces a nosotros también nos invitaban y decíamos: ya no puedo porque bueno, ustedes saben, como ser humano uno necesita buscar el pan de cada día y estar allí pegado, como indigente, pasando hambre y encima te gritan y encima te dicen que estas pagado, eso un poco desmoraliza.”*

*Dirigente de Organización Indígena Provincial o Regional*

Tomando en cuenta lo anterior, a nivel regional y local, debemos destacar el rol desempeñado por las fuentes cooperantes, que facilitaron acciones de coordinación, comunicación y sensibilización para el desarrollo de la vacunación. En efecto, en las entrevistas efectuadas a los diversos actores durante la supervisión, se mencionó

a Hivos, Médicos Sin Fronteras, Alianza Amazónica, CAAAP, Cáritas, UNICEF, Prisma y GIZ, como actores clave que realizaron acciones a favor de la vacunación en comunidades de regiones Amazónicas.

*“Aquí, en Coronel Portillo, con ORAU, nos hemos sentado con todas sus bases a hacer el Plan de Vacunación; y ellos también tienen sus medios de comunicación. Entonces, ellos han tenido varias intervenciones, ellos han ayudado a orientar a las personas en las radios que tienen, porque también ahí les había contratado UNICEF, me parece, y PRISMA. Les habían pagado sus horas también para pasar los mensajes comunicacionales.”*

*Responsable Regional o Provincial de Pueblos Indígenas*


*“En realidad, nosotros hemos estado en favor a que la población indígena se vacune conjuntamente. Justamente, el proyecto HIVOS nos apoyó bastante al tema de sensibilización a las comunidades, porque al inicio estaba siendo un poco complicado.”*

*Dirigente de Organización Indígena Provincial o Regional*

Adicionalmente, en el trabajo de campo efectuado, respecto a las coordinaciones entre entidades del Estado y organizaciones indígenas, la articulación se habría caracterizado en el mejor de los casos como inestable, activándose sobre todo para resolver crisis, emergencias o escenarios extraordinarios.

Habiendo advertido estas dificultades, podemos concluir que, para mejorar el derecho a la participación de los pueblos indígenas en la atención de su salud, y lograr una adecuada coordinación entre el Estado y las organizaciones indígenas, se requiere de procesos de participación y/o coordinación estables, donde se garantice una comunicación continua y de calidad en espacios institucionalizados, que no sólo se activen en casos de emergencia, por el contrario, que cuenten con una identificación clara de sus integrantes, periodicidad y modo de funcionamiento.

En suma, como se ha visto a lo largo de este capítulo, la atención de la salud en territorios rurales y de comunidades indígenas, representa un reto mayor para la administración estatal, siendo múltiples los desafíos para mejorar los procesos de vacunación en estas zonas. Estos desafíos implican, entre otros, actualizar la Política Sectorial de Salud Intercultural aprobada en el año 2016, incidir para que la salud intercultural forme parte de la agenda pública de gobierno; priorizar y cumplir




con la ejecución de los proyectos de electrificación, dotación de agua y desagüe en comunidades e interconectividad a través del internet; así como asegurar el derecho a la participación indígena en los servicios de salud que les brinda el Estado, lo que permitirá mejorar los índices de aceptación y legitimidad en la población.



## CONCLUSIONES



1. Persisten las graves deficiencias en la atención de salud en las comunidades indígenas, las cuales fueron advertidas entre los años 2015 y 2021 por la Defensoría del Pueblo, principalmente, la inexistencia de establecimientos de salud en 6 de cada 10 comunidades nativas y/o campesinas. En tanto que, en zonas donde se cuenta con establecimientos, sus condiciones son bastante precarias como, por ejemplo, el escaso número y/o la falta de profesionales de la salud; la falta de presupuesto; la limitada capacidad logística y operativa por la falta de equipos médicos, de medios de transporte y combustible; la insuficiente dotación de medicamentos, vacunas y equipos de refrigeración para mantener la cadena de frío, entre otros, lo que constituye una violación sistemática del derecho a la salud de la población afectada.
2. La vacunación contra el COVID-19 a la población indígena de comunidades campesinas y nativas inició en abril del 2021, tras la modificación del Plan Nacional de Vacunación del año 2020, a través de la cual se implementa la estrategia territorial para dicho proceso, lo que implicó la inmunización de todas las personas sin distinción de edad que se encontraban en las comunidades.
3. Para ello, el Ministerio de Salud elaboró el *“Protocolo para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”*, sin embargo, dicho documento no fue aprobado mediante una norma sectorial, lo que limitó su adecuada socialización con el personal de salud responsable de la vacunación en las comunidades indígenas, situación que pudo advertirse durante la supervisión.
4. La vacunación contra el COVID-19 en la población indígena no contó con un presupuesto específico para su implementación, sin embargo, este proceso inmunizador se reforzó con financiamiento público para la estrategia de prevención, atención y respuesta del COVID-19 a las comunidades indígenas, el cual se otorgó en noviembre del 2021 y octubre del 2022.
5. La incorporación del enfoque intercultural en las estrategias orientadas a desarrollar el proceso de vacunación contra el COVID-19 no ha sido suficiente, en tanto que, en algunos casos, se ha advertido medidas que no han respondido a la realidad cultural de los pueblos indígenas ni a las carencias históricas del servicio.

- 
6. Las dificultades y limitaciones estructurales advertidas en las supervisiones del 2021 y 2022, respecto a la vacunación contra el coronavirus en las comunidades y localidades indígenas, inciden en la prestación de la salud en dichos territorios y en el desarrollo del Esquema Nacional de Vacunación, por lo que corresponde al Estado Peruano adoptar medidas urgentes para dotar a los establecimientos de salud que atienden a la población indígena de suficientes condiciones logísticas (vehículos de transporte, combustible, equipos médicos y de refrigeración); de servicios básicos (electricidad, agua potable e internet) y de recursos humanos.

*Sobre la planificación de la vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas:*

7. De las acciones efectuadas para la elaboración del presente informe, se advierte que el Minsa tuvo limitaciones metodológicas para identificar la meta inicial de población indígena para la vacunación contra el COVID-19. A nivel nacional, el sector identificó un total de 309 686 personas indígenas a vacunar. En el departamento de Ayacucho la meta poblacional fue de 427, en Cajamarca 1389, en Huánuco 2553, en Junín 29 044, en San Martín 26 766, en Pasco 21 046, en Cusco 16 910, en Ucayali 47 672, en Madre de Dios 5500, en Loreto 106 974 y en Amazonas 51 405. Se pudo advertir que, en algunos departamentos, como Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Junín y San Martín, el número de personas indígenas vacunadas fue mayor al número que se identificó inicialmente.
8. Las dificultades en la planificación también se reproducen a nivel local. En la supervisión se solicitó información a las microrredes de salud sobre la programación inicial de personas indígenas a inmunizar, siendo que 84 de ellas brindaron esta información, mientras que las 39 restantes no contaban o no precisaron dicha información. Asimismo, se pudo advertir que en Ucayali la mitad de sus microrredes de salud supervisadas indicaron no contar con un padrón de vacunación para pueblos indígenas, mientras que en Cusco más de la mitad de las microrredes de salud supervisadas señalaron no contar con este documento.
9. De la supervisión, se advirtió que más del 60 % (76) del total de las microrredes de salud supervisadas (123) no brindaron información desagregada por género y grupo etario o esta fue parcialmente entregada respecto a la programación inicial y el avance de la vacunación, según las dosis correspondientes. Ello refleja la débil gestión de la información en el personal de salud de los establecimientos de

salud de primer nivel que atienden a comunidades, lo que repercute en la gestión de la salud como, por ejemplo, la planificación de intervenciones sanitarias .


10. Implementar el proceso de vacunación contra el COVID-19 para los pueblos indígenas u originarios, bajo un enfoque de interculturalidad, se constituyó como un enorme reto para el Estado Peruano, a través de sus instituciones competentes, así como para la población indígena y sus organizaciones representativas, al ser una enfermedad desconocida y al carecer los establecimientos de salud de condiciones mínimas para brindar los servicios.

#### *Sobre el avance de vacunación contra el COVID-19*

11. Respecto al avance en la vacunación, en las microrredes supervisadas, se advierte que, durante el último trimestre del 2022, aún no se había ingresado a 64 comunidades indígenas para efectuar la vacunación, encontrándose estas ubicadas en los departamentos de Pasco (25), Ucayali (18), Loreto (15), Amazonas (5) y Madre de Dios (1).
12. El avance en el proceso de vacunación en comunidades indígenas es menor al reportado a nivel nacional. Según información del Repositorio Único Nacional de Información en Salud-REUNIS, al 2 de mayo de 2023 la cobertura nacional fue de 94 % en primera dosis, 90 % en segunda dosis, 75 % en tercera dosis y 28 % en cuarta dosis; mientras que la cobertura en población indígena representó el 78 % en primera dosis, 62 % en segunda dosis, 36 % en tercera dosis y apenas el 8 % en cuarta dosis, según información del Minsa.

#### *Sobre el monitoreo, consentimiento informado y kit de emergencia Esavi*

13. De acuerdo con el *Protocolo*, antes de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19, se requiere del consentimiento informado, manifestado por la firma o huella del interesado. En la supervisión se advirtió que en las microrredes de salud supervisadas ubicadas en Cajamarca, Huánuco, Madre de Dios, Pasco y Puno predominó el recojo de este consentimiento de forma oral.

- 
14. Asimismo, la mayoría de las microrredes de salud supervisadas realizaron el monitoreo post vacunación contra el coronavirus en un período de 1 a 10 días, siendo principalmente las/os licenciadas/os en enfermería, seguidos de las/os técnicas/os en enfermería, quienes asumieron la responsabilidad de dicho monitoreo.
  15. Respecto a la dotación de los kits Esavi, más del 50 % de las microrredes que pertenecen a los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Cusco, Junín, Loreto, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali informaron que sus brigadas de salud contaron con este kit. Respecto a las microrredes de salud supervisadas de Huánuco y Madre de Dios, estas brindaron información por establecimientos de salud, siendo que de los 40 establecimientos que se encuentran en sus ámbitos, menos de la mitad (15) contaban con este insumo.

#### *Sobre el presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19*

16. De las 123 microrredes de salud supervisadas, solo 14 de ellas señalaron haber recibido un presupuesto específico para la vacunación en comunidades indígenas. Asimismo, se advirtió que, a nivel de las microrredes de salud, algunas de ellas no tenían conocimiento si la Red de Salud a la que pertenecen habría recibido un presupuesto específico para la vacunación contra el COVID-19 a las comunidades indígenas.


#### *Sobre el personal de salud destinado para la vacunación contra el COVID-19*

17. De la información proporcionada por las microrredes de salud supervisadas, 9 de 123 microrredes de salud informaron haber destinado menos de 10 profesionales de la salud para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas, estando ubicadas en los departamentos de Cusco (Acomayo), Huánuco (Codo del Pozuzo, Tournavista y Yuyapichis), Junín (San Ramón de Pangoa y San Antonio de Sonomoro), Madre de Dios (Milenio y Huepetuhe) y San Martín (Alto Biavo-Barranca). En tanto que, 8 de 123 microrredes de salud indicaron haber dispuesto menos de 5 profesionales de la salud para dicho proceso, encontrándose ubicadas en Amazonas (Galilea e Imaza), Pasco (Palcazú), Loreto (Angamos, Intuto y Pastaza) y Ucayali (Campo Verde y Sepahua).

18. En la supervisión se identificó que 83 de 123 microrredes de salud informaron haber conformado menos de 5 brigadas de salud, así como 22 microrredes de salud que se encuentran en los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Huánuco, Junín, Madre de Dios, Puno, San Martín y Ucayali, indicaron no haber conformado brigadas para el proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, lo que limitó el avance de la inmunización en población indígena.
19. Asimismo, la mayor brecha de personal profesional de la salud para la vacunación contra el COVID-19 de las microrredes de salud supervisadas, se presentó en los departamentos de Amazonas (2), Cajamarca (1), Cusco (5), Junín (5), Madre de Dios (1) y Ucayali (3), quienes informaron contar con una brecha de más de 15 personas para el desarrollo de dicho proceso en comunidades indígenas.
20. Los enlaces indígenas ejercieron un rol fundamental como nexo entre el Estado y la población indígena, por lo que consideramos que esta estrategia debe institucionalizarse en las intervenciones del sector. En ese marco, de la supervisión se conoció que 54 de 123 microrredes de salud supervisadas señalaron que sus brigadas contaron con al menos un enlace indígena y/o traductor de lengua indígena, lo que representa al 44 % del total de microrredes supervisadas.

*Sobre la capacitación al personal, la coordinación y articulación con instituciones gubernamentales y organizaciones indígenas u otros representantes de pueblos originarios.*

21. De las 123 microrredes de salud supervisadas, 102 señalaron haber recibido al menos una capacitación, principalmente por parte de las Diresa/Geresa, seguido de las Redes de Salud, siendo los temas más abordados la planificación de actividades, manejo de cadena de frío, traslado de vacunas, entre otras. No obstante, 9 microrredes de los departamentos Amazonas (1), Cajamarca (1), Cusco (2), Loreto (3) y Ucayali (2) señalaron no haber recibido ninguna capacitación.
22. De la supervisión defensorial se pudo identificar que todas las microrredes de salud que brindaron información señalaron haber realizado coordinaciones con al menos una institución pública, principalmente con las Redes de Salud y las Diresa/Geresa. Asimismo, informaron haber sostenido alguna coordinación con las organizaciones indígenas de alcance regional, con los representantes de comunidades o agentes comunitarios de salud.



23. La participación de los enlaces indígenas dentro del proceso de vacunación contra el COVID-19 en territorios indígenas ha sido fundamental para el avance de la inmunización en la población indígena. Esta experiencia intercultural, que tuvo su origen desde el inicio de la pandemia, fue resultado de las demandas de las organizaciones indígenas y la Defensoría del Pueblo, el cual se concretizó con los esfuerzos del Ministerio de Salud y las autoridades sanitarias subnacionales.

*Sobre las acciones de difusión respecto a la importancia de la vacuna*

24. La Defensoría del Pueblo constató el alto rechazo a la inmunización contra el COVID-19 por parte de la población indígena, debido a diversos factores como el temor a sus efectos adversos, la incertidumbre sobre su efectividad, las creencias religiosas o la información inexacta que se difundía sobre las mismas. Frente a esta situación, son importantes las acciones de difusión que contribuyan a brindar información certera, fácilmente comprensible y en el idioma local sobre la importancia de las vacunas.

25. Respecto a las acciones de difusión sobre la importancia de las vacunas, de las 123 microrredes supervisadas, 103 informaron haberlas realizado, 19 no brindaron información al respecto, mientras que solo la microrred de salud Rio Negro de Junín indicó que no realizó estas acciones de difusión. Las microrredes que realizaron estas acciones indicaron que principalmente fue a través del diálogo directo (boca a boca) y otros medios de comunicación como altoparlantes, afiches, radios locales y redes sociales, entre otros.

26. La falta de presupuesto para las labores de difusión y sensibilización, sobre los beneficios de las vacunas en las lenguas originarias, fue una limitante para alcanzar un mayor número de población indígena informada, considerando su alto rechazo hacia las vacunas debido a diversos factores como el temor a los efectos, la incertidumbre sobre su efectividad, creencias religiosas, información inexacta o falsa sobre las mismas.

27. De acuerdo con el Decreto Legislativo N° 1489, la atención a la población indígena en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19 debía estar alineada a garantizar los derechos lingüísticos de esta población, por lo que la difusión de la información sobre el proceso de vacunación debía realizarse en las lenguas originarias de los pueblos indígenas. Sin embargo, durante la

supervisión, se ha podido advertir que, en la mayoría de las microrredes de salud, dicha difusión se realizó en el idioma castellano.

### *Sobre los actores sociales y su participación en el proceso de vacunación*

28. En 10 de los 11 departamentos donde se realizó la supervisión a las microrredes de salud que atendían a pueblos indígenas, se advierte que la mayoría de los actores locales (como el personal de salud, agentes comunitarios de salud, líderes comunales y/o docentes/directores de instituciones educativas) han brindado un discurso a favor del proceso de vacunación contra el coronavirus. Sin embargo, se pudo conocer que el departamento de Amazonas fue el único departamento donde se advirtió un mayor número de actores locales en contra de la vacunación, principalmente de actores como representante de iglesia, docente, tutor o director y líder indígena.

### *Sobre la disponibilidad de servicios básicos, equipos de refrigeración, sistema de alarma electrónica y grupo electrógeno para garantizar la cadena de frío de las vacunas contra el COVID-19*

29. Se advirtió que la falta de servicios públicos básicos caracteriza a los establecimientos de salud de las microrredes supervisadas que atienden a la población indígena y afecta su adecuado funcionamiento para la prestación del servicio de salud. Entre los casos más recurrentes está la falta de servicios básicos de agua, energía eléctrica e internet.

30. Se ha constatado que, de los 655 establecimientos de salud que pertenecen a las microrredes de salud supervisadas, 169 (26 %) no cuentan con el servicio de energía eléctrica, lo que afecta la conservación de la cadena de frío de las vacunas. Además, 37 (6 %) del total de establecimientos supervisados informaron que no cuentan con equipos de refrigeración para mantener y conservar las vacunas. Por su parte, son 465 (71 %) de 655 establecimientos de salud los que no cuentan con equipos electrógenos que puedan brindar energía eléctrica provisional para la cadena de frío cuando ésta presente una contingencia por falta de electricidad.

31. De los 655 establecimientos de salud que han sido identificados por las microrredes de salud supervisadas que atienden a población indígena, 422 (61 %) informaron que no cuentan con el servicio de agua potable. Asimismo, respecto

al servicio de internet, 385 (59 %) establecimientos de salud que pertenecen a las microrredes supervisadas indicaron no contar con conectividad.

*Sobre las dificultades en el proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas*

32. La mayoría de las microrredes de salud supervisadas han manifestado que los problemas logísticos (combustible y transporte) han dificultado el proceso de vacunación contra el COVID-19 en comunidades indígenas, principalmente las que se ubican en zonas amazónicas, así como la falta de personal para el desarrollo de este proceso, la ausencia de equipos electrónicos para la conservación de las vacunas y las barreras geográficas para el acceso a las comunidades.
33. La Dirección de Pueblos Indígenas u Originarias del Ministerio de Salud ha desarrollado un rol activo en la atención de la pandemia por el COVID-19 y el proceso de vacunación de esta enfermedad. Sin embargo, durante dicho período, experimentó dificultades para el ejercicio de sus funciones por la falta de presupuesto e incluso por un intento de reestructuración en pleno estado de emergencia sanitaria.
34. Considerando la importante diversidad cultural de nuestro país, se han identificado sistemas de salud indígena, que están estrechamente vinculados a la cosmovisión de estos pueblos, cuya concepción de salud no solo está relacionado al bienestar individual sino también al colectivo. Los resultados de esta supervisión dejan en evidencia que aún se requieren mayores esfuerzos —de todo el sector Salud— para responder adecuada y oportunamente a la diversidad cultural y a las necesidades específicas de la población indígena, a través de los servicios de salud que se brindan en sus territorios.
35. La gestión de la información en materia de salud en pueblos indígenas es fundamental para contar con una base de datos real y de diagnóstico que permita el diseño de estrategias de intervención para el cierre de brechas. El Ministerio de Salud cuenta con una plataforma denominada “Tablero de Control para la vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas u originarios y afrodescendientes”, donde se brinda información sobre dicho proceso y que ha mejorado paulatinamente con la incorporación de variables como grupo etario y género; sin embargo, no muestra información a nivel de comunidades

intervenidas a nivel nacional, regional y local, pese a las recomendaciones efectuadas por la institución.

36. Durante la supervisión se ha advertido que existe personal de salud de las microrredes supervisadas que no brindaron información y que desconocen la realidad local o de las comunidades indígenas asentadas en su jurisdicción, principalmente al no haber identificado el número de comunidades que atienden dentro de su jurisdicción ni al pueblo indígena al que pertenecen estas comunidades, limitando que se brinden servicios de salud con pertinencia cultural en zonas donde residen pueblos indígenas.
37. El Minsa ha avanzado en la construcción de un padrón de vacunación contra el COVID-19 para pueblos indígenas, el cual ha sido utilizado por el personal de salud a cargo de la vacunación; sin embargo, en la supervisión se advierte que, en muchos casos, las microrredes de salud no tenían información o esta era inexacta respecto a la meta de población indígena a vacunar y el número de comunidades a intervenir. Asimismo, en diversas zonas la meta inicialmente identificada, respecto a las personas indígenas a vacunar, fue ampliamente superada.
38. La vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas no contó con un presupuesto específico destinado a mejorar su ejecución en las comunidades. No obstante, los presupuestos otorgados para la atención del COVID-19 en población indígena, en el segundo semestre del 2021 y 2022, coadyuvaron con recursos para los rubros de compra de combustible y contratación de enlaces indígenas. La falta de un presupuesto específico para contratar mayor personal de salud, mejorar la cadena de frío y condiciones logísticas de dicho proceso, se vio reflejado en las diferencias o brechas de vacunación en cuanto al alcance de personas inmunizadas en las ciudades, respecto a los porcentajes de las zonas rurales con alta presencia de población indígena. Así, de acuerdo con información del Minsa, al 1 de mayo de 2023, la brecha entre la primera y cuarta dosis de vacunación contra el COVID-19 en población indígena, fue del 95 % en los departamentos de Amazonas y Ucayali; 93 % en Loreto y Junín; 89 % en Ayacucho y Cajamarca; 87 % en Madre de Dios y Cusco; 86 % en Huánuco; 82 % en San Martín y 75 % en Pasco.






## RECOMENDACIONES



## Al Ministerio de Salud

1. Modificar su Reglamento de Organización y Funciones e instrumentos de gestión conexos para que la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios pase a ser una Dirección General, a efecto de que se fortalezca la institucionalidad estatal en la prestación del servicio de salud a la población indígena, dotándolo de recursos humanos, logísticos y presupuestales para liderar la política nacional de salud intercultural y cautelar el derecho a la salud de la población indígena.
2. Diseñar, elaborar e impulsar, incluyendo metas anuales y quinquenales, con la asistencia técnica del Ministerio de Economía y Finanzas, la aprobación de un Programa Presupuestal destinado a implementar y desarrollar medidas estratégicas para garantizar la atención de la salud de la población indígena, el mejoramiento de las condiciones de los establecimientos de salud que existen o la construcción de nuevos establecimientos de salud, tanto en las zonas amazónicas como andinas, incorporando en su planeamiento el enfoque de interculturalidad y territorialidad, así como la participación de las organizaciones indígenas.
3. Impulsar y desarrollar, en coordinación con el Ministerio de Cultura, los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas, un programa de formación profesional en salud intercultural, dirigido a los profesionales y personal de la salud, con el fin de que cuenten con competencias interculturales y lingüísticas en la prestación de los servicios de salud que se brindan en territorios de comunidades indígenas.
4. Reforzar y fortalecer las acciones de articulación entre los sistemas de salud (biomédico e indígena), partiendo del reconocimiento de la cultura y la promoción de conocimientos y prácticas tradicionales en salud de los pueblos indígenas, a fin de mejorar la cobertura de la atención en salud y la representatividad indígena dentro del sistema sanitario.
5. Implementar una plataforma digital que permita hacer seguimiento a la vacunación en población indígena a nivel nacional, de acuerdo con el Esquema Nacional de Vacunación. Este instrumento de gestión debe contener datos desagregados por género, grupo etario, pertenencia étnica, lengua materna y comunidad indígena para que se focalicen estrategias de vacunación en zonas donde existen brechas.

- 
6. Adoptar las acciones administrativas y/o normativas que sean pertinentes para regular una política de incentivos monetarios y no monetarios al trabajo de los agentes comunitarios de salud, cuyo rol en la atención de salud dentro de las comunidades indígenas es fundamental para legitimar las intervenciones estatales y asegurar servicios sanitarios con pertinencia cultural.
  7. Elaborar y aprobar una norma sectorial que tenga como propósito regular la incorporación de los enlaces indígenas de manera permanente en los servicios de salud que se brinden a nivel nacional en las zonas donde predominen pueblos indígenas, con la finalidad de garantizar el enfoque intercultural y lingüístico en dichos servicios, debiendo para su elaboración contar con la participación de las organizaciones indígenas.
  8. Implementar lineamientos para el diseño, elaboración y difusión de materiales informativos, con pertinencia cultural, lingüística y bajo un enfoque territorial, respecto a la atención de salud en pueblos indígenas, en coordinación con el Ministerio de Cultura, con el fin de reforzar y mejorar las estrategias comunicativas y frenar la desinformación que se impulsa desde ciertos actores locales respecto a los procesos de vacunación. Estos lineamientos deben construirse con la participación de las organizaciones indígenas y deben ser implementados por los gobiernos regionales y locales donde predomine población indígena.
  9. Priorizar la ejecución de proyectos de inversión pública, en coordinación con los sectores del Poder Ejecutivo que sean competentes y los gobiernos regionales correspondientes, para implementar a los establecimientos de salud de los servicios básicos de energía eléctrica, agua potable y/o conectividad, con el fin de prestar servicios de salud de manera oportuna y con calidad.
  10. Reforzar las acciones de coordinación y articulación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Cultura y Gobiernos Regionales, para la realización de intervenciones focalizadas y mejora de los servicios de salud que se prestan en las comunidades indígenas de zonas de frontera, tomando en cuenta además si su ubicación es cercana a territorios de pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.

### **Al Ministerio de Cultura**

11. Elaborar un registro y/o padrón nominal de personas indígenas, de carácter nacional, en coordinación con el INEI, el Reniec, los gobiernos regionales y locales, y las organizaciones indígenas, con el fin de contar con información real que permita optimizar la planificación e intervención del Estado, en distintas materias, dentro de los territorios de los pueblos indígenas.
12. Reactivar el trabajo de la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente encargada de realizar el seguimiento y fiscalizar la implementación de las medidas y acciones estratégicas para el desarrollo integral de los pueblos indígenas u originarios del país, aprobada por D.S n° 005-2021-MC, a fin de plantear soluciones para revertir la brecha de vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas, así como para mejorar los procesos de vacunación del ENV.

### **Al Ministerio de Relaciones Exteriores**

13. Reforzar las acciones de coordinación y articulación con el Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura y sus pares de los países fronterizos que se ubican en la amazonía, a fin de generar estrategias de intervención focalizadas y mejorar los servicios de salud que se prestan en las comunidades indígenas de zonas de frontera.

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

14. Brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales para la gestión y ejecución del presupuesto público, debiendo realizarse con especial tratamiento cuando a salud pública se refiera.
15. Priorizar el presupuesto público para atender la demanda de construcción y mejoramiento de establecimientos de salud en las comunidades y localidades indígenas, incluyendo las que se ubican en las zonas de frontera, a fin de atender las necesidades en cuanto al acceso al derecho a la salud de la población indígena.

## A los Gobiernos Regionales

16. Continuar reforzando la capacidad operativa de los establecimientos de salud de primer nivel de atención que atienden a los pueblos y comunidades indígenas y originarias debiendo garantizar la asignación de profesionales médicos y asistenciales suficientes e idóneos, con formación en interculturalidad.
17. Asegurar la disponibilidad de insumos y medicamentos esenciales para la atención de la salud en las comunidades, localidades y centros poblados de su jurisdicción con presencia de población indígena, así como, mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos a fin de garantizar su calidad y eficacia.
18. Garantizar el acceso a los servicios públicos de electricidad, agua, saneamiento y telecomunicaciones en los establecimientos de salud de primer nivel de atención de sus jurisdicciones, a fin de dotarlos de condiciones mínimas para brindar servicios de salud de manera oportuna y de calidad hacia la población de las comunidades, localidades y centros poblados indígenas.
19. Fortalecer las acciones de articulación con las organizaciones indígenas de sus respectivas circunscripciones territoriales, con la finalidad de elaborar intervenciones de salud óptimas en las comunidades y con la pertinencia cultural que corresponde.
20. Fomentar y hacer seguimiento para asegurar el adecuado registro de la variable de pertenencia étnica en los registros administrativos de la Diresa/Geresa a fin de identificar las necesidades de la población indígena en la atención del derecho a la salud, así como en el HIS (*Hospital Information System*) y otros sistemas que dan cuenta del avance en la vacunación a población indígena, originaria y afroperuana.

## AGRADECIMIENTOS

La Defensoría del Pueblo expresa su reconocimiento a la colaboración de las diversas entidades del Estado, especialmente a los ministerios de Salud y Cultura, así como a las Direcciones Regionales de Salud, Redes de Salud y Microrredes de Salud supervisadas, quienes por intermedio de sus funcionarios y servidores han contribuido con nuestra institución al brindarnos información y precisiones de acuerdo con sus competencias. Asimismo se expresa nuestro mayor agradecimiento a las y los líderes indígenas que contribuyeron con sus aportes en las entrevistas realizadas en el marco de la presente investigación.

De igual forma, se expresa un especial reconocimiento a las comisionadas y comisionados de las 16 oficinas y módulos de atención defensorial, a nivel nacional, quienes participaron en el recojo de información a través de las fichas de supervisión aplicadas a las microrredes de salud para la elaboración del informe, sin cuya valiosa contribución no habría sido posible realizar el presente documento. Finalmente se agradece los aportes de nuestra voluntaria Solange Benavides Palomino, en la revisión de la versión diagramada del informe.

## Anexo 1

### Comisionadas/os que participaron durante la supervisión

Departamento	Oficina Defensorial /Módulo de Atención Defensorial	Comisionada/o responsable de la supervisión
Amazonas	Amazonas	Julio Cesar Ruiz Rosas Katherine Lizbeth Mendoza Quispe
Loreto	Loreto	Lisbeth Castro Rodríguez Joyse Díaz Meza Laura María Clara Velásquez Cueva Milagros Costa Sinacay Jim Paul Yoplack Hu Julian César Soplín Vela
Madre de Dios	Madre de Dios	Marilia Isuiza Montes
Puno	Puno	Trinidad Carlos Serna
	Juliaca	Sandra Sucari Mamani
Pasco	Pasco	Nathaly Lizbett Meza Huayanay
Ucayali	Ucayali	Yarina Ortiz Vicente
Junín	Satipo	Nadia Muñoz Palacios
Cusco	Cusco	Abraham Puma Quispe
	La Convención	Wilson Mamani Carita
	Pichari	Linda Barrón Salvatierra
San Martín	San Martín	Kelly Zaquinaula Guerrero
	Tarapoto	Sandra Villafuerte Vela
Cajamarca	Cajamarca	Emma Adela Arce Quiroz
	Jaén	Glenn Andrés Regalado Mejía
Huánuco	Tingo María	Edwin Jesús Valle



SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE

**TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA**

PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA

CORREO E.: [tareagrafica@tareagrafica.com](mailto:tareagrafica@tareagrafica.com)

PÁGINA WEB: [www.tareagrafica.com](http://www.tareagrafica.com)

TELÉFS.: 424-8104 / 424-3411

Diciembre 2023 Lima - Perú





La pandemia por el COVID-19 tuvo un grave impacto en la vida y salud de la población nacional. El origen de la enfermedad, sus efectos desconocidos y las insuficientes condiciones sanitarias a nivel nacional dificultaron al Estado responder oportunamente a esta emergencia. Lamentablemente, esta situación se agravó en territorios de pueblos indígenas, donde a las circunstancias descritas, se suman las barreras geográficas, económicas, culturales y lingüísticas, cuya falta de atención los coloca en una situación desfavorable para el acceso a su derecho a la salud.

