

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



Formación de agentes indígenas de salud para enfrentar el deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región de Loreto.

Trabajo de Investigación para optar el grado de Magíster en Gobierno y Políticas Públicas

AUTORA

Quispe Peña, Mayra Indira

ASESOR

Yrivarren Lazo, Jorge Luis

LIMA – PERÚ

2021

## Resumen ejecutivo

El presente trabajo de investigación tiene como propósito dar solución a un problema público de producto siendo este el “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”.

Nuestro problema público tiene cinco causas principales: las barreras lingüísticas y culturales, el limitado personal de salud con enfoque intercultural, limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para cada comunidad y limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias. De todas las causas se eligió la principal que es el limitado personal de salud con enfoque intercultural. Por lo cual, se reformuló el problema, dando como resultado nuestro desafío de innovación: ¿Cómo podemos aumentar el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en el distrito de Andoas en la región Loreto a fin de elevar la calidad de atención y su confianza en los centros de salud?

Para dar solución al desafío de innovación, se seleccionó una idea que se convertiría en nuestra solución, denominada “Formación de agentes indígenas de salud”. Seguido, se diseñó un prototipo de la idea empleando un nivel conceptual de innovación, los storyboards. Este muestra una secuencia de tres etapas de la formación: los preparativos previos, fortalecimiento de competencias: la formación en clases teóricas, dialogo intercultural: las clases prácticas y la entrega del servicio de salud con enfoque intercultural.

Para el prototipo final y ver su validez se tomó en cuenta la opinión de especialistas en salud intercultural e indígena, quienes ayudaron a modificarlo y mejorarlo a base de su experiencia en proyectos para poblaciones indígenas en el Perú. Finalmente, se realizó un análisis de deseabilidad, factibilidad y viabilidad dando como conclusión que brindando un mejor servicio de salud primario con personal de salud capacitado con enfoque intercultural generaría valor público, así como un impacto positivo en la población indígena.

*Palabras clave: Salud intercultural, pueblos indígenas, Amazonia, capacitación, diversidad cultural, políticas de salud.*

## Abstract

The purpose of this research is to solve a public product problem which is "Deficient health service with an intercultural approach developed jointly by the Ministry of Health and the Ministry of Culture in the district of Andoas in the Loreto region, between the years 2015 -2018".

Our public problem has five main causes: linguistic and cultural barriers, limited health personnel with an intercultural approach, limited infrastructure and equipment in good condition, shortage of medicines for each community, and limited operational river transport for long distances. Of all the causes, the main one was chosen, which is the limited health personnel with an intercultural approach. Therefore, the problem was reformulated, resulting in our innovation challenge: How can we increase the limited and few health personnel trained with an intercultural approach for the indigenous population in the district of Andoas in the Loreto region in order to increase the quality of care and trust in health centers?

To solve our innovation challenge, an idea was selected that would be our solution, which was called "Training of indigenous health agents". Afterwards, a prototype of our solution was made, it was designed using a conceptual level of innovation, the storyboards. This shows a sequence of three stages of training: prior preparations, strengthening skills: training in theoretical classes, intercultural dialogue: practical classes and delivery of the health service with an intercultural approach.

For the final prototype and to see its validity, the opinion of specialists in intercultural and indigenous health was taken into account, who helped to modify and improve it based on their experience in projects for indigenous populations in Peru. Finally, a desirability, feasibility and viability analysis was carried out, concluding that providing a better primary health service with trained health personnel with an intercultural approach would generate public value, as well as a positive impact on the indigenous population.

*Key words: Intercultural health, Indigenous peoples, Amazon, health training, cultural diversity; health policy.*

*“Quienes únicamente se solazan con el pasado, ignoran que el Perú, el verdadero Perú es todavía un problema. Quienes caen en la amargura, en el pesimismo, en el desencanto, ignoran que el Perú es aún una posibilidad. **Problema es, en efecto y por desgracia el Perú; pero también felizmente, posibilidad**”.* BASADRE, Jorge. Perú Problema y Posibilidad. p. 7.



*A mi mamá por el apoyo de siempre y los cafés;  
A Almendra, mi hermana, por escuchar mi  
propuesta;  
A mi papá.  
Y Tobías, se te extraña siempre.*

## Índice

Resumen ejecutivo .....	i
Abstract .....	ii
Índice .....	iv
Lista de tablas .....	vi
Lista de figuras .....	viii
Lista de acrónimos .....	x
Introducción .....	1
CAPÍTULO I .....	5
DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.1. Construcción y redacción formal del problema .....	6
1.2. Marco conceptual del problema .....	7
1.3. Arquitectura del problema .....	10
1.4. Marco institucional y normativo relacionado con el problema .....	13
CAPÍTULO II .....	15
CAUSAS DEL PROBLEMA .....	15
2.1. Marco teórico sobre las causas del problema .....	15
2.2. Análisis causal del problema .....	17
2.3. Indagación sobre las causas del problema .....	19
2.3.1. Barreras lingüísticas y culturales .....	19
2.3.2. Limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural. ....	24
2.3.3. Limitada infraestructura y equipos en buen estado.....	30
2.3.4. Limitado transporte fluvial operativo por largas distancias .....	35
2.3.5. Escasez de medicinas para la comunidad .....	38
CAPÍTULO III .....	41
DISEÑO DE PROTOTIPO .....	41
3.1. Problema reformulado y desafío de innovación .....	41
3.2. Experiencias previas para hacer frente al desafío de innovación .....	43
3.3. Concepto de innovación .....	55
3.3.1. Proceso de desarrollo del concepto final de innovación.....	55
3.3.2. Descripción del concepto final de innovación.....	63
3.4. Prototipo final de la innovación .....	66

3.4.1. Proceso de desarrollo del prototipo final de innovación .....	66
3.4.2. Descripción del prototipo final de innovación .....	83
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>87</b>
<b>ANÁLISIS DE LA DESEABILIDAD, FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROTOTIPO</b>	
.....	87
4.1. Análisis de deseabilidad .....	87
4.2. Análisis de factibilidad .....	90
4.3 Análisis de viabilidad .....	95
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>99</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>105</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo 1: Descripción del espacio de la política .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo 2: Matriz de consistencia del diseño de investigación sobre la arquitectura del problema público .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 3: Herramientas de recojo de información para la arquitectura del problema. ....</b>	<b>119</b>
<b>Anexo 4: Matriz de consistencia del diseño de investigación sobre las causas del problema público .....</b>	<b>126</b>
<b>Anexo 5: Herramientas de recojo de información para las causas del problema público .....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo 6: Herramientas de recojo de información para el testeo del prototipo..</b>	<b>128</b>
<b>Anexo 7: Elementos adicionales para comprender el prototipo final de innovación. ....</b>	<b>134</b>

## Lista de tablas

Tabla 1: Análisis causal del problema.....	17
Tabla 2: Hablantes de una lengua indígena por provincia en la región Loreto ....	20
Tabla 3: Jerarquización de las causas .....	41
Tabla 4: Experiencia Brasil: elementos de análisis de la experiencia Distritos de Salud Especial Indígena .....	43
Tabla 5: Experiencia Brasil: elementos de análisis de la experiencia Formación de agentes indígenas de salud y saneamiento.....	45
Tabla 6: Experiencia Perú: elementos de análisis de la experiencia Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica.....	47
Tabla 7: Experiencia Perú: elementos de análisis de la experiencia “PIAS” .....	48
Tabla 8: Experiencia Chile: elementos de análisis de la experiencia Programa de Salud con Población Mapuche .....	50
Tabla 9: Experiencia Bolivia: elementos de análisis de la experiencia Parto intercultural.....	52
Tabla 10: Experiencia Venezuela: elementos de análisis de la experiencia Oficina Servicios de Atención y Orientación al Indígena.....	54
Tabla 11: Generación y priorización de ideas.....	57
Tabla 12: Priorización del grupo de ideas.....	58
Tabla 13: Descripción del bosquejo del concepto .....	58
Tabla 14: Las nueve cajas de Osterwalder .....	61
Tabla 15: Descripción del concepto .....	64
Tabla 16: Actores y funciones dentro del prototipo de innovación .....	69
Tabla 17: Perfil de agentes indígenas de salud .....	71
Tabla 18: Resultados del diálogo intercultural .....	76
Tabla 19: Perfil de competencias de egresados del programa “Agentes de salud indígenas” .....	77
Tabla 20: Aliados estratégicos .....	94
Tabla 21: Presupuesto aproximado de prototipo .....	96
Tabla 22: Marco normativo.....	114

<b>Tabla 23: Marco institucional.....</b>	<b>115</b>
<b>Tabla 24: Políticas Públicas generales.....</b>	<b>115</b>
<b>Tabla 25: Políticas Públicas específicas .....</b>	<b>116</b>
<b>Tabla 26: Arquitectura del problema público.....</b>	<b>117</b>
<b>Tabla 27: Investigación de causas del problema público .....</b>	<b>126</b>
<b>Tabla 28: Plan de testeo del prototipo.....</b>	<b>128</b>
<b>Tabla 29: Plan de análisis de deseabilidad .....</b>	<b>129</b>
<b>Tabla 30: Plan de análisis de factibilidad.....</b>	<b>131</b>
<b>Tabla 31: Plan de análisis de viabilidad .....</b>	<b>132</b>
<b>Tabla 32: Design Thinking.....</b>	<b>134</b>
<b>Tabla 33: Elevator Pitch .....</b>	<b>136</b>



## Lista de figuras

Figura 1: Causas y Efectos del problema .....	18
Figura 2: Diálogo informativo con pacientes.....	22
Figura 3: Diálogo informativo con pacientes.....	23
Figura 4: Diálogo con pacientes.....	24
Figura 5: Número de médicos colegiados en la región Loreto.....	25
Figura 6: Número de habitantes por cada médico en la región Loreto.....	26
Figura 7: Número de enfermeras/os en la región Loreto .....	27
Figura 8: Número de habitantes por enferma/o en la región Loreto .....	28
Figura 9: Número de hospitales en la región Loreto.....	31
Figura 10: Número de centros de salud en la región Loreto .....	32
Figura 11: Número de puestos de salud en la región Loreto .....	33
Figura 12: Campaña de servicios de salud DIRESA – PAIS - Datem del Marañon. .....	34
Figura 13: Campaña de servicios de salud DIRESA AHF PERÚ 1.....	36
Figura 14: Campaña de servicios de salud DIRESA con AHF PERÚ 2 .....	37
Figura 15: Mapa epidemiológico de la región Loreto.....	38
Figura 16: Programa de capacitación de Agentes indígenas de salud.....	60
Figura 17: Prototipo “Formación de agentes indígenas de salud” .....	67
Figura 18: Creación del programa.....	70
Figura 19: Módulos del programa de agentes indígenas de salud.....	72
Figura 20: Material educativo.....	73
Figura 21: Convenios .....	73
Figura 22: Clases teóricas.....	74
Figura 23: Clases prácticas.....	75
Figura 24: Servicio de salud en la vivienda del usuario.....	78
Figura 25: Servicio de salud en la vivienda del agente de salud.....	79

<b>Figura 26: Servicio de salud en el Centro de Salud o posta.....</b>	<b>79</b>
<b>Figura 27: Servicio de telemedicina .....</b>	<b>80</b>
<b>Figura 28: Servicio de telemedicina .....</b>	<b>81</b>
<b>Figura 29: Curso de lecciones aprendidas .....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 30: Cadena de valor .....</b>	<b>113</b>
<b>Figura 31: Metales pesados encontrados en zonas lote 192 y 8, Loreto. ....</b>	<b>114</b>
<b>Figura 32: Desarrollo de las Cuencas del Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón, del departamento de Loreto.....</b>	<b>119</b>
<b>Figura 33: Acta de Lima 10 de marzo 2015 .....</b>	<b>121</b>
<b>Figura 34: Demandas del público objetivo .....</b>	<b>123</b>
<b>Figura 35: Adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención.....</b>	<b>125</b>
<b>Figura 36: Formato de consentimiento informado de entrevista. ....</b>	<b>127</b>
<b>Figura 37: Red de wifi Napo.....</b>	<b>138</b>
<b>Figura 38: Esquema red wifi del Napo.....</b>	<b>139</b>
<b>Figura 39: Internet satelital: MTC a través del Programa Nacional de Telecomunicaciones.....</b>	<b>140</b>

## Lista de acrónimos

<b>AHF Perú</b>	<b>Aids Healthcare Foundation Perú</b>
<b>AIDSESP</b>	<b>Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana</b>
<b>CDC</b>	<b>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades</b>
<b>DIRESA LORETO</b>	<b>Dirección Regional de Salud Loreto</b>
<b>FEDIQUEP</b>	<b>Federación Quechua del Pastaza</b>
<b>GOREL</b>	<b>Gobierno Regional de Loreto</b>
<b>INEI</b>	<b>Instituto Nacional de Estadística e Informática.</b>
<b>MINCUL</b>	<b>Ministerio de Cultura</b>
<b>MIDIS</b>	<b>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social</b>
<b>MINEM</b>	<b>Ministerio de Energía y Minas</b>
<b>MINSA</b>	<b>Ministerio de Salud</b>
<b>MTC</b>	<b>Ministerio de Transportes y Comunicaciones</b>
<b>OPS</b>	<b>Organización Panamericana de la Salud</b>
<b>POI</b>	<b>Plan Operativo Institucional</b>
<b>PRONATEL</b>	<b>Programa Nacional de Telecomunicaciones</b>
<b>RAE</b>	<b>Real Academia Española</b>
<b>SERUMS</b>	<b>Servicio rural y urbano marginal en salud</b>
<b>SIS</b>	<b>Sistema Integral de Salud</b>

## Introducción

A lo largo de nuestra historia republicana, la vida de la población indígena de Loreto, en nuestro caso específico del distrito de Andoas en la provincia de Datem del Marañón, ha estado en constante vulnerabilidad en lo que respecta a servicios básicos, siendo especialmente vulnerables en la salud ya que en el caso de los pueblos indígenas por sus condiciones de saneamiento, pobreza y pobreza extrema los hace más susceptibles a enfermedades como la Malaria, Dengue, así como, a la malnutrición, anemia y a las altas tasas de mortalidad materno infantil. Asimismo, otros factores externos aumentan su vulnerabilidad, como el analfabetismo, deterioro ambiental como por la constante contaminación de metales pesados por la explotación petrolera y la discriminación que sufren. Datem del Marañón, de la provincia de la región Loreto, es la provincia donde hay más habitantes que hablan una lengua indígena como primera lengua, teniendo 15 288 hablantes del total de 53 013 personas de toda la región Loreto (INEI, 2018). Hay que tener en cuenta también, que la provincia de Datem del Marañón es la provincia más pobre de la región Loreto, teniendo a Andoas como uno de los tres distritos más pobres de Loreto.

Ante evidentes necesidades de tener los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas del distrito de Andoas, así como, de personal de salud capacitados para atenderlos, médicos, enfermeras, obstetricias, técnicos de salud, en la región de Loreto, durante los últimos años, se han aprobado normativas que plantean trabajar con los pueblos indígenas desde una perspectiva intercultural en el terreno de la salud. Sin embargo, se han quedado en compromisos o se han cumplido de forma insipiente. Hay una brecha en el producto entregado, ya que hay una diferencia entre lo que se dice y lo que se hace. Y a pesar de contar con normativa, no se ha visualizado la mejoría en la atención y servicios de salud para la población indígena de Andoas de la región de Loreto. No se garantiza un personal especializado, y, hay un déficit de medicinas y equipos. Además, los servicios de salud no están pensados ni son evaluados en términos de lo que pueda hacer en conjunto la medicina indígena y una mejor articulación con la medicina oficial, es decir, la implementación del enfoque intercultural.

Es así, que, con este contexto, hemos definido nuestro problema público como el “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de

Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018. Es un problema a nivel de producto.

Para la arquitectura de nuestro problema público, la cual nos guiará en nuestro proyecto de innovación, se ha realizado una revisión de base de datos especializada en el tema, revisión documental escrita y audiovisual, así como, observaciones/ fotos.

Teniendo como base las fuentes señaladas, hemos definido como objetivo principal describir la situación en la que esta nuestro problema público. Asimismo, nuestros objetivos secundarios son determinar la cantidad de población que habita en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018, determinar quiénes son los actores que participan del proceso de prestación de servicios de salud integral intercultural y cuáles son sus intereses. Y finalmente, el último objetivo es determinar cuáles son las características sociales, culturales, económicas y ambientales que conforman la identidad cultural de los pueblos indígenas que habitan en el distrito de Andoas en la región Loreto.

Con la finalidad de comprender más nuestro problema público y poder armar nuestro proyecto de innovación, necesitamos las causas de nuestro problema público para lo cual se hizo una revisión bibliográfica especializada en temas de salud intercultural, así como, entrevistas semi- estructuradas y se utilizó la herramienta cualitativa de la observación.

Después del proceso de investigación de fuentes, pudimos identificar y delimitar cinco causas principales del problema que hemos seleccionado, estas son las barreras lingüísticas y culturales, el limitado personal de salud, la limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para cada comunidad y limitado transporte fluvial operativo. Cada una de ellas tiene efectos estrechamente vinculados al problema central como la falta de motivación y desconfianza de las poblaciones indígenas para ir a los centros de salud por las barreras lingüísticas y culturales; la baja calidad de atención en los centros de salud a causa del limitado personal de salud con enfoque intercultural, las dificultades para la viabilidad de prestación del servicio de salud y aumento de sentimiento de exclusión por la limitada infraestructura y equipos en buen estado; aumento de desconfianza y decepción de los pueblos indígenas ante la escasez de medicinas para cada comunidad; y desmotivación para ir a los centros o postas de salud ya que hay un limitado transporte fluvial operativo para las largas

distancias, lo cual significa gran cantidad de tiempo invertido en desplazamiento y dinero.

En ese sentido, para nuestro proyecto de innovación hemos seleccionado de todas las causas, la causa de limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural. Teniendo clara nuestra causa principal identificada, hemos definido nuestro desafío de innovación como: ¿Cómo podemos aumentar el limitado y poco personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en el distrito de Andoas en la región Loreto a fin de elevar la calidad de atención y su confianza en los centros de salud?

Luego de una investigación de diversas experiencias nacionales e internacionales, que tenían un desafío similar al nuestro, se hizo un proceso de priorización de las ideas, con criterios determinados, para seleccionar la idea que sería nuestra solución, la cual se denominó “Formación de agentes indígenas de salud”. La formación de agentes indígenas de salud ayudaría a dar los servicios de salud con enfoque intercultural ante el limitado personal dando como resultado la mejora en la calidad de atención. Estaría liderado por DIRESA Loreto, institución que responde ante el MINSA, y Viceministerio intercultural del MINCUL, que es el ente recto en materia de los pueblos indígenas, con supervisión del MINSA. Al recibirse como agente de salud, puede comenzar a dar el servicio de salud primario en las comunidades indígenas del distrito de Andoas. Esta solución promovería una orientación intercultural en los servicios de salud.

El prototipo de innovación, “Formación de agentes indígenas de salud”, de forma general tiene dos responsables institucionales, DIRESA LORETO y el Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL con supervisión del MINSA. Ellos serán los encargados de realizar los protocolos para la selección de los agentes de salud, así como, la construcción de una malla curricular conformada por un equipo multidisciplinario, así como, profesionales de la salud de ambos sistemas médicos, es decir, medicina occidental e indígena. Además, serán los encargados de realizar convenios con centros de salud, postas, MIDIS – programa PAIS y Fundación EHAS, para prácticas durante las clases prácticas, la asistencia con la teleconsulta y actualizaciones periódicas.

El curso comenzará con las clases teóricas, y las clases prácticas se realizarán en centros de salud, postas o dentro del programa PAIS. Estas clases se complementarán dando la oportunidad para que interactúen con los pacientes,

puedan observar las dinámicas de atención y formas para hacer un nexo entre la medicina occidental y la indígena. Asimismo, se les enseñar a usar la tecnología necesaria para usar la telemedicina. Al finalizar, ambas clases, tanto las teóricas como las prácticas, se tendrá como resultado final la formación y capacitación del agente indígena de salud.

Al terminar la formación como agente indígena de salud, cada uno de los egresados se le asignara una comunidad para comenzar con el servicio de salud, especializado en atención primaria, visitas que serán rotativas. Al iniciar el servicio de salud, este enfrentará diversos escenarios que se complementaran con el respectivo soporte logístico, operativo y de distribución de insumos de salud, equipamiento respectivo para el trabajo de los agentes de salud y puedan mejorar su accionar, y complementar la atención con la utilización de los servicios de telesalud aprendidos en el curso. A modo de complemento, se realizará semestralmente seminarios de lecciones aprendidas para recibir feedback en base a las experiencias de cada agente de salud y poder mejorar los servicios de salud con enfoque intercultural en el futuro.

Finalmente, el presente trabajo de innovación está conformado por cuatro capítulos. En el primer capítulo se definió y describió el problema. En el segundo capítulo se desarrollan las causas del problema. Dentro del tercer capítulo se formuló el desafío de innovación, el concepto final de innovación y el diseño del prototipo. Y, para terminar, en el cuarto capítulo se desarrolla el análisis de la deseabilidad, factibilidad y viabilidad del prototipo.

## CAPÍTULO I

### DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las zonas amazónicas de nuestro país, a lo largo de su historia, han estado excluidas y en una constante vulnerabilidad de servicios básicos, siendo mayor su vulnerabilidad en la salud ya que en el caso de los pueblos indígenas por sus condiciones de saneamiento, pobreza y pobreza extrema los hace más susceptibles a enfermedades como la Malaria, Dengue, así como, a la malnutrición, anemia y a las altas tasas de mortalidad materno infantil.

Dentro de los servicios de salud hay una ausencia de personal como médicos, enfermeras, obstetricas, enfermeros técnicos, y que además tengan adecuada formación intercultural que facilite el trato respetuoso con los pueblos indígenas, así como, falta de medicamentos y equipos.

Además, hay otros factores externos aumentan su vulnerabilidad, como el analfabetismo, deterioro ambiental y la discriminación que sufren. Datem del Marañon, la provincia de la región Loreto es la provincia donde hay más habitantes que hablan una lengua indígena como primera lengua, teniendo 15 288 hablantes del total de 53 013 personas de toda la región Loreto (INEI, 2018). Hay que tener en cuenta también, que la provincia de Datem del Marañon es la provincia más pobre de la región Loreto, teniendo tres de sus distritos entre los más pobres de Loreto, estos son Andoas, Morona y Cahuanpanas.

En la región Loreto, en el distrito de Andoas ubicado en la provincia de Datem del Marañon, distrito que se encuentra en el ámbito del lote petrolero 192, no es ajeno a tales carencias, ya que, para una población de aproximadamente 11 714 personas, solo existe dos puestos de salud y un centro de salud, cada uno de ellos a cuatro horas de distancia en bote del centro de salud pues no existe una conexión directa entre ellos. Además, según el mismo MINSA (Ministerio de Salud, 2019), indica que en el Centro de Salud de Andoas los recursos humanos son mínimos e insuficientes para atender a toda la población que busca atención; la infraestructura no cuenta con los ambientes requeridos para el servicio de salud ni mantenimiento de este, no cuenta con servicios de agua y tampoco cuenta con servicios de teléfono e internet, por lo que el personal de salud debe comunicarse con sus celulares personales.

Ante estas carencias en su servicio de salud, la población ha enviado diversas cartas, demandas al gobierno. Desde el 2015 se han firmado diversas actas con el MINSA, MINCUL, DIRESA Loreto y otros para la implementación de un plan para el mejoramiento de los servicios de salud. No obstante, no se tradujo en mejoras en la atención ni infraestructura. En el año 2017, se aprobó el “Modelo de atención integral e intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañon y Chambira de la región Loreto 2017-2021”, en el siguiente año se ratificó, pero hasta el momento no se ha cumplido en garantizar lo planteado. Aún hay una falta de intérpretes por parte del MINCUL y personal de salud necesario. Se podría decir que el gobierno ha actuado de una forma reactiva pues, estas normas técnicas no han salido porque el Estado reconoce que la población indígena de Andoas necesita, quiere, y, tiene derechos especiales para tener estas políticas de salud intercultural, de tener estos servicios de salud, sino que, son normas, actas y políticas que han ido surgiendo para tapar reclamos, demandas, huelgas o tomas de carreteras hacia el centro petrolero.

La ausencia de los servicios de salud, como en nuestro problema “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas región Loreto, entre los años 2015 -2018”, el distrito de Andoas de la provincia de Datem del Marañon en Loreto es una muestra de el lento progreso, falta de articulación y capacidad para mejorar los servicios del salud en la zona, muy a pesar que en la misma zona opera un centro petrolero lo cual significa que hay una derivación de Canon.

### **1.1. Construcción y redacción formal del problema**

La estructura del problema planteado está compuesta de cinco elementos que nos ayudaron a definir nuestro problema público en una oración, de tal manera que todos, a lo largo de este proyecto, puedan, si no tienen mucha información sobre el problema, entender del problema público planteado.

El primer elemento es la desviación de desempeño, es así como después de analizar las cadenas de valor, nos hemos decidido por el adverbio “**deficiente**”, ya que, si existen acciones que hacen entender que el Estado y los actores involucrados tienen conocimiento del problema, más no hay una eficiente manera de llegar a cabo los planes o proyectos.

El segundo elemento es el producto de análisis. Nosotros nos enfocaremos en el “servicio de salud con enfoque intercultural”.

El siguiente elemento es el sujeto que desarrolla el producto. En nuestro caso, tras analizar las cadenas de valor, hemos identificado tres sujetos clave que son el Ministerio de Salud, el Ministerio de Cultura con su Viceministerio de interculturalidad y DIRESA Loreto.

El cuarto elemento es el lugar donde se desarrolla el producto. Nosotros hemos definido el lugar el distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañón en la región Loreto.

Y finalmente, el último elemento es el lapso de análisis. Con la revisión de documentos para analizar las cadenas de valor sobre el problema, hemos delimitado el tiempo de estudio entre los años 2015 y 2018.

Es así, que tenemos como resultado final nuestro problema definido formalmente: ***“Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”***.

## **1.2. Marco conceptual del problema**

Para nuestro problema ***“Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”***, hemos considerado preciso definir diversos conceptos como interculturalidad, entre otros conceptos conexos como enfoque de interculturalidad y salud intercultural para entender mejor el problema a desarrollar.

### **a. Interculturalidad:**

“El término interculturalidad es polisémico, por lo que tiene múltiples interpretaciones, que dependen del contexto de quien lo usa” (Alavez, 2014). En sí, la interculturalidad ayuda al reconocimiento, respeto e igualdad de las diversas culturas.

Además, “La interculturalidad es una herramienta de emancipación, de lucha por una igualdad real, o equidad real, en el sentido no solo cultural muy superficial

sino también material. Esto resulta patente en la identidad de los pueblos indígenas, que nunca se identifican solamente por su origen sino también por su ocupación, campesina y obrera. Entonces, esas identidades son duales por lo menos en el sentido en el que unen la clase y la etnia” (Marakan, 2012).

Para Austin Millán (2004), “La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las múltiples diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades”.

Asimismo, según Eyzaguirre Beltroy (2008) la interculturalidad “...es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes”.

Para el Ministerio de Cultura (2015) es “la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes”.

En síntesis, la RAE señala en su diccionario que la interculturalidad es “lo que concierne a la relación entre culturas”.

#### **b. Enfoque de interculturalidad:**

De acuerdo con el Ministerio de Cultura (2015), el enfoque de interculturalidad es el “proceso de intercambio, diálogo y aprendizaje que busca generar relaciones de equidad entre diversos grupos étnico-culturales que comparten un espacio; a partir del reconocimiento y valoración positiva de sus diferencias culturales”.

Además, se indica que “El Enfoque Intercultural implica que el Estado valore e incorpore las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de

servicios con pertinencia cultural, la promoción de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada a los pueblos indígenas y la población afroperuana” (Ministerio de Cultura,2015).

Para el MINSA en su Política Sectorial de Salud Intercultural indican que el enfoque de interculturalidad es “un proceso permanente de diálogo constructivo, de intercambio y aprendizaje entre diversas culturas en igualdad de condiciones y sin discriminación. Busca erradicar las inequidades sin suprimir las identidades culturales particulares respetando la riqueza de la diversidad cultural”.

Asimismo, delimitándolo más a nuestro trabajo, según la guía metodológica de “Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad” (2013) “El enfoque de interculturalidad debería promover que todos los pueblos ejerzan su derecho al desarrollo en respeto del principio de la igualdad de derechos y de la libre determinación de los pueblos. (...) La aplicación de un enfoque intercultural en las políticas y programas debería permitir a los pueblos definir su desarrollo desde sus aspiraciones y valores culturales, y afirmarse como sujeto de su desarrollo.” Además, “La aplicación del enfoque de interculturalidad debería permitir diseñar e implementar políticas y programas que reconozcan la igualdad de todas las culturas sin negar las diferencias de sus talentos y contribuciones, los cuales deberían ser promovidos y utilizados en el desarrollo de su pueblo y del país. De esta manera, se favorece la participación y compromiso de los pueblos como actores y como capital humano del desarrollo (Guía metodológica,2013).

En resumen, podemos indicar que el enfoque intercultural se refiere a respetar las costumbres, ideas, cultura y lenguas originarias de los pueblos indígenas.

### **c. Salud intercultural:**

Según la Organización Panamericana de Salud (2008)” a través del dialogo horizontal, la interculturalidad aspira entre otros objetivos, al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, contribuyendo a la aceptabilidad de los sistemas de salud y a la consolidación de un sistema más equitativo y participativo”.

Al ser la interculturalidad un derivado de las Ciencias Sociales, Salaverry (2010) indica que “La Interculturalidad en salud corresponde ... al desarrollo de las competencias culturales que deben desarrollar los médicos y, por extensión los

profesionales de la salud.” (...) “En el caso de los países latinoamericanos la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda a las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales” (Salaverry,2010).

Paralelamente, dentro de la Ley N 26842: Ley General de Salud del MINSA la salud intercultural está orientada a la “atención de salud como derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana”.

Asimismo, Chavéz y Yon (2015) indican que “la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente y esta ausencia contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, las que son afectadas por diferentes formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política.”

Además, indican que ... “supone un proceso de complementación entre sistemas de salud, que en el contexto de territorios indígenas Amazónicos incluye el sistema biomédico y los sistemas indígenas, sobre la base del respeto y la cooperación en beneficio de la población indígena y de la ciencia médica para lograr que ambos sistemas médicos puedan potenciarse mutuamente y de manera creativa. Este proceso requiere de nexos eficientes de comunicación recíproca y que las iniciativas estatales sean compatibles y respetuosas de las prácticas médicas y las creencias que sustentan los conceptos de enfermedad y salud de los pueblos indígenas” (Chavéz y Yon ,2015).

### **1.3. Arquitectura del problema**

Para nuestro problema ***“Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”*** hemos definido un objetivo principal y tres objetivos secundarios.

Nuestro objetivo principal es describir la situación del servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud, DIRESA Loreto y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas la región Loreto, entre los años 2015 -2018.

De forma general, el Ministerio de Salud a través de la Dirección Regional de Salud, es responsable de cubrir todas las expectativas de salud de la población de Loreto, así que respecto al servicio de salud en el distrito de Andoas en la región Loreto solo existe un centro de salud y dos puestos de salud, cada uno de ellos a cuatro horas de distancia en bote del centro de salud pues no existe una conexión directa entre ellos. Además, según el mismo MINSa (Ministerio de Salud , 2019), indica que en el Centro de Salud de Andoas los recursos humanos son mínimos e insuficientes para atender a todos la población que busca atención ya que solo cuenta con 1 médico SERUM, 2 enfermera SERUM, 1 obstetra, 2 técnicos en salud, 1 técnico de laboratorio, 1 biólogo y 1 motorista (Ministerio de Salud , 2019), en total solo 9 personas trabajando en el centro de salud para una población próxima promedio de 6 000 personas. Además, según sus estimaciones el centro de salud necesita al menos 3 médicos, 4 enfermeras, 3 obstetras, 1 dentista, 1 biólogo, 3 técnicos de enfermería y 1 técnico de laboratorio. Sin embargo, la proyección de la disponibilidad de los recursos humanos es menor a la que tienen actualmente (Ministerio de Salud , 2019).

Además, la infraestructura no cuenta con los ambientes requeridos para el servicio de salud ni mantenimiento de este, no cuenta con servicios de agua y tampoco cuenta con servicios de teléfono e internet, por lo que el personal de salud debe comunicarse con sus celulares personales, e indican que la infraestructura no cuenta con ambientes requeridos para el servicio de salud, así como, que los ambientes existentes no cumplen con las áreas la normativa, y le dan una calificación de regular pues es notorio que el centro de salud no recibe mantenimiento (Ministerio de Salud , 2019).

Estas deficiencias afectan la calidad del servicio de salud y su saturación. Al mismo tiempo, al no tener servicios de salud adecuados y adaptados al contexto de las poblaciones indígenas, es decir, pertinencia cultural al entregar el servicio, dificulta calidad en la atención de los servicios de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas - Loreto.

Asimismo, uno de nuestros objetivos secundarios es determinar la cantidad de población que habita en el distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañón - Loreto, entre los años 2015 -2018.

De por sí, gracias al CENSO 2017 del INEI podemos decir, por la revisión de datos, que en el distrito de Andoas habitan 11 714 personas, así como, pertenecientes a los pueblos indígenas de Achuar y Quechua que viven en la Comunidad Nativa Nuevo Andoas, Comunidad nativa Nuevo Jerusalén y Comunidad NATIVA José Olaya, Comunidad nativa Alianza Cristiana y Comunidad Nativa Nuevo Porvenir.

El segundo objetivo secundario es determinar quiénes son los actores que participan del proceso de prestación de servicios de salud integral intercultural el distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañón - Loreto; y cuáles son sus intereses.

En nuestro caso los actores participantes son el personal de salud, el Ministerio de Salud a través de la Dirección Regional de Salud (DIRESA LORETO), es responsable de cubrir todas las expectativas de salud de la población de Loreto, así como, el Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura que es el ente rector para la entrega de servicios y pertinencia cultural para los pueblos indígenas. También, el Gobierno Regional de Loreto hace transferencias y campañas de salud. Otros son el Ministerio de Inclusión Social con sus diferentes campañas con las PIAS, el SIS, así como, organizaciones religiosas

Y finalmente, el último objetivo es determinar cuáles son las características sociales, culturales, económicas y ambientales que conforman la identidad cultural de los pueblos indígenas que habitan el distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañón – Loreto.

Nuestra última hipótesis es que, la provincia de Datem del Marañón es la provincia más pobre de la región Loreto, teniendo tres de sus distritos entre los más pobres de Loreto, estos son Andoas, Morona y Cahuanpanas. Es una población eminentemente rural dado que depende de la agricultura, la pesca y recursos naturales de su entorno. Su vulnerabilidad a enfermedades es alta ya que no hay acceso al agua para consumo humano, “entre el 97% y 99% de las viviendas consume agua no tratada” (Ministerio de Cultura, 2020). Además, le tenemos que agregar los derrames de petróleo tan cercanos a sus comunidades, los cuales han provocado problemas de salud por metales tóxicos vertidos en su ámbito y agua.

Y no hay que olvidar que Datem del Marañon, la provincia de la región Loreto es la provincia en la que hay más habitantes que hablan una lengua indígena como primera lengua, teniendo 15 288 hablantes del total de 53 013 personas en toda la región Loreto, visualizándose tal desnivel en que el 65% de la población no ha culminado el nivel secundario. Las brechas sociales son muy altas.

Para contrastar nuestras hipótesis se utilizó como fuente de datos el CENSO 2017 del INEI, documentos oficiales del Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, DIRESA Loreto. Asimismo, se utilizó como herramientas en la investigación la revisión de base de datos documentales de los ministerios involucrados como son el Ministerio de Salud y Ministerio de Cultura o instituciones referentes como DIRESA Loreto. También se utilizará métodos cualitativos como las entrevistas y observaciones.

#### **1.4. Marco institucional y normativo relacionado con el problema**

El Estado como respuesta ante el problema de salud en las poblaciones indígenas en los últimos 4 años ha formulado un marco normativo, institucional y políticas públicas generales y específicas que también ayudaran a nuestro problema identificado “Deficiente servicio de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015-2018”.

- a. Dentro del marco normativo frente a nuestro problema identificado, la Ley N° 26842: Ley General de Salud y Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud son dos de las leyes importantes dentro del marco normativo desarrollado por el Estado frente al problema identificado. Dentro de la Ley General de Salud, artículo XVII se indica la importancia que se le debe dar a la promoción de la medicina tradicional dentro del Estado. Asimismo, mediante esta ley, se recalca que la salud pública es responsabilidad del Estado, y es su derecho.

Además, mediante la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se busca cerrar brechas respecto al aseguramiento universal de todos los peruanos, facilitando la inscripción al SIS con la reafirmación en el Decreto Legislativo N°1163, en el que se aprueba el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

- b.** Igualmente, existe un marco institucional identificado. Uno de ellos es el Decreto Supremo 016-2016-SA de Política Sectorial de Salud Intercultural, la cual da lineamientos para hacerle frente nuestro problema, ya que regula los procesos en salud intercultural a nivel nacional y así se “favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades y la no discriminación hacia las mujeres y hombres indígenas, amazónicos, afroperuanos por su condición étnica y cultural, para la población, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana” (DS, 016-2016-SA). Lo especial de esta política sectorial en salud es que contó con la participación de diversas agrupaciones indígenas y se dio un paso al dialogo, y así “a través del desarrollo de procesos de salud intercultural que contribuirán en la disminución de las brechas sanitarias que presentan.” (DS, 016-2016-SA).
- c.** Entre las Políticas Públicas generales está la Política Andina de Salud Intercultural que fue creado con el fin de mejorar y ayudar a los Planes Nacionales de Salud. De tal manera, que las poblaciones indígenas puedan mejorar sus servicios de salud con la adecuación intercultural pertinente. Asimismo, el Plan Bicentenario y los lineamientos de la “Política Sectorial para la atención integral de las personas expuestas a metales pesados metaloides y sustancias químicas” refuerzan a la Política de Salud Intercultural.
- d.** Finalmente, en nuestro problema identificado, algunas de las Políticas Públicas específicas son Plan Nacional concertado de Salud, Plan de mejoramiento de atención integral de salud a la población de las cuencas del Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón 2015 y el Modelo de atención de salud integral e intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón y Chambira, en la región Loreto 2017-2021.

## CAPÍTULO II

### CAUSAS DEL PROBLEMA

Nuestro problema es a nivel de producto “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”.

#### 2.1. Marco teórico sobre las causas del problema

Para nuestro tema “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”, hemos revisado diversos autores que abordan el problema.

Pintado Estela (2016) menciona que “los gestores públicos que trabajan en el sector salud en la Amazonia tienen limitadas capacidades estratégicas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de implementación de políticas”. Asimismo, indica que tales acciones han aumentado la incompreensión y a veces la discriminación hacia las poblaciones indígenas, lo cual, afecta tanto la calidad del servicio de salud. Además, “dificulta el real acceso al derecho a la salud por parte de las poblaciones indígenas”.

De igual manera, Vila (2000) señala que hay profesionales de la salud que consideran que la interculturalidad en la salud, el acercamiento y utilización de los conocimientos y prácticas de las culturas originarias significan un paso atrás hacia la modernidad. (...) Además, “la frecuentación de la población indígena al sistema sanitario institucional es limitada, ya que brinda servicios que en muchas ocasiones transgrede la cultura local y tiene una propuesta de salud verticalista”.

Además, el MINCUL (2013) destaca también la ausencia de personal de salud, médicos, enfermeras, obstetricias, tecnólogos, con una adecuada formación intercultural que facilite el trato respetuoso con los pueblos indígenas.

Igualmente, Yon, Salas y Portugal (2017) indican que la interculturalidad en salud es “solo uno de los requisitos para que los servicios sanitarios puedan atender mejor las necesidades de salud de los pueblos indígenas y otras poblaciones”. En sí, estas poblaciones esperan que los servicios cuenten con “recursos humanos suficientes, medicinas y equipamiento para que cumplan mínimamente

con resolver problemas de salud que sus recursos no logran, lo que en el marco de la actual crisis del sector salud no viene sucediendo”, estas situaciones aumentan las desconfianzas en los servicios de salud.

Pesantes y Cárdenas (2017) señalan que, en las zonas amazónicas, los “puestos de salud son establecimientos concebidos como de primer nivel de atención, pero por la lejanía y difícil acceso a los establecimientos de mayor capacidad resolutive, estos terminan cumpliendo no sólo funciones preventivas sino también recuperativas y asistenciales”. Hay una sobrepoblación en los establecimientos de salud, lo cual disminuye la calidad de atención.

Igualmente, Cárdenas, Pesantes y Rodríguez (2017) señalan que los pueblos indígenas “no renuncian al desarrollo de sus sistemas de salud, se hace necesario que planteen al Estado el desarrollo de un sistema de salud que reconozca sus conocimientos y prácticas sanitarias”. Es así como “la formación en salud intercultural aparece como una respuesta a este nuevo contexto, que demanda la formación de profesionales capaces de dialogar con los dos conocimientos y las diferentes perspectivas del mundo”.

La Defensoría del Pueblo (2018) indica que en la región Loreto, en las zonas de los lotes 192 y 8, “se encuentra en una situación de riesgo constante por exposición a metales pesados, que se agrava por los continuos derrames de petróleo” (...) “Por lo que existe la necesidad de que el Estado garantice la inmediata atención de la salud de esta población”. Además, la entrega de resultados a las poblaciones indígenas “se ha efectuado de forma ineficiente y sin enfoque intercultural, generando confusión e incertidumbre”.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo (2018) señala que el Estado peruano ha incumplido varias veces los acuerdos de salud con las organizaciones indígenas, “menoscabando los niveles de confianza con la población”. Algunos acuerdos son: “más centros de salud, atención a sus demandas por acceso a servicios básicos como agua y saneamiento, así como, la oportuna remediación ambiental ante los derrames” (...) “Todo esfuerzo en la atención de la salud de esta población resultaría insuficiente e insostenible de no garantizarse dichos servicios”.

## 2.2. Análisis causal del problema

Nuestro marco teórico, desarrollado en el apartado anterior, nos ha ayudado a identificar y generar cinco hipótesis sobre las posibles causas de nuestro problema público. Siendo estas las barreras lingüísticas y culturales, el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural, la limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas en cada comunidad y limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias.

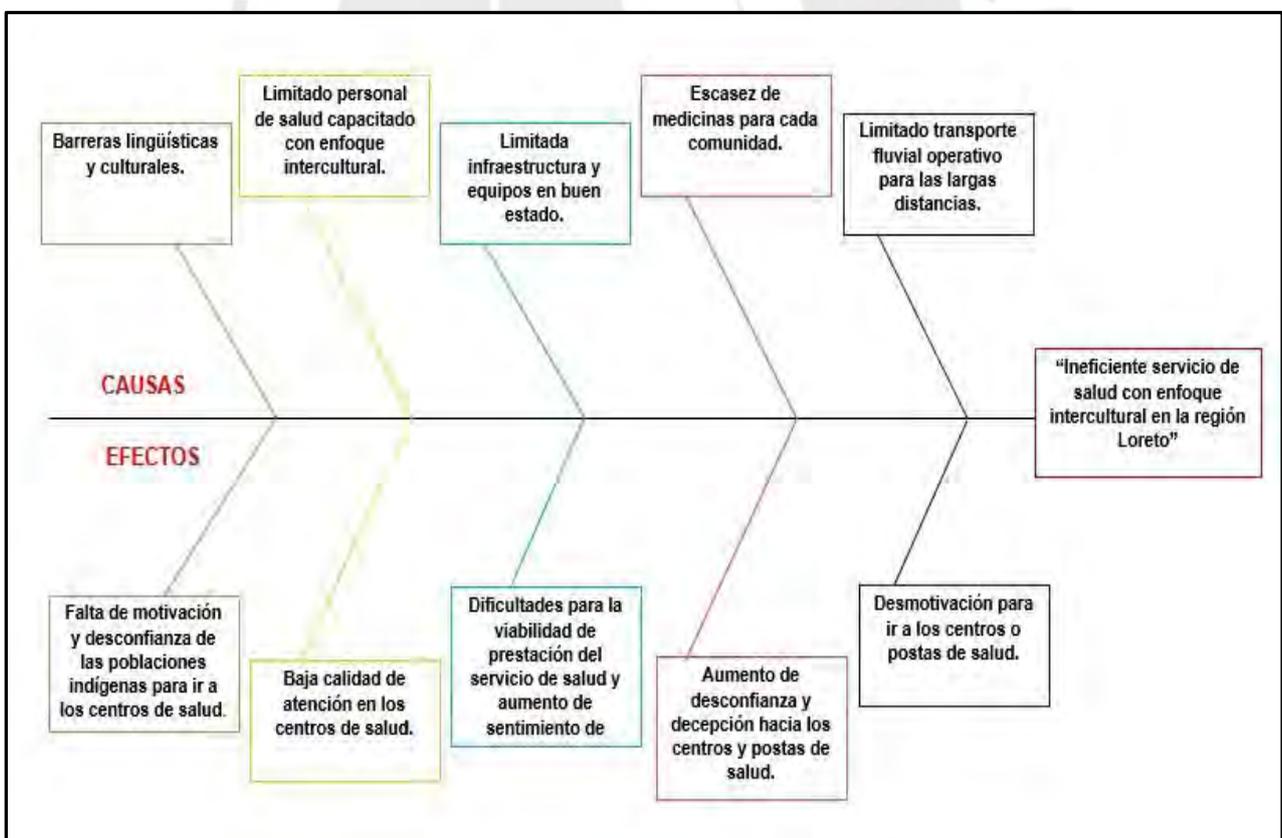
**Tabla 1: Análisis causal del problema**

Pregunta causal	Objetivos	Hipótesis	Fuentes de dato	Herramienta	Método de análisis
¿Qué genera el deficiente servicio de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto?	Explicar las causas del ineficiente servicio de salud con enfoque intercultural en la región Loreto.	Las causas del ineficiente servicio de salud con enfoque intercultural en la zona en la región Loreto son las barreras lingüísticas y culturales, limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural, la limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para cada comunidad y, limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias.	Instituciones de salud	Observación	Método cualitativo
			Personal de salud	Entrevista	
			Pacientes	Entrevista	
			Papers académicos, investigaciones, noticias.	Revisión de información	

Fuente: Elaboración propia

Cada una de estas causas será analizada mediante una investigación cualitativa, es decir, nos basaremos en la recolección de información de papers académicos, investigaciones, noticias, fotos, así como, de entrevistas con personas especializadas en el tema.

Asimismo, de forma general y gracias a nuestro marco teórico causal, podemos indicar, respecto a cada una de las causas, que cada una de ellas tiene efectos estrechamente vinculados al problema central como la falta de motivación y desconfianza de las poblaciones indígenas para ir a los centros de salud por las barreras lingüísticas y culturales; la baja calidad de atención en los centros de salud a causa del limitado personal de salud con enfoque intercultural, las dificultades para la viabilidad de prestación del servicio de salud y aumento de sentimiento de exclusión por la limitada infraestructura y equipos en buen estado; aumento de desconfianza y decepción de los pueblos indígenas ante la escasez de medicinas para cada comunidad; y desmotivación para ir a los centros o postas de salud ya que hay un limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias, lo cual significa gran cantidad de tiempo invertido en desplazamiento y dinero.



**Figura 1: Causas y Efectos del problema**

Fuente: Elaboración propia

## 2.3. Indagación sobre las causas del problema

En el apartado anterior se definieron cinco causas principales para nuestro problema de producto, el cual es el **“Deficiente servicio de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015-2018”**.

Tales causas son:

- Barreras lingüísticas y culturales.
- Limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural.
- Limitada infraestructura y equipos en buen estado.
- Escasez de medicinas para cada comunidad.
- Limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias.

Para poder confirmar las causas y, a su vez, jerarquizarlas, se ha realizado un trabajo metodología cualitativa, en la cual se utilizó fuentes primarias y secundarias de observación/ fotos, entrevistas a personas especializadas en el tema, noticias, de tal manera, de que tengamos una visión más detallada de lo que significa y la influencia de cada una de las causas a nuestro problema.

### 2.3.1. Barreras lingüísticas y culturales

El Perú es un país multicultural y diverso. Solamente en Loreto habitan 32 pueblos indígenas como son los Achuar, Quechua, Awajún, Kichwa, Kukama Kukamiria, Shipibo-Conibo, entre otros. Asimismo, hay 160 mil 240 personas que se autoidentifican parte de estos 32 pueblos indígenas (MINCUL, 2020), que representa el 18.1% de la población de Loreto. Sin embargo, a pesar de que como peruanos sabemos sobre la variedad de lenguas y pueblos indígenas que habitan en el Perú, según la I encuesta sobre Percepciones y actitudes sobre la diversidad cultural y étnico – racial del MINCUL, indica que se el 57% de la población “percibe que la población indígena o nativa de la Amazonía es discriminada o muy discriminada” ya sea por “ su forma de hablar, su vestimenta y sus rasgos faciales o físicos” (Ministerio de Cultura, 2018).

Además, (Yon, 2020) menciona que hay *“una limitación en las políticas que básicamente se centran en el conocimiento de la diversidad, pero no hacen nada concreto para establecer una relación de diálogo un poco más equitativa con*

estos ciudadanos y ciudadanas que se reconocen como diferentes o diversos culturalmente”.

Igualmente, de las 160 mil 240 personas que se identifican parte de un pueblo indígena, hay una cantidad importante que habla una lengua indígena como primera lengua en la región Loreto.

**Tabla 2: Hablantes de una lengua indígena por provincia en la región Loreto**

<b>Provincia</b>	<b>Hablantes de una lengua indígena</b>
Maynas	6 742
Alto Amazonas	13 195
Loreto	2 974
Mariscal Ramón Castilla	5 517
Requena	1 546
Ucayali	5 992
Datem del Marañon	15 288
Putumayo	1 759
<b>Total</b>	<b>53 013</b>

**Fuente: INEI, 2017**

Siendo Datem del Marañon, la provincia de la región Loreto en la que hay más habitantes que hablan una lengua indígena como primera lengua, teniendo 15 288 hablantes del total de 53 013 personas en toda la región Loreto. Hay que tener en cuenta también, que la provincia de Datem del Marañon es la provincia más pobre de la región Loreto, teniendo tres de sus distritos entre los más pobres de Loreto, estos son Andoas, Morona y Cahuanpanas.

Teniendo estos datos en cuenta, el (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020) indica que en sus talleres de consulta sobre atención de salud varios representantes de comunidades “manifestaron su indignación por el trato racista y prejuicioso del personal de algunos establecimientos (...) y que los horarios de atención no coincidían con los ritmos del trabajo agrícola de la población”.

Según Lizardo Cauper, presidente de AIDSESEP, que dado sus diversidades culturales y lingüísticas: “... hemos presentado un Plan Nacional de Atención

*diferenciada, ¿por qué diferenciada? No porque somos diferentes, sino que al decir “quédate en casa” no es igual quédate en la comunidad, ¿es totalmente diferente no? Encerrarse en una casa, no salir y luego un familiar protegido salir al mercado, a farmacia, a algún lugar. Pero en la comunidad, tiene que ir a su chacra, tiene que ir a su cocha a pescar, traer su alimento. Es totalmente diferente.” (Cauper, 2020)*

Hay que tener en cuenta que los pueblos indígenas como el Achuar o Quechua tienen sus propias percepciones de salud que se basan más en su cosmovisión y entorno, tienen una concepción de la salud y la enfermedad que dependen de “su comportamiento individual (...) como toma de determinadas plantas, y prácticas asociadas a los procesos de maduración de las personas desde su nacimiento que se plasman en curaciones (...) los pueblos Quechua, Achuar comparten una aproximación a la salud en la que se enfatiza la disposición física y emocional de la persona para el trabajo y la vida social” (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020).

Por ello, los comunicados del Estado para ellos deben estar diferenciados pues el solamente traducir imágenes fuera de su contexto pueden significar diferentes cosas desde su contexto y perspectiva cultural. No se estaría llevando el significado correcto a las comunidades indígenas. Al no tener servicios de salud adecuados y adaptados al contexto de las poblaciones indígenas dificulta calidad en la atención de los servicios de salud con enfoque intercultural en la región Loreto ya que persistiría una barrera de comunicación. Estas dificultades de comunicación culturales son un reflejo de años de prejuicios y desencuentros con los servicios de salud estatales.

Un ejemplo de ello es una campaña de salud materna de DIRESA con la OPS en julio de 2018. se puede observar que se han juntado a los pacientes de la posta de salud para dar una charla sobre la gestación. Sin embargo, se puede observar que los papelógrafos están en español, lo que puede hacer que los receptores no lleguen a comprender todo, ya que no es su lengua materna. Tampoco hay un intermediario, como un traductor o gestor comunitario para asegurarse que el tema ha sido comprendido o si hay preguntas sobre el tema.



**Figura 2: Diálogo informativo con pacientes**  
**Fuente: OPS, Julio 2018**

Los gestores o promotores de salud en las comunidades son de suma importancia ya que ellos son los que están ahí, los que conocen la comunidad, conocen a su gente. Son fundamentales para hacer la traducción – interpretación, de tal manera, que haya una comunicación más fluida.

No obstante, en este caso, no hay una implementación del enfoque intercultural, se queda en lo básico de la implementación de la interculturalidad ya que una señal, la lengua sola sin tener en cuenta el contexto en el que se rigen las personas a las que van dirigidas no va a responder siempre a todas las realidades culturales, pues dificulta la prestación de los servicios de salud, así como, la percepción de los pueblos indígenas. El tener señales o cartillas con la lengua del lugar no significa que el servicio sea intercultural en su totalidad.



**Figura 3: Diálogo informativo con pacientes**  
**Fuente: OPS, Julio 2018.**

Por otro lado, En el programa de formación en salud intercultural materno neonatal en Loreto, la organización “Salud sin límites” se les preguntó a las gestantes que es lo que piden y desean en los establecimientos de salud en el momento del parto, sus respuestas fueron:

- Trato digno y con respeto.
- Ser atendidas por personal femenino de salud.
- No ser discriminadas.
- Que se les hable en su idioma.
- Respeto a la posición que eligen.
- Tomar hierbas tradicionales.
- Permitir la libertad de movimiento durante el parto.
- Ser acompañadas por su esposo, familiar o partera.
- Privacidad
- Que el cordón umbilical sea cortado por la madrina



**Figura 4: Diálogo con pacientes**  
**Fuente: OPS, Julio 2018.**

Estos puntos indicados por mujeres indígenas facilitarán o limitarán su llegada a los centros de salud, tanto de ellas en el momento del parto y de la futura atención de sus hijos.

La población indígena no solo se encuentra con un muro lingüístico en el centro de salud, transmitido por el personal de salud las indicaciones en un lengua inentendible, sino que también se recalca en lo cultural. Hay una evidente brecha comunicacional entre la población indígena y el personal de salud. No hay una sinergia entre lo tradicional y lo occidental. Esa falta de complementariedad hace que el servicio de salud falle respecto al enfoque intercultural.

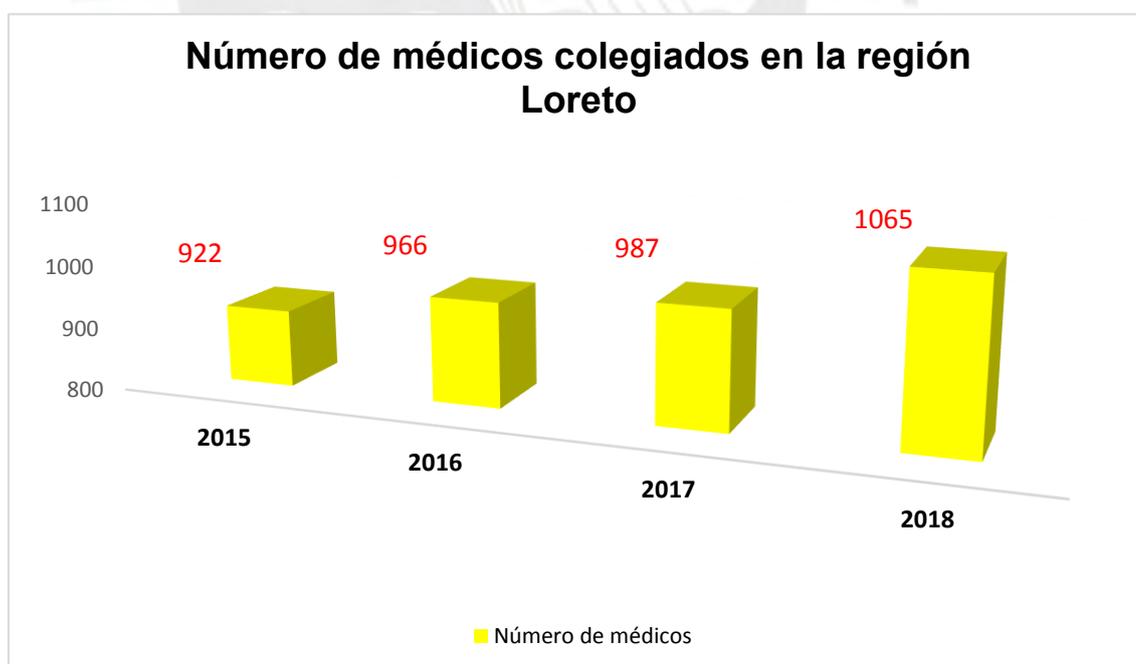
### **2.3.2. Limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural.**

En el año 2015, En una supervisión a 47 establecimientos que atienden población indígena en Loreto, por parte de la Defensoría del Pueblo, se identificó que hay un escaso número de personal de salud en los establecimientos, debido a la lejanía, accesibilidad, y la falta de incentivos para trabajar con las comunidades indígenas (Defensoría del Pueblo, 2015). Asimismo, de los 47

establecimientos, en 13 solo trabajaban dos personas y en ocho solo una (Defensoría del Pueblo, 2015).

Esta situación no ha variado significativamente en los siguientes años, ya que la limitación que existe respecto al personal de salud se hace más evidente con los datos del INEI para el 2018. Estos datos indican que había en la región Loreto 1 065 médicos colegiados, 78 médicos más a comparación con el año 2017, año en el solo había 987 médicos. Además, hay que tener en cuenta que la cantidad de médicos no significa necesariamente que todos ellos estén capacitados con enfoque intercultural, pues en el trabajo de campo del (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020), en el cual se visitó 18 establecimientos de salud en el ámbito de las cuatro cuencas, donde se ubica el distrito de Andoas, se encontró que ningún personal de salud entrevistado había sido capacitado en interculturalidad de la salud. Y solo en dos de 18 establecimientos empleaban traductores cuando la comunicación era difícil.

Esta situación demuestra la limitada cantidad de médicos que se tiene y representa una dificultad para brindar los adecuados servicios de salud.



**Figura 5: Número de médicos colegiados en la región Loreto**  
Fuente: INEI, 2019

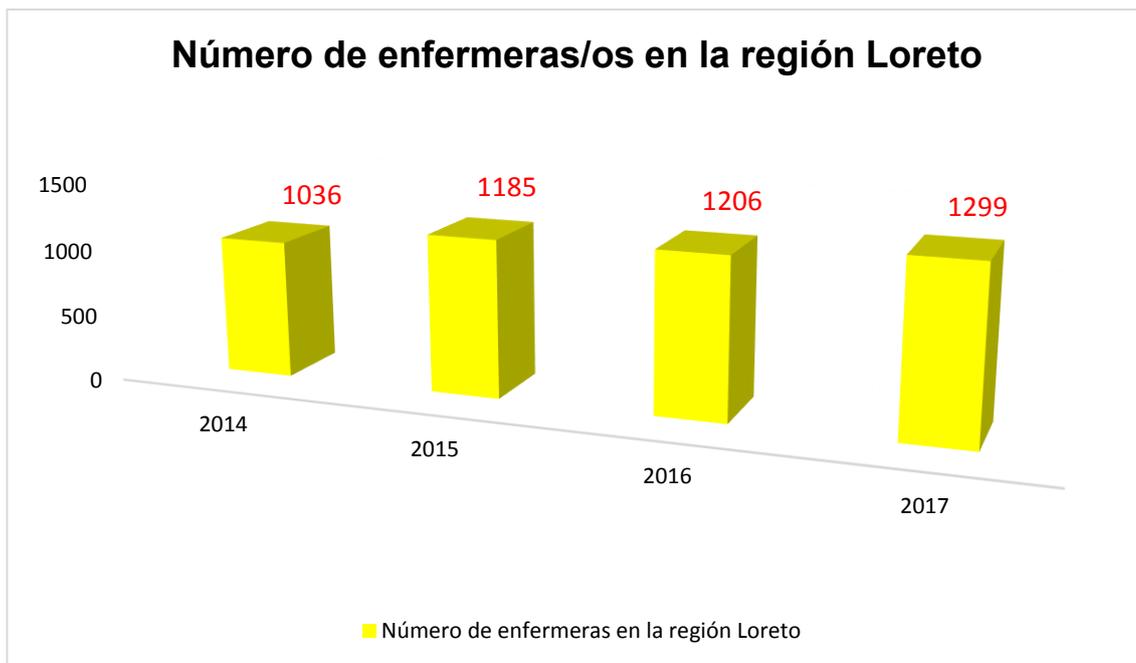
En este sentido, a pesar de que hay un aumento mínimo de médicos en Loreto, solo hay 1 médico cada 1003 personas en Loreto para el 2018 (INEI, 2019), lo cual dificulta la atención en salud, en especial para las poblaciones indígenas, ya que ellos viven en zonas de difícil acceso y dispersos.



**Figura 6: Número de habitantes por cada médico en la región Loreto**  
Fuente: INEI, 2019.

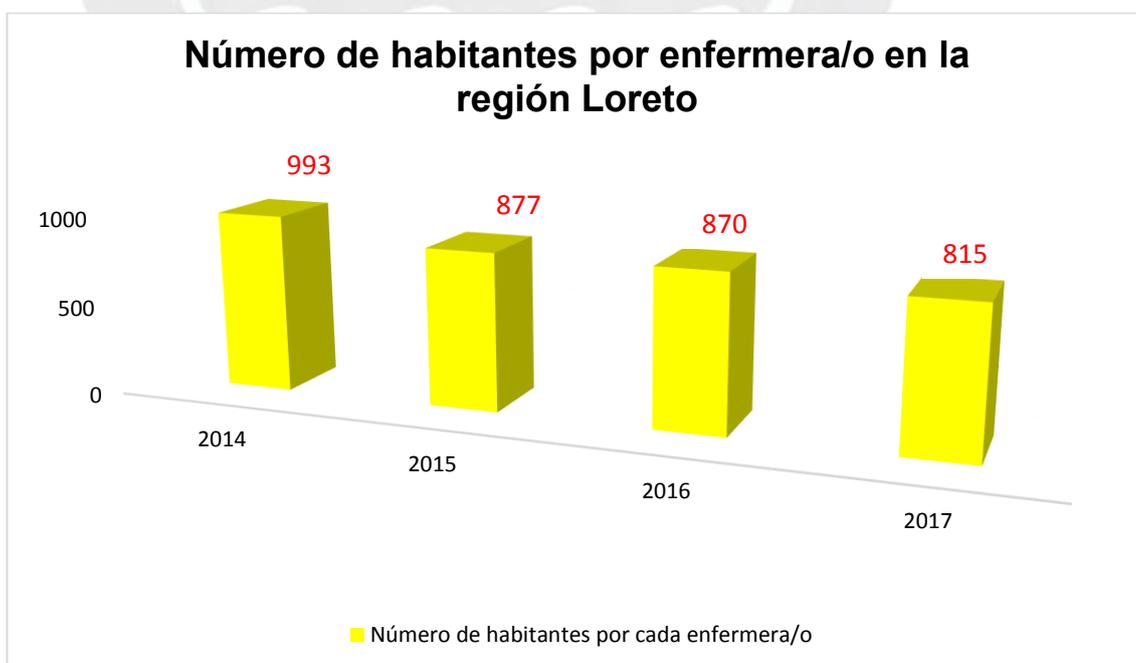
Por otro lado, como personal de apoyo están las enfermeras/os dentro de los diversos establecimientos de salud. En un informe de la Defensoría del Pueblo se indica que de los 47 establecimientos visitados solo en 17 se encontraban enfermeras trabajando (Defensoría del Pueblo, 2015).

Según los datos del INEI, para el año 2017 había 1 299 enfermeras en toda la región.



**Figura 7: Número de enfermeras/os en la región Loreto**  
**Fuente: INEI, 2019**

Al igual, que en el caso de los médicos de la región Loreto, ha habido un incremento mínimo en la cantidad de enfermeras/os en la región. No obstante, por cada 815 personas hay una enferma.



**Figura 8: Número de habitantes por enferma/o en la región Loreto**  
**Fuente: INEI, 2019**

Teniendo en cuenta la brecha que hay de médicos y enfermeras para los habitantes de Loreto, los incentivos de estos para ir a comunidades indígenas son muy bajos. Generalmente, es difícil cubrir las plazas convocadas para los puestos o centros de salud que atiende a las comunidades indígenas. En su mayoría, estas plazas no son ocupadas o si lo son, el personal se queda poco tiempo ya sea porque es parte de su serums o porque pide cambio de establecimiento a falta de servicios básicos y hospedajes. Para el personal de salud, no hay una motivación para trabajar en estas zonas.

Además, según la Defensoría del Pueblo, indican que en algunos casos el personal de salud “se ve obligado a cubrir gastos que no le corresponden, como el pago al motorista en casos de emergencia o el pago por concepto de movilidad para recoger medicamentos” (Defensoría del Pueblo, 2015).

El Gobierno Regional de Loreto indica que hay una “falta de preparación del personal a cargo de los establecimientos de salud” (Gobierno Regional de Loreto, 2019), no hay una preparación para atender a los pueblos indígenas, es decir, no se aplica el enfoque intercultural como se debería.

Asimismo, MINSA en un informe del 2019 (Ministerio de Salud , 2019), indica que en el centro de salud de Andoas – Datem de Marañon en la región Loreto, los recursos humanos son mínimos e insuficientes para atender a todos los pacientes, y, además, el único médico del establecimiento es de una plaza de SERUM, lo cual no garantizaría la continuidad del servicio al largo plazo. En total, el centro de salud de Andoas solo cuenta con 1 médico SERUM, 2 enfermera SERUM, 1 obstetra, 2 técnicos en salud, 1 técnico de laboratorio, 1 biólogo y 1 motorista (Ministerio de Salud , 2019), en total solo 9 personas trabajando en el centro de salud para una población promedio de 6 000 personas. Además, según sus estimaciones el centro de salud necesita al menos 3 médicos, 4 enfermeras, 3 obstetras, 1 dentista, 1 biólogo, 3 técnicos de enfermería y 1 técnico de laboratorio. Sin embargo, la proyección de la disponibilidad de los recursos humanos es menor a la que tienen actualmente (Ministerio de Salud , 2019), pues no tienen previsto en sus proyecciones tener un médico en el centro de salud por temporadas.

Un situación que agrava la disponibilidad de recursos humanos en los establecimientos de salud es que los establecimientos de salud de las empresas petroleras que trabajan cerca a las comunidades optan por captar médicos SERUM ofreciéndoles mejores salarios, facilidades de viaje, acceso a internet, etc. Esta situación limita las posibilidades que estos profesionales elijan un centro de salud del sector público (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020).

La alta rotación del personal hace que se pierda el conocimiento adquirido en el trabajo y confianza con la población indígena. Además, el nuevo personal de salud en su gran mayoría llega sin capacitación en el enfoque intercultural (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020).

Por otro lado, en los puestos de salud donde no hay ni médicos ni enfermeras, son los técnicos en enfermería los que intentan cubrir estas brechas ante el déficit de personal de salud. Según (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020), el 72% del personal de salud en el ámbito de las cuatro cuencas, donde se encuentra el distrito de Andoas, es personal técnico de enfermería.

Los técnicos de enfermería se enfrentan a casos en los que hay solo un técnico para una población muy grande e incluso hay normativas que solamente permiten que el médico o la enfermera haga ciertas cosas, y en estas comunidades los técnicos tienen que hacer de obstetras, médico, enfermera, etc. Y para aumentar su carga tienen serias dificultades en la entrega de resultados, que es como se mide el servicio, lo cual también desanima a estos trabajadores. Por ejemplo, Elio Suamut técnico de salud en Loreto indica que:

*“A pesar de que, nosotros queramos llevar una buena información para la población no podemos. ¿Por qué no podemos? Al trabajar en un establecimiento, hablando de calidad, trabajar en un establecimiento con 8 comunidades o 5 comunidades no abasteces al llevar una buena información a la población. Entonces, ¿qué calidad de atención e información le doy a mi población o a mi gente si me piden con manejo de 18 o 15 formatos o áreas que yo mismo tengo que solucionar? Pero yo lo he intentado, tratar de poder atender a un paciente en mi consultorio 30 minutos o 45 minutos no se puede. Porque te exigen los indicadores que 60 por día y 60 fugas no se realizan en un día.”*

Los técnicos en enfermería, que en su mayoría provienen de poblaciones indígenas, tienen dificultades para trabajar e insertarse dentro de un sistema de salud que ya está establecido, y ese sistema de salud tiene ciertas características que no facilitan la atención intercultural, que, por convivencia con los pueblos indígenas, se aplican. Por ejemplo, la estructura jerárquica del sistema de salud donde la autoridad viene del título profesional y no necesariamente de la experiencia de trabajo con los pueblos indígenas. Los técnicos en enfermería que trabajaban en los centros de salud tienen muy pocas oportunidades de poner en práctica o lo hacen a escondidas. Surge una complicidad entre el paciente y el técnico para que pueda ingresar sus plantas u otros requerimientos. *“Esto es más notorio en los centros de salud, pues evidencia la apertura o no apertura que tiene el sistema para este tipo de enfoque”* (Pesantes, 2017).

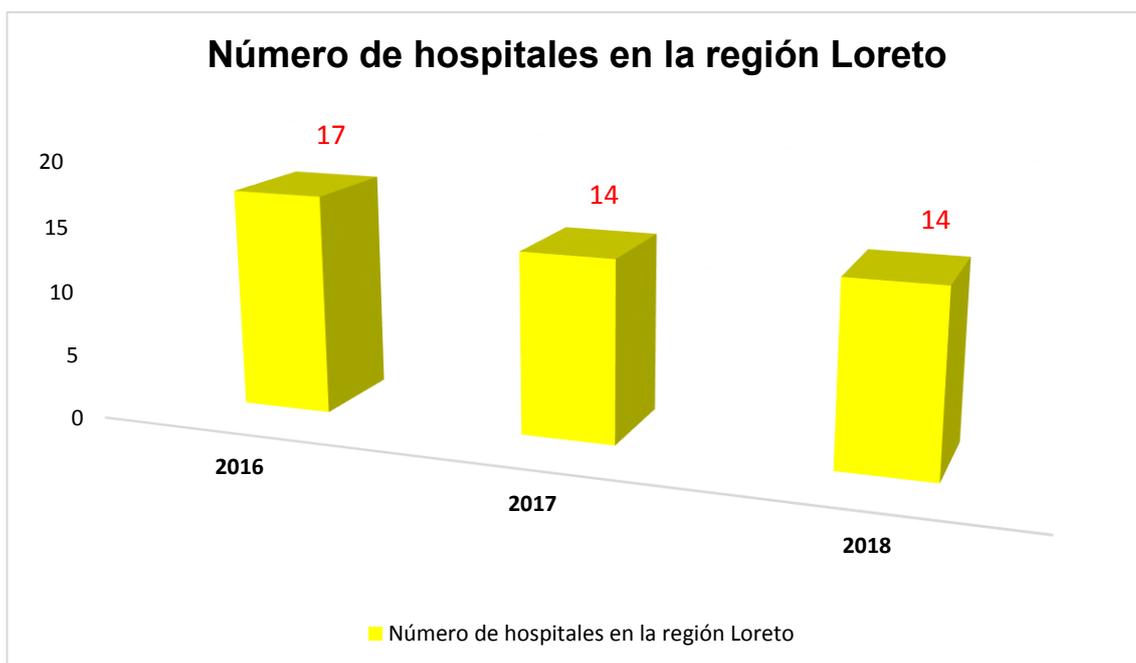
Finalmente, el limitado personal que va a las comunidades es una de las causas para el deficiente servicio de salud con enfoque intercultural para la población indígena de la región Loreto, en el distrito de Andoas, lo cual hace crecer los sentimientos de exclusión:

*“El gobierno hizo una consulta previa para una Política Sectorial de Salud Intercultural, pero son 6 años que ni siquiera ha avanzado de implementar esta política en diferentes comunidades. Entonces, yo creo que el sistema actual del gobierno peruano no llega a las comunidades, y hay que entender por ejemplo llega al centro de salud en las comunidades grandes para atender 5000 personas, por ejemplo.”* (Cauper, 2020).

### **2.3.3. Limitada infraestructura y equipos en buen estado.**

El personal de salud no puede hacer mucho si no tiene como complemento la infraestructura adecuada y equipos en buen estado. Según la Política Sectorial de Salud Intercultural, en el eje 1, indica que se tiene que garantizar la salud de los pueblos indígenas desde el enfoque intercultural, lo cual significa que los hospitales, centros de salud y postas deben tener capacidad resolutive.

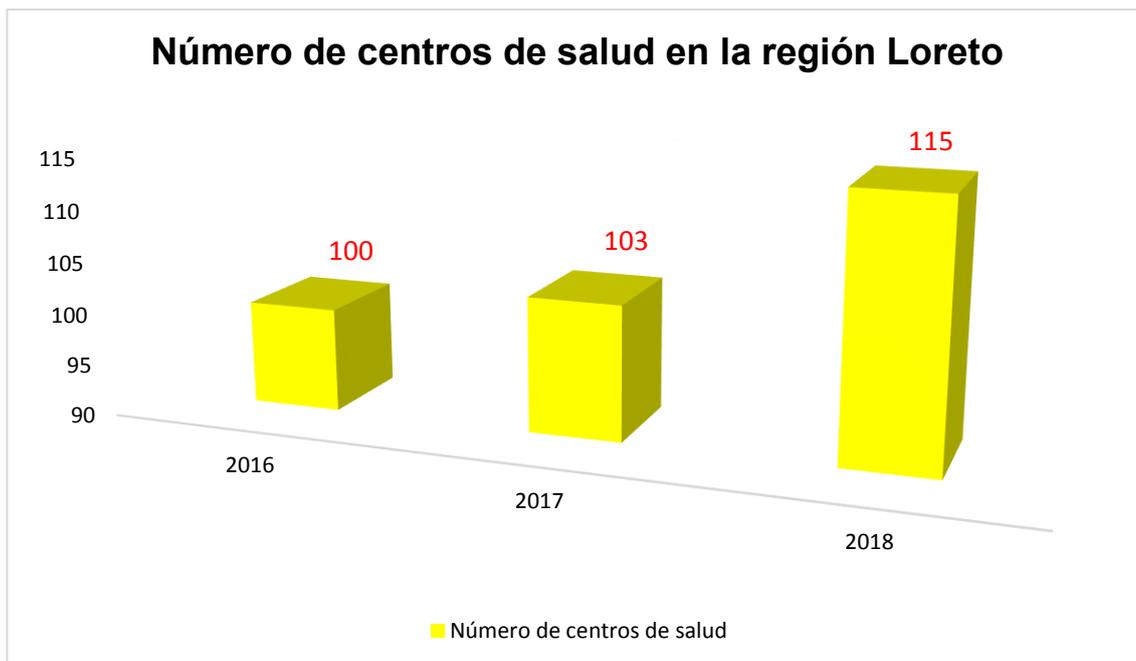
En la región de Loreto, según el INEI, para el 2018 hay 14 hospitales operativos en toda la región. Tres hospitales menos a comparación al 2016, y esto es debido a que están en mantenimiento o renovación.



**Figura 9: Número de hospitales en la región Loreto**  
**Fuente: INEI, 2019**

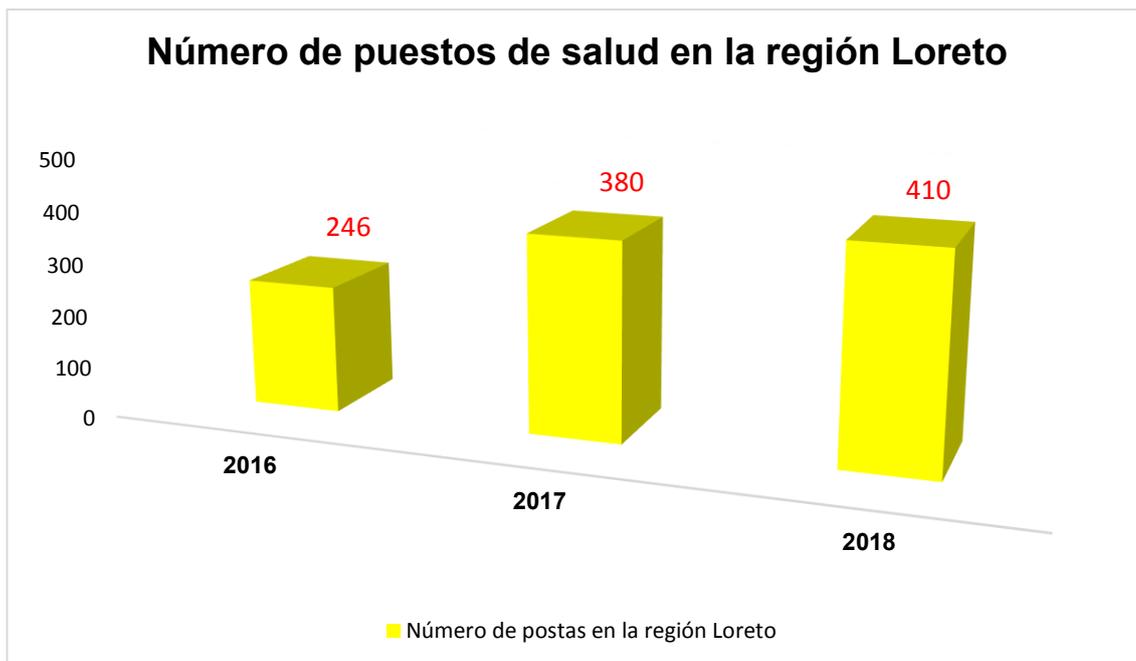
El Gobierno Regional de Loreto en un informe (Gobierno Regional de Loreto, 2019) indica que sus 14 hospitales operativos están en situación crítica con respecto al “abastecimiento de medicinas, optimización de equipos e infraestructura médicos”. Situación que dificulta la atención medica en general.

Por otro lado, en el caso de los centros de salud, los cuales son categoría 4, si ha habido un incremento. Para el 2018, hay 115 centros de salud, 12 más respecto al año 2017.



**Figura 10: Número de centros de salud en la región Loreto**  
**Fuente: INEI, 2019**

En el caso de los puestos de salud, los cuales son categoría I-1, es decir, establecimientos que desarrollan servicios de promoción de la salud, prevenciones y control de daños a la salud, ha habido un incremento importante de 246 puesto en el 2016 a 410 al año 2018 en la región Loreto. Sin embargo, según la Defensoría del Pueblo, solo cuatro de cada diez comunidades indígenas en la región Loreto tienen un establecimiento de salud en su territorio (Defensoría del Pueblo, 2019). En casos de no tener un establecimiento de salud cercano, estas personas deben trasladarse largas distancia para encontrar una atención médica.



**Figura 11: Número de puestos de salud en la región Loreto**  
**Fuente: INEI, 2019**

No obstante, a pesar del aumento de postas de salud, estas no tienen los insumos y equipos adecuados para poder brindar un servicio de salud de calidad, como por ejemplo pocos recursos como en laboratorio, pocas camas y abastecimiento deficiente, así como, no les brindan mantenimiento para poder brindar un servicio de calidad a sus pacientes. Este elemento su disminuye la capacidad resolutiva en cualquier atención. Por ejemplo, para acceder a un diagnóstico de tuberculosis se requiere que el paciente tenga una placa de rayos X. En el caso de la población del distrito de Andoas u otra comunidad de la provincia de Datem del Marañón tienen que viajar desde sus comunidades hasta Yurimaguas o Iquitos para obtener esa placa (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020).



**Figura 12: Campaña de servicios de salud DIRESA – PAIS - Datem del Marañón.**  
**Fuente: Programa Nacional PAIS. Agosto 2018.**

Esta situación quedo confirmada en el en un informe del 2019 del MINSA sobre mejoras y ampliación establecimientos de salud en el que indican en el distrito de Andoas en la región Loreto, solo existen tres establecimientos de salud, de los cuales dos son puestos de salud y uno es centro de salud.

Asimismo, indican que el centro de salud Nuevo Andoas, de categoría I-4, presta diversos servicios de salud que son insuficientes para poder atender a toda la población que busca atención en ese centro de salud, que es un aproximado de 5 863 personas (Ministerio de Salud , 2019). Además, señalan que la infraestructura no cuenta con ambientes requeridos para el servicio de salud, así como, que los ambientes existentes no cumplen con las áreas señaladas en la normativa, y le dan una calificación de regular pues es notorio que el centro de salud no recibe mantenimiento (Ministerio de Salud , 2019).

La energía eléctrica del centro de salud cuenta con el servicio de luz eléctrica todo el día, la cual es suministrada por 192 Pluspetrol. Por otro lado, el centro de salud no cuenta con los servicios de agua y desagüe, y tampoco cuenta con servicios de teléfono e internet. Por lo que, el personal de salud se debe comunicar con sus celulares personales (Ministerio de Salud , 2019).

#### **2.3.4. Limitado transporte fluvial operativo por largas distancias**

Tener transporte fluvial es crucial en la región de Loreto, pues, para llegar a algunas comunidades, este tipo de transporte es único medio para llegar y de conectarse con otras localidades. Asimismo, es necesario por las grandes distancias entre zonas y comunidades. Por ello Lizardo Cauper indica que:

*“El sistema de salud tiene que ser como el tema de educación. Donde hay una escuela intercultural bilingüe, al lado debe de funcionar un puesto de salud, porque es importante los dos, ya que, caminar dos horas o en moto o deslizador dos horas a buscar esta atención médica en el camino ya está muriendo la gente.” (Cauper, 2020)*

Por ejemplo, para llegar al centro de salud Nuevo Andoas en Datem de Marañon – Loreto desde Iquitos se va vía terrestre hasta la ciudad de Nauta de una duración de aproximada de dos horas. Luego, desde Nauta se inicia el recorrido fluvial por el río Tigre y Marañon con una distancia de 600km aproximadamente y 18 horas de travesía que se deben hacer en dos días pues no se puede viajar de noche. Al llegar al centro poblado 12 de octubre se puede continuar a Andoas con un transporte público fluvial o por vía terrestre. Esta vía es mantenida por la empresa petrolera Frontera Energy. Del centro poblado 12 de octubre a Andoas vía terrestre se hace un aproximado de tres horas y media (Ministerio de Salud , 2019).

Además, el centro de salud de Nuevo Andoas, de categoría 4, no tiene una conexión directa con los otros dos puestos de salud (categoría 1) existentes en Andoas, el puesto de salud Andoas Viejo y puesto de salud Sabaloyacu. No hay una conexión vía terrestre que unan estos establecimientos de salud. El principal acceso entre los establecimientos de salud es vía fluvial ya que es el río Pastaza el que los une, y hay un tiempo promedio de 4 horas para llegar, dependiendo si hay embarcación disponible (Ministerio de Salud , 2019). Esta situación dificulta la atención de calidad ante alguna emergencia.

Este factor también es un problema para la población pues se le hace difícil llegar por el tema de acceso por el río, hay un gasto implícito, tanto en el tema del transporte como en el tiempo invertido para ir y regresar. Hay que tener en cuenta que tienen que atender sus chacras, a sus hijos, etc. Entonces lo ven como una pérdida de tiempo si no es un caso de emergencia.

Estas dificultades en el acceso a las comunidades indígenas hacen que se haga más difícil el traslado de insumos médicos, así como de los profesionales de la salud. Esta situación hace que la población se vuelva más vulnerable por la dificultad evidente de acceder a servicios de salud de manera oportuna y de calidad.

Como se puede visualizar en las siguientes fotos. Para llevar insumos a las poblaciones indígenas, en una campaña de servicios DIRESA Loreto con AHF Perú utilizan el transporte fluvial.



**Figura 13: Campaña de servicios de salud DIRESA AHF PERÚ 1**  
**Fuente: AHF PERÚ, 2018**



**Figura 14: Campaña de servicios de salud DIRESA con AHF PERÚ 2**  
**Fuente: AHF PERÚ, 2018**

Por ejemplo, la Defensoría del Pueblo (2015) se señala que tanto el transporte fluvial y aéreo enfrentan otro problema, que deben tener en cuenta las condiciones climáticas como el caudal del río o lluvias, las cuales pueden restringir el funcionamiento de estos medios de transporte. Por ejemplo, el río Pastaza es fácilmente navegable durante la temporada de invierno, pero, en verano es más difícil y lento pues los niveles del caudal del río son bajos. Igualmente, si ocurre una emergencia en la noche, se corre un mayor riesgo pues no hay motoristas disponibles y hay una falta de luz.

Asimismo, respecto al tiempo de traslado de un puesto de salud a un centro u hospital que tienen una mayor resolución, puede tardarse entre dos o hasta 20 horas, como en el caso de Sabaloyacu en la Región Loreto (Defensoría del Pueblo, 2015), teniendo como resultado que un gran porcentaje de pacientes abandonen sus tratamientos por el costo de traslado y tiempo invertido para llegar. Además, una de las principales causas de defunciones es la demora en búsqueda de atención médica debido a las distancias del establecimiento (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020)



medicamento para la Malaria vencido, lo cual es un riesgo para la salud de la comunidad (Observatorio de petróleo, 2020).

No solo eso, sino que, según (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020) indica que en campañas de vacunación no vacunan ya sea porque “no llevan suficiente cantidad de vacunas por falta de ellas o porque no tienen información actualizada de la población a vacunar”. Tienen un abastecimiento irregular e insuficiente que dan como resultado un bajo nivel resolutivo de las postas o Centro de Salud.

En un informe de evaluación (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018), una persona que trabaja en el programa PAIS indico que “Hacer que un Tambo tenga los bienes e insumos que requiere para su funcionamiento es uno de los puntos más críticos, desde la asignación de recursos de fondos para la adquisición de servicios hasta las compras corporativas. (...) hay demoras. Cuando son compras corporativas, el proceso puede iniciarse en enero o febrero, pero siempre en junio nos abastecen. **Estamos desde noviembre hasta junio sin materiales**”.

Esta situación se confirma, con lo indicado por el enfermero técnico Gerardo Tukup, que uno de los problemas sobre las medicinas es que a veces llegan con poco tiempo para su fecha de vencimiento

*“Nosotros representamos al Estado, pero nos deja ahí. Como nosotros intervenimos frente a eso. A veces llegan vacunas que falta un mes de vencimiento, y eso para poder llevar a las comunidades y vacunar no alcanzamos (...) Lo que hacen solamente nos dan las metas solo en papeles y no dan los insumos necesarios con los que podemos hacer seguimiento de cada persona. Entonces, ¿cómo cree la red de salud, como nos puede pedir los niños protegidos? Entonces, si ellos no nos dan los medios suficientes como para trabajar. Por ejemplo, mi abuelo me puede dar una flecha para ir a pescar, pero si no me da mi canoa es lo mismo que nada.”*

Además, indican que, como los insumos, los materiales no llegan, es el personal de salud el que se encarga del traslado pues son necesarios en los puestos de salud. Geovana Calvo, técnica en salud indica que:

*“Las redes llegan o reciben los materiales y esos materiales que deberían estar ya en ese puesto esperan que el puesto venga a recoger con sus propios gastos. Peor que nos pagan con esa miseria de sueldo. Nosotros no decimos que región*

*no nos ayuda, sino que nos apoya, pero lamentablemente los responsables que están en red o en micro red no nos abastecen.”*

En otras situaciones, dada la escasez de medicinas, los técnicos o personal de salud tratan a los pacientes con plantas medicinales como alternativa en su contexto de escasez.



## CAPÍTULO III

### DISEÑO DE PROTOTIPO

Como lo indica el título del capítulo, este se centrará en el proceso de desarrollo del diseño de prototipo de nuestra innovación. Es así, que el esquema del capítulo es el siguiente: partiremos reformulando nuestro problema y definiendo nuestro desafío de innovación. Después, nos centraremos en experiencias internacionales y nacionales relacionadas con nuestra innovación. Posteriormente, seguiremos con desarrollo del concepto final de innovación, la descripción respectiva de la misma, y, por último, desarrollaremos el proceso que utilizamos para llegar al prototipo final de innovación.

#### 3.1. Problema reformulado y desafío de innovación

Luego de la investigación sobre las causas del problema, se ha realizado la jerarquización a las causas de nuestro problema de producto el **“Deficiente servicio de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto”**, proceso en el cual se ha tomado en cuenta la valoración de cada una de las causas.

Tabla 3: Jerarquización de las causas

Valoración	Impacto	Modificación	Normativo	Total
Limitado personal de salud.	2	2	1	5
Barreras lingüísticas y culturales.	1	1	1	3
Limitada infraestructura y equipos en buen estado.	1	1	1	3
Escasez de medicinas para la comunidad.	2	1	1	4
Limitado transporte fluvial operativo.	1	1	1	3

Fuente: Elaboración propia

**Valores:**

Alto impacto: 2

Regular impacto: 1

Bajo impacto: 0.

Al observar la tabla 3 de jerarquización de causas, respecto al nivel de impacto sobre el problema, el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural es la causa que mayor impacto tiene pues influye en la baja calidad de atención en los centros y postas de salud lo que desencadena una desconfianza hacia sus servicios, mientras que las barreras lingüísticas y culturales, la limitada infraestructura y equipos en buen estado, y la escasez de medicamentos para la comunidad tienen un impacto regular. La atención de calidad en los servicios de salud con enfoque intercultural es decisiva.

Por otro lado, existe una baja posibilidad a corto plazo que el MINSA pueda modificar las barreras lingüísticas y culturales por ser una variable muy compleja la cual significaría un cambio de comportamiento al largo plazo tanto del personal de salud, así como sus beneficiarios, a comparación de las otras causas donde el MINSA sí tiene regular posibilidad de modificación. Sin embargo, cuando nos acercamos al criterio normativo, el tema específico de capacitación del personal de salud y su limitación le compete al MINSA a través de DIRESA Loreto es responsable de cubrir todas las expectativas de salud.

En ese sentido, para nuestro proyecto de innovación hemos elegido como la causa principal el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural por haber logrado el mayor puntaje en la jerarquización de causas.

Asimismo, tras seleccionar la causa “limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural”, hemos procedido a la reformulación del problema el cual es:

***La población indígena de la región Loreto requieren que el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural aumente porque actualmente, a causa de ello, la baja calidad de atención en los centros y postas de salud lo que desencadena una desconfianza hacia sus servicios de atención primaria y sentimientos de exclusión por parte de las comunidades indígenas.***

Finalmente, al tener nuestra causa principal identificada, así como, el problema reformulado, pasamos a definir nuestro desafío de innovación, el cual será:

***¿Cómo podemos aumentar el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en el distrito de Andoas de la región Loreto a fin de elevar la calidad de atención y su confianza en los centros de salud?***

### **3.2. Experiencias previas para hacer frente al desafío de innovación**

A continuación, se describirán siete experiencias nacionales e internacionales que trabajaron con el mismo o parecido desafío de innovación, limitado personal de salud con enfoque intercultural, que hemos elegido para nuestro proyecto de innovación.

#### **a. Experiencia Brasil: Distrito de salud especial indígena. 1999 – actualidad.**

El Distrito de Salud Especial Indígena (DSEI) es la unidad de gestión descentralizada del Subsistema de Atención de Salud Indígena. Son una organización de servicios orientados hacia un espacio etnocultural, geográfico, poblacional y administrativo bien definido con el objetivo de mejoras en atención médica. En Brasil, hay 34 DSEI divididos estratégicamente por criterios territoriales, no necesariamente por estados, según la ocupación geográfica de las comunidades indígenas y sus características culturales.

El Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI), está compuesto por un puesto de salud y la Casa de Salud del Indígena (CASAI). El conjunto de los dos espacios se divide en las atenciones primarias en los puestos de salud y los más complejos al CASAI. Algunos de sus servicios son la atención integral de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, malaria y nutrición

**Tabla 4: Experiencia Brasil: elementos de análisis de la experiencia Distritos de Salud Especial Indígena**

<b>Elementos</b>	<b>Subelementos</b>
<b>Descripción de la experiencia</b>	-Objetivos: Asegurar la atención integral de salud para la población indígena. De tal manera, se pueda disminuir el riesgo a

	<p>contraer enfermedades. Institucionalización de los derechos.</p>
	Alcance de experiencia: Nacional.
	Público objetivo: la población rural amazónica y pueblos indígenas.
	Período de la implementación: 1999 – actualidad.
	Rol de entidades: Articular servicios de salud.
<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención primaria de salud, especialmente prevenciones.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	Público objetivo: involucramiento de los actores del territorio. Capacitación de agentes indígenas.
	En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.
	En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar.
<b>Dificultades identificadas</b>	En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar.
	Capacidad institucional: Centralización de procesos administrativos
	Capacidades del personal: Dificultad para conseguir recursos humanos, lo cual dificulta la ejecución de servicios. Confusión del rol de organizaciones indígenas: representantes por prestador de servicios.
	Voluntad política: media.

	Presupuesto: Bajo presupuesto. Limitaciones financieras para funcionamiento.
--	---

Fuente: Elaboración propia a base del Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**b. Experiencia Brasil: Programa de formación de agentes indígenas de salud y saneamiento. 2005 – actualidad.**

El programa de formación de agentes indígenas de salud y saneamiento se hizo como parte de la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas. Los agentes de Salud indígenas y los agentes de saneamiento indígenas son mediadores entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental, aceptados por el Estado.

Actualmente existen alrededor de 4263 agentes de salud indígena y 1706 agentes de saneamiento indígenas, quienes trabajan en el Subsistema de Atención de Salud indígena. Asimismo, la implementación del programa cuenta con la asociación de Universidades Federales y escuelas técnicas.

**Tabla 5: Experiencia Brasil: elementos de análisis de la experiencia Formación de agentes indígenas de salud y saneamiento**

Elementos	Subelementos
<b>Descripción de la experiencia</b>	-Objetivos: Ser intermediario entre la medicina tradicional indígena y medicina occidental al llevar servicios de salud a las poblaciones indígenas.
	Alcance de experiencia: Nacional.
	Público objetivo: la población rural amazónica y pueblos indígenas.
	Período de la implementación: 2005 – actualidad.

	Rol de entidades: Apoyo por ser parte de una Política Nacional.
<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención primaria de salud y saneamiento.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.
	En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.
	En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar.
	En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar.
<b>Dificultades identificadas</b>	Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimientos y ADM.
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal para atención.
	Voluntad política: media.
	Presupuesto: Falta de financiamiento, Limitaciones financieras para funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia a base del Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**c. Experiencia Perú: El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) 2005 - 2013.**

El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) inició en el 2005 como respuesta a la falta de intervención del Estado en pueblos indígenas, y así contribuir a disminuir las barreras que impiden que la población indígena acceda y haga uso de los servicios de salud del Estado.

El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) cuenta con proyectos educativos de acuerdo con cada una de las características de los pueblos indígenas que participan de la formación. La metodología de enseñanza-aprendizaje. Además, se desarrollaron estrategias metodológicas y pedagógicas que permiten la articulación de los conocimientos occidentales e indígenas en el área de salud.

**Tabla 6: Experiencia Perú: elementos de análisis de la experiencia Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica**

<b>Elementos</b>	<b>Subelementos</b>
<b>Descripción de la experiencia</b>	-Objetivos: Formar los recursos humanos indígenas en salud intercultural. De tal manera se pueda promover la articulación de la salud indígena y el personal de salud.
	Alcance de experiencia: Local.
	Público objetivo: la población rural amazónica y pueblos indígenas.
	Período de la implementación: 2005-2013.
	Rol de entidades: Asociación.
<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención primaria de salud.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.
	En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.
<b>Dificultades identificadas</b>	Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimientos y ADM.
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal. Promociones cada 2 o 3 años. Limitado grupo de aprendizaje.
	Voluntad política: baja.

	Presupuesto: Falta de financiamiento Limitaciones financieras para funcionamiento.
--	--

Fuente: Elaboración propia a base del Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**d. Experiencia Perú: Plataformas Itinerantes de Acción Social – PIAS. En Loreto, desde 2014 – actualidad.**

Las PIAS son una plataforma fluvial en la amazonia, específicamente Loreto, operada por la Marina de Guerra del Perú. Las PIAS son una forma en que el Estado ha articulado y ha comenzado a llevar los programas y servicios a la población rural amazónica y pueblos indígenas en lugares que por su condición geográfica no son de fácil acceso. Las PIAS brindan servicios de salud, registro de la identidad, Banco de la Nación, nutrición, entre otros.

El sector Salud se incorpora a la PIAS para ayudar a prevenir enfermedades, y, a su vez, garantizar la atención integral de salud en estas zonas alejadas de la Amazonía. Asimismo, “el 70% de los servicios en la PIAS corresponden a servicios de salud y telemedicina” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2015).

**Tabla 7: Experiencia Perú: elementos de análisis de la experiencia “PIAS”**

Elementos	Subelementos
<b>Descripción de la experiencia</b>	-Objetivos: Prevenir enfermedades y garantizar la atención de salud. Llevar los diferentes servicios del Estado a zonas de difícil acceso geográfico amazónico.
	Alcance de experiencia: Local.
	Público objetivo: la población rural amazónica y pueblos indígenas.
	Período de la implementación: 2014 – actualidad.

	Rol de entidades: Articular los programas y servicios del Estado.
<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención primaria de salud, especialmente prevenciones.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.
	En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.
	En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar
	En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar
<b>Dificultades identificadas</b>	Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimientos y ADM
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal para atención.
	Voluntad política: media.
	Presupuesto: Falta de financiamiento (MEF), Limitaciones financieras para funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**e. Experiencia Chile: Programa de Salud con Población Mapuche, los facilitadores interculturales en centros de salud. 1993 – Actualidad.**

Este programa comenzó siendo local, para luego, al comprobar sus resultados, se fue adhiriendo a más regiones del Chile. Los centros de salud en el sur de Chile incorporaron en los hospitales de Galvino y Termuco la oficina de orientación y comunicación intercultural llamada Amuldungún. La finalidad era mejorar los canales de comunicación e interacción con los usuarios de origen mapuche. En estas oficinas se encontraban los facilitadores interculturales, quienes son los responsables de la mediación, son bilingües, de lengua

mapuche-española, conocedores de ambas culturas y de sus medicinas. Asimismo, el facilitador goza de una categoría laboral específica y diferente y forman parte de la institución sanitaria.

Además, al estar la población mapuche en todo el territorio chileno, y así como la aymara en el norte del país, en la actualidad, en Santiago de Chile funciona el Centro de Salud Mapuche Rayen Foye, el cual está conformado por un dirigente y asesor cultural, dos machis, cuatro facilitadoras interculturales y una persona dedicada al apoyo técnico. Este centro lleva adelante actividades curativas y preventivas, y a su vez, tienen el propósito de preservar la cultura originaria y de ofrecer continuidad a sus necesidades de atención médica mapuche en el área metropolitana.

**Tabla 8: Experiencia Chile: elementos de análisis de la experiencia Programa de Salud con Población Mapuche**

Elementos	Subelementos
<p><b>Descripción de la experiencia</b></p>	<p>-Objetivos:</p> <p>Facilitar una orientación en salud a la población mapuche.</p> <p>Dar a conocer e inculcar el respeto hacia las costumbres, prácticas y creencias en salud de la población mapuche entre el personal de salud.</p> <p>Ayudar a adecuar las necesidades en salud para la población mapuche.</p>
	<p>Alcance de experiencia: Regional.</p>
	<p>Público objetivo: Pueblos indígenas tanto en lo rural y urbano.</p>
	<p>Período de la implementación: 1993 – actualidad.</p>
	<p>Rol de entidades: Articular programas y servicios del Estado.</p>

<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención primaria de salud, especialmente prevenciones.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.
	En la entidad pública: Capto el interés de las organizaciones del Estado.
	En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar.
	En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar.
<b>Dificultades identificadas</b>	Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimiento. Problemas de organización para entablar comunicaciones con las organizaciones de los pueblos indígenas.
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal para atención.
	Voluntad política: media.
	Presupuesto: Falta de financiamiento, Autogestión en algunos centros médicos, Limitaciones financieras para funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**f. Experiencia Bolivia: Parto intercultural. 2008-Actualidad**

El proyecto de parto intercultural comenzó a funcionar en el año 2008 y se implementó en el municipio de Patacamaya, provincia de Aroma, ubicado a 101 kilómetros de La Paz. Allí se construyó el Hospital Boliviano Español, con una sala de atención al parto intercultural con la finalidad que sea un espacio cálido y familiar, que no se pareciera a una sala de hospital, donde las mujeres aymaras y sus familias se sintieran cómodas al momento del parto.

Los resultados, y sus altibajos, fueron visibles. Aumentó el número de mujeres aymaras parturientas usuarias del servicio. Por ello, se procedió a la construcción de otras dos salas, un pequeño vivero de plantas medicinales, y la réplica de este modelo en otros centros de salud de la región.

**Tabla 9: Experiencia Bolivia: elementos de análisis de la experiencia Parto intercultural**

<b>Elementos</b>	<b>Subelementos</b>
<b>Descripción de la experiencia</b>	-Objetivos: Garantizar un parto intercultural natural.
	Alcance de experiencia: Regional.
	Público objetivo: Población aymara.
	Período de la implementación: 2008 – actualidad.
	Rol de entidades: Asociación.
<b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b>	De manera parcial: Atención de partos intercultural.
<b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b>	En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.
	En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.
	En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar.
	En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar.
	Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimientos y ADM.

<b>Dificultades identificadas</b>	Ausencia de una normativa de sus actividades específicas. Inestabilidad laboral.
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal para atención. Gran oposición por parte de los médicos, acostumbrados a la manera occidental de atender los partos.
	Voluntad política: media.
	Presupuesto: Falta de financiamiento (MEF), Limitaciones financieras para funcionamiento. Impago de la retribución económica por parte de la alcaldía.

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

**g. Experiencia Venezuela: Oficina Servicios de Atención y Orientación al Indígena SAOI. 2005- actualidad**

En abril de 2005 se inauguró la primera oficina de SAOI en el Hospital Universitario de Maracaibo, que presta atención a los pacientes de la población indígena de barí, añú, wayuú, yukpa y japreria. La propuesta de intervención se basó en tres ejes. Primero, crear una oficina intercultural que contribuya a mejorar la calidad de atención al usuario. Segundo, apoyar la capacitación del personal hospitalario sobre temas de salud intercultural. Y tercero, promover la elaboración de protocolos y normas de atención hospitalaria, incorporando contenidos interculturales.

Esta oficina ha pasado de tener un equipo mínimo en sus inicios, compuesto por media docena de integrantes, un poco más de 30 integrantes en 2015. La sustentabilidad del SAOI se consolidó mediante el Decreto Presidencial # 7856 del 29 de noviembre de 2010, donde se brinda un blindaje institucional a los facilitadores interculturales como una nueva categoría laboral en los hospitales públicos. Actualmente los facilitadores interculturales, están en los principales hospitales del país, con atención a pueblos indígenas. Con ello, ha sido posible atender a alrededor de 60.000 personas anualmente.

**Tabla 10: Experiencia Venezuela: elementos de análisis de la experiencia Oficina Servicios de Atención y Orientación al Indígena**

Elementos	Subelementos
<p><b>Descripción de la experiencia</b></p>	<p>-Objetivos: Mejorar la calidad de atención intercultural. Apoyar a la capacitación del personal hospitalario. Promover la elaboración de protocolos y normas de atención hospitalaria con contenidos interculturales.</p>
	<p>Alcance de experiencia: Regional.</p>
	<p>Público objetivo: población indígena de barí, añú, wayuú, yukpa y japería.</p>
	<p>Período de la implementación: 2005 – actualidad.</p>
	<p>Rol de entidades: Asociación.</p>
<p><b>Aspectos que aborda del desafío de innovación</b></p>	<p>De manera parcial: Mejorar en calidad de atención al paciente en salud intercultural.</p>
<p><b>Resultados alcanzados con la implementación de la experiencia</b></p>	<p>En el público objetivo: involucramiento de los actores del territorio.</p>
	<p>En la entidad pública: Interés de las organizaciones del Estado.</p>
	<p>En la política pública: Acciones multisectoriales para continuar.</p>
	<p>En la gestión pública: Acciones multisectoriales para continuar.</p>
	<p>Capacidad institucional: Falta de protocolos de procedimientos y administrativos. ausencia de una</p>

<b>Dificultades identificadas</b>	normativa de sus actividades específicas. Inestabilidad laboral.
	Capacidades del personal: Limitaciones administrativas y financieras. Limitado personal para atención. Oposición por parte de los médicos.
	Voluntad política: media.
	Presupuesto: Falta de financiamiento (MEF). Limitaciones financieras para funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

### 3.3. Concepto de innovación

Gracias a las experiencias nacionales e internacionales desarrolladas en el apartado anterior, en el presente apartado se ha reunido un conjunto de ideas posibles para resolver nuestro problema público. Estas ideas son la línea de inicio para el desarrollo de nuestro concepto final de innovación, el cual se hará a través de técnicas que se desarrollaran a lo largo del presente apartado.

#### 3.3.1. Proceso de desarrollo del concepto final de innovación

Para llegar al concepto final de innovación se procedió a la recolección de experiencias previas, y luego de conocer las intervenciones ya realizadas tanto por actores estatales y privados, así como, de nuestro trabajo del capítulo 2, se llevó a cabo la técnica de lluvia de ideas para la generación de posibles soluciones, considerando, como siempre, nuestro desafío de innovación:

1. **Capacitar al personal de salud con enfoque intercultural.** La presente idea de solución viene de la experiencia de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica (AIDSESEP) descrita en la tabla n°5. Asimismo, se tomó en cuenta, la experiencia de formación de agentes indígenas de salud y saneamiento de Brasil y la experiencia de facilitadores interculturales de la experiencia chilena – mapuche.

2. **Implementar procedimientos de atención médica a distancia como la teleconsulta y tele diagnóstico.** Esta idea de solución viene derivada de un servicio que se da en las PIAS, el cual podría ampliarse a las zonas en referencia de manera permanente en los centros y postas de salud.

3. **Revisar la normativa que tenga que ver con la capacitación del personal de salud para garantizar la prestación del servicio.** La presente idea viene de la entrevista n°1, de la formación de distritos de salud El Distrito de Salud Especial Indígena. Esta experiencia al ser parte de una política nacional hizo cambios respecto a protocolos y normativas que permitieran organizar un espacio etnocultural en el cual se prestara servicios de salud con la capacitación correspondiente por parte de su personal de salud. Y finalmente, de la experiencia de las oficinas SAOI en Venezuela, la cual tiene como una de sus finalidades promover la elaboración de protocolos y normas de atención hospitalaria, incorporando contenidos interculturales.

4. **Formar agentes indígenas de salud:** La presente idea de solución viene de la experiencia de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica (AIDSEEP) descrita en la tabla n°5, así como, de la entrevista n°1. Asimismo, se tomó en cuenta, la experiencia de formación de agentes indígenas de salud y saneamiento de Brasil y la experiencia de facilitadores interculturales de la experiencia chilena – mapuche.

5. **Disminuir la rotación, y aumentar de estabilidad laboral del personal y continuidad.** La presente idea viene de la entrevista n°1, de los diversos comentarios sobre la situación laboral en la que tiene que trabajar los técnicos de salud en la zona, así como, de la experiencia del parto intercultural en Bolivia, experiencia en la cual se deja evidenciar la constante de inestabilidad laboral y falta de pagos.

6. **Hacer cambios en programas, reglamentos y normativas, de tal manera, que no sean homogéneas y acepten la diversidad cultural del país,** en nuestro caso sería, respetar la medicina indígena. Esta idea se deriva de la

primera experiencia, la formación de distritos de salud El Distrito de Salud Especial Indígena. Esta experiencia al ser una política nacional hizo cambios respecto a reglamentos y normativas que permitieran organizar un espacio hacia un espacio etnocultural, geográfico, poblacional y administrativo bien definido con el objetivo de mejoras en atención médica a las poblaciones indígenas. Asimismo, de la experiencia de la experiencia de las oficinas SAOI en Venezuela, la cual tiene como una de sus finalidades promover la elaboración de protocolos y normas de atención hospitalaria, incorporando contenidos interculturales.

Al tener ya nuestras posibles soluciones obtenida en nuestra lluvia de ideas, se procedió a agrupar las ideas de acuerdo con tres criterios: recursos humanos, tecnología y respecto a la normativa.

**Tabla 11: Generación y priorización de ideas**

RRHH	TECNOLOGÍA	Respecto a la normativa
Capacitar al personal de salud con enfoque intercultural.	Implementar procedimientos de atención médica a distancia: tele consulta y telemedicina.	Revisar la normativa que tenga que ver con capacitación del personal de salud y así garantizar la prestación del servicio.
Formar agentes indígenas de salud.		Hacer cambios en programas, reglamentos y normativas, que ya no sean homogéneos aceptando la diversidad cultural del país.
Disminuir la rotación, y aumentar de estabilidad laboral del personal y continuidad.		

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

Por último, se realizó la priorización del grupo de ideas de acuerdo con 5 factores: deseabilidad, factibilidad, viabilidad, impacto y disrupción.

**Tabla 12: Priorización del grupo de ideas**

Grupo de ideas	Deseabilidad	Factibilidad	Viabilidad	Impacto	Disrupción	TOTAL
<b>RRHH</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>5</b>
Tecnología	X	X	-	X	X	4
R. a la normativa	X	X	-	X	-	3

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

A partir de la priorización de ideas, de acuerdo con su deseabilidad, factibilidad, viabilidad, impacto y disrupción, se seleccionó la alternativa que contenía varias ideas efectivas frente a nuestro desafío de innovación.

Es así, que, la idea relacionada a recursos humanos es la ganadora del proceso de priorización, por lo que ahora se pasará a desarrollar con más detalle dentro de la descripción del bosquejo del concepto que se encuentra en la tabla 13.

**Tabla 13: Descripción del bosquejo del concepto**

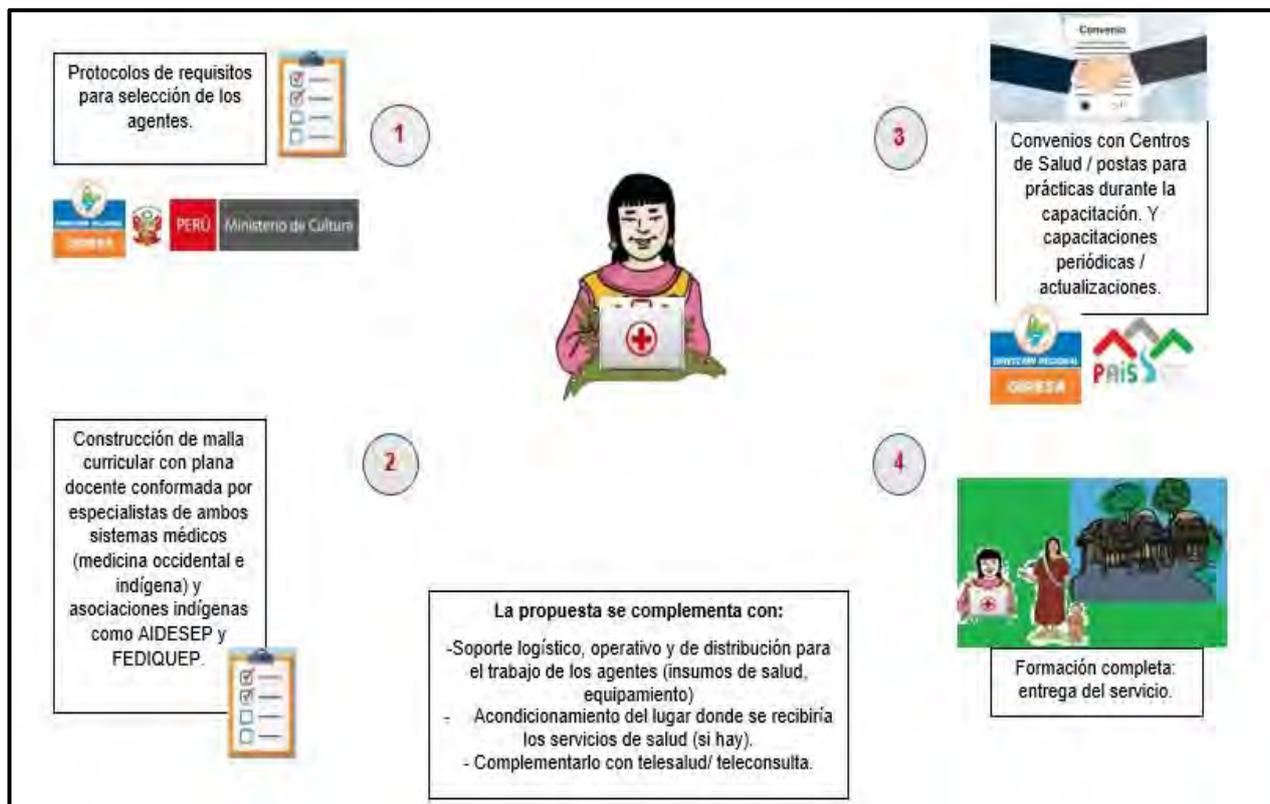
Ítem	Contenido
<b>Denominación de la solución</b>	Formación de agentes indígenas en salud.
<b>Población beneficiada de la solución</b>	Población indígena que vive en el distrito de Andoas en la región Loreto.
<b>Descripción de solución</b>	La formación de Agentes indígenas de salud sería una alternativa ante el limitado personal de salud con enfoque intercultural en zonas habitadas por poblaciones indígenas y de difícil acceso. Este programa se haría gracias a la duplicidad de DIRESA Loreto y el Viceministerio de Cultura. Agregando

	este personal de salud a las distintas postas o centros de salud del distrito de Andoas se haría más accesible los servicios de salud intercultural de calidad para las poblaciones indígenas.
<b>Descripción breve del beneficio aportado</b>	Esta formación ayudará a complementar el limitado personal de salud con enfoque intercultural. Este personal de salud formado y capacitado con enfoque intercultural haría que el servicio de salud aumente su calidad de atención para la población indígena y está pueda acceder a los servicios de salud con más confianza.

**Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)**

Además, a modo de complemento a la descripción del concepto de innovación, en la figura 16 se puede visualizar de forma general nuestro bosquejo de concepto de innovación. La formación de Agentes indígenas de salud sería una alternativa ante el limitado personal de salud con enfoque intercultural en zonas habitadas por poblaciones indígenas y de difícil acceso. Este programa se haría gracias a la duplicidad de DIRESA Loreto y el Viceministerio de Cultura. Agregando este personal de salud a las distintas postas o centros de salud en el distrito de Andoas en la región Loreto se haría más accesible los servicios de salud intercultural de calidad para las poblaciones indígenas, y estos se sientan más en confianza con los servicios ofrecidos. Dentro del programa de capacitación se trabajará en sus competencias interculturales como son la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que el personal de salud adquirirá durante procesos de socialización y educación.

Al completar la formación se adquiere las competencias interculturales lo cual permitiría al personal de salud atender mejor a sus pacientes. Entonces, cuando se dice atender mejor nos referimos tanto a la perspectiva de salud ya que el personal de salud podrá comprender mejor la noción de salud o enfermedad del paciente, sabrá qué y cómo explorarla, qué actos o palabras pueden ser considerados como ofensivos y plantear su actividad de manera que sea más efectiva y satisfactoria para ambos.



**Figura 16: Programa de capacitación de Agentes indígenas de salud.**  
**Fuentes: Elaboración propia**

Asimismo, para poder tener un panorama más general de la conceptualización de la solución, en lo práctico y visual, se ha pasado a realizar tres técnicas: la primera es las nueve cajas de Osterwalder, la segunda el Design Thinking y finalmente, el Elevator Pitch. Cada una de estas técnicas nos mostraran elementos esenciales de la conceptualización como son los recursos, el conocer a nuestro público objetivo, nuestros socios en la solución, entre otros. Tanto el Design Thinking y el Elevator Pitch se encuentran en el Anexo n° 7.

**a. Nueve cajas de Osterwalder**

En la técnica de las nueve cajas de Osterwalder se ha puesto una propuesta en valor, en nuestro caso es Acceso a servicios de salud intercultural de calidad para poblaciones indígenas que habitan en el distrito de Andoas en la región Loreto mediante la formación y apoyo de agentes indígenas de salud.

Además, se ha pasado a determinar el segmento de clientes o beneficiarios en este caso, quienes son la población indígena que habita en la región Loreto y la población rural amazónica. Y a la par los socios claves que son el Ministerio de

Salud – DIRESA Loreto, Viceministerio de Cultura, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Centros de educación básica alternativa, organizaciones indígenas como AIDSESEP y FEDIQUEP (Federación indígena Quechua del Pastaza), congregaciones e iglesias, Gobiernos locales y organización civil, así como, empresas petroleras de la zona.

Algunas de las actividades clave son la afiliación, los servicios preventivos promocionales, servicios especializados, programa de incentivos y programa de formación de agentes indígenas de salud.

Por otra parte, respecto a los costos, nos centraremos en los costos de recursos humanos, costos de formación de agentes indígenas, así como, los costos de traslado de la población objetivo, entre otros.

Finalmente, por parte del flujo de ingresos nos basaremos en los subsidios por parte del Estado como cobertura de subsidios total, parcial y cobertura del costo de atención en casos excepcionales. Estaríamos utilizando la afiliación al SIS para todos los pacientes.

**Tabla 14: Las nueve cajas de Osterwalder**

<b>La propuesta en valor</b>	Acceso a servicios de salud intercultural de calidad para poblaciones indígenas que habitan en el distrito de Andoas en la región Loreto mediante la formación y apoyo de agentes indígenas de salud.
<b>Segmentos (población)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población indígena que habita en la región Loreto.</li> <li>- Población rural amazónica.</li> </ul>
<b>Comunicación</b>	Profesionales de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos</li> <li>- Enfermeras</li> </ul> Personal asistencial no medico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal asistencial</li> <li>- Agente de salud indígena</li> <li>- Gestores comunitarios</li> <li>- Técnicos</li> </ul>
<b>Canales de distribución</b>	Directos: Gobierno Nacional

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MINSA</li> <li>- IPRESS</li> <li>- CAMPAÑAS</li> </ul> <p>Indirectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organismos no gubernamentales.</li> <li>- Asociaciones</li> </ul>
<b>Flujos de ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura de subsidios total</li> <li>- Cobertura de subsidio parcial</li> </ul>
<b>Estructura de costos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costos de recursos humanos.</li> <li>- Costos de formación de agentes indígenas</li> <li>- Costos de infraestructura y mantenimiento</li> <li>- Costos de equipamiento e instrumental</li> <li>- Costos de insumos, medicamentos, y dispositivos médicos.</li> <li>- Costos de los servicios generales</li> <li>- Costos de servicios administrativos.</li> <li>- Costos de reciclaje y disposición de desechos médicos.</li> <li>- Costos de traslado de la población objetivo.</li> <li>- Costos de oportunidad</li> </ul>
<b>Actividades clave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afiliación</li> <li>- Servicios preventivos promocional</li> <li>- Servicios especializados</li> <li>- Programa de incentivos y/o condicionantes.</li> <li>- Programa de formación</li> </ul>

<b>Recursos clave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Equipamiento</li> <li>- Personal capacitado</li> <li>- Recursos presupuestales</li> </ul>
<b>Socios clave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud.</li> <li>- DIRESA – Loreto.</li> <li>- MINCUL – Viceministerio de Interculturalidad.</li> <li>- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.</li> <li>- Organizaciones indígenas: AIDSESEP y FEDIQUEP (Federación indígena Quechua del Pastaza</li> <li>- Centros de educación básica alternativa.</li> <li>- Congregaciones e iglesias.</li> <li>- Gobiernos locales</li> <li>- Organización civil.</li> <li>- Empresas petroleras.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

### 3.3.2. Descripción del concepto final de innovación

Para describir el concepto final de innovación se ha elaborado la tabla n°15, la cual contiene siete preguntas claves con elementos esenciales para la solución propuesta. Estas preguntas nos darán una visión general de lo que será la innovación, así como, los beneficios que dará a nuestro público objetivo.

Tabla 15: Descripción del concepto

Ítem	Contenido
¿Cómo se denomina?	Programa de formación de agentes indígenas de salud.
¿En qué consiste la solución?	<p>Formar agentes indígenas de salud para que apoyen y den atención en postas, centros de salud con enfoque intercultural. Mediante la aplicación del enfoque intercultural se busca lograr que dos sistemas médicos se puedan potenciar mutuamente en beneficio de la población indígena. Estos agentes ayudarían ante el limitado personal de salud en zonas de Loreto.</p> <p>El presente programa estaría liderado por Diresa Loreto y Viceministerio intercultural del MINCUL. Ellos establecerían nexos eficientes de comunicación recíproca y de participación entre los demás actores involucrados como el MIDIS y el GOREL. Además, se encargan de la formulación de protocolos, requisitos para selección de los agentes, formulación de una estructura y organización curricular para la formación, así como, convenios con postas y centros de salud para poder hacer las prácticas necesarias para graduarse en el programa.</p> <p>Finalmente, al recibirse como agente de salud, puede comenzar a dar el servicio de salud primario en las comunidades indígenas.</p>

<p><b>¿Para quién es la solución?</b></p>	<p>Población indígena que vive en el distrito de Andoas en la provincia de Datem del Marañón en la región Loreto. En esta área habitan 11 714 mil personas pertenecientes a los pueblos indígenas Achuar y Quechua.</p>
<p><b>¿Para qué es la solución?</b></p>	<p>Aumentar personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en el distrito de Andoas en la región Loreto.</p>
<p><b>¿Qué valor agrega a los usuarios respecto de lo que hoy existe?</b></p>	<p>Los valores que le agrega a los usuarios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la atención en medicina tradicional indígena y occidental.</li> <li>- Inmediatez en la atención primaria de salud.</li> <li>- Disminución del traslado de largas distancias por un servicio de salud. Ahorro económico.</li> <li>- Disminuir la insatisfacción hacia el sistema de salud.</li> <li>- Aumento de la confianza en el sistema de salud.</li> </ul>
<p><b>¿Cuáles son las principales acciones del usuario?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes indígenas en salud intercultural formados y capacitados.</li> <li>- Acceso a servicios de salud intercultural de calidad para poblaciones indígenas. Servicios de salud primarios.</li> </ul>
<p><b>¿Cuáles son las principales acciones de la organización?</b></p>	<p>Organizaciones: MINSA con Diresa Loreto y el Viceministerio Intercultural del MINCUL.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolos para selección de los agentes indígenas (competencias requeridas) / selección de agentes.</li> <li>- Organización curricular – contenido.</li> <li>- Capacitación para adquirir las herramientas, y, facilitar y aumentar los servicios de salud con enfoque intercultural.</li> <li>- Adquisición de insumos de salud y distribución entre los agentes.</li> <li>- Acondicionamiento del lugar donde se recibiría los servicios de salud (si hay).</li> </ul>
--	--

**Fuente: Elaboración propia**

Los elementos presentados en la tabla 15 se tomarán en cuenta para el inicio del prototipado en el apartado 3.4. del presente proyecto de innovación.

### **3.4. Prototipo final de la innovación**

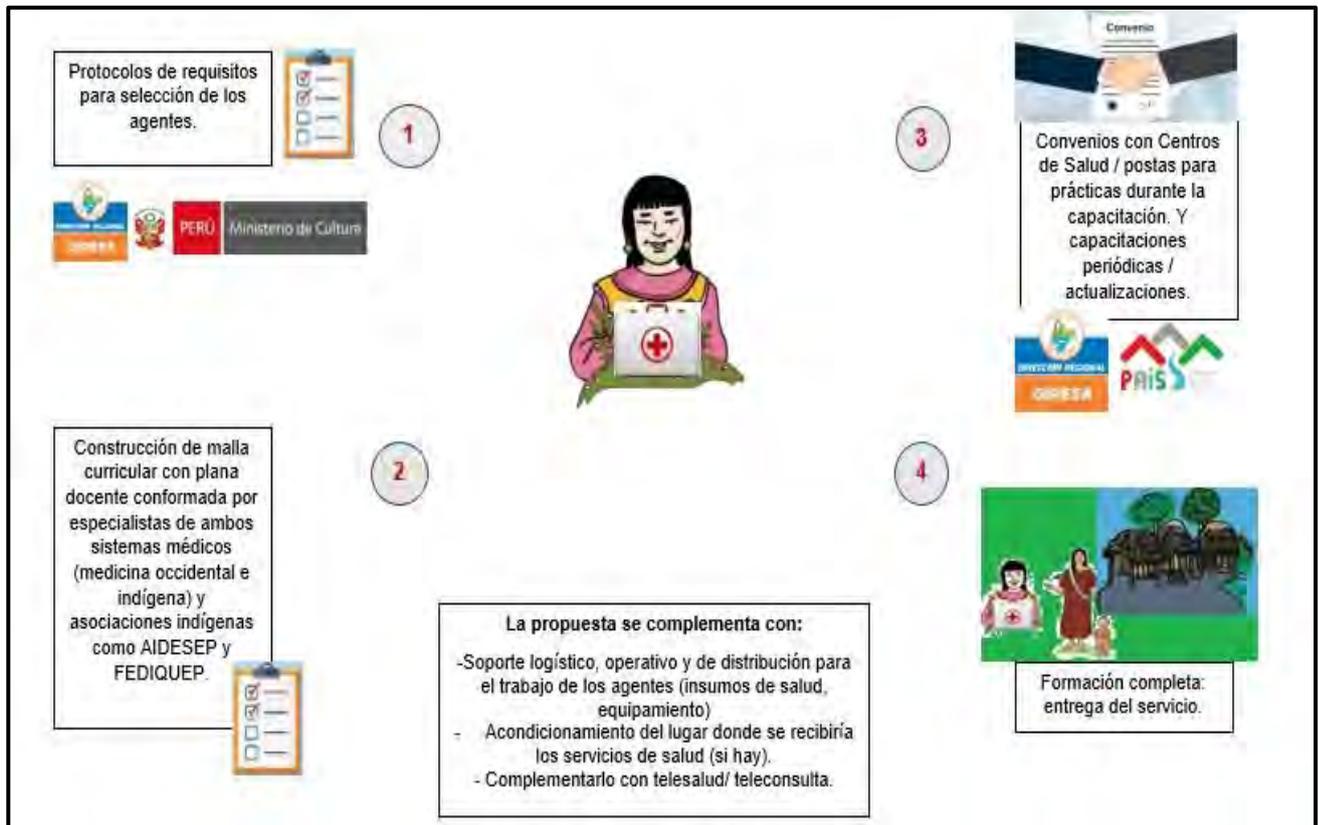
Al tener definido nuestro concepto de innovación, se pasó a diseñar un prototipo, para lo cual se diseñó uno empleando un nivel conceptual de innovación, los storyboards.

Es así, que, a continuación, se mostrará el desarrollo del prototipo final de innovación, seguido por la descripción de cómo se logró diseñar el prototipo final.

#### **3.4.1. Proceso de desarrollo del prototipo final de innovación**

Los pueblos de la Amazonía peruana tienen “una especie de condena en una región donde más del 50 por ciento de comunidades no tiene puestos de salud y, los que existen, muchas veces no tienen agua, luz ni suficientes doctores.” (Zarate, 2020). Hay una ausencia de personal de salud, médicos, enfermeras, obstetricias, tecnólogos con una adecuada formación intercultural que facilite el trato con los pueblos indígenas.

Por ello, el prototipo final de innovación que se presentara en el siguiente apartado, está compuesto por diversos elementos en su conjunto, los cuales, con la debida articulación, responderían a dar solución al desafío de innovación. De forma general se puede visualizar en la figura 17.



**Figura 17: Prototipo “Formación de agentes indígenas de salud”**

**Fuente: Elaboración propia.**

Como se muestra en la figura 17, el nombre de nuestro prototipo es **“Formación de agentes indígenas de salud”**. Los dos responsables institucionales, DIRESA LORETO y el Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL, serán los encargados de realizar los protocolos para la selección de los agentes de salud, así como, la construcción de una malla curricular conformada por docentes de ambos sistemas médicos, es decir, medicina occidental e indígena. De tal manera, esta capacitación se dé de acuerdo con cada una de las características de los pueblos indígenas que participan en la formación y así lograr un servicio en beneficio de la población.

Dentro del programa de capacitación se trabajará en sus competencias interculturales como son la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes

que el personal de salud adquirirá durante procesos de socialización y educación.

Al completar la formación se adquiere las competencias interculturales lo cual permitiría al personal de salud atender mejor a sus pacientes. Entonces, cuando se dice atender mejor nos referimos tanto a la perspectiva de salud ya que el personal de salud podrá comprender mejor la noción de salud o enfermedad del paciente, sabrá qué y cómo explorarla, qué actos o palabras pueden ser considerados como ofensivos y plantear su actividad de manera que sea más efectiva y satisfactoria para ambos.

Tanto DIRESA LORETO con supervisión del MINSA y el Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL serán las encargadas de establecer los nexos de comunicación con los otros actores participantes de la solución, como el MIDIS y el GOREL.

La metodología de enseñanza – práctica permitirá la articulación de los conocimientos occidentales e indígenas en el área de salud, y serán beneficiosos para el público objetivo.

Además, de realizar convenios con centros de salud, postas, MIDIS – programa PAIS, Fundación EHAS y SIS, para prácticas durante las clases prácticas, asistencia con la teleconsulta y actualizaciones periódicas. Finalmente, después del curso, las personas seleccionadas finalizarán su formación y darán el servicio de salud en diversas comunidades indígenas.

Para que el servicio de salud sea de calidad de atención se debe complementar con el respectivo soporte logístico, operativo y de distribución de insumos de salud y el equipamiento respectivo para el trabajo de los agentes de salud y pueda mejorar su accionar. Es en este punto, donde es esencial complementar su implementación con servicios de telesalud y teleconsulta, de esta manera los agentes tendrían la ayuda de médicos especializados para atenciones primarias. Asimismo, se debe acondicionar el lugar donde se recibirían los servicios de salud, los cuales dependerán de cada comunidad pues en algunas comunidades no hay centros de salud o postas. Y en los lugares donde no hay una posta presente, se debe adquirir y darles a los agentes teléfonos satelitales para emergencias o consultas de salud.

**Tabla 16: Actores y funciones dentro del prototipo de innovación**

Nº	Actores	Funciones
1	MINSA	Normativa
2	DIRESA LORETO	Dirección Regional de Salud Loreto. Encargados de la implementación y supervisión de los servicios de salud.
3	VICEMINISTERIO DE INTERCULTURALIDAD - MINCUL	Verifican que el servicio sea con enfoque intercultural, así como, incentivan su implementación.
4	GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	Canalizador y derivación de ingresos canon.
5	MIDIS – Programa PAIS	Programa PAIS del MIDIS. Encargados de articular los servicios del Estado y llevarlos a zonas de difícil acceso.
6	SIS	Seguro Integral de Salud. Deriva montos para servicios de salud.
7	AJDESEP y FEDIQUEP Asociaciones indígenas	Asociaciones indígenas apoyan en el programa y son intermediarios entre el Estado y poblaciones indígenas.
8	Fundación EHAS Perú	Proyecto de telemedicina rural. Red wifi.
9	Organizaciones religiosas	Intermediarios entre el Estado y poblaciones indígenas.
10	Empresa petrolera	Elementos tecnológicos.

Fuente: Elaboración propia

#### a. Preparativos previos

Para representar nuestro prototipo, se realizó un Storyboard, el cual es una secuencia de imágenes, cada una de las cuales representa un evento distinto de la idea.

Como se muestra en la figura 18, se puede visualizar paso a paso las acciones de los actores institucionales para crear el programa.

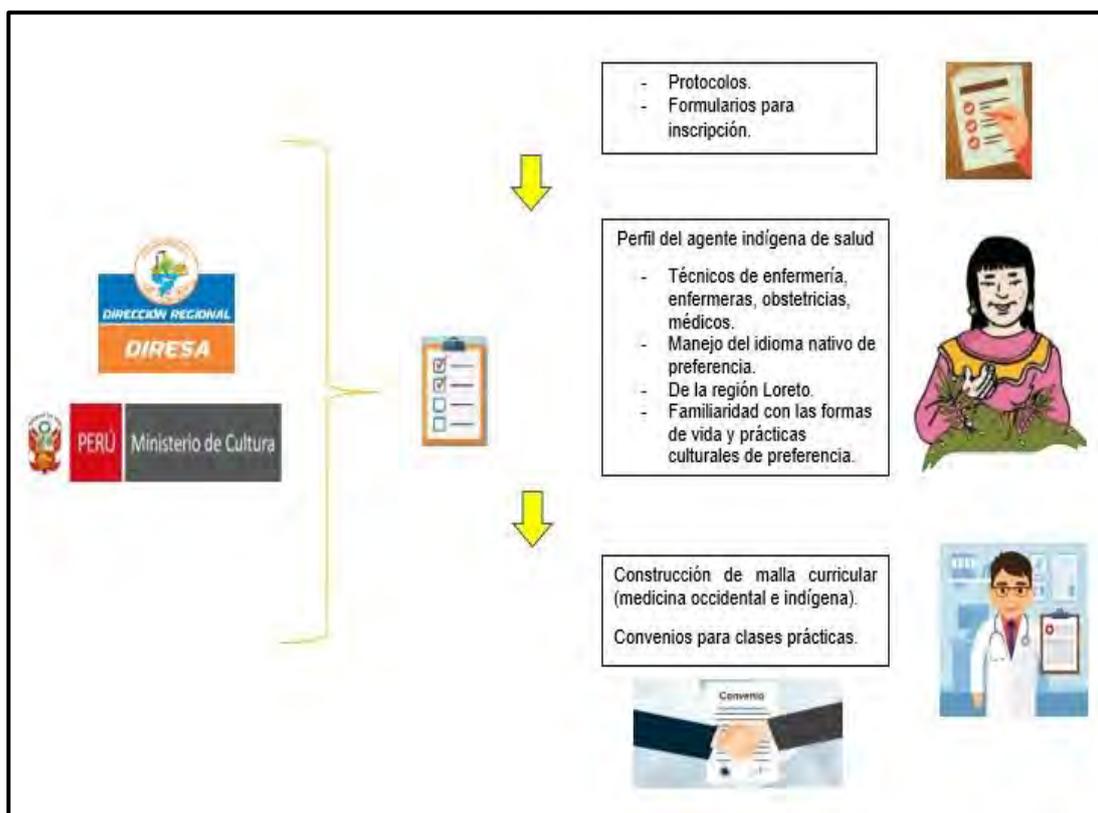


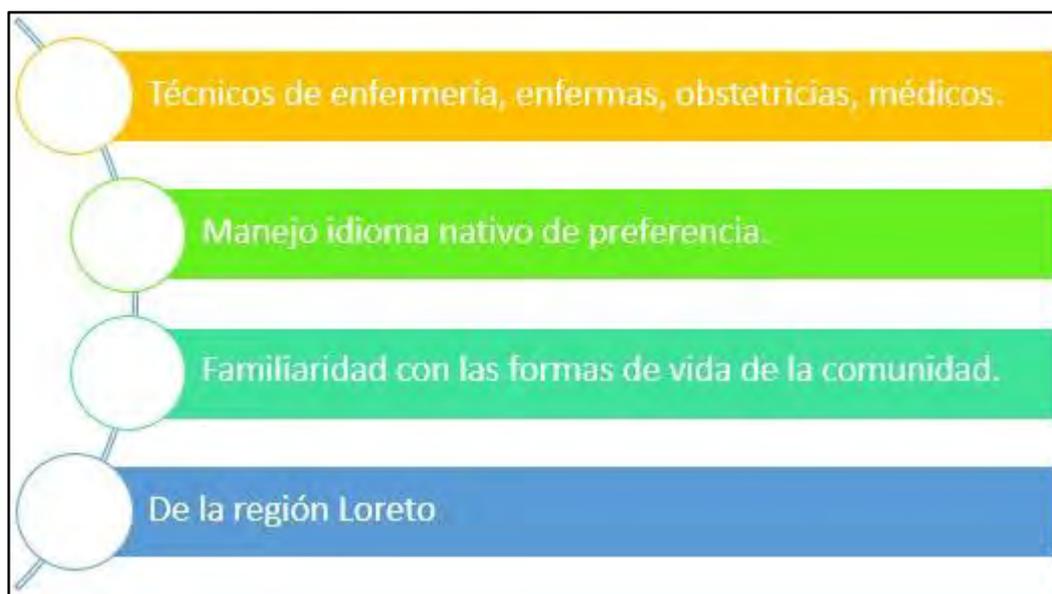
Figura 18: Creación del programa

Fuente: Elaboración propia.

DIRESA LORETO y el Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL, con la supervisión del MINSA, son las entidades encargadas de realizar los protocolos, formularios de inscripción, perfil del agente indígena de salud, la construcción de la malla curricular adecuada que permitan la articulación de los conocimientos occidentales e indígenas, y establecer los nexos para los convenios con otras instituciones como el MIDIS para poder hacer las prácticas.

Algunos de los principales requerimientos para el perfil del agente de salud indígena de salud se muestran en la tabla 17.

**Tabla 17: Perfil de agentes indígenas de salud**

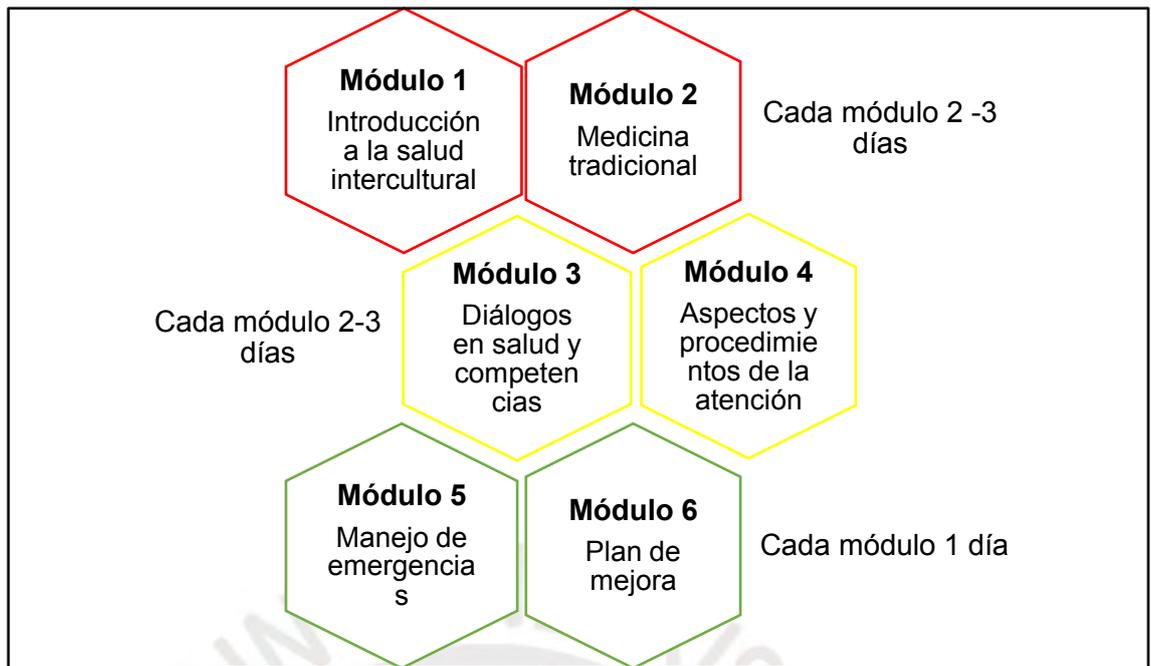


**Fuente: Elaboración propia**

Asimismo, para incentivar al personal de salud a trabajar cerca a comunidades indígenas se propondría un sistema de incentivos ya sea monetarios o de rango.

Ambas entidades, se encargarán de hacer la malla curricular pertinente para el curso que contará con seis módulos en los cuales se desarrollaran temas pertinentes a su formación para dar un servicio con pertinencia cultural, teniendo siempre en cuenta las características de los pueblos indígenas en el ámbito del distrito de Andoas. Por ejemplo, se diferenciará las enfermedades que pueden ser tratadas con medicamentos farmacéuticos y enfermedades que deben ser tratadas con plantas medicinales tomando en cuenta la medicina indígena.

Los módulos son: Introducción a la salud intercultural, Medicina tradicional, Diálogos en salud y competencias, Aspectos y procedimientos en la atención, Manejo de emergencias y Plan de mejora. Cada uno de estos módulos tendrá una duración de 2 a 3 días.

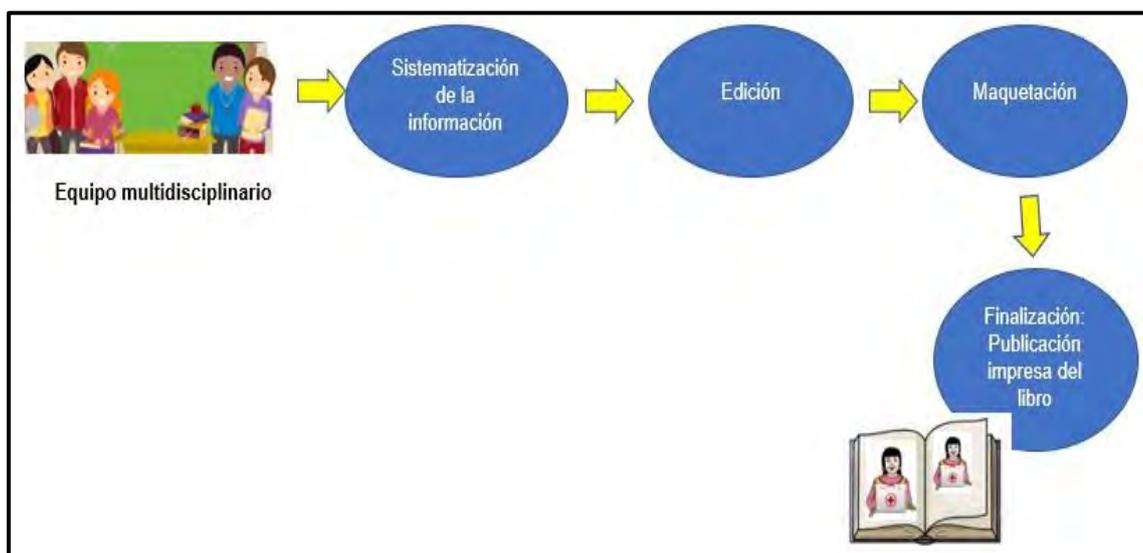


**Figura 19: Módulos del programa de agentes indígenas de salud.**

**Fuente: Salud sin límites- elaboración propia.**

Estos módulos trabajarán sus competencias interculturales, habilidades y actitudes que los ayudarán al ofrecer el servicio de salud a su público objetivo.

Respecto al material educativo, está la realizará un equipo multidisciplinario con profesionales de la salud occidental e indígena, quienes lograrán que ambos sistemas médicos puedan potenciarse mutuamente. En conjunto, este grupo se encargará de determinar la cantidad de horas teóricas y prácticas de requerirán para el curso en cada módulo.



**Figura 20: Material educativo**

**Fuente: Elaboración propia**

Al determinar la malla curricular o a la par, se realizará la firma de convenios con centros de salud, postas, y/o con el programa PAIS del MIDIS, el cual tiene presencia en Loreto y está conformado por tambos y PIAS, lugares donde los futuros agentes indígenas de salud podrían realizar sus clases prácticas y cerca a sus futuros beneficiarios. Asimismo, convenios con la Fundación EHAS que tiene el proyecto NAPO, el cual funciona en Loreto. Es un proyecto que abastece de red de wifi a zonas rurales de la Amazonía y, apoya y enseña el funcionamiento de la telemedicina en estas zonas. La aplicación y aprendizaje de la utilización de la telemedicina ayudaría a mejorar la calidad de atención y diagnóstico. Se tiene presente la enseñanza de la utilización de la telemedicina en el programa pues dentro del Modelo de atención de salud para las cuatro cuencas del MINSA, tiene como objetivo 3 emplear la telemedicina, y que gracias a la Fundación EHAS y el PRONATEL ha ido avanzado la conectividad digital en Loreto.



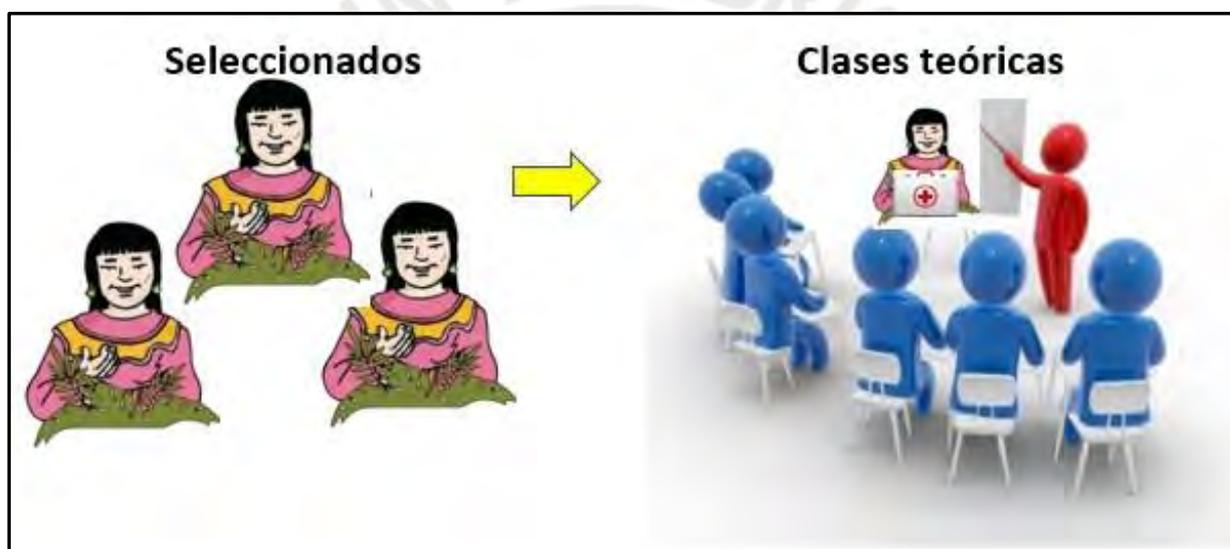
**Figura 21: Convenios**

**Fuente: Elaboración propia.**

Al tener todos los protocolos, se procede a la convocatoria y selección de los futuros agentes indígenas de salud. Para realizar la convocatoria, se avisará a las diversas federaciones como la Federación Quechua del Pastaza (FEDIQUEP) y asociaciones indígenas, así como, por radio y medios escritos. Se dará un tiempo determinado para la convocatoria y selección de los participantes que cumplan con el perfil establecido.

#### **b. Fortalecimiento de competencias: la formación – clases teóricas**

El curso comenzará con las clases teóricas, al realizar el 70% de las clases teóricas, se procederá a iniciar las clases prácticas, como se puede observar en la figura 22.



**Figura 22: Clases teóricas**  
**Fuente: Elaboración propia**

Para las clases teóricas se utilizarán metodologías lúdicas para ayudar a la participación de los participantes, pues hay que tener en cuenta que el personal de salud no tiene en pregrado estos tipos de estudios. Primero deben tener el conocimiento sobre los pueblos indígenas para que haya empatía hacia ellos, y crezca el interés para conocer e inculcar el respeto hacia sus costumbres y prácticas, lo cual permitiría al personal de salud formado atender mejor a sus pacientes.

### c. Dialogo intercultural – las clases prácticas

Las clases prácticas se realizarán en centros de salud, postas o dentro del programa PAIS. Estas clases complementaran las clases teóricas. Además, será una oportunidad para que interactúen con los pacientes, puedan observar las dinámicas de atención y formas para hacer un nexo entre la medicina occidental y la indígena. Asimismo, se les enseñar a usar la tecnología necesaria para usar la telemedicina.

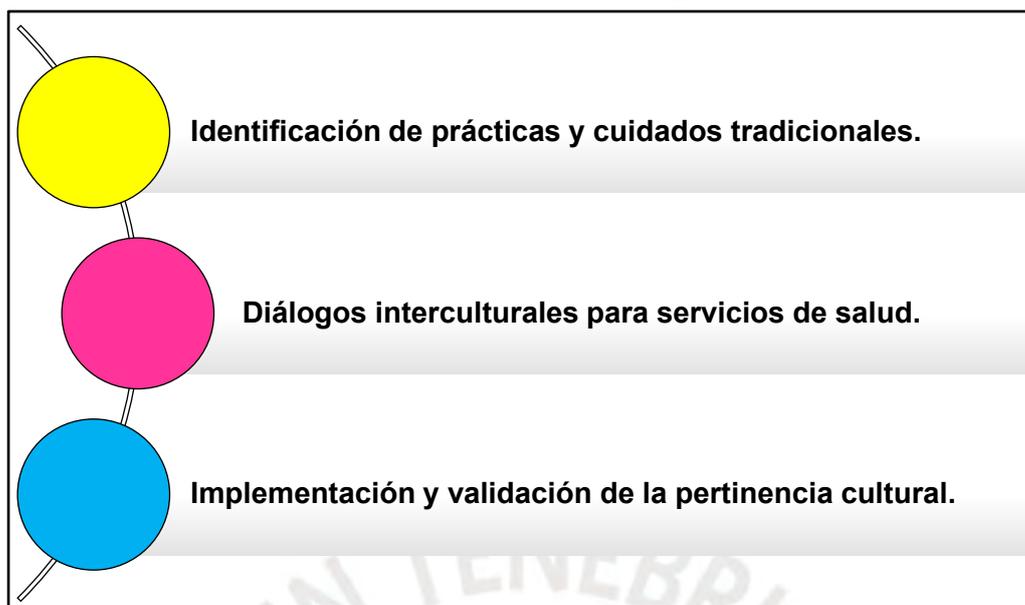


**Figura 23: Clases prácticas**

**Fuente: Elaboración propia**

Dentro de los resultados que se esperan en las clases prácticas por parte del personal de salud son la identificación de prácticas y cuidados tradicionales en la comunidad, diálogos interculturales para los servicios de salud que sería intercambiar ideas con los médicos tradicionales de la zona como las parteras para dialogar e intercambiar prácticas lo que ayudaría al involucramiento del personal de salud con la comunidad, y finalmente, la implementación y la validación de la pertinencia cultural. Mediante el diálogo intercultural en las prácticas se acepta las prácticas positivas de la comunidad.

**Tabla 18: Resultados del diálogo intercultural**



Fuente: Salud sin Límites

#### **d. Servicio de salud con enfoque intercultural: beneficio para las comunidades indígenas del distrito de Andoas.**

Al finalizar, ambas clases, tanto las teóricas como las prácticas, se tendrá como resultado final la formación y capacitación del agente indígena de salud, quienes adquieren las competencias interculturales necesarias que les permitirán atender mejor a sus pacientes, en este caso, las comunidades indígenas en el distrito de Andoas. Al decir, atender mejor nos referimos tanto a la perspectiva de salud ya que el agente indígena de salud recién formado podrá comprender mejor la noción de salud o enfermedad del paciente, sabrá qué y cómo explorarla, qué actos o palabras pueden ser considerados como ofensivos y plantear su actividad de manera que sea más efectiva y satisfactoria para ambos. Al completar el curso de capacitación, el agente de salud tendrá un perfil de competencias como egresado del curso, algunas de las competencias principales se señalan en la tabla 19.

**Tabla 19: Perfil de competencias de egresados del programa “Agentes de salud indígenas”**

<b><u>Perfil de competencias de egresados del programa “Agentes de salud indígenas”</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconoce las enfermedades prevalentes de la población.</li><li>- Administra tratamiento indígena u occidental, respetando la cosmovisión del paciente.</li><li>- Promueve la recuperación, conservación y el desarrollo de conocimientos propios en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas, valorando el intercambio de experiencias para estos propósitos.</li><li>- Diseña, ejecuta y evalúa actividades específicas para una atención integral de salud primaria, respetando la cosmovisión y los valores ancestrales de las personas.</li><li>- Entiende que los usuarios/as son personas con derecho a recibir una buena atención en salud.</li><li>- Promueve el uso de medicina indígena.</li></ul>

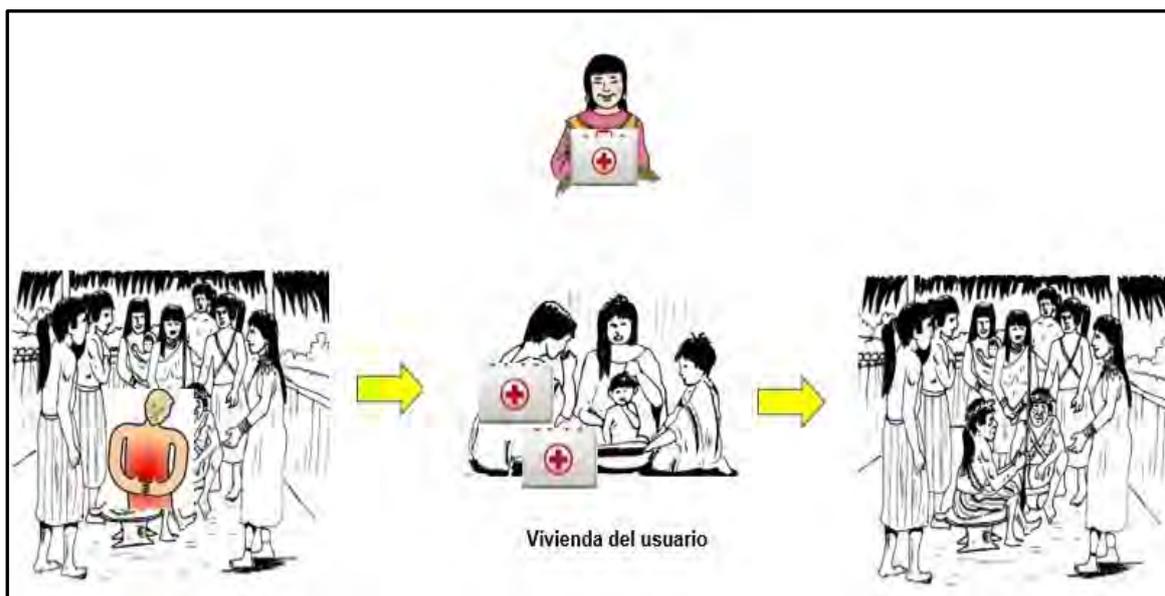
**Fuente:** IEP / (Cádenas , Yon , & Chávez, 2015)

Al terminar la formación como agente indígena de salud, cada uno de los egresados puede comenzar con el servicio de salud, especializado en atención primaria.

Este programa de formación ha preparado al agente indígena de salud para enfrentar diversos escenarios, ya que, como se ha mencionado, hay comunidades que no cuentan con centro de salud o posta dentro de la comunidad o alguna cercana. Todos estos escenarios funcionarán con mayor calidad complementándola con el soporte logístico necesario para la atención como son los insumos de salud y equipamiento. Para estos lugares que no cuentan con posta o centro de salud, es necesario adquirir un teléfono satelital para hacer las consultas necesarias o alguna emergencia.

Uno de los escenarios probables, ante la falta de un centro de atención, se muestra en la figura 24, en el que el agente de salud va a la vivienda del usuario enfermo para la atención primaria, dando como resultado, la mejora de salud del usuario. En este escenario se deduce un beneficio por parte del usuario pues no

incurría en tiempo invertido en ir y ahorraría el dinero del transporte hasta el centro de salud. El servicio de salud llegaría a ellos.

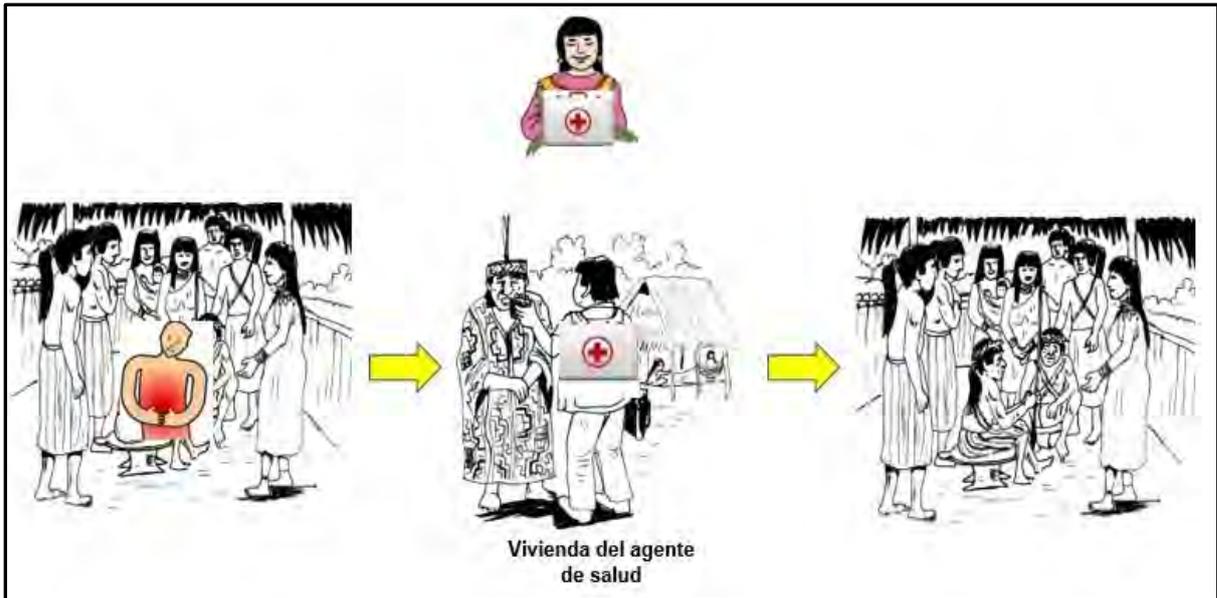


**Figura 24: Servicio de salud en la vivienda del usuario**

**Fuente: Elaboración propia**

Otro posible escenario se muestra en la figura 25, en la que el paciente va a la vivienda del agente de salud a recibir la atención primaria, ya sea porque le quedaba cerca su vivienda o se tenía los implementos necesarios para su atención en la vivienda del agente o queda más cerca que la posta o centro de salud o se sienten más cómodos en ese lugar.

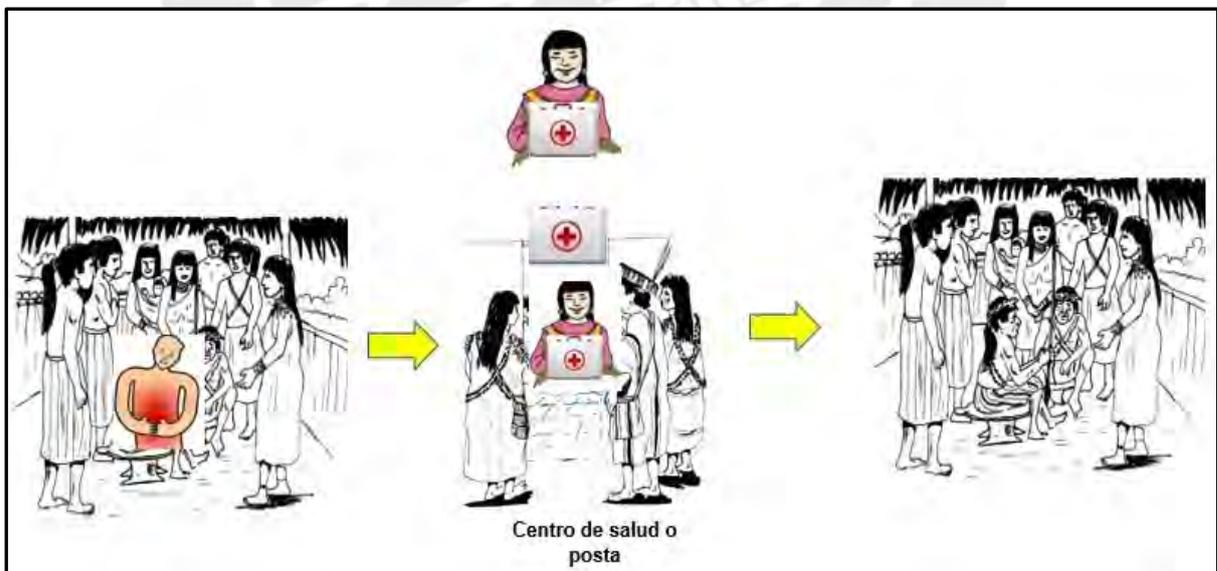
En ambos casos, es necesario que se complemente la atención de salud con la distribución de insumos de salud por parte de DIRESA LORETO, así como, equipamiento adecuado para atender a los pacientes en estas situaciones. Es necesario su apoyo.



**Figura 25: Servicio de salud en la vivienda del agente de salud**

Fuente: Elaboración propia

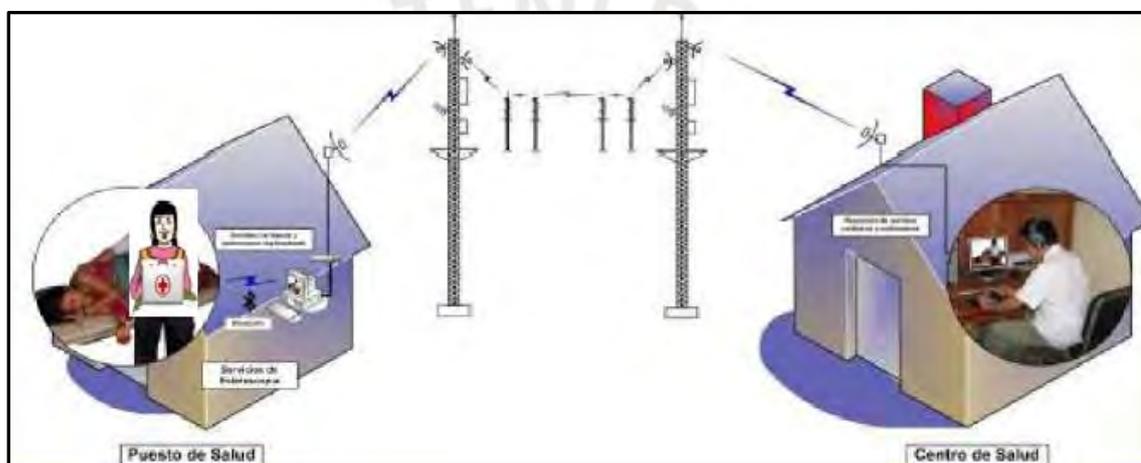
En el caso, que exista una posta o centro de salud en la comunidad o cerca de ella, como se muestra en la imagen 26, el agente de salud podrá atender a los pacientes en ese lugar.



**Figura 26: Servicio de salud en el Centro de Salud o posta.**

Fuente: Elaboración propia.

Es en estos lugares, donde se podrá llevar a cabo el convenio con la fundación EHAS, con su red wifi y tecnología, como modo de complemento, así como, sus enseñanzas respecto al manejo de la telemedicina. De tal manera, se podrán hacer consultas por telemedicina, enviar dudas, y enviar y recibir información, y así, los agentes de salud tengan el apoyo constante de médicos de otras especialidades para atender a los pacientes, o coordinar el traslado de pacientes urgentes. Al mismo tiempo, cada posta cercana a las comunidades debe tener un teléfono satelital para cualquier emergencia que rebase las capacidades resolutivas de la atención primaria.



**Figura 27: Servicio de telemedicina**

**Fuente: Elaboración propia**

La posibilidad de usar la telemedicina ayudaría a tener un mejor diagnóstico en los pacientes.



**Figura 28: Servicio de telemedicina**

**Fuente: Hospital Regional Loreto**

Asimismo, para mejorar la calidad en la atención en salud primaria, DIRESA LORETO, debe distribuir en estos lugares los insumos de salud necesarios, así como, equipamiento. Además, se deben acondicionar estos lugares para poder dar un servicio de salud adecuado.

Así que tendremos personal de salud capacitados con enfoque intercultural para atender a las comunidades indígenas, dando una atención de calidad con:

- Acceso a servicios de salud de primer nivel de atención, de calidad, oportunos, suficientes y con seguridad del paciente.
- Visibilidad: La captura de los datos del paciente en la base de datos, con las variables de etnicidad.
- Trato con dignidad: Con respecto a los derechos de los pacientes y de los pueblos indígenas, tomando en cuenta su cosmovisión y cultura. De preferencia y para un mayor porcentaje de calidad es necesario el uso de su lengua en los servicios de salud (traductores y personal de salud).

Finalmente, se realizará semestralmente seminario de lecciones aprendidas para recibir feedback en base a las experiencias de cada agente de salud y poder mejorar los servicios de salud con enfoque intercultural en el futuro.



**Figura 29: Curso de lecciones aprendidas**

**Fuente: Elaboración propia**

Teniéndolo como una visión a futuro, el programa de agentes indígenas ayudara al fortalecimiento de los centros de salud con:

- Sensibilidad cultural.
- Aporte de otros modelos médicos.

Beneficiando a la población indígena del distrito de Andoas pues se ha adecuado el servicio de salud de acuerdo con sus necesidades y realidades culturales, creando acceso a los servicios de salud basados en la construcción de entendimiento y confianza con la población objetivo, con calidad de atención más efectiva y satisfactoria, en una zona donde hay un déficit en los servicios de salud y las políticas del Estado son casi nulas.

Este prototipo “Formación de agentes indígenas de salud” atendería a una urgente necesidad por parte de las comunidades indígenas del distrito de

Andoas, sus necesidades respecto a la salud que no solo son una demanda que tiene bastante tiempo sino una exigencia para recuperar algo tan importante como es la confianza.

### **3.4.2. Descripción del prototipo final de innovación**

Para llegar a hacer nuestro prototipo final de innovación se tuvo que pasar por diversas etapas. Una de las etapas fue elegir una idea la cual al desarrollarla sería una solución propicia para nuestro desafío de innovación. En nuestro caso seleccionamos el “Programa de formación de agentes indígenas de salud”.

Se ha desarrollado un prototipo final, primero, a nivel conceptual utilizando la técnica de Storyboard. En el Storyboard se ha presentado paso a paso las características y actores participantes de nuestro prototipo final de innovación, así como, las funciones de cada uno dentro del proceso de desarrollo del programa y después de este al dar el servicio de salud a nuestro público objetivo dándole un beneficio a este. El siguiente nivel al que paso nuestro prototipo fue al nivel sensorial para lo cual se utilizó la técnica de juego de roles. Esta técnica consiste en entrar en el rol de los usuarios en una situación ficticia de la experiencia. En este nivel se pudo identificar unas dificultades y mejorar algunos puntos como dar algún incentivo al personal de salud para que vaya a un distrito alejado como es el distrito de Andoas y el no solo pensar en enseñarles sobre medicina indígena, sino que malla curricular pueda beneficiar a ambas medicinas. Finalmente, en este contexto de COVID -19 en el que se realizado el presente prototipo, y para que nuestro prototipo llegue a un mediano o alto nivel de resolución y ver su validez se tomó en cuenta la opinión de especialistas en salud intercultural e indígena, quienes ayudaron a modificarlo y mejorarlo a base de su experiencia en proyectos para poblaciones indígenas en el Perú. Asimismo, también se tomó en cuenta la opinión y experiencia de maestros bilingües de pueblos amazónicos. Gracias a su colaboración y retroalimentación se obtuvo nuestro prototipo final de innovación.

Para cada nivel se realizó un plan de testeo del prototipo (Anexo 7), el cual se ha diseñado con la finalidad de aumentar el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena del distrito de Andoas en Loreto a fin de elevar la calidad de atención y su confianza en los

centros de salud. Para ello, se planteó como hipótesis principal que el prototipo, la formación de agentes indígenas de salud, al ser capacitados con enfoque intercultural, aumentan la capacidad resolutoria de salud primaria y calidad de atención para las comunidades indígenas. Asimismo, la presencia de los agentes indígenas de salud ayuda a disminuir brechas respecto a los servicios de salud, reconociendo sus tradiciones culturales en la atención y equidad en salud para la población indígena, así como, aumentan la confianza en los servicios de salud del Estado. Por ello, por contexto, al mejorar los servicios de salud al ciudadano es deseable por los usuarios, y generaría un impacto positivo en la solución del problema, y se recibiría apoyo de diferentes actores como DIRESA LORETO y Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL.

Los elementos incorporados en nuestro prototipo de innovación fueron:

### **Especialistas en salud intercultural e indígena**

- **Sistema de incentivos para los profesionales de la salud al inscribirse al curso de capacitación.**  
*“Tendría un mayor impacto con un sistema de incentivos. Por ejemplo, el conocimiento de medicinas tradicionales puede servir como impulso para promociones de trabajo, económicas”.* (Nureñas, 2020)
- **Capacitación en elementos de la red de Telemedicina.**  
*El objetivo III del Modelo de Atención de Salud para las Cuatro Cuencas indica que hay planes de emplear la telemedicina.* (Ministerio de Salud, 2017).
- **Clases prácticas: incorporar a personas de medicina tradicional como las parteras para intercambiar situaciones, haya un diálogo y aprendizaje.**  
*“Dentro de la salud pública, la formación de profesionales de la salud sobre la cultura local donde trabajan y las formas de atención (...) Los cursos de formación son para que pueda llegar ese respeto hacia la otra medicina.”* (Ramirez, 2020)  
  
*“Una verdadera formación es una formación mixta basada en diálogo (...) Respecto a los servicios culturalmente pertinentes falta sensibilización y capacitación por parte del personal de salud.”* (Seminario, 2020)

- **Clases teóricas: utilizar metodología lúdica.**  
*“(...) Utilizar Metodologías lúdicas para ayudar a la participación. Hay que tener en cuenta que el personal de salud no tiene en pregrado estos tipos de estudios (...) para que haya empatía, pero primero deben tener conocimiento.” (Palomino, 2020)*
  
- **Tomar como base el syllabus de otros proyectos como el de técnicos interculturales de AIDSESP.**  
*“AIDSESP tiene una propuesta pedagógica (...) sistematizaron y está escrita de esta experiencia de AIDSESP haciendo formación de salud intercultural que debería ser recuperada porque hay una currícula bien interesante de como especialistas indígenas (...) Entonces hay una experiencia de formación de personal de salud y formas de conocimiento indígena, amazónico con está formación de medicina tradicional que yo creo que valdría la pena recuperarlo.” (Yon , Salud Intercultural: Pandemia y Desigualdad., 2020)*
  
- **Para que sea sostenible las primeras promociones se vuelven referentes para las nuevas promociones.**  
*“Para no depender de otros profesionales de la salud (...) las primeras promociones se volverían referentes de las nuevas. (Palomino, 2020)*

### **Maestros Bilingües de pueblos indígenas**

- **Ambas medicinas, occidental e indígena, se conecten y se beneficien entre ellas en la malla curricular.**  
*“El gobierno debe atender desde una mirada intercultural. EL gobierno regional debe apoyar a los pueblos indígenas ...necesitan y quieren un profesionales pues conocen y saben de las limitaciones de su medicina tradicional (ejm: evaporación de las plantas medicinales para contrarrestar efectos del COVID-19) ... Necesitamos el apoyo del Estado son responsables de la salud de la población.” (Soria, 2020)*
  
- *“El matico, el kion lo siembra .... lo cura.... por eso pedimos que nos implementen con las medicinas para poder articular con nuestras plantas medicinales y una vez que entendamos esa lógica de atender podemos ser Perú*

*un país que ha articulado la medicina de los pueblos.” ... “Nosotros estamos convencidos, no queremos ser competencia de la parte científica, queremos contribuir como un saber más para poder salvar vidas, ser una alternativa.” (Soria González, 2020)*

*“Ante la falta del Estado, las comunidades indígenas, casi todos acudieron a sus plantas medicinales, y algunos complementaron su recuperación con medicina occidental. (Meneses, 2021)*

- **Mujeres atiendan a mujeres de preferencia a impartir el servicio.**

*“Hay alguna diferenciación con las mujeres ... entre mujeres se entienden mejor. Si viene una mujer, una mujer es la que se acerca a otra mujer y comenzar a dialogar se le entrevista de forma familiar para que se sienta cómoda... y si es varón no pasa eso.” (Soria González, 2020)*

- **Incluir a la Iglesia como aliado**

*“... aliarse con la iglesia como comunicadores del programa ... por su ayuda a los pueblos indígenas” (Soria González, 2020)*

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE LA DESEABILIDAD, FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROTOTIPO

En el presente capítulo se hará el análisis de deseabilidad en el que se verá si los usuarios finales desean tener este servicio; el análisis de factibilidad en el que nos referiremos a la capacidad de la organización para afrontar el servicio, y el análisis de viabilidad, que tiene como propósito explicar si es sostenible económicamente para la entidad.

El objetivo de los análisis de deseabilidad, factibilidad y viabilidad es que nuestro prototipo final cumpla con cada uno de estos factores para que así no haya dificultades futuras en su implementación.

#### 4.1. Análisis de deseabilidad

Dentro de nuestro análisis de deseabilidad nos hemos formulado cuatro preguntas que nos darán una aproximación de cuán deseable es nuestra propuesta. Estas preguntas son: ¿Esta solución llena una necesidad?, ¿Cabría en la vida de las personas?, ¿Les gustará? y ¿Realmente lo quieren?

Para responderlas, hemos utilizado la recolección de información que se utilizó para el marco teórico, así como, entrevistas, observación / fotos, y, nueva información relevante como la situación de su población en el contexto COVID-19.

La información que obtuvimos nos dio una visión sobre su deseabilidad en nuestros usuarios finales.

##### 1. ¿Esta solución llena una necesidad?

Desde que comenzó nuestra república, las zonas amazónicas han estado en constante vulnerabilidad pues hasta el día de hoy hay un déficit en los servicios de salud. En algunas zonas de nuestra selva no hay postas o centros de salud con capacidad resolutoria cercanos a pueblos indígenas, o no cuentan con los equipamientos necesarios. Como indica (Zarate, 2020) en su reportaje los pueblos de la Amazonia peruana tienen *“una especie de condena en una región*

*donde más del 50 por ciento de comunidades no tiene puestos de salud y, los que existen, muchas veces no tienen agua, luz ni suficientes doctores.”*

Hay una ausencia de personal de salud, médicos, enfermeras, obstetricias, tecnólogos, con una adecuada formación intercultural que facilite el trato con los pueblos indígenas, así como, falta de medicamentos y equipos que ayudarían a dar atención de calidad en salud como es su derecho.

*“(…) Por ejemplo, yo soy shipibo, yo soy peruano al igual que cualquier peruano de este país. Entonces, tenemos derechos a recibir atenciones a donde yo vaya, el mismo trato.”* (Cauper, 2020).

Estas deficiencias son motivo por el cual diversas agrupaciones indígenas como AIDSESEP envíen cartas y documentos a las entidades responsables para que tomen en cuenta sus necesidades y demandas en los servicios de salud (Anexo 8), de tal manera, que se pueda fortalecer la atención de la salud en sus territorios.

*“(…) No solo quiero que me escuchen, sino que me atiendan, que pongan mis demandas en políticas públicas del Estado. No debe mirar solo en distritos capitales nomas, sino que mirar más allá, a las comunidades donde no llegan los presupuestos del Estado peruano. 40 años de actividad petrolera y no hay ni postas (...) mientras la gente está muriéndose, viendo esta situación. Entonces, ¿en qué Estado estamos mirando?”* (Cauper, 2020).

La solución que estamos planteando con Diresa Loreto y el Viceministerio de Interculturalidad ayudaría contar con personal de salud y equipamiento médico en zonas donde hay un déficit en los servicios de salud.

Además, hay que tener en cuenta que en el distrito de Andoas habitan 11 714 personas (INEI, 2018) y está entre los tres distritos más pobres de Loreto. Asimismo, Datem del Marañón es la provincia con el mayor número de personas que hablan una lengua indígena con más de 50 000 personas

Al tener ese nivel de vulnerabilidad, son más susceptibles a enfermedades. Por ello, nuestra solución ayudaría a cubrir la brecha del personal de salud necesaria para mejorar la calidad de atención de salud para nuestra población objetivo.

*“(…) AIDSESEP ha buscado un diálogo inmediato con MINSA, MINCUL y también algunos funcionarios del PCM. No solamente para dialogar, sino para pedir qué*

*están planteando para los pueblos indígenas antes de que llegue el COVID -19 en las comunidades porque nos sentimos vulnerables por la situación que existe porque no existe puestos de salud.” (Cauper, 2020).*

## **2. ¿Cabrán en la vida de las personas?**

El presente programa de agentes indígenas de salud al articularse con programas sociales de otros sectores como los del MIDIS con las PIAS y Tambos, y, con campañas de salud de DIRESA Loreto, no interferiría en la vida de las personas, ya que, al ser un programa que capacitará a técnicos en enfermería, enfermeros, obstetricias y médicos con enfoque intercultural para brindar servicios de salud y ser intermediarios de los médicos, es decir, la solución planteada entiende la cosmovisión de la población indígena, respeta sus ideas, su identidad cultural y costumbres. Por ellos podemos decir, que, al estar pensado el programa a formar recursos humanos para atender especialmente a pueblos indígenas, ellos le darían un valor de calidad al servicio de salud en estas zonas donde las políticas del Estado son casi nulas.

## **3. ¿Les gustará?**

De acuerdo con las evidencias, la mejora en calidad en atención de los servicios de salud integral primarios que se están presentando mediante el aumento del personal de salud con capacitación con enfoque intercultural será de agrado de las comunidades indígenas del distrito de Andoas de la región Loreto, ya que ha sido diseñada para dar servicios de acuerdo con sus costumbres, el enfoque territorial, así como, entrevistas sobre sus necesidades.

## **4. ¿Realmente lo quieren?**

Uno de los problemas que tiene nuestra amazonia son las grandes brechas respecto a los servicios de salud integral. Las poblaciones indígenas residentes en estas zonas siguen reclamando su derecho a la salud enviando documentos y cartas sobre sus necesidades (Anexo 3), pidiendo que el Estado cumpla con sus promesas para implementar dichos servicios, ya que, primero es su derecho como peruanos y peruanas que son; segundo necesitan un servicio de salud en el que la atención sea de articulada, de calidad, y, que sea de tal manera que no se sientan mal, en ningún sentido, de su identidad cultural ni lingüística al recibirlos.

*“... Esto es muy lento, muy preocupante y lo que hemos sentido es que este sistema no estamos incluidos, este sistema del Estado Peruano y la administración del Estado peruano porque dialogamos, hablamos, hubo discursos y promesas de atención y hasta la fecha.” (Cauper, 2020).*

Analizando las causas de nuestro problema público, las cuales fueron las barreras lingüísticas y culturales, limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural, limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para las comunidades y el limitado transporte fluvial operativo, se demostró el deseo de los pueblos indígenas en tener servicios de salud con los implementos necesarios para la atención como es su derecho como ciudadanos peruanos. Por ello, podemos decir que los servicios de salud son deseados y necesarios para la población indígena de la región Loreto.

## **4.2. Análisis de factibilidad**

El análisis de factibilidad nos ayudará a determinar las posibilidades que tiene nuestro proyecto de innovación en ser aceptado por los involucrados institucionales. Para ello, se han desarrollado cuatro preguntas que nos ayudarán en nuestro análisis de factibilidad.

### **1. ¿Puede el equipo de trabajo de la organización realmente hacer que suceda la solución?:**

En conjunto con DIRESA LORETO y el Viceministerio de Interculturalidad, con la supervisión del MINSA, conformarían un equipo interdisciplinario para hacer el planteamiento y la implementación de nuestra solución. Este equipo haría que se realice la solución propuesta.

Además, otros actores como el Gobierno Regional de Loreto, MIDIS, serían actores clave para que se cumpla la articulación e implementación.

### **2. ¿Qué capacidades necesita tener la organización para crear y entregar su solución?:**

La entidad se puede apoyar en siguiente normativa para implementar la solución.

**a. Normativa:**

- Ley General de Salud - Ley N°26842
- Política Sectorial de salud Intercultural - DS 016-2016-SA
- Política Nacional de salud
- Política Nacional Multisectorial de Salud
- Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021.
- Política Nacional de Transversalización del enfoque intercultural. 2015.
- Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- “Plan de mejoramiento de atención integral de salud a la población de las cuencas del Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón”.
- “Modelo de atención de salud integral e intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón y Chambira, en la región Loreto 2017-2021” (MINSAL,2017)
- Política Sectorial para la atención integral de las personas expuestas a metales pesados metaloides y sustancias químicas.
- Convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud suscrito en el año 2017.
- Sello intercultural - DS 006-2019- MC.
- Resolución Ministerial N°228-2019/MINSAL: Directiva administrativa 261-MINSAL/2019/DGIESP. “Directiva Administrativa para la adecuación para los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención”.
- “Plan de intervención del Ministerio de salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19” - RM N°308-2020-MINSAL.

Para el presente proyecto se necesitará la formulación de una norma para dar los parámetros al servicio de salud, teniendo como base principal de la normativa ya presentada.

**b. Política:**

Durante años la voluntad política para cubrir las necesidades en salud de los pueblos indígenas ha sido baja, solamente cuando había algún tipo de protesta

o toma de lugares, el gobierno se veía más involucrado en cumplir con sus demandas mediante firmas de acuerdos y compromisos (Anexo 3). Se podría decir que el Estado ha tenido una reacción reactiva en el tema de salud indígena, es decir, cada vez que surgen estas demandas por parte de los pueblos indígenas, el Estado cumple firmando compromisos o planes. Sin embargo, no tienen la iniciativa ante los problemas presentados ni un accionar rápido para llevarlos a cabo. Por ejemplo, en el 2016, cuando se da la norma del VIH para la población indígena fue porque había un brote de VIH en la población indígena, lo mismo ocurrió con la norma de la adecuación del parto, había un contexto en el que la mortalidad materna era muy alta en zonas rurales y poblaciones indígenas. Entonces, estas normas técnicas no han salido porque el Estado reconoce que la población indígena necesita, quiere, y, tiene derechos especiales para tener estas políticas de salud intercultural, sino que, son normas y políticas que han ido surgiendo como para calmar un problema, no como iniciativa propia.

No obstante, por el contexto actual del COVID -19, ha aumentado la voluntad política para implementar mejoras en la salud integral de las poblaciones amazónicas, lo cual ayudaría a la iniciativa política para que se pueda cumplir con la implementación de nuestra solución de manera progresiva.

Asimismo, los que tendrían la capacidad de convocatoria sería DIRESA LORETO.

### **c. Tecnológica:**

DIRESA LORETO con MINSA estarían en condiciones de conseguir tecnología para implementar la solución, ya que, al obtener convenios con diferentes entidades como el MIDIS – Programa PAIS, MINSA con la telemedicina y proyectos como el proyecto de telemedicina rural río Napo – Fundación EHAS Perú, tendrían la capacidad de obtener tecnología y ayudar a su mejora.

El Gobierno Regional de Loreto en su plan de “Emergencia y reorganización del sector salud en la región Loreto, 2019-2020” se señala la iniciativa de aumentar el presupuesto de DIRESA Loreto para impulsar el tema de la Telesalud en la región, implementar las redes necesarias para que se pueda utilizar la telesalud lo cual reduciría costos de referencia innecesaria al largo plazo.

Además, se les pediría a las empresas petroleras, operativas en Loreto, donaciones de algunos elementos esenciales como el teléfono satelital, los cuales también ayudarían a la implementación.

**d. ¿La organización cuenta con el tiempo adecuado para la producción de la solución?:**

Por el contexto COVID-19, las diversas entidades involucradas están completamente enfocadas con la situación de emergencia. Asimismo, esta situación ha puesto en evidencia la falta de capacidad resolutoria que tienen los servicios de salud, en especial en la amazonia. Por ello, sería probable que se incluya dentro de la planificación del próximo año, 2021, o 2022.

**e. ¿Con quién puede asociarse la organización?:**

En nuestra propuesta de solución, es necesario tener aliados estratégicos para garantizar la implementación y durabilidad a largo plazo de la propuesta. Es por ello, que nuestros aliados deben tener objetivos similares a los nuestros para que de tal manera podamos articularlos y llegar a un número mayor de personas. Algunos aliados serían el MINSA, DIRESA LORETO, Viceministerio de Interculturalidad – MINCUL, Gobierno Regional de Loreto, MIDIS, SIS, Fundación EHAS Perú, asociaciones indígenas como AIDSESEP y FEDIQUEP, organizaciones religiosas, empresas petroleras y organización civil.

Tabla 20: Aliados estratégicos

Nº	Actores	Funciones
1	MINSA	Normativa
2	DIRESA LORETO	Dirección Regional de Salud Loreto. Encargados de la implementación y supervisión de los servicios de salud.
3	VICEMINISTERIO DE INTERCULTURALIDAD - MINCUL	Verifican que el servicio sea con enfoque intercultural, así como, incentivan su implementación.
4	GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	Canalizador y derivación de ingresos canon.
5	MIDIS – Programa PAIS	Programa PAIS del MIDIS. Encargados de articular los servicios del Estado y llevarlos a zonas de difícil acceso.
6	SIS	Seguro Integral de Salud. Deriva montos para servicios de salud.
7	AIDSESP y FEDIQUEP Asociaciones indígenas	Asociaciones indígenas apoyan en el programa y son intermediarios entre el Estado y poblaciones indígenas.
8	Fundación EHAS Perú	Proyecto de telemedicina rural. Red wifi.
9	Organizaciones religiosas	Intermediarios entre el Estado y poblaciones indígenas.
10	Empresa petrolera	Elementos tecnológicos.

Fuente: elaboración propia.

Cada una de estas organizaciones cuentan con las capacidades necesarias para ayudar a implementar la solución propuesta para la población indígena. La interacción entre estas instituciones ayudaría a que la solución se pueda implantar de manera eficaz. DIRESA Loreto se encargará de coordinar con los diversos actores involucrados para facilitar la articulación. Asimismo, se ratificaría convenios interinstitucionales con DIRESA LORETO, MIDIS – PAIS,

SIS, para reducir las brechas existentes en la zona, así como, DIRESA LORETO con la Fundación EHAS Perú.

### **4.3 Análisis de viabilidad**

El análisis de viabilidad permitirá identificar si la solución es sustentable económicamente o no. Para el análisis de viabilidad se evalúa la propuesta de valor que ofrece la solución, posibles ingresos y/o incentivos.

#### **1. ¿Esta solución está dentro del presupuesto de la organización?**

Nuestra solución, el programa de agentes indígenas de salud, no está dentro del presupuesto actual de la organización ya que es una novedad de innovación. Por ello, la institución no la ha previsto en el POI. Por el contexto actual, se podría introducir para el año 2021 o 2022.

Asimismo, hemos tomado en cuenta que el Estado, actualmente, se encuentra priorizando la continuidad de las políticas públicas de sectores de Salud y Educación por el contexto actual del COVID-19, lo cual ayudaría a nuestra solución.

Es así, que, hemos hecho una estimación del costo del proyecto. Para ello, se ha hecho la revisión del POI MINSAL del 2019 y el POI MINCUL 2019 para así realizar una estimación análoga del costo del proyecto, es decir, hemos utilizado datos de proyectos similares, de tal manera, que se pueda tener una aproximación del costo total para nuestro proyecto.

El financiamiento del programa se realizará a través de los fondos económicos que designará el Gobierno Regional de Loreto a DIRESA Loreto o la Municipalidad Provincial Datem del Marañón con recursos del canon y sobrecanon. En este caso, es el Gobierno Regional de Loreto la entidad que cuenta con la capacidad financiera y técnica para transferir los fondos.

Asimismo, a parte de los recursos asignados, se le asignaran las trasferencias del Seguro Integral de Salud (SIS) en conjunto con los programas estratégicos.

**Tabla 21: Presupuesto aproximado de prototipo**

<b>N°</b>		<b>Cant.</b>	<b>Med.</b>	<b>Costo unitario (s/.)</b>	<b>Total (s/.)</b>
1	Curso de <b>Formación de agentes indígenas de salud</b> (incluye materiales de estudio) para 13 personas.	1	Und.	45000	45000
2	Teléfonos satelitales	2	Und	8450	16900
3	Convenios MINSA – MINCUL – MIDIS (PAIS) – DIRESA – SIS.	1	Und.	0	0
4	Convenio con el Proyecto NAPO – EHAS	1	Und.	0	0
5	Seminario lecciones aprendidas (semestral)	2	Und.	4600	9200
6	Curso de actualización del personal de salud (anual)	1	Und.	8500	8500
<b>Costo total soles:</b>					<b>79600</b>

Fuente: POI MINSA 2019, POI MINCUL 2019. Elaboración propia.

Mediante la estimación análoga hemos estimado un costo total aproximado de 79600 soles para un curso anual del programa. Para el curso del programa agentes indígenas de salud se está considerando contratar a profesionales de salud con especialización en temas de interculturalidad, sus viáticos y materiales para el programa, así como, la compra de dos teléfonos satelitales para las dos postas de salud que hay en Andoas. Finalmente, habrán dos seminario de lecciones aprendidas cada seis meses e incluye materiales. En los puntos donde el valor es cero es gracias a los convenios con los aliados como el MIDIS, DIRESA, SIS pues ellos dentro de sus presupuestos ya tienen el servicio o materiales.

Finalmente, el mantenimiento presupuestal del programa de agentes indígenas de salud será responsabilidad del Gobierno Regional de Loreto y DIRESA Loreto como entidad co-ejecutora, esta le transferirá el presupuesto al programa de agentes indígenas de salud, y las capacitaciones posteriores se gestionarán como un gasto corriente por DIRESA Loreto.

## **2. ¿Los usuarios realizarán algún pago por el servicio?**

En nuestro caso, este servicio será cubierto por el SIS, ya que, es un seguro gratuito para todos los peruanos. Por ello, no habrá ningún pagó por parte de ellos, sólo hay que garantizar su afiliación que se hará en alianza con el MIDIS. En nuestro caso, en el distrito de Andoas, 86% de la población indígena cuenta con SIS.

## **3. ¿Cómo será el retorno de la inversión?**

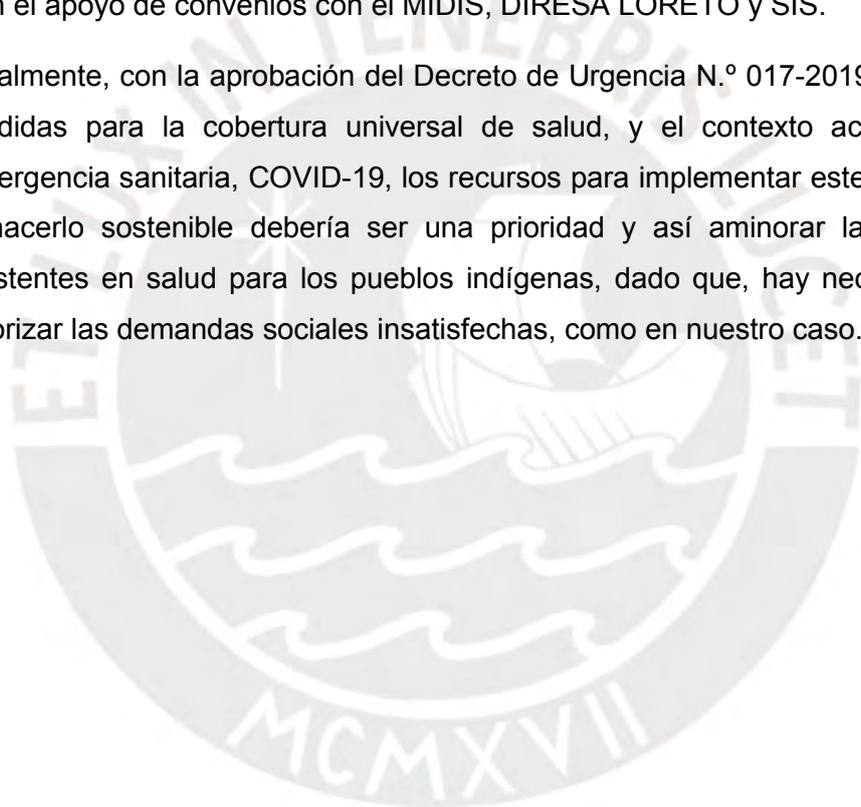
En nuestro caso, nuestro retorno de inversión se visualizará en la mejora de los servicios de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto, así como, con la medición de diversos indicadores como:

- Índice de mortalidad.
- Nivel de cobertura de los servicios de salud.
- Atención oportuna con calidad.
- Porcentaje de satisfacción del usuario por atención en consulta.
- Ahorro familiar en transporte y pago por servicios de salud.

- Disminución de la tasa de morbilidad.
- Mejora de calidad de vida.

Los resultados de la métrica nos demostrarían el beneficio del programa en la reducción de la brecha respecto a la calidad del servicio de salud con enfoque intercultural, lo cual justificaría la intervención del Estado. Además, nos ayudarían a tomar decisiones futuras que optimicen el beneficio del servicio. Es así, que, brindando un mejor servicio de salud primario con enfoque intercultural, acorde a sus necesidades y de manera efectiva generaría valor público, así como un impacto positivo en la población indígena reduciendo brechas sociales visualizadas en el sector salud. Por ello, podemos decir que la solución es viable con el apoyo de convenios con el MIDIS, DIRESA LORETO y SIS.

Finalmente, con la aprobación del Decreto de Urgencia N.º 017-2019 sobre las medidas para la cobertura universal de salud, y el contexto actual de la emergencia sanitaria, COVID-19, los recursos para implementar este programa y hacerlo sostenible debería ser una prioridad y así aminorar las brechas existentes en salud para los pueblos indígenas, dado que, hay necesidad de priorizar las demandas sociales insatisfechas, como en nuestro caso.



## CONCLUSIONES

En nuestro trabajo de investigación nuestro problema público es el “Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas de la región Loreto, entre los años 2015 -2018”. Las zonas amazónicas de nuestro país, a lo largo de su historia, han estado excluidas y en una constante vulnerabilidad respecto a los servicios básicos siendo su vulnerabilidad en el área de la salud es más notoria, ya que, en el caso de los pueblos indígenas por las condiciones de saneamiento, pobreza y pobreza extrema son más susceptibles a enfermedades como la Malaria, Dengue, así como, a la malnutrición, anemia y a las altas tasas de mortalidad materno infantil. Asimismo, dentro de los servicios de salud hay una ausencia de personal como médicos, enfermeras, obstetrias, enfermeros técnicos, y que además tengan adecuada formación intercultural que facilite el trato respetuoso con los pueblos indígenas, así como, falta de medicamentos y equipos. Esta situación hace que no puedan acceder a un servicio de salud de calidad.

Las causas del deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas de la región Loreto, entre los años 2015 -2018 son las barreras lingüísticas y culturales, limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural, limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para cada comunidad y limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias.

Las barreras lingüísticas y culturales generan una la falta de motivación y desconfianza de las poblaciones indígenas para ir a los centros de salud, pues el distrito de Andoas de la provincia de Datem del Marañón es la provincia con más habitantes que hablan una lengua indígena como primera lengua, teniendo 15 288 hablantes del total de 53 013 personas en toda la región Loreto. En general, los médicos y enfermeras que van a esta zona son de SERUM por lo que en la mayoría de los casos la población indígena no solo se encuentra con un muro lingüístico en el centro de salud, transmitido por el personal de salud con las indicaciones en un lengua inentendible, sino que también se recalca en lo cultural. No hay una sinergia entre lo tradicional y lo occidental.

El limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural tiene como resultado una baja calidad de atención en los centros de salud. Teniendo en cuenta la brecha que hay de médicos y enfermeras para los habitantes de Loreto, los incentivos de estos para ir a comunidades indígenas son muy bajas. Generalmente, las plazas convocadas no son cubiertas para los puestos o centros de salud que atiende a las comunidades indígenas. En su mayoría, estas plazas no son ocupadas o si lo son, el personal se queda poco tiempo ya sea porque es parte de su serums o porque pide cambio de establecimiento ya que no hay servicios básicos, ni hospedajes y lejanía. No hay una motivación para trabajar en estas zonas por parte del personal de salud. Asimismo, hay que tener en cuenta que la cantidad de médicos no significa necesariamente que todos ellos estén capacitados con enfoque intercultural. Esta situación es una limitación seria pues dificulta la calidad de los servicios de salud. Por lo que al no tener servicios de salud adecuados y adaptados al contexto de las poblaciones indígenas dificulta calidad en la atención de los servicios de salud con enfoque intercultural.

Por otro lado, en puestos de salud, donde no hay ni médicos ni enfermeras, son los técnicos en enfermería los que intentan cubrir estas brechas ante el déficit de personal de salud.

La limitada infraestructura y equipos en buen estado se reflejan en las dificultades para la viabilidad de prestación del servicio de salud. Según la (Defensoría del Pueblo, 2019), “solo cuatro de cada diez comunidades indígenas en la región Loreto tienen un establecimiento de salud en su territorio”. Las postas no tienen los insumos y equipos adecuados para poder brindar el servicio de salud de calidad, así como, no les brindan mantenimiento para poder brindar un servicio de calidad a sus pacientes. Este elemento disminuye la capacidad resolutiva. En el distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañón, región Loreto, solo existen tres establecimientos de salud, de los cuales dos son puestos de salud y uno es centro de salud. El centro de salud de Andoas, su infraestructura no cuenta con ambientes requeridos para el servicio de salud, así como, que los ambientes existentes no cumplen con las áreas señaladas en su normativa, y no recibe mantenimiento.

La escasez de medicinas para cada comunidad hace aumentar la desconfianza y desmotivación para ir a los centros de salud. Esta situación se refleja en que las medicinas a veces llegan con poco tiempo para su fecha de vencimiento o en

algunos casos llegan vencidas, lo cual es un riesgo para la comunidad. Además, al no llegar las medicinas, es el personal de salud el que se encarga del traslado pues son necesarios en los puestos de salud. Por la escasez de medicinas, los técnicos o personal de salud tratan a los pacientes con plantas medicinales como alternativa. Este contexto motiva a las poblaciones indígenas a no movilizarse a los centros de salud pues saben que no habrá medicinas para ellos.

Un limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias genera desmotivación para ir a los centros o postas de salud pues significa gran cantidad de tiempo invertido en desplazamiento y dinero. Tener transporte fluvial es crucial en la región de Loreto, pues, para llegar a algunas comunidades, este tipo de transporte es único medio para llegar y de conectarse con otras localidades. El centro de salud de Nuevo Andoas, de categoría 4, no tiene una conexión directa con los otros dos puestos de salud (categoría 1) existentes en Andoas, no hay una conexión vía terrestre que unan estos establecimientos de salud, entre establecimientos hay un tiempo promedio de 4 horas para llegar, dependiendo si hay embarcación disponible, lo cual dificulta la atención ante emergencias. Además, para población es un problema llegar por el tema de acceso por el río, hay un gasto implícito, tanto en el tema del transporte como en el tiempo invertido para ir y regresar. Y hay que tener en cuenta que Andoas es uno de los 5 distritos más pobres de la región Loreto. Las dificultades en el acceso a las comunidades indígenas hacen que se haga más difícil el traslado de insumos médicos, así como de los profesionales de la salud. Esta situación hace que la población se vuelva más vulnerables.

Al tener nuestras causas principales, estas se jerarquizaron teniendo al limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural como la causa que mayor impacto tiene pues influye en la baja calidad de atención en los centros y postas de salud lo que desencadena una desconfianza hacia sus servicios. Teniendo nuestra causa principal se reformulo el problema "La población indígena de la región Loreto requieren que el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural aumente porque actualmente, a causa de ello, hay una baja calidad de atención en los centros y postas de salud lo que desencadena una desconfianza hacia sus servicios de atención primaria y sentimientos de exclusión por parte de las comunidades indígenas". Definiendo nuestro desafío de innovación en ¿Cómo podemos aumentar el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en el distrito de

Andoas en la región Loreto a fin de elevar la calidad de atención y su confianza en los centros de salud?

Tras una investigación de diversas experiencias nacionales e internacionales, que tenían un desafío similar al nuestro, se hizo un proceso de priorización de las ideas, con criterios determinados, para seleccionar la idea que sería nuestra solución, la cual se denominó “Formación de agentes indígenas de salud”.

Nuestro prototipo de innovación, de forma general tiene dos responsables institucionales, DIRESA LORETO, institución que responde al MINSA y el Viceministerio de Interculturalidad del MINCUL con supervisión del MINSA. Ellos serán los encargados de realizar los protocolos para la selección de los agentes de salud, la construcción de una malla curricular conformada por un equipo multidisciplinario, así como, profesionales de la salud de ambos sistemas médicos, es decir, medicina occidental e indígena. Asimismo, serán los encargados de realizar convenios con centros de salud, postas, MIDIS – programa PAIS y Fundación EHAS, para prácticas durante las clases prácticas, la asistencia y enseñanza de la utilización de la teleconsulta y actualizaciones periódicas. Al terminar la formación como agente indígena de salud, cada uno de los egresados se le asignara una posta o centro de salud de Andoas para comenzar con el servicio de salud, especializado en atención primaria. Al iniciar el servicio de salud, este enfrentará diversos escenarios que se complementaran con el respectivo soporte logístico, operativo y de distribución de insumos de salud y el equipamiento respectivo para el trabajo de los agentes de salud y pueda mejorar su accionar, y complementar la atención con la utilización de los servicios de telesalud aprendidos en el curso. A modo de complemento, se realizará semestralmente seminarios de lecciones aprendidas para recibir feedback en base a las experiencias de cada agente de salud y poder mejorar los servicios de salud con enfoque intercultural en el futuro

El camino para llegar a nuestro prototipo final y ver su validez se tomó en cuenta la opinión de especialistas en salud intercultural e indígena, quienes ayudaron a modificarlo y mejorarlo a base de su experiencia en proyectos para poblaciones indígenas en el Perú, así como maestros bilingües de pueblos indígenas quienes conocen más la realidad de los pueblos. Se agregaron elementos como Sistema de incentivos para los profesionales de la salud al inscribirse al curso de capacitación, en las clases prácticas: incorporar a personas de medicina tradicional como las parteras para intercambiar situaciones, haya un diálogo y

aprendizaje, capacitación en elementos de la red de Telemedicina, en clases teóricas se utilice metodología lúdica, tomar como base el syllabus de otros proyectos como el de técnicos interculturales de AIDSESEP, y finalmente para que sea sostenible las primeras promociones se vuelven referentes para las nuevas promociones. A partir de ello, se obtuvo nuestro prototipo final de innovación.

Dentro del análisis de deseabilidad, se demostró el deseo de los pueblos indígenas en tener servicios de salud con los implementos necesarios para la atención como es su derecho como ciudadanos peruanos. Estas deficiencias son motivo por el cual diversas agrupaciones indígenas como AIDSESEP envíen cartas y documentos a las entidades responsables para que tomen en cuenta sus necesidades y demandas en los servicios de salud. Por ello, nuestra solución ayudaría a cubrir la brecha del personal de salud necesaria para mejorar la calidad de atención de salud para nuestra población objetivo, entiende la cosmovisión de la población indígena, respeta sus ideas, su identidad cultural y costumbres. Entonces, al estar pensado el programa a formar recursos humanos para atender especialmente a pueblos indígenas, ellos le darían un valor de calidad al servicio de salud en estas zonas donde las políticas del Estado son casi nulas. Por ello, podemos decir que los servicios de salud son deseados por la población indígena de distrito de Andoas de la región Loreto.

Nuestro análisis de factibilidad, en conjunto con DIRESA LORETO y el Viceministerio de Interculturalidad, con la supervisión del MINSA, conformarían un equipo interdisciplinario para hacer el planteamiento y la implementación de nuestra solución. Este equipo haría que se realice la solución propuesta. Asimismo, algunos aliados estratégicos serían el MINSA, DIRESA LORETO, Viceministerio de Interculturalidad – MINCUL, Gobierno Regional de Loreto, MIDIS, SIS, Fundación EHAS Perú, AIDSESEP y FEDIQUEP (Federación indígena Quechua del Pastaza), organizaciones religiosas, empresas petroleras y organización civil. Cada una de estas organizaciones cuentan con las capacidades necesarias para ayudar a implementar la solución propuesta para la población indígena. La interacción entre estas instituciones ayudaría a que la solución se pueda implantar de manera eficaz. DIRESA Loreto se encargará de coordinar con los diversos actores involucrados para facilitar la articulación. Asimismo, se ratificaría convenios interinstitucionales con DIRESA LORETO, MIDIS – PAIS, SIS, para reducir las brechas existentes en la zona, así como,

DIRESA LORETO con la Fundación EHAS Perú. Por lo cual se determinó que la solución es factible.

Y dentro de nuestro análisis de viabilidad, nuestro proyecto tendrá un financiamiento a través de los fondos económicos que designará el Gobierno Regional de Loreto a DIRESA Loreto o la Municipalidad Provincial Datem del Marañon con recursos del canon y sobrecanon. Asimismo, a parte de los recursos asignados, se le asignaran las trasferencias del Seguro Integral de Salud (SIS) en conjunto con los programas estratégicos. En nuestro caso, nuestro retorno de inversión se visualizará en el mejoramiento de los servicios de salud con enfoque intercultural en la región Loreto, así como, con la medición de diversos indicadores como la disminución de la tasa de morbilidad, atención oportuna de calidad, porcentaje de satisfacción del usuario por atención en consulta, índice de mortalidad. Los resultados de la métrica nos demostrarían el beneficio del programa en la reducción de la brecha respecto a la calidad del servicio de salud con enfoque intercultural, lo cual justificaría la intervención del Estado. Brindando un mejor servicio de salud primario con enfoque intercultural generaría valor público, así como un impacto positivo en la población indígena. Por ello, podemos decir que la solución es viable.

Finalmente, podemos decir que nuestra solución, “Formación de agentes indígenas de salud” ayudaría a cubrir la brecha oferta – demanda de personal de salud con enfoque intercultural que existe ahora en el distrito de Andoas para las comunidades indígenas. Asimismo, va acorde a las Políticas Públicas del Estado como La Política Sectorial de salud intercultural. Nuestra solución ayudaría a cubrir la brecha del personal de salud necesaria para mejorar la calidad de atención de salud para nuestra población objetivo, entiende la cosmovisión de la población indígena, respeta sus ideas, su identidad cultural y costumbres. Podemos decir, que, al estar pensado el programa a formar recursos humanos para atender especialmente a pueblos indígenas, ellos le darían un valor de calidad al servicio de salud en el distrito de Andoas en la región Loreto donde las políticas del Estado son casi nulas.

## Bibliografía

- Aguas, M. (2000). Medicina indígena en Santiago. *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas* (págs. 51-54). Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud.
- Aids Health Perú. (2018). *Campaña de salud AHF Perú con DIRESA Loreto*. Obtenido de <https://www.aidshealth.org/global/peru/>
- Alavez Ruiz, A. (2014). *Interculturalidad: concepto, alcances y derecho*. Mexico D.F.: Mesa Directiva de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXII Legislatura .
- Andina. (24 de febrero de 2021). *Conexión digital. MTC a través del PRONATEL*. Obtenido de [https://andina.pe/agencia/noticia-buena-noticia-mas-1000-escuelas-de-selva-tendran-acceso-a-internet-satelital-835048.aspx?fbclid=IwAR3\\_HuoqGO9Y8S\\_RXifynKboSICkziRhZ1KblU-Z800Byd0NaAG7TxFFTp4](https://andina.pe/agencia/noticia-buena-noticia-mas-1000-escuelas-de-selva-tendran-acceso-a-internet-satelital-835048.aspx?fbclid=IwAR3_HuoqGO9Y8S_RXifynKboSICkziRhZ1KblU-Z800Byd0NaAG7TxFFTp4)
- Austin Millán , T. (2004). Comunicación Intercultural: fundamentos y sugerencias. *Diálogos en la acción* , 87-101.
- Cádenas , C., Yon , C., & Chávez, C. (2015). *El aporte de los egresados del programa de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural*. Lima: IEP.
- Campos Navarro, R. (2017). Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región andina. Una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela (1990-2015). *Boletín Americanista n.º 74*, 69-89.
- Cárdenas, C., & Pesantes, A. (2017). *Entrecruzando Ríos. Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESEP*. Lima: IEP - AIDSESEP.
- Cárdenas, C., Pensantes, M., & Rodriguez, A. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. . *ANTHROPOLOGICA N.º 39*, 151-169.
- Cauper, L. (mayo de 2020). Salud Intercultural: Pandemia y Desigualdad.

- Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica . (2016). *Gestión pública e interculturalidad*. Lima: CAAAP.
- 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*. Lima: Ministerio de Salud.
- CEPLAN. (2011). *Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021*. Obtenido de [https://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos_/plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021/)
- Chávez, C., & Yon, C. (2015). *Salud de los Pueblos Indígenas, inequidades sociales e interculturalidad*. Lima: IEP.
- Chuecas Cabrera, A. (2015). El Derecho de los Pueblos Indígenas y Comunidades en el Contexto Histórico del Perú. *Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP)*, 1-19.
- Congreso de la República del Perú. (09 de abril de 2009). *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Obtenido de <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
- Correa, N. (2011). Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016. *Economía y Sociedad* 77.
- Cueto, M., & Zamora, V. (2006). Orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria. *Historia, Salud y Globalización*.
- Cunningham, M. (2002). *Etnia, Cultura Y Salud : La Experiencia de La Salud Intercultural*. Washington: OMS.
- Defensoría del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos*. 2015: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Salud de los pueblos indígenas amazónicos y explotación petrolera en los lotes 192 y 8: ¿Se cumplen los acuerdos en el Perú?* . Lima.
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Situación de los derechos de las mujeres indígenas del Perú*. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Eyzaguirre Beltroy, C., Cueva Maza, N., Quispe Vilca, R., & Sánchez Navarro, G. (2008). *Norma y guías técnicas en salud indígenas en aislamiento y contacto inicial*. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.

- Fernández, G. (2005). Salud e interculturalidad: sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana. *Disparidades*.
- García Segura, S. (2017). La diversidad cultural y el diseño de políticas educativas en Perú. *Análisis*, 289-304.
- Gobierno Regional de Loreto. (2019). *Ordenanza regional 019-2019-GRL-CR*. Villa Belén.
- INEI. (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígena*. Obtenido de INEI: <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Número de habitantes por cada médico, 2010-2018*. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Número de médicos colegiados, según departamento, 2010 -2018*. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/>
- Marakan, G. (2012). *Diálogo de los pueblos. Interculturalidad, concepto y práctica*. Mexico D.F.: Sederec.
- MATHEZ-STIEFEL, S.-L., VANDEBROEK, I., & RIST, S. (2010). Interculturalidad y Políticas Públicas: Una agenda al 2016.
- MATHEZ-STIEFEL, S.-L., VANDEBROEK, I., & RIST, S. (2012). Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*.
- MEENTZEN, A. (2007). *Políticas Públicas Para Los Pueblos Indigenas En El Peru*. Lima: Fundación Konrad Adenauer.
- Mendoza, A. (2019). *Brechas latentes: índice de avance contra la desigualdad en el Perú 2017-2018*. Lima: OXFAM.
- Mendoza, A., & De Echave, J. (2016). *¿Pagaron lo justo?: Política fiscal peruana en tiempos del boom minero*. Lima: CooperAcción y OXFAM.

- Meneses, Á. (2021). Obtenido de <https://wayka.pe/resistencia-indigena-contra-el-covid-plantas-medicinales-y-organizacion-comunitaria/>
- Ministerio de Cultura . (2017). *Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2013). *Enfoque intercultural para la gestión pública: Herramientas conceptuales*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Conocimientos tradicionales. Una aproximación desde la diversidad biológica*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Diversidad cultural, desarrollo y cohesión social*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Enfoque Intercultural: Aportes Para La Gestión Pública*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Interculturalidad y políticas públicas*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2014). *La Diversidad Cultural en el Perú*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Diálogo Intercultural. Pautas para un mejor diálogo*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Diálogo Intercultural. Pautas para un mejor diálogo*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Línea de base de brechas sociales por origen étnico en el Perú*. 2015: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural*. Lima: Diario El Peruano.
- Ministerio de Cultura. (2015). *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte I: ¿Qué son los servicios públicos con pertinencia cultural?* Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2017). *Buenas prácticas interculturales en gestión pública*. Lima.
- Ministerio de Cultura. (2017). *Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural* . Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2018). *I Encuesta Nacional " Percepciones y actitudes sobre diversidad Cultural y discriminación étnico - racial* . Lima: MINCUL.

- Ministerio de Cultura. (2019). *¿Cómo somos? Diversidad cultural y lingüística en el Perú*. Lima, Perú: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (20 de junio de 2019). *Sello Intercultural*. Obtenido de <http://transparencia.cultura.gob.pe/sites/default/files/transparencia/2019/06/decretos-supremos/dsndeg006-2019-mcaccessible.pdf>
- Ministerio de Cultura. (2019). *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte II: ¿Cómo implementar servicios públicos culturalmente pertinentes?* Cusco: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2020). *Loreto: Cartilla informativa sobre los pueblos indígenas u originarios*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Cultura. (2020). *Loreto: cartilla informativa sobre pueblos indígenas u originarios*. Lima: MINCUL.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2013). *Lineamientos y herramientas para la transversalización del enfoque intercultural en los programas sociales del MIDIS*. Lima: MIDIS.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). *Evaluación de diseño, proceso y resultados de las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS)*. Lima: Elaborado por CCPM Grupo Consultor SAC.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2015). *Proceso de implementación de la Plataforma Itinerante de Acción Social PIAS que forma parte de la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad en la cuenca del río Napo - Loreto*. Lima.
- Ministerio de Salud . (2019). *Informe ejecutivo: Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del establecimiento de salud Nevo Andoas, distrito de Andoas, provincia de Datem del Marañon, región Loreto*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. (1997). *Ley General de Salud: ley N° 26842*. Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2017). *Modelo de atención de salud integral e intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañon y Chambira en la región Loreto 2017-2021*. Lima.

- Ministerio de Salud. (25 de octubre de 2018). *Política Sectorial para la atención integral de las personas expuestas a metales pesados metaloides y sustancias químicas*. Obtenido de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/217486/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_979-2018-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/217486/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__979-2018-MINSA.PDF)
- Ministerio de Salud. (25 de octubre de 2018). *Resolución ministerial 979: Lineamientos de Política Sectorial para la Atención Integral de las Personas Expuestas a Metales Pesados, Metaloides y Otras Sustancias Químicas*. Obtenido de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/217486/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_979-2018-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/217486/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__979-2018-MINSA.PDF)
- Ministerio de Salud. (21 de mayo de 2020). *Plan de intervención del Ministerio de salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19*. Obtenido de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/729061/RM\\_308-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/729061/RM_308-2020-MINSA.PDF)
- Ministerio de Salud. (21 de agosto de 2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1255953/Decreto%20supremo%202026-2020-SA.pdf>
- Nureñas, C. (6 de octubre de 2020). Salud intercultural.
- Observatorio de petróleo. (25 de julio de 2020). *¡Escándalo! MINSA entrega medicinas vencidas en comunidad achuar Antoquía y peligra la vida de niñas y niños por malaria*. Obtenido de PUINAMUDT: <https://observatoriopetrolero.org/escandalo-minsa-entrega-medicinas-vencidas-en-comunidad-achuar-antoquia-y-peligra-la-vida-de-ninas-y-ninos-por-malaria/>
- Organización internacional del trabajo - OIT. (1989). *Convenio N°169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington D.C.
- Palomino, Y. (7 de octubre de 2020). Salud intercultural / Salud sin limites.
- PERUPETRO S.A. (2018). *Estadística anual de hidrocarburos 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017*. Lima.

- Pesantes, A. (24 de agosto de 2017). Poniendo en práctica la salud intercultural. *Salud de los pueblos indígenas, desigualdades sociales e interculturalidad*. Lima: IEP.
- Pesantes, A. (Mayo de 2020). Salud Intercultural: Pandemia y Desigualdad. Lima, Lima, Perú.
- Pintado Estela, I. (2016). *La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural (Tesis de Magister)*. Lima: PUCP.
- Poder Legislativo. (06 de diciembre de 2013). *Decreto legislativo N°1163*. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-disposiciones-para-el-fortal-decreto-legislativo-n-1163-1025182-3/>
- Portocarrero, J. (2014). El Estado Frente a la Salud de los Pueblos Indígenas. *Intercambio*, 26-28. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/266315497\\_El\\_Estado\\_Frente\\_a\\_la\\_Salud\\_de\\_los\\_Pueblos\\_Indigenas](https://www.researchgate.net/publication/266315497_El_Estado_Frente_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Indigenas)
- Pueblos indígenas amazónicos unidos en defensa de sus territorios. (2019). *Observatorio petróleo*. Obtenido de <https://observatoriopetrolero.org/>
- Ramirez, S. (6 de octubre de 2020). Salud intercultural.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina* #27, 80-93.
- Seminario, G. (6 de octubre de 2020). Salud Intercultural.
- Soria González, M. (2020). Salud intercultural en contexto COVID 19. (P. Olivera Paredes, Entrevistador)
- Soria, J. (Diciembre de 2020).
- Varios. (mayo de 9 de 2018). *Acta de Andoas*. Obtenido de Observatorio de petroleo : <http://observatoriopetrolero.org>
- Vilca, C. (2000). *Interculturalidad en salud en la región andina. Avances y perspectivas*. Lima: Comisión Europea.
- Yon , C. (mayo de 2020). Salud Intercultural: Pandemia y Desigualdad.
- Yon, C., Salas, R., & Portugal, T. (2017). *Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad. Investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú*. Lima: IEP.

Zarate, J. (2 de octubre de 2020). *La salud de los pueblos de la Amazonía estaban en crisis mucho antes de la pandemia*. Obtenido de The New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2020/10/02/espanol/opinion/coronavirus-amazonia-peru.html>



## Anexos

### Anexo 1: Descripción del espacio de la política

Las zonas amazónicas de nuestro país, a lo largo de su historia, han estado excluidas y en una constante vulnerabilidad de servicios básicos, siendo su vulnerabilidad en la salud mayor ya que en el caso de los pueblos indígenas por las condiciones de saneamiento, pobreza y pobreza extrema los hace más susceptibles a enfermedades como la Malaria, Dengue, así como, a la malnutrición, anemia, a las altas tasas de mortalidad materno infantil, y enfermedades por la contaminación de metales pesados por explotación petrolera en el distrito de Andoas, situada en el ámbito del lote petrolero 192.



Figura 30: Cadena de valor

Fuente: Elaboración propia.

a. Contaminación con metales pesados en zonas 192 Y 8, Loreto.

Metales pesados con concentraciones por encima de los Estándares de Calidad Ambiental por tipo de fuente	
Fuente de la muestra	Metales pesados encontrados con concentraciones por encima de los Estándares de Calidad Ambiental
Suelo de vivienda	Bario y plomo
Suelo agrícola	Cadmio, bario y plomo
Agua vivienda	Cadmio
Agua río / pileta	Arsénico y plomo

Figura 31: Metales pesados encontrados en zonas lote 192 y 8, Loreto.

Fuente: CENSOPAS (2018). Defensoría del pueblo- Programa de Pueblos Indígenas.

b. Marco normativo

Tabla 22: Marco normativo

Problema identificado	Marco desarrollado frente a problema identificado
"Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 26842: Ley General de Salud</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

**c. Marco institucional**

**Tabla 23: Marco institucional**

<b>Problema identificado</b>	<b>Marco que crea entidades/ comisiones encargadas de dar lineamientos para atender el problema identificado</b>
"Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto Supremo N 016-2016-SA Política Sectorial de salud Intercultural.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N 366-2017/MINSA: Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

**d. Políticas públicas generales**

**Tabla 24: Políticas Públicas generales**

<b>Problema identificado</b>	<b>Políticas Públicas generales</b>
"Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de salud</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Bicentenario</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional para la atención integral de las personas expuestas a metales pesados metaloides y sustancias químicas.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

e. Políticas públicas específicas

Tabla 25: Políticas Públicas específicas

Problema identificado	Políticas Públicas específicas
<p>“Deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Nacional concertado de Salud</li> <li>• Plan de mejoramiento de atención integral de salud a la población de las cuencas del Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón.2015.</li> <li>• Modelo de atención de salud integral e intercultural de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón y Chambira, en la región Loreto 2017-2021.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia



## Anexo 2: Matriz de consistencia del diseño de investigación sobre la arquitectura del problema público

Tabla 26: Arquitectura del problema público

Preguntas	Objetivos	Hipótesis	Fuentes de dato	Herramientas
<p><b>Principal:</b> ¿Cuál es la situación del servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud, Diresa Loreto y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas la región Loreto, entre los años 2015 -2018?</p>	<p>Describir la situación del servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud, Diresa Loreto y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región Loreto, entre los años 2015 -2018.</p>			
<p><b>Secundaria 1:</b> ¿A Cuánta población indígena, que habita en el distrito de Andoas - Loreto ha venido siendo afectada por desencuentros culturales con la salud?</p>	<p>Determinar el número de población indígena, que habita en el distrito de Andoas - Loreto, ha venido siendo afectada por desencuentros culturales con la salud.</p>	<p>Existe una población de 11 714 mil habitantes pertenecientes a los pueblos indígenas Achuar, Kichwa, Kukama-Kukamiria, y Quechua.</p>	<p>Censo 2017 - INEI</p>	<p>Revisión de base de datos</p>

<b>Secundaria 2:</b> ¿Quiénes son los actores que participan en el proceso de prestación de servicios de salud integral intercultural en el distrito de Andoas - Loreto, entre los años 2015 - 2018?, y	Determinar quiénes son los actores que participan del proceso de prestación de servicios de salud integral intercultural en el distrito de Andoas - Loreto, entre los años 2015 - 2018; y	Los actores que participan en el proceso de prestación de servicios de salud integral intercultural son los prestadores de servicio de salud, trabajadores del MINCUL y población indígena.	Documentos oficiales del MINSA Y MINCUL.	Revisión documental
			Trabajadores del servicio de salud (MINSA)	Entrevistas, revisión documental.
			Trabajadores del MINCUL	Entrevistas, revisión documental.
			Pueblos indígenas	Entrevistas, revisión documental.
¿Cuáles son sus intereses?	cuáles son sus intereses.			
<b>Secundaria 3:</b> ¿Cuáles son las características sociales, culturales, económicas y ambientales que conforman la identidad cultural de los pueblos indígenas que habitan en el en el distrito de Andoas, Loreto?	Determinar las características sociales, culturales, económicas y ambientales que conforman la identidad cultural de los pueblos indígenas que habitan en el en el distrito de Andoas, Loreto.	El 65% de la población no ha culminado el nivel secundario. En lo referente al acceso al agua segura para consumo humano, la situación es más extrema. En el distrito de Andoas, entre el 97% y 99% de las viviendas consume agua no tratada. Asimismo, los derrames de petróleo incrementan su riesgo a desarrollar problemas de salud.	Población indígena del en el distrito de Andoas, Loreto.	Entrevistas
			Población indígena del en el distrito de Andoas, Loreto.	Observaciones
			Población indígena en el distrito de Andoas, Loreto.	Revisión documental

Fuente: Elaboración propia

### Anexo 3: Herramientas de recojo de información para la arquitectura del problema.

- a. Comisión Multisectorial de carácter temporal denominada “Desarrollo de las Cuencas del Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón, del departamento de Loreto”.



Figura 32: Desarrollo de las Cuencas del Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón, del departamento de Loreto.

Fuente: PCM

b.

**ACTA DE LIMA DEL 10 DE MARZO DE 2015, SUSCRITA ENTRE LOS  
PRESIDENTES DE LAS FEDERACIONES DE LAS CUENCAS DEL PASTAZA,  
TIGRE, CORRIENTES Y MARAÑÓN, Y LOS REPRESENTANTES DEL  
GOBIERNO NACIONAL Y DEL REGIONAL DE LORETO**

En la ciudad de Lima, siendo las 10:00 horas del día 10 de marzo del año 2015, se reunieron, en las instalaciones de la Presidencia del Consejo de Ministros, de una parte, los presidentes de FEDIQUEP (Federación Indígena Quechua del Pastaza), FECONACO (Federación de Comunidades Nativas del Corrientes), FECONAT (Federación de Comunidades Nativas del Alto Tigre) y ACODECOSPAT (Asociación Cocama de Desarrollo y Conservación San Pablo de Tipishca); y de otra parte, la Presidencia del Consejo de Ministros, a través del Alto Comisionado de la Oficina Nacional de Diálogo y Sostenibilidad; el Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento; el Ministro del Ambiente; la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social; el Ministro de Educación; la Ministra de Cultura; y, la Ministra de Energía y Minas; el Presidente del Gobierno Regional de Loreto; el Viceministro de Políticas Agrarias del Ministerio de Agricultura y Riego; el Viceministro de Gestión Ambiental del Ministerio del Ambiente; el Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud; la Viceministra de Interculturalidad del Ministerio de Cultura; la Viceministra de Políticas y Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; el Viceministro de Construcción y Saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento; el Viceministro de Transportes del Ministerio de Transportes y Comunicaciones; el Presidente del Consejo Directivo del Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA); y, el Presidente del Directorio de PerúPetro S.A.; a fin de recibir el informe de los acuerdos logrados por los asesores de las Federaciones y los funcionarios de los sectores antes señalados, en cumplimiento del Acta de Iquitos de fechas 18 y 22 de enero de 2015, en el marco de la Comisión de Desarrollo de las cuencas del Pastaza, Tigre Corrientes y Marañón, departamento de Loreto, creada por Resolución Suprema N° 119-2014-PCM<sup>1</sup>.

La reunión contó con la participación, como invitado, del Defensor del Pueblo.

Tras un diálogo responsable, las partes adoptaron los siguientes acuerdos:

**1.- Ratificación de la matriz de acciones que se adjunta a la presente Acta**

1.1. Las partes ratifican los acuerdos que obran en la matriz de acciones, la misma que forma parte integrante de la presente Acta.

**2.- Monitoreo de cumplimiento**

2.1. Las partes acuerdan que el comité de coordinación, creado en el marco de la Comisión de Desarrollo creada por Resolución Suprema N° 119-2014-PCM, se encargará de hacer seguimiento a la implementación de los acuerdos. Asimismo, la Oficina Nacional de Diálogo y Sostenibilidad, como Secretaría Técnica de la referida Comisión, tiene la responsabilidad de elaborar un **reporte trimestral** sobre los avances de la dicha implementación, que será remitido a los Presidentes de las Federaciones

<sup>1</sup> Creada el 11 de marzo e instalada en Iquitos el 27 de mayo del 2014.

*[Handwritten signatures and initials on the left margin]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
"ACODECOSPAT"

*[Handwritten signature]*

y los titulares de las entidades responsables, señaladas en la matriz de acciones.

- 2.2. Las partes acuerdan que en el plazo de quince días de suscrita la presente acta, se elaborará el pronograma para la expedición de las normas que resulten necesarias para la ejecución de las acciones contenidas en la matriz señalada en el punto 1.1.

### 3.- Difusión de acuerdos

Las partes se comprometen a informar conjuntamente de los acuerdos alcanzados en la fecha a las comunidades y sociedad en general inmediatamente después de la firma de la presente acta. Para tal efecto, se acuerda que los labores de difusión se realizarán entre los días 11 y 18 de marzo en cada una de las cunetas.

### 4.- Participación ciudadana y consulta previa del Lote 192

Las Federaciones expresan su conformidad con el inicio del proceso de participación ciudadana a partir del 19 de marzo y con la licitación del lote 192 a cargo de Perupetro, y simultáneamente al proceso de consulta previa sólo para el caso del lote 192.

Las partes ratifican que la matriz de acciones que integra la presente acta y aquellas acciones que se definan a futuro, deben asegurar el respeto de los derechos de los pueblos indígenas y la continuidad de la operación petrolera. Se reafirma que se respetará el derecho a la Consulta Previa.

Se deja constancia de que aquellos temas pendientes de atender, como la cuestión de valorización de tierras, continuará siendo materia de revisión en el marco de la Comisión de Desarrollo, para lograr una solución satisfactoria para ambas partes.

En señal de conformidad firman por duplicado los participantes en la presente reunión.

Handwritten signatures of representatives from CONARCO, FEDQUBP, and ACODELOSPAT, along with other illegible signatures.

Figura 33: Acta de Lima 10 de marzo 2015





Figura 34: Demandas del público objetivo

c. Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP. Aprobado con RM N° 228-2019-MINSA.

MINISTERIO DE SALUD	No. 228-2019/MINSA
	
<h1>Resolución Ministerial</h1>	
<i>Lima, 07 de MARZO del 2019</i>	
 Z. TOMAS	Visto, el Expediente N° 17-080592-001 que contiene el Informe N° 003-2018-DPI-DGIESP/MINSA, el Informe N° 018-2018-DPI-DGIESP/MINSA, el Informe N° 002-2019-OAM-DPI-DGIESP/MINSA, y la Nota Informativa N° 1234-2018-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;
<b>CONSIDERANDO:</b>	
 L. TORREALBA	Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;
 S. YANCOURT	Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;
 G. HERRERA	Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;
 R. TAPIA	Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;
	Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública entre otros, en materia de Pueblos Indígenas u originarios;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias funcionales ha elaborado la "Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención", con el objetivo de establecer los criterios y procedimientos para que los establecimientos de salud del primer nivel de atención logren la adecuación de sus servicios con pertinencia cultural;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 214-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;



Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud Pública; y,



De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud y el Reglamento de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA y el Decreto Supremo N° 032-2017-SA;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1.-** Aprobar la Directiva Administrativa N° 261 - MINSAL/2019/DGIESP, "Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2.-** Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese

**ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES**  
Ministra de Salud

Figura 35: Adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención.

## Anexo 4: Matriz de consistencia del diseño de investigación sobre las causas del problema público

Tabla 27: Investigación de causas del problema público

Pregunta causal	Objetivos	Hipótesis	Fuentes de dato	Herramienta	Método de análisis
¿Qué genera el deficiente servicio de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto?	Explicar las causas del ineficiente servicio de salud con enfoque intercultural en la región Loreto.	Las causas del ineficiente servicio de salud con enfoque intercultural en la zona en la región Loreto son las barreras lingüísticas y culturales, limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural, la limitada infraestructura y equipos en buen estado, escasez de medicinas para cada comunidad y, limitado transporte fluvial operativo para las largas distancias.	Instituciones de salud	Observación	Método cualitativo
			Personal de salud	Entrevista	
			Pacientes	Entrevista	
			Papers académicos, investigaciones, noticias.	Revisión de información	

Fuente: Elaboración propia.

## **Anexo 5: Herramientas de recojo de información para las causas del problema público.**

### **Formato de consentimiento informado de entrevista.**

**Consentimiento Informado**

El presente estudio es conducido por mi persona el Srta. Mayra Indira Quispe Peña, identificada con DNI 45596944, quien viene realizando la Maestría de Gestión y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es servicios de salud con enfoque intercultural en el distrito de Andoas en la región Loreto.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario, lo que le tomará máximo entre 15 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito que no esté contemplado en este estudio.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del estudio, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede mencionarlo.

En caso de estar conforme por lo expresado en este documento, brindar la información solicitada a continuación:

NOMBRE:  
DNI:

**Figura 36: Formato de consentimiento informado de entrevista.**

**Fuente: Pontificia Universidad Católica del Perú.**

## Anexo 6: Herramientas de recojo de información para el testeo del prototipo.

### a. Plan de testeo

Tabla 28: Plan de testeo del prototipo

Paso	Descripción
Paso 1: Confirmar el prototipo.	Nivel de prototipo: Prototipo a nivel conceptual ya que se utiliza el storyboard.
Paso 2: Desarrollar hipótesis.	La hipótesis principal que el prototipo diseñado, la formación de agentes indígenas de salud, al ser capacitados con enfoque intercultural, <b>umentan la capacidad resolutive de salud integral primaria y calidad de atención para las comunidades indígenas del distrito de Andoas en Loreto.</b> Asimismo, la presencia de los agentes indígenas de salud ayuda a disminuir brechas respecto a los servicios de salud, así como, aumentan la confianza en los servicios de salud del Estado.
Paso 3: Desarrollar preguntas generales de testeo.	<p>(1) ¿Considera de utilidad el prototipo que ha sido presentado para solucionar el limitado y poco personal de salud para las comunidades indígenas? Comentar.</p> <p>(2) ¿Qué se podría mejorar en el prototipo que ha sido presentado?</p> <p>(3) ¿Qué se podría cambiar o retirar en el prototipo presentado?</p> <p>(4) ¿Qué se podría añadir en el prototipo presentado?</p> <p>(5) ¿Ud. cree que será viable en el contexto actual?</p> <p>(6) ¿Hasta qué punto es probable que este prototipo sea apoyado por su institución y DIRESA LORETO/ MINCUL/ GOREL?</p>

<p>Paso 4: Planificar el proceso de testeo.</p>	<p><b>b. ¿A quiénes se mostrará el testeo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f. Representantes de MINSA.</li> <li>g. Representantes de DIRESA LORETO.</li> <li>h. Representantes del Viceministerio de Interculturalidad (MINCUL)</li> <li>i. Representantes de AIDSESP</li> <li>j. Académicos y especialistas en el tema.</li> </ul> <p><b>c. ¿Cuándo se realizará el plan de testeo?</b></p> <p>El plan de testeo se realizará cuando estén dadas las condiciones necesarias ante la emergencia sanitaria del país.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia

**a. Plan de análisis de deseabilidad**

**Tabla 29: Plan de análisis de deseabilidad**

<p><b>Desarrollo de la hipótesis</b></p>	<p>La hipótesis principal que el prototipo diseñado, la formación de agentes indígenas de salud, al ser capacitados con enfoque intercultural, <b>umentan la capacidad resolutiva de salud integral primaria y calidad de atención para las comunidades indígenas del distrito de Andoas en Loreto.</b> Asimismo, la presencia de los agentes indígenas de salud ayuda a disminuir brechas respecto a los servicios de salud, así como, aumentan la confianza en los servicios de salud del Estado.</p>
--	---

<p><b>Preguntas generales referidas a la deseabilidad</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Considera que programa de agentes indígenas de salud llena una necesidad?</li> <li>2. ¿Considera que el programa será del gusto de los usuarios?</li> <li>3. ¿considera que el programa es requerido por los usuarios?</li> <li>4. ¿Cabrá en la vida de las personas?</li> <li>5. ¿Piensa que realmente lo quieren?</li> </ol>
<p><b>Planificación del proceso</b></p>	<p>¿Qué metodología se utilizará? Se utilizará metodología cualitativa.</p> <p>¿Qué fuentes se utilizarán? Primarias y secundarias.</p> <p>¿Qué herramientas se utilizarán? Encuestas y entrevistas semiestructuradas.</p> <p>¿Quiénes participarán del proceso del análisis de deseabilidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representantes DIRESA LORETO</li> <li>• Representantes Viceministerio Interculturalidad MINCUL</li> <li>• Usuarios en General.</li> </ul>

**Fuente: Elaboración propia**

**b. Plan de análisis de factibilidad**

**Tabla 30: Plan de análisis de factibilidad**

<b>Desarrollo de la hipótesis</b>	<p>Por el contexto COVID-19, se ha puesto en evidencia la ineficiencia de los servicios de salud, en especial en la amazonia.</p> <p>Por ello, ha aumentado la voluntad política para implementar mejoras en la salud integral de las poblaciones amazónicas, lo cual ayudaría a la implementación de nuestra solución, así como, se estarían apoyando por su capacidad normativa, tecnología y aliados.</p> <p>En ese mismo sentido, este programa es factible ya que las entidades tienen las capacidades necesarias para realizarla.</p>
<b>Preguntas generales referidas a la deseabilidad</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Puede el equipo de trabajo de la organización realmente hacer que suceda la solución?</li><li>2. ¿Qué capacidades necesita tener la organización para crear y entregar su solución?</li><li>3. ¿La organización cuenta con el tiempo adecuado para la producción de la solución?</li><li>4. ¿Con quién puede asociarse la organización?</li></ol>
<b>Planificación del proceso</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. ¿Qué metodología se utilizará? Se utilizará metodología cualitativa.</li><li>6. ¿Qué fuentes se utilizarán? Primarias y secundarias.</li><li>7. ¿Qué herramientas se utilizarán? Entrevistas semiestructuradas.</li></ol>

	<p>8. ¿Quiénes participarán del proceso del análisis de factibilidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representantes DIRESA LORETO</li> <li>• Representantes Viceministerio Interculturalidad MINCUL</li> </ul>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

d. Plan de análisis de viabilidad

Tabla 31: Plan de análisis de viabilidad

<p><b>Desarrollo de la hipótesis</b></p>	<p>Mediante el, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud, y el contexto actual, COVID-19. Por lo tanto, los recursos para implementar este programa y hacerlo sostenible no sería un obstáculo.</p> <p>Asimismo, gracias a los convenios con el MIDIS, DIRESA LORETO y SIS, se tendría gastos marginales, lo cual haría a nuestro programa menos costoso y más viable para las entidades involucradas.</p>
<p><b>Preguntas generales referidas a la deseabilidad</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Puede el equipo de trabajo de la organización realmente hacer que suceda la solución?</li> <li>2. ¿Qué capacidades necesita tener la organización para crear y entregar su solución?</li> </ol>

	<p>3. ¿La organización cuenta con el tiempo adecuado para la producción de la solución?</p> <p>4. ¿Con quién puede asociarse la organización?</p>
<b>Planificación del proceso</b>	<p>1. ¿Qué metodología se utilizará? Se utilizará metodología cualitativa.</p> <p>2. ¿Qué fuentes se utilizarán? Primarias y secundarias.</p> <p>3. ¿Qué herramientas se utilizarán? Entrevistas semiestructuradas.</p> <p>4. ¿Quiénes participarán del proceso del análisis de factibilidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representantes DIRESA LORETO</li> <li>• Representantes SIS</li> <li>• Representantes Viceministerio Interculturalidad MINCUL.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.



## Anexo 7: Elementos adicionales para comprender el prototipo final de innovación.

### a. Design thinking

La segunda técnica que hemos usado para la conceptualización es el design thinking. Para esta técnica la hemos desarrollado en cinco etapas: persona objetivo, definición del mapa de experiencia, el “¿y sí?”, el storytelling y la redefinición de la propuesta en valor.

Al desarrollar el design thinking hemos empatizado con nuestra población objetivo. Gracias a las entrevistas y fotos del capítulo 2, se ha podido adentrarse un poco más en su contexto, en el qué piensa, qué oye, qué siente, qué ve y dice. Estos datos nos ayudan a perfilar mejor a nuestra población objetivo, los que al final serán los que interactuarán con el servicio propuesto.

También, por el trabajo de campo del capítulo 2, se ha podido hacer un mapeo de las experiencias con las que ha interactuado nuestra población objetivo, teniendo, en su mayoría, una experiencia negativa en los servicios de salud.

Dentro de la técnica ¿y sí? nos formulamos preguntas ante posibles riesgos donde nuestro usuario no tuvo una experiencia positiva con el servicio. De tal manera, que al pasar al storytelling les contamos una pequeña historia sobre cómo sería nuestro servicio, de una manera simplificada y efectiva.

Para finalmente, llegar a la redefinición de la propuesta de valor para nuestro usuario final, ahora que lo conocemos mejor. Esta propuesta en valor sería Acceso a servicios de salud intercultural de calidad para poblaciones indígenas que habitan en la región Loreto mediante la formación y apoyo de agentes indígenas de salud.

**Tabla 32: Design Thinking**

<b>Persona</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Población indígena que habita en el área del lote 192 y 8, Loreto.</li><li>- Población rural amazónica.</li><li>- Población vulnerable: gran % pobreza y pobreza extrema.</li><li>- No tienen agua o saneamiento.</li></ul>
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viviendas a horas de un centro de salud o de la ciudad más cercana.</li> <li>- No se siente protegido por el Estado, ya que no hay señales de él en la zona.</li> <li>- No hay medicamentos en centros de salud.</li> <li>- Centros de salud no se dan abasto.</li> <li>- No se sienten cómodos o en confianza al ir a los centros de salud.</li> </ul>
<b>Mapa de experiencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postas de salud: No se abastecen para la atención ni medicamentos. Experiencia negativa.</li> <li>- Centros de salud: No se abastecen para la atención. Experiencia negativa.</li> <li>- Tambos. Por ser salud un servicio complementario y solo para atenciones primarias no logra dar servicios a nivel. Experiencia negativa.</li> <li>- PIAS: Llegan cada 3 o 4 meses a diferentes comunidades de la zona. Experiencia positiva.</li> </ul>
<b>¿Y sí?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué pasa si los médicos no se dan abasto para atender?</li> <li>- ¿Qué pasa si los implementos y/o medicinas no llegan a tiempo?</li> <li>- ¿Y si por la falta de personal de salud, la población indígena comienza a no sentirse incluida?</li> <li>- ¿Y si las PIAS no llegan en los tiempos programados?</li> <li>- ¿Qué pasa si se necesitan atenciones de urgencia?</li> <li>- ¿Qué pasa si se cierran las vías de acceso? ¿O hay demoras para las atenciones de urgencia?</li> </ul>
<b>Storytelling</b>	<p>Actualmente, los accesos a servicios de salud con enfoque intercultural son difíciles de conseguir para las poblaciones indígenas. Por ello, lo que se quiere implementar es la oportunidad de formar agentes indígenas de salud interculturales que los ayuden y les faciliten el acceso a los servicios de salud debidamente adecuados para ellos.</p>
<b>Propuesta de valor</b>	<p>Acceso a servicios de salud con enfoque intercultural de calidad para poblaciones indígenas que habitan en la región</p>

	Loreto mediante la formación y apoyo de agentes indígenas de salud.
--	---

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

#### e. Elevator Pitch

Y la última técnica que usamos para la conceptualización es el Elevator Pitch. Esta técnica se estructura en seis elementos en los cuales se indican seis puntos clave sobre la conceptualización de la idea.

Como se muestra en la tabla 32, al utilizar la técnica Elevator pitch nos enfocamos en el desafío por resolver, qué oportunidades nos planteamos para los usuarios finales, así como, las fuentes de ingresos, costos y línea de ejecución para nuestra propuesta de valor.

Tabla 33: Elevator Pitch

<b>Desafío por resolver</b>	Ineficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural en la región Loreto.
<b>Oportunidades que se plantea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora en la atención de salud con enfoque intercultural para la población indígena.</li> <li>- Aumentar el limitado personal de salud capacitado con enfoque intercultural para la población indígena en la región Loreto.</li> <li>- Disminución de sentimiento de rechazo u olvido por parte del Estado hacia las poblaciones indígenas.</li> </ul>
<b>Usuarios beneficiados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población indígena que habita en el área en la región Loreto.</li> <li>- Población rural amazónica.</li> </ul>
<b>Propuesta en valor</b>	Acceso a servicios de salud intercultural de calidad para poblaciones indígenas que habitan en la región Loreto mediante la formación y apoyo de agentes indígenas de salud.

<p><b>Fuentes de ingresos y principales costos</b></p>	<p>Ingresos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura de subsidios total</li> <li>- Cobertura de subsidio parcial</li> <li>- Cobertura del costo de atención.</li> </ul> <p>Costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costos de recursos humanos.</li> <li>- Costos de formación de agentes indígenas</li> <li>- Costos de infraestructura y mantenimiento</li> <li>- Costos de equipamiento e instrumental</li> <li>- Costos de insumos, medicamentos, y dispositivos médicos.</li> <li>- Costos de traslado de la población objetivo.</li> </ul>
<p><b>Líneas generales de ejecución</b></p>	<p>Directos:</p> <p>Gobierno Nacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MINSA</li> <li>- IPRESS</li> <li>- CAMPAÑAS</li> </ul> <p>Indirectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organismos no gubernamentales.</li> <li>- Asociaciones</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base al Modelo de guía de proyecto de innovación (PUCP)

f. Red de Proyecto Napo – Fundación EHAS

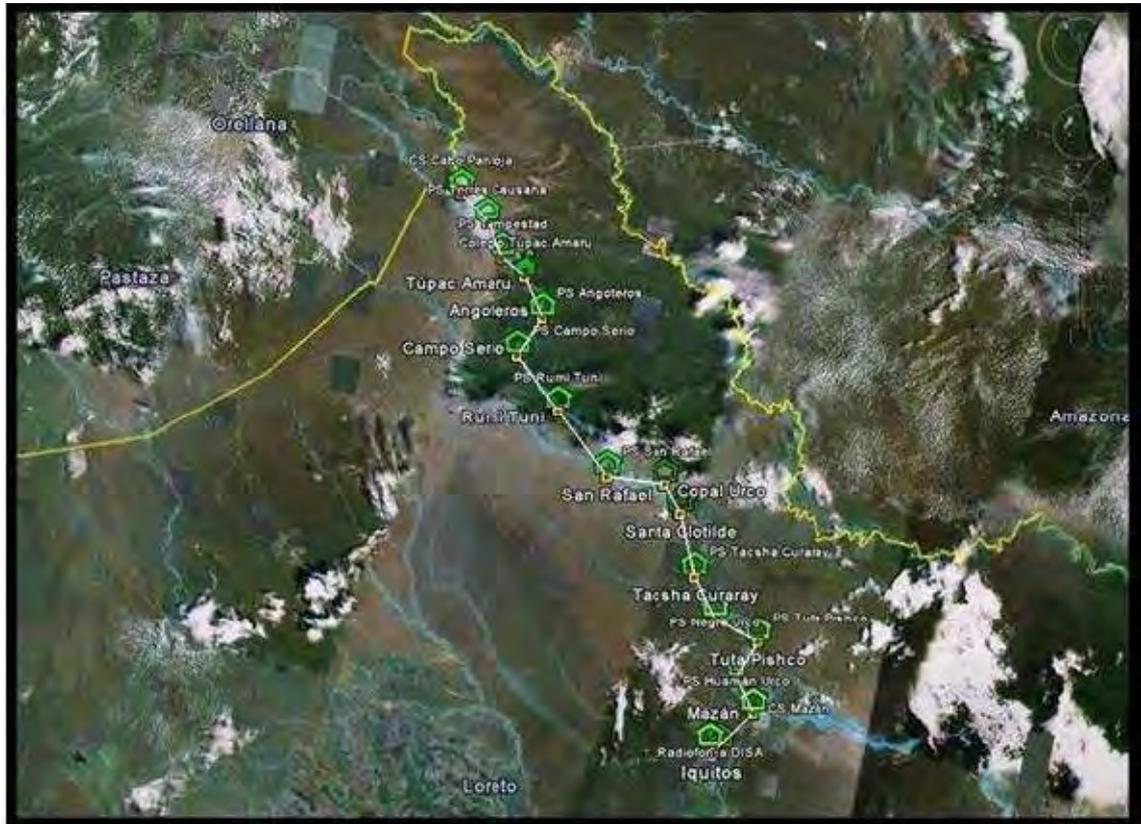


Figura 37: Red de wifi Napo

Fuente: Fundación EHAS



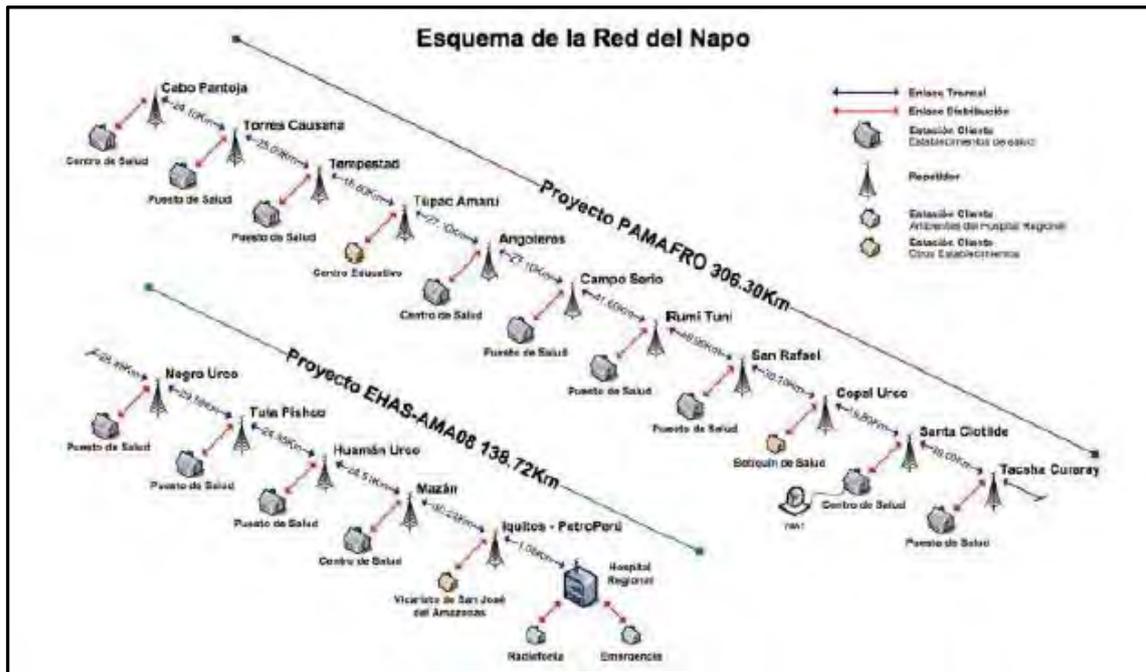
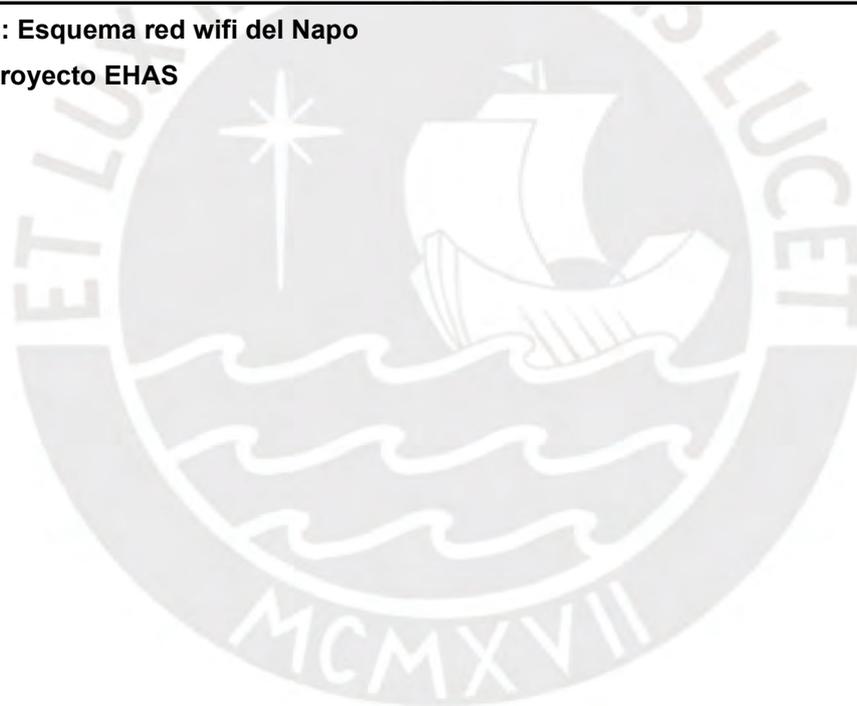


Figura 38: Esquema red wifi del Napo

Fuente: Proyecto EHAS



g. Internet satelital: MTC a través del Programa Nacional de Telecomunicaciones



Figura 39: Internet satelital: MTC a través del Programa Nacional de Telecomunicaciones

Fuente: Ministerio de Transporte y Comunicaciones. Febrero 2021.

El servicio de Internet satelital es una alternativa rápida de implementar y generará mayor impacto en los usuarios dado que estas zonas de la Amazonía no existen la posibilidad de desplegar infraestructura en el corto plazo debido a su geografía. Además, la implementación de un proyecto de inversión tomaría mucho tiempo (Andina, 2021).