

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



El impacto de mecanismos binacionales de cooperación sobre políticas públicas en zonas de frontera: El caso del 'Plan Binacional: Capítulo Perú' en el territorio limítrofe peruano-ecuatoriano en materia de salud (2013-2019)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Ramos Camero, Bella Rosario

Asesor:

Vidarte Arévalo, Oscar

Lima, 2022

Agradecimientos

La etapa universitaria ha sido un proceso de aprendizaje a nivel académico, profesional y, especialmente, personal. En el camino, conocí profesores que me brindaron diversos conocimientos, así como motivación para ir descubriendo los temas que más me interesaban. Paralelamente, encontré a grandes amigos y amigas que me acompañaron y con quienes he construido maravillosos recuerdos que llevaré siempre conmigo.

En primer lugar, agradezco a mi asesor, Oscar Vidarte, por la guía a lo largo de la tesis. Incluso en momentos donde las condiciones fueron complejas, contar con su apoyo me permitió ver el panorama más amplio y encontrar nuevas respuestas a los problemas que se fueron presentando. Agradezco profundamente la comprensión y paciencia brindada. Asimismo, realizo una mención especial a mis jurados Sebastien Adins y Javier Alcalde por los pertinentes comentarios que me permitieron mejorar la tesis presentada en este documento.

En segundo lugar, agradezco a todos los funcionarios públicos y académicos que tuve la oportunidad de entrevistar por su tiempo y su disposición de responder todas mis dudas. Realizo una especial mención a Iñigo Maneiro, quien me brindó datos muy importantes en torno a los pueblos indígenas residentes en la frontera norte y el rol estatal en esta zona. La reunión que tuvimos me permitió mirar desde un nuevo enfoque mi tesis y espero volver a profundizar en los temas pendientes a futuro.

También agradezco a mis amigos y amigas por todo su apoyo durante los momentos más difíciles de la carrera y por todas las risas compartidas en la universidad. Gracias por su acompañamiento a lo largo de la tesis y por crear un espacio seguro para nuestras catarsis emocionales. Finalmente, quiero dar un especial agradecimiento dirigido a mi madre, quien me brindó su apoyo, soporte y motivación, para mí es un logro compartido.

Resumen

El cierre de conflictos y disputas bélicas entre países vecinos en América Latina ha permitido en el siglo XXI la creación de mecanismos de cooperación encargados de afrontar las precariedades de las zonas fronterizas. En ese contexto, esta tesis propone analizar los factores que explican el limitado impacto de este tipo de instituciones internacionales fronterizas a partir del estudio de caso del 'Plan Binacional: Capítulo Perú' (PBP) en el límite peruano-ecuatoriano en materia de salud. En el estudio se empleó una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas, documentos técnicos, evaluaciones y diagnósticos en la zona de frontera. Por un lado, se encuentra que la carencia de un plan estratégico y operativo, así como la falta de inclusión del enfoque territorial e intercultural ha generado que los proyectos dependan principalmente de alcaldes locales/regionales y que no se tome en cuenta las cosmovisiones de los diversos pueblos indígenas en las iniciativas. Por otro lado, el nivel de articulación del PBP no ha sido alcanzado a su máxima capacidad debido a la ausencia de incentivos por promover un trabajo conjunto con su contraparte, buscar mayores recursos internacionales para disminuir la dependencia a las decisiones políticas del Estado y la poca preocupación por socializar a la entidad entre los habitantes de la frontera. Estos factores técnicos y políticos aparte de explicar el desempeño del PBP, proveen un conjunto de enseñanzas para próximas iniciativas fronterizas.

Palabras clave: frontera, salud frontera, cooperación internacional, Perú-Ecuador



Índice de contenido

<u>Introducción</u>	1
<u>Capítulo 1. La relación bilateral peruano-ecuatoriana y la salud como eje integrador</u>	6
<u>1.1.- La relación peruano – ecuatoriana</u>	6
<u>1.2.- Característica de la frontera peruano-ecuatoriana</u>	8
<u>1.3.- Un acercamiento a la problemática de la salud a nivel fronterizo</u>	9
<u>Capítulo 2. Frontera y salud: el caso del PBP</u>	14
<u>2.1.- Actores en la frontera peruano-ecuatoriana</u>	14
<u>2.2. El Plan Binacional</u>	16
<u>2.3. Evaluación de los objetivos del PQS 2013-2019</u>	19
<u>2.4.- Impacto del PBP sobre la zona fronteriza en materia de salud a partir del año 2013</u>	22
<u>Capítulo 3. Las complejidades del camino técnico y político</u>	27
<u>3.1. La visión cortoplacista en un territorio que demanda atención</u>	27
<u>3.1.1.- El sistema de gestión del PBP</u>	27
<u>3.1.2.- Déficit de enfoque territorial e intercultural</u>	30
<u>3.2. Un organismo articulador a medias</u>	34
<u>3.2.1.- La relación potencial entre el capítulo peruano y ecuatoriano</u>	34
<u>3.2.2.- Relación con el Ministerio de Salud</u>	37
<u>3.2.3.- El rol de las organizaciones indígenas y la ciudadanía</u>	39
<u>Conclusiones</u>	42
<u>Bibliografía</u>	46

Índice de figuras

<u>Figura 1. Número de proyectos realizados según sector, período 2013-2018</u>	<u>22</u>
<u>Figura 2. Número de proyectos realizados, según sector y periodo 2013-2018.....</u>	<u>23</u>



Índice de tablas

Tabla 01. Resumen de Proyectos Nacionales Sector Salud 2013-2019 24



Introducción

En el Perú, las zonas de frontera históricamente se han caracterizado por ser parte de los espacios territoriales menos atendidos por el gobierno central. Debido a los altos niveles de violencia y disputa vividos en la frontera norte del Perú hasta 1998, el desarrollo de la zona quedó en segundo plano. No obstante, el inicio del siglo XXI significó para los Estados latinoamericanos la apertura a nuevos caminos de colaboración y cooperación conjunta. Las zonas limítrofes transitaron de ser lugares conflictivos a áreas donde se veían oportunidades de desarrollo. El caso de Perú y Ecuador no fue la excepción.

A partir de lo establecido en los Acuerdos de Paz de Brasilia, los cuales pusieron fin a las disputas limítrofes entre Perú y Ecuador, se dio origen al Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador (en adelante Plan Binacional) cuyo objetivo principal ha consistido en promover la integración de esta zona fronteriza, así como el desarrollo económico y social de la población residente en este territorio. Desde la firma de la paz, se han desarrollado decenas de reuniones y acuerdos al más alto nivel político, convirtiendo a la relación peruano-ecuatoriana en ejemplo para el vínculo que Perú busca establecer con otros países vecinos.

Aunque se haya invertido una cantidad considerable de dinero en la frontera peruano-ecuatoriana, los niveles de pobreza se mantienen, particularmente en el lado peruano, donde algunos departamentos como Cajamarca y Amazonas continúan sobrepasando la media total de pobreza en el país (INEI, 2019). Esta situación se ve reflejada también en el acceso a servicios básicos que tienen los habitantes de los departamentos de Piura, Cajamarca, Amazonas y Loreto. De acuerdo a un reciente estudio realizado por el INEI (2020), se encontró que en Amazonas, Cajamarca y Loreto alrededor del 40% de personas no pobres se encontraban en vulnerabilidad de recaer en la pobreza ante una situación coyuntural, una enfermedad o pérdida de empleo. Tomando en cuenta que entre los objetivos principales del 'Plan Binacional: Capítulo Perú' (en adelante PBP) se encuentra el desarrollo de programas y proyectos de salud con el fin de mejorar la calidad de vida de quienes habitan en la región fronteriza, el tema de investigación del presente trabajo busca analizar los factores que explican el limitado impacto que esta institución ha tenido en materia de salud en la frontera peruano-ecuatoriana durante el periodo 2013-2019.

A pesar del rol oficial que le corresponde al PBP en materia de salud, diversas cifras, y acciones tomadas en los últimos años indicarían que este objetivo no ha sido

satisfecho. La persistente dificultad en el acceso a salud en la última década indicaría un problema. Se estaría demostrando que el aumento de mecanismos institucionales y reuniones entre políticos no habría ido acorde con el desarrollo en materia de salud esperado en la región. Por lo que se presenta una disociación entre el discurso oficial y la realidad local.

El periodo del enfoque de estudio se centra en los años del 2013-2019 ya que los proyectos del PBP se enmarcan en políticas públicas generales que vienen desde el Ministerio de Salud. Así, en el 2013 se da inicio a una de las iniciativas más importantes de salud en la frontera: el Plan Quinquenal de Salud en la frontera peruano-ecuatoriana, formulado de forma conjunta entre Perú y Ecuador. Esta política fue renovada en el 2018 tras una serie de cambios organizacionales que se dieron dentro del PBP debido al ingreso del embajador Eduardo Martinetti como Director Ejecutivo Nacional. Muchas de las críticas que se venían haciendo hacia la institución fueron escuchadas por Martinetti, aunque no aplicadas de facto en todos los sectores.

En base a lo presentado y a partir de la revisión de literatura se ha establecido la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores explican el limitado impacto del PBP en materia de salud en la zona de frontera durante el periodo 2013-2019? Se plantea que existen factores tanto técnicos como políticos que explican el limitado impacto del 'Plan Binacional: Capítulo Perú' (PBP) durante el período 2013-2019.

Por un lado, el PBP como institución ha mostrado falencias en su capacidad técnica en torno al sector salud. En primer lugar, históricamente la institución ha presentado una ausencia de gestión por objetivos con metas claras a corto, mediano y largo plazo. Por el contrario, los proyectos y la búsqueda de fondos han respondido primordialmente a pedidos concretos de los gobiernos locales. En segundo lugar, el PBP no ha trabajado desde su origen bajo un enfoque territorial y de interculturalidad preciso que respete las particularidades de cada zona así como las dinámicas de las poblaciones que las habitan.

Por otro lado, en parte el resultado técnico también se ha visto afectado por consideraciones de índole política. Primero, se muestra una ausencia de trabajo conjunto con el capítulo ecuatoriano, a pesar de ser un 'Plan Binacional'. Debido a la falta de incentivos de ambos países, la entidad está dividida de facto en dos administraciones completamente independientes, lo que limita su capacidad de alcance en aspectos como financiamiento, población beneficiada y desarrollo conjunto. Segundo, hay una débil visibilidad de la institución a nivel de gobierno, en

particular con el Ministerio de Salud. A pesar de que existe articulación oficial, no se prioriza los conocimientos del PBP en la ZIF a nivel de políticas específicas. Y tercero, existe un frágil mecanismo de articulación entre el PBP y actores de la sociedad civil. Aunque hay comunicación con operadores de campo en la zona, el PBP no está suficientemente sociabilizado entre los habitantes. Debido a que no hay canales institucionales de comunicación, la relación termina siendo informal.

Estudiar el impacto que ha tenido el PBP sobre la salud como actor puente entre la esfera internacional y nacional en la zona fronteriza resulta relevante por diversas razones. El Acuerdo de Paz de Brasilia fue un hito en la historia política nacional que marcó el inicio de una relación de cercanía y amistad con Ecuador. Este acuerdo no solo cambió las relaciones diplomáticas, sino que permitió que familias que vivían separadas por estos conflictos, como el caso de la comunidad Shuar, pudieran reencontrarse después de muchos años y movilizarse con facilidad entre los dos países (Elton, 2004; Radcliffe, 1998). Asimismo, abrió una ventana de oportunidad para generar políticas a favor del desarrollo conjunto de este espacio, incluyendo los gabinetes binacionales que se dan periódicamente (Plan Binacional). Los logros de esta entidad a nivel político con su contraparte han sido un ejemplo para las relaciones del Perú con otras fronteras. En consecuencia, es menester entender cómo ha funcionado y su impacto en los asuntos sociales de estas provincias, particularmente en materia de salud.

En el contexto de la globalización se ha abierto un espacio de investigación para las “zonas fronterizas” que no se encuentra suficientemente desarrollado en la región. Las políticas de estas áreas limítrofes son temas de particular interés pues está evidenciado que existen comunidades con cierto grado de autonomía y separación de las políticas de los gobiernos centrales debido a la poca presencia del Estado en estas áreas (Ganster y Lorey, 2004). Muestra de ello es la omisión de los decretos que en los últimos años se han dado para regular las fronteras por casos como el de la migración masiva de ciudadanos venezolanos y la reciente pandemia. En ese sentido, la presente investigación se propone contribuir al desarrollo de asuntos fronterizos desde una perspectiva no solo descriptiva del funcionamiento de los acuerdos desarrollados en los últimos años, sino explicando el impacto del PBP en materia de salud a partir del análisis de su papel en el territorio fronterizo.

El espacio geográfico en la que se enfoca esta investigación comprende el 22% del territorio peruano y casi la mitad del Estado ecuatoriano; en conjunto habitan

aproximadamente 4.7 millones de ciudadanos (Namihas y Novak, 2010). Entre los departamentos que la integran se encuentran Cajamarca y Amazonas, los cuales contienen a las provincias más pobres de Perú. El pueblo Shuar habitante en esta frontera solicitó ayuda al Estado frente a la emergencia sanitaria que no fue atendida hasta la acumulación de demandas de otros pueblos indígenas (Servindi, 2020). Además, en el lado de Ecuador se ubican cantones con alta vulnerabilidad económica y una tasa muy baja de asistencia escolar: Loja y Zamora (Ponce, 2006). Estos territorios han sido olvidados por el Estado central y actualmente representan áreas fértiles tanto para la acción de organizaciones criminales como el desarrollo de mercados ilegales (Dammert, 2020; Llugsha, 2015).

Entender la relación y funcionamiento que existe entre este tipo de mecanismo bilateral con las políticas públicas generales permite explorar aquellos obstáculos que impiden lograr resultados óptimos en esta zona. Sin estos efectos, el objetivo por el que se crean este tipo de mecanismos pierde sentido. El PBP no ha sido la única institución focalizada en la frontera cuyo impacto haya sido limitado, Hurtado y Aponte (2017) discuten cómo este tipo de mecanismos se crean con fallas institucionales que dificultan su desarrollo. No obstante, aún no hay suficiente literatura que explore no solo factores técnicos y de diseño, sino también políticos. Por todo lo explicado, se ha elegido como tema de investigación el rol del PBP en materia de salud en la frontera peruano – ecuatoriana durante el periodo 2013-2019.

En función de un análisis exhaustivo sobre el papel del PBP en materia de salud en la frontera peruano-ecuatoriana se plantea una aproximación metodológica cualitativa. Con la finalidad de validar la hipótesis, fueron aplicadas entrevistas semiestructuradas, entrevistas a profundidad y se hizo uso de las siguientes fuentes primarias: evaluaciones hechas por el PBP, planes presupuestarios, documentos técnicos del PBP. Las entrevistas han sido dirigidas a cuatro sectores: Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, especialistas académicos y el Plan Binacional. El trabajo de campo tuvo una duración de cinco meses y fue llevado a cabo únicamente a través de la modalidad virtual.

El presente trabajo está organizado en tres capítulos sin incluir la introducción y las conclusiones. En el primer capítulo será abordada la relación peruano-ecuatoriana y el rol que ha tenido la salud como eje integrador en el periodo de estudio. Luego en el segundo capítulo se presentará la selección de caso del PBP, para lo cual se mostrará previamente un mapeo de actores en la zona fronteriza del norte, y será

presentado cuál ha sido el rol del PBP en materia de salud. Para ello serán utilizados diversos indicadores que provee el MINSA y se hará también una evaluación sobre las metas propuestas en el Plan Quinquenal de salud 2013-2017.

Posteriormente, en el tercer capítulo serán abordados los factores que explican el poco avance del PBP en torno al tema de salud en la frontera peruano-ecuatoriano. Esta sección se subdivide en dos subcapítulos. En la primera división se abordarán los factores técnicos, donde será explorada cada una de las variables presentadas en la hipótesis: ausencia de gestión por objetivos y la débil presencia del enfoque territorial e intercultural. Asimismo, será presentado el marco teórico del que hará uso este capítulo, el cual comprende el concepto de gestión por objetivos propuesto por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Sánchez, 2003), el proceso de diagnóstico de la planificación de proyectos sociales (Baca y Herrera, 2016; Chiara, 2016), y el concepto de enfoque territorial (Fernández, Fernández y Soloaga, 2019) e intercultural (Ministerio de Cultura, 2013).

En el segundo subcapítulo se analizarán los factores políticos que explican el poco avance del PBP en torno al tema de salud en la frontera peruano-ecuatoriana. De igual forma se abarcarán las variables presentadas en la hipótesis: ausencia de trabajo conjunto entre el PBP y su contraparte ecuatoriana, la débil articulación entre el PBP y el MINSA, y la frágil conexión entre el PBP y actores de la sociedad civil. En este apartado se hará uso de la teoría del institucionalismo neoliberal (Keohane, 1989; Keohane, 1993) y el teorema de Dewey (Anderson, 2006). Después serán presentadas las conclusiones y, para finalizar, la bibliografía correspondiente.

Capítulo 1. La relación bilateral peruano-ecuatoriana y la salud como eje integrador

1.1.- La relación peruano – ecuatoriana

El vínculo peruano-ecuatoriano estuvo rodeado de tensiones desde el nacimiento de los dos Estados. La ausencia de una definición limítrofe clara y la ambición ecuatoriana por acceder al Amazonas desde territorio que en ese momento se consideraba peruano se mantuvo durante décadas. En más de 20 ocasiones se llegó incluso a conflictos bélicos, siendo los más importantes el del año 1941 que dio como resultado el Protocolo de Río de Janeiro, y el de 1995, conocido como la Guerra del Cenepa, que provocó decenas de muertes y heridos. En el Protocolo de Río de Janeiro hubo 4 países garantes que tomarán protagonismo en los acuerdos de paz posteriores: Estados Unidos, Brasil, Argentina y Chile. Estas batallas militares y tensiones políticas perjudicaron la vida e integridad de cientos de peruanos y ecuatorianos que habitaban en la frontera, se priorizó la inversión en el conflicto dejando a un lado la educación, salud, saneamiento y, en general, la búsqueda por una mejor calidad de vida para los pobladores de esta zona.

En 1998 se dio la última disputa territorial entre Perú y Ecuador, en esos años los países garantes intervinieron con el fin de negociar una salida para estos Estados vecinos. En esta negociación, diversos autores destacan el papel preponderante de Estados Unidos (López, 2004) y Brasil, pero también del resto de países garantes que iban limitando los temas a discutir en cada sesión (Coveñas, 2017; Espíndola, 2005). Gracias a ellos, la voluntad de los presidentes de ambos gobiernos y un gran esfuerzo diplomático, el 26 de octubre de 1998 fue delimitada finalmente la frontera de cada país y se firmaron los Acuerdos de Brasilia dando la bienvenida a una nueva etapa en la relación de estos estados.

Cabe señalar que los acuerdos de Brasilia firmados por Perú y Ecuador no solo culminaron los conflictos pendientes entre ambos países, sino también definieron objetivos a largo plazo que guiarían el camino de la nueva etapa de relación. La visión fue consolidar la cooperación binacional y lograr el desarrollo de los pueblos fronterizos, generando un ambiente de confianza, comunicación y cercanía entre ambos países. En ese sentido, se suscribieron una serie de tratados (Acta Presidencial de Brasilia, 1998):

- i. Tratado de Comercio y Navegación
- ii. Acuerdo de Integración Fronteriza, Desarrollo y Vecindad

- iii. Acuerdo sobre las bases respecto de la rehabilitación o reconstrucción de la bocatoma y otras obras conexas del Canal de Zarumilla
- iv. Acuerdo para la navegación de los sectores de los Cortes de los ríos y del Río Napo
- v. Acuerdo de Constitución de la Comisión Binacional Peruano-Ecuatoriana sobre Medidas de Confianza Mutua y de Seguridad.

Este conjunto de pactos quedó encauzado en la creación de cuatro mecanismos centrales: 1) Administración del Canal de Zarumilla, 2) Comités de Frontera, 3) Comisión Binacional de Medidas de Confianza Mutua y Seguridad y 4) Plan Binacional de Integración Fronteriza. En años posteriores, se mostró la continua institucionalización de la relación entre ambos estados, generando más mecanismos de cooperación: Gabinetes Binacionales, Mecanismo de Coordinación 2+2, Comisión de Vecindad peruano-ecuatoriana, Comisión Mixta Permanente de Fronteras, Comisión Binacional para la Gestión Integrada de los Recursos Hídricos de la Cuenca Hidrográfica Transfronteriza del Río Zarumilla, Comisión Binacional de Lucha contra el Contrabando. De esta forma, para el Perú, Ecuador se convirtió en uno de los países con el que mayor institucionalidad ha construido en las últimas dos décadas. Inclusive, varios instrumentos de cooperación se convirtieron en ejemplos para aplicar con otros vecinos.

Un punto importante a considerar es que a pesar de que la relación de estos países se haya mostrado conflictiva desde sus inicios, la frontera peruano-ecuatoriana históricamente ha tenido una relación cercana que inicia mucho antes de la fundación de estas repúblicas. Un gran número de familias habitaban de forma transfronteriza en este territorio, por lo que se han realizado una serie de actividades económicas y sociales a lo largo de esta zona durante décadas (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021). En lo que respecta a pueblos indígenas, se ha reconocido a los grupos jívaros y wampis como pueblos históricamente transfronterizos (I. Maneiro, entrevista 18 de junio de 2021). A nivel cultural, el arqueólogo peruano Quirino Olivera y el ecuatoriano Francisco Valdez han encontrado una serie de piezas cuyos grabados y diseños tienen grandes similitudes y correlaciones en la cuenca del Chinchipe, la cual abarca desde la provincia de Zamora hacia la zona de Piura, Cajamarca y Amazonas en el Perú (Olivera, 2009). No solo se muestran objetos materiales, sino también contextos funerarios que datan de los años 4960 y 2930 antes del presente tanto en Zamora como Jaén (Olivera, 2009).

En suma, la frontera norte del Perú presenta particularidades que se han mantenido hasta inicios del siglo XXI. Primero, históricamente permeables y con pueblos transfronterizos que han desarrollado intercambios económicos, sociales y culturales desde antes del establecimiento de las repúblicas. Segundo, esta zona ha estado activa militar y políticamente por las ambiciones ecuatorianas provocando una atención singular, que no se tradujo en presencia estatal (sin contar la presencia bélica) hasta la firma de los Acuerdos de Paz. Sobre este marco espacial, se construye el Plan Binacional.

1.2.- Característica de la frontera peruano-ecuatoriana

El territorio donde se concentra el PBP tiene una extensión de más de 280,000 Km² y según el censo del año 2017 (INEI,2019b) habitan 3,229,092 millones de personas, de los cuales el 74,31% es parte del sector urbano y 25,69% del rural. Incluye Tumbes, Piura y algunas provincias de Cajamarca, Amazonas y Loreto. En esta zona se presentan múltiples mercados ilegales relacionados a la trata de personas, minería ilegal, tala informal, entre otros (Novak y Namihás, 2010). Asimismo, tanto Cajamarca como Amazonas superan la media total de pobreza en el país y del total de la población que reside en los distritos fronterizos, 158,977 de personas que superan los 14 años son analfabetas (INEI, 2019). Esta cifra se concentra con mayor fuerza en las mujeres, quienes representan más del 65% del total de analfabetos.

En este territorio fronterizo viven diversos pueblos indígenas, entre los grupos más grandes se encuentran los pueblos Awajún, Wampis, Aguaruna y Huambisa que habitan principalmente en el Alto Marañón. Este espacio geográfico comprende los siguientes distritos del departamento Amazonas: Río Santiago, Nieva, El Cenepa e Imaza. La economía de los pobladores se encuentra sustentada primordialmente por la actividad agrícola y la crianza de animales, la cual ha sido muy golpeada por la imposición de modelos de desarrollo externos (Alboan, AEI, SAIPE y CIPCA, 2000). En ese sentido, muchos animales han dejado de cumplir la función de nutrir a estos pueblos que vivían de la caza y la cosecha. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2016 las principales problemáticas de las comunidades que habitaban en esta zona eran las presentadas a continuación: “[...] enfermedades transmisibles como la malaria y la rabia humana, la mortalidad materno-infantil, embarazo en adolescentes, la violencia de género, la desnutrición y problemas de desarrollo en la primera infancia, entre otras.”

El conflicto en los modelos de desarrollo en esta zona ha perjudicado desde finales del siglo XX la calidad de vida de los pobladores (Alboan et al., 2000). La salud de los pueblos indígenas se ha visto deteriorada por varios factores. La reducción de pesca y caza ha generado el consumo de menores nutrientes. Los peces más valorados por su tamaño fueron decreciendo desde los 90s por la demanda de los mercados urbanos, dejando solo especies más pequeñas (Álvarez, 2019). A la vez, el incremento de la densidad poblacional y el aumento de desechos mineros ha causado la contaminación de los ríos, lo que en consecuencia ha resultado en problemas de salubridad (Alboan et al., 2000).

De acuerdo a Iñigo Maneiro, especialista en el Área de Desarrollo Económico y Social del PBP, algunos programas como JUNTOS y Qali Warma han tenido externalidades negativas para los habitantes de esta zona (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Por un lado, el dinero en efectivo en muchas ocasiones se ha utilizado para comprar alimentos procesados, lo que en suma con los envases repartidos por Qali Warma genera mayor número de residuos en los ríos. En los últimos años, Qali Warma también ha producido que los estudiantes no crezcan con las mismas habilidades de sus padres de salir a cazar. De esa forma se van perdiendo tradiciones históricas, pero también, regresando al primer punto, al no adquirir estas destrezas desde pequeños, la calidad nutricional que serán capaces de lograr en la adolescencia se verá igualmente perjudicada.

Finalmente, otra razón que suma al deterioro de la salud de los pueblos indígenas se debe al histórico déficit de infraestructura, implementos y personal de salud en la zona fronteriza (Alboan et al., 2000). Aunque las cifras son mayores en el sector rural, esta característica se muestra compartida a lo largo de los distritos de Cajamarca, Amazonas y Loreto.

1.3.- Un acercamiento a la problemática de la salud a nivel fronterizo

La iniciativa de generar acuerdos de integración en materia de salud en las fronteras entre dos territorios se ha presenciado en Europa, Asia y algunos casos en América Latina (especialmente en lo que respecta a las fronteras brasileñas). Según Zupellari et al. (2018), estos acuerdos han ido cambiando su enfoque dependiendo del continente donde se han desarrollado, se muestran dos tipos: formales e informales. Se define como formales aquella cooperación que tiene respaldo por la autoridad nacional, están respaldadas por normativas públicas nacionales o internacionales. En Europa ha primado este tipo, el impulso de los proyectos ha estado

reforzado por el papel activo de la Unión Europea y el objetivo de asegurar el derecho a salud a través de las fronteras por parte Parlamento Europeo. En América Latina, el único caso de este tipo se presenta entre Perú y Ecuador, lo que se explica tanto por el marco de acuerdos sobre integración fronteriza como por el mecanismo del Plan Binacional.

Por su lado, los informales son aquellos que no tienen respaldo del gobierno central y suele darse entre organizaciones no gubernamentales, gobiernos subnacionales o directamente entre autoridades de salud locales e incluso entre médicos. Este tipo se presenta principalmente en América Latina, por ejemplo, en Brasil y Argentina se desarrollaron acuerdos en esta materia de manera informal entre el estado de Santa Catarina y la provincia de Misiones (Zupellari et al., 2018). En Asia, existe una mezcla entre acuerdos formales e informales.

El reporte de acuerdos demuestra que los temas de enfoque también varían dependiendo del continente. En Europa los objetivos han girado en torno a la movilización del paciente y el acceso a atención hospitalaria en casos de alta complejidad en las fronteras. En Asia lo que principalmente se ha buscado ha sido monitorear, detectar y controlar enfermedades epidemiológicas en las fronteras. (Zupellari, 2018). Para los países latinoamericanos la principal finalidad de esta cooperación se ha centrado en el monitoreo de enfermedades infecciosas, la capacitación de personal médico y la promoción de mayor igualdad en el acceso a salud en estos territorios (Zupellari, 2018).

En Perú y Ecuador una de las últimas innovaciones en materia de salud fronteriza ha sido el desarrollo del Plan Quinquenal de Salud 2013-2017(PQS) impulsado por los ministerios de salud de ambos países durante el quinto gabinete binacional en el año 2012. El propósito de esta política consistió en lograr una mejora en las condiciones de salud de los residentes fronterizos, a partir del fortalecimiento en la integración peruano-ecuatoriana. Uno de los principales proyectos giró en torno a la construcción de redes binacionales de salud que aseguraran la atención a todos aquellos que transiten la frontera. Para cumplir el propósito del PQS se establecieron nueve objetivos estratégicos en torno a las siguientes áreas: 1) Prevención y control de enfermedades transmisibles; 2) Prevención y control de enfermedades no transmisibles; 3) Alimentación y Nutrición Saludable; 4) Salud Materno Infantil; 5) Redes Binacionales de Salud; 6) Salud Ambiental; 7) Respuesta binacional frente a emergencias y desastres; 8) Seguridad Social y Atención Salud Recíproca; 9)

Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos. Esta iniciativa fue extendida por 4 años más al firmarse el Plan Quinquenal de Salud 2018-2022 en la onceava reunión de gabinete binacional Perú-Ecuador.

La relación de Perú y Ecuador en torno a la salud ha sido uno de los ejes al que ambos países le han dado significativa atención. Los gabinetes ministeriales muestran que el sector de salud es el segundo con mayor inversión anual por parte de ambos países. En este sector se han generado compromisos exclusivos que no se habían hecho antes con otros países, como el Acuerdo de Atención Recíproca entre ambos países (Decreto Supremo N°055-2012-RE). Este punto había sido materia de discusión porque mientras que los peruanos podían atenderse de forma gratuita en Ecuador, los ecuatorianos no. Este tipo de acuerdos muestra los incentivos y el compromiso que ha existido en torno a la salud entre ambos Estados en los últimos años. Además, las iniciativas como el Plan Quinquenal de Salud en la frontera han servido de ejemplo para ser replicados con otras fronteras como con Bolivia.

Desde la academia, se han realizado una serie de estudios sobre los beneficios que pueden tener los acuerdos fronterizos en salud. Se encontró que una de las vías para combatir enfermedades transmisibles infecciosas como la malaria y el cólera era a través del trabajo conjunto entre países, para permitir una retroalimentación de los casos diagnosticados, las zonas donde se concentran y la ampliación de servicios de salud para los habitantes de frontera (Comisión Científica Ecuatoriana, 2007; Suárez et. al., 2010). No obstante, para generar acuerdos también es importante tener en cuenta las capacidades de los países respecto a la cooperación de salud en las zonas que rodean los límites territoriales (Giovanella et. al., 2007; Pan American Health Organization, 2009; Quirós et. al., 2011). Los estudios que han puesto a prueba esas capacidades han utilizado tanto métodos cualitativos como cuantitativos y, como resultado, han mostrado la escasez de recursos, la necesidad de políticas focalizadas y mayor coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para lograr acuerdos exitosos.

Asimismo, otros artículos muestran el potencial que han tenido países como Perú, Colombia, Brasil en generar la integración de los sistemas de salud en base a acuerdos tanto formales como informales (Levino y Freese, 2011; Nogueira et. al. 2007; Santos – Melo et. al. 2020; Zupellari et. al. 2018). Se encuentra que ha sido efectivo especialmente en el nivel primario y secundario de atención. Por otro lado, algunos académicos han investigado estos temas desde un punto de vista sociológico

(Jacquier y Centeno, 2014; Pérez y Ribeiro, 2008). En estos trabajos se cuestiona cómo se ha entendido la salud en los tratados de cooperación internacional y se enfatiza la necesidad de no entenderla dentro de dinámicas del mercado, sino desde un punto de vista no mercantilista.

En el caso de Perú y Ecuador en materia de salud se encuentran dos trabajos. En primer lugar, está el estudio de Krisher et. al. (2016), quienes han buscado explicar qué factores contribuyeron a la reducción de la transmisión de la malaria en la frontera costera de Perú – Ecuador. Se encuentra que la colaboración entre líderes de salud pública locales, el compartir de recursos y el apoyo de asociaciones regionales que luchaban contra la malaria fueron los factores clave para atacar esta enfermedad con éxito. Estos autores sostienen que este tipo de enfermedades son muy complejas de abordar en esas zonas debido a la diferencia cultural, constante movimiento legal e ilegal de personas y diferencias en cómo se regula la salud pública en cada país (Krisher et. al. 2016). Afirman que al momento de aplicar políticas en estas zonas se debe tomar en cuenta el estilo de vida de los habitantes, eventos climáticos y particularidades del territorio (Krisher et. al. 2016).

Por otro lado, la investigación de Cafagna et. al. (2014) tuvo como objetivo estudiar los alcances y limitaciones del programa de atención de salud “peri-fronterizo” Ecuador-Perú. En este caso se utilizó un método cualitativo que combinó revisión de fuentes secundarias, entrevistas y encuestas a los trabajadores de salud de la micro-red binacional Suño – Macará. Los autores encontraron que el programa había logrado una cohesionada estructura organizativa. Sin embargo, se muestra una atención diferenciada: en Ecuador, los peruanos pueden acceder a los servicios gratuitamente, mientras que en la contraparte no. Asimismo, argumentan que para que programas de este tipo logren éxito es necesario 1) acuerdos binacionales vinculantes 2) similar estándar de calidad de servicio de salud 3) desarrollo de un sistema integrado de información compartida (Cafagna et. al. 2014).

La experiencia muestra que, al investigar acuerdos fronterizos en torno a salud, resulta clave estudiar la coordinación entre los diferentes niveles del Estado con organización de la sociedad civil, pueblos indígenas y la academia para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento de los problemas públicos en la Zona de Integración Fronteriza. A continuación, será presentado un mapeo de actores en la zona de frontera para argumentar por qué el PBP ha sido el objeto de estudio de este trabajo de investigación, tomando en cuenta la necesidad de articulación que se necesita para

abordar la complejidad fronteriza. Asimismo, se ahondará en los alcances y limitaciones de la institución en materia de salud durante el período de estudio para contar con un mejor conocimiento de la problemática del presente estudio.



Capítulo 2. Frontera y salud: el caso del PBP

2.1.- Actores en la frontera peruano-ecuatoriana

En la frontera peruano-ecuatoriana se encuentran diversas entidades, organizaciones e instituciones que cuentan con influencia –en grados desiguales- para tomar decisiones, recibir financiamiento e invertir en proyectos para la zona. Un mapeo inicial de actores se llevó a cabo en el año 2000 (Alboan, AECI, SAIPE y CIPCA), precisamente tras la firma de los acuerdos de paz, ello con el fin de contar con información más certera sobre quiénes tenían presencia activa en la zona. Debido a la escasa presencia no militar del Estado en este territorio, se hallaron diversas figuras cuyo objetivo era suplir algunas necesidades insatisfechas de la población y grupos políticos a través de los cuales las comunidades indígenas articulaban sus demandas.

Se encontró que los actores con mayor incidencia en el territorio fronterizo eran las organizaciones nativas, algunas ONGs y, con mucha fuerza, las congregaciones religiosas (Alboan et al., 2000). Las principales agrupaciones políticas de comunidades indígenas eran las siguientes: i) Federación de Comunidades Huambisas del Río Santiago (FECOHRSA), ii) Federación Aguaruna Domingusa (FAD), iii) Federación de Comunidades Nativas del Río Nieva (FECONARIN), iv) Organización de Desarrollo de Comunidades Fronterizas de Cenepa (ODECOFROC), v) Consejo Aguaruna Huambisa (CAH), y Organización Central de Comunidades Aguarunas del Alto Marañón (OCCAAM). Estas organizaciones sirvieron para articular demandas colectivas, pero también como espacios a través del cual lograr una alta movilización y cohesión al momento de defender el territorio de intervenciones ilegales, privadas y estatales.

En cuanto a las iglesias, eran el segundo tipo de actor con más influencia en la zona de la frontera, especialmente en el sector oriente. Las más significativas fueron las iglesias evangélicas y nazarenas, la iglesia católica tenía presencia, pero era mucho menor (Alboan et al, 2000). Estas congregaciones se encargaban de proyecto de salud, educación y desarrollo. Por ejemplo, las Misioneras del Sagrado Corazón han trabajado a lo largo de los ríos Santiago, Nieva y Cenepa en temas como el desarrollo de botiquines comunales autogestionarios (Alboan et al, 2000). Asimismo, del Colegio Valentín Salegui, de jesuitas, se han graduado muchos profesores y autoridades de la zona.

Una vez firmados los acuerdos de paz, en la frontera Perú-Ecuador comienza un gran tráfico de movimiento y atención hacia las precariedades que tenía este territorio, en este periodo las expectativas tanto sobre la mejora como el desarrollo de la zona en los diferentes ejes (salud, educación, infraestructura, energía, saneamiento, entre otros) fue numerosa (Alboan et al, 2000). Desde entonces, el aumento y la presencia de nuevos actores en la zona ha ido en crecimiento. A la fecha, se encuentra una dispersión de organizaciones indígenas en la zona fronteriza que se ha visto debilitada por la corrupción, falta de buenos líderes, la misma fragmentación y la carencia de capacidades para brindar soluciones a las nuevas complejidades (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). No obstante, continúan siendo uno de los medios formales –aunque no suficientemente fuerte— de organizar sus demandas, especialmente en torno a salud y educación, proteger sus derechos, recursos y territorio (Plan Binacional, 2020).

Por ello, a pesar de la tradicional y continua ausencia del Estado en este territorio, en comparación al año 2000 en el que se realizó uno de los primeros diagnósticos, se ve una mayor presencia que se traduce en lo siguiente: centros de salud y educación, oficinas de ministerios como Agricultura, Ambiente y Energía y Minas, gobiernos regionales, provinciales y municipalidades distritales. El limitado accionar estatal ha generado un gran incremento de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que llega a un aproximado de 25 en total, tanto nacionales como extranjeras, que se encuentra en búsqueda de llenar los vacíos dejados por el aparato público (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Una gran parte de ellas se encuentran relacionadas a los temas ambientales y la problemática indígena. Aunque existen ONGs que han tenido como objetivo buscar un trabajo en línea a las políticas públicas estatales, un subgrupo significativo ha mostrado posturas contrarias al Estado, buscando su sustitución completa (Plan Binacional, 2020). Algunas de las ONGs que han presentado estos casos son las presentadas a continuación:

“Es el caso de la ONG Shinai, que buscaba elaborar con personal extranjero una ZEE en la cuenca del Pastaza, compitiendo con la que desarrolló el Proyecto Pastaza Morona, del Capítulo Peruano del Plan Binacional; también de la ONG Ibis [...] intentó demarcar el territorio binacional Secoya; de la ONG WWF, que ha constituido un comité de manejo binacional de la cuenca del Pastaza; o de la ONG Racimos de Ungurahui, que, con la colaboración de la ONG Pachamama, pretende la creación del territorio binacional achuar.” (Plan Binacional, 2020, p. 99)

Por ello, existe una fuerte crítica al trabajo que varias de estas organizaciones han venido desarrollando, especialmente por la falta de transparencia y comunicación con el Estado en su accionar.

Por otro lado, las congregaciones religiosas continúan al igual con su labor pastoral, y un activo rol en torno a educación y salud. Las iglesias evangélicas se encuentran principalmente enfocadas en la parte pastoral, mientras que la católica sí está más involucrada a proyectos de desarrollo (Plan Binacional, 2020). Esta última posee una activa coordinación con los ministerios correspondientes y las municipalidades. Uno de los puntos que genera más discusión sobre las prácticas que vienen teniendo las iglesias no católicas es el fuerte paternalismo que generan y la cuasi imposición de una visión política en los pueblos indígenas, fomentando incluso ideas desinformadas como evitar tener DNI para no ser controlados por fuerzas externas (Alboa et al, 2000; Plan Binacional, 2020).

En medio de todos estos actores se instala el Plan Binacional: Capítulo Perú (PBP) que actualmente cohabita con las figuras antes presentadas.

2.2. El Plan Binacional

El Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza (Plan Binacional) forma parte del Acuerdo de Integración Fronteriza, Desarrollo y Vecindad. El objetivo de esta institución ha sido mejorar la calidad de vida de la población que reside en la frontera peruano-ecuatoriana. Para ello, se ha encargado de canalizar toda la ayuda de gobiernos locales, regionales, nacionales, así como de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil.

A pesar de que el nombre hace referencia a una sola entidad, el Plan Binacional está dividido por país, cada una con una administración independiente. Incluso están colocados en diferentes partes del organigrama público: el capítulo peruano no depende de ninguna entidad porque está establecido como un Organismo Internacional, en cambio el capítulo ecuatoriano empezó estando adscrito al Ministerio de Relaciones Exteriores, luego pasó a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo y terminó volviendo a Cancillería desde hace dos años. Aunque la posición que poseen en el organigrama conlleva diferentes grados de recursos, los dos comparten su dependencia al presupuesto que cada Estado decida brindarle.

Tratándose del 'Plan Binacional: Capítulo Perú' (PBP), objetivo de la presente investigación, esta institución tiene tres funciones principales. Se encarga de promover proyectos nacionales y binacionales en la zona fronteriza, llevando

permanentemente la atención a este territorio que por décadas fue ignorado. Asimismo, tiene el rol de convocar y articular a actores de diferentes niveles para llevar a cabo los programas y proyectos propuestos. El PBP no ejecuta, sino busca a los mejores en su materia para que ejecuten por ellos. Por ejemplo, si van a llevar a cabo un proyecto que implique la agricultura llaman a Terranuova, organización que mejor domina ese campo (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Además, aunque su principal fuente de financiamiento proviene del Estado, también busca captar financiamiento para los trabajos que realizan. En este punto es importante mencionar que en los primeros años del PBP la cantidad de dinero que tenía la institución como fuente de fondos internacionales eran muy grande, aunque no había planes estratégicos concretos en los que invertir ese dinero. El único proyecto a gran escala fue la construcción de los ejes viales para interconectar a la frontera (G. Caballero, entrevista, 30 de abril del 2020). Sin embargo, cuando Perú asciende a país de renta media, el presupuesto del PBP se vio muy golpeado y al haber menores recursos, los directores de turno fueron decidiendo a qué campo darles más concentración (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021).

Con el fin de generar la integración de la zona fronteriza paralelo al desarrollo económico y social de la población residente en este sector, el PBP ha organizado cuatro programas de acción:

1. Programa Binacional de Proyectos de Infraestructura Productiva y Social.
2. Programas Nacionales Peruano y Ecuatoriano de Construcción y Mejoramiento de la Infraestructura Productiva en las Regiones Fronterizas.
3. Programas Nacionales Peruano y Ecuatoriano de Construcción y Mejoramiento de Infraestructura Social y de Aspectos Ambientales en la Regiones Fronterizas.
4. Programa Promoción a la Inversión Privada.

Iñigo Maneiro, especialista en el Área de Desarrollo Económico y Social del PBP, menciona que hay dos fortalezas que tiene esta institución en comparación a otras en la frontera norte. Desde su origen ha sido una entidad de perfil bajo, los proyectos para los que ha buscado financiamiento o ha promovido no llevan impuesto el logo del Plan Binacional necesariamente. Contrario a lo que se suele hacer en la política peruana de estampar con los colores del político de turno cada obra realizada, el PBP incluso ha podido pecar de tener un perfil demasiado bajo, pues son los actores especialistas como institutos, organizaciones sin fines de lucro, empresas

especialistas en ciertas materias la que dan la cara en proyectos que el PBP ha hecho posible (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021).

Sumado al bajo perfil, el PBP no ha tenido ningún funcionario acusado de corrupción, han sabido manejar adecuadamente los recursos y tienen técnicos preparados en sus materias. Por lo que presenta una imagen limpia. En los últimos años, esta imagen ha servido de soporte institucional cuando actores no familiarizados con la zona han buscado implementar algún programa (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021).

Asimismo, el PBP tiene conexiones formales e institucionales en torno a los sectores que maneja –incluida salud, educación, infraestructura— con el aparato público, el sector académico, organismos multilaterales, municipalidades y otros. Lo que le permite a esta institución tener una capacidad de acción mucho más amplia en comparación a ONGs, Iglesias e incluso organizaciones indígenas. Principalmente, al contar con respaldo al más alto nivel político, permite ser considerada como una de las principales instituciones en la frontera peruano-ecuatoriana.

El PBP lleva más de 20 años presente en la frontera y durante ese periodo se han desarrollado diversos estudios sobre esta entidad, en los cuales se abordan los alcances y limitaciones que ha tenido en distintas materias. Autores como Bustamante (2016), García (2011) y Sempértegui (2015) se han preguntado en qué medida el Plan Binacional puede ser entendido como un mecanismo de integración económica. Los análisis muestran que en este campo el Plan Binacional ha tenido un impacto limitado debido a la dependencia de los recursos económicos que cada gobierno otorga y a la decisión política no autónoma. Además, existe un enfoque diferenciado por parte de cada capítulo: en el PBP se prioriza temas de productividad, mientras que en el capítulo ecuatoriano hay una concentración en aspectos más sociales.

Wong (2020) llevó a cabo una investigación sobre el impacto del Plan Binacional en los asuntos sociales. El autor presentó un análisis de este organismo a través de una comparación del desarrollo de la frontera Perú-Ecuador con la frontera Perú-Colombia. Como parte de los resultados se muestra una mejora significativa de indicadores en la zona peruano-ecuatoriana, como el acceso a servicios básicos y la reducción del nivel de pobreza en el lado de Loja-Piura. Sin embargo, al presentar los proyectos empíricos se encontró que principalmente las iniciativas en este espacio geográfico provinieron de la Comunidad Andina y no del Plan Binacional (Wong,

2020), lo que estaría colocando en cuestionamiento al papel de la institución fronteriza.

Martinetti (2018) y Saavedra (2014) se enfocaron en las dinámicas entre el PBP y las comunidades indígenas que habitan en la frontera amazónica. Los autores rescataron la necesidad de que las autoridades nacionales no generen proyectos solo desde una mirada del centro, sino que escuchen a las organizaciones y actores locales para entender sus necesidades. Para ello sostienen que es menester que la entidad cree espacios de diálogo y vías de conexión con los pueblos indígenas.

De acuerdo a los estudios presentados se muestra que en diferentes campos el PBP ha demostrado tener limitaciones para llevar impactos significativos en la zona de frontera. Aún queda un largo camino por recorrer y para eso también es importante entender qué factores explican las limitaciones tanto a nivel técnico como político, pero paralelamente es menester reconocer el avance que ha tenido el PBP en la frontera norte tomando en cuenta que hace 20 años no había una institución de esta envergadura que diera visibilidad las necesidades de quienes habitan en esta zona.

Resulta sustancial mencionar que la presente investigación no plantea una relación directamente causal entre lo que sucede a nivel de salud en la zona fronteriza y el papel del PBP. De acuerdo a lo que ha sido presentado en los anteriores párrafos, se argumenta que al ser el PBP la entidad con mayor capacidad de acción y nivel de comunicación política al más alto nivel en esta zona de frontera, se espera que su participación en la mejora de la situación en torno a salud sea significativa. Teniendo esta idea presente, a continuación, serán presentados diversos indicadores en torno a salud que están comprendidos dentro del periodo de estudio, así como un recuento de los proyectos que han sido desarrollados por el PBP para evaluar el impacto que ha tenido en este sector.

2.3. Evaluación de los objetivos del PQS 2013-2019

De acuerdo a lo presentado en anteriores párrafos, el PQS ha sido uno de los proyectos más ambiciosos a nivel fronterizo en el Perú. Durante el año 2013 – 2017 determinó los lineamientos sobre los cuales se debían desarrollar los proyectos de la salud en la zona fronteriza. A pesar de que el PBP no tiene un rol explícito en el PQS, todos los proyectos que desarrolla el PBP se encuentran necesariamente enmarcados en políticas generales del Estado. En este caso, al ser el PQS la principal normativa en materia de salud en la frontera norte, se presupone que los proyectos del PBP en este campo han estado dirigidos bajo los mismos objetivos del PQS. Por ello, una de

las medidas para evaluar el impacto del PBP en materia de salud durante el periodo de estudio será a través de la evaluación de los indicadores de impacto establecidos por el PQS 2013-2017¹. Se tomará como referencia la línea basal sobre la que fueron construidas las metas para comprobar el grado de avance que se ha tenido en un periodo de 4 a 6 años.

Entre los proyectos con más fuerza que impulsó el PQS fueron las redes binacionales de salud que lograron ser implementadas en tres corredores: Tumbes - El Oro, Loja-Piura y Jaén-Zamora permitiendo compartir información epidemiológica y construir conocimiento compartido para combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles (Gobierno de Ecuador, sf).

Respecto a las enfermedades transmisibles como la malaria y el dengue se ha visto una reducción significativa entre los años 2013 y 2019, aunque las metas quinquenales del PQS planteadas para el 2017 aún no han sido logradas. De acuerdo a la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el 2013 Tumbes presentó una incidencia de 0,37 diagnósticos de malaria por cada 1000 habitantes, el cual se redujo a 0,29 en el año 2019. La meta inicial para este indicador en Tumbes fue de 0,19. En Amazonas, en el periodo de estudio se vio un aumento de casos de malaria de 0,01 a 4,32 por cada 1000 habitantes. En Cajamarca, las cifras de esta enfermedad se redujeron en el 2017 pero en el 2019 volvió a ser la misma que la línea basal. Loreto y Piura fueron los departamentos que sobrepasaron las metas quinquenales de casos de malaria, ambos presentaron una reducción de más del 50% de casos. Acerca del brote de casos de dengue se mostraron reducciones significativas en Piura, Amazonas y Loreto con una reducción promedio del 40%. En el 2013, Tumbes presentaba 36,48 casos por cada 10,000 habitantes, la meta para el 2017 fue llegar a 18,24; sin embargo, solo se alcanzó reducir hasta 20,41 casos. En Cajamarca, el dengue se incrementó en más del 50% pasando de 0,56 diagnósticos a 2,59 en seis años.

En relación a las enfermedades no transmisibles, el PQS no estableció metas quinquenales para el porcentaje de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. Se encuentra que hubo una reducción de casos en la mayor parte de regiones que abarca la frontera, pero paralelamente se mostró un aumento en Jaén y Bagua. En el lapso de seis años, Tumbes pasó de 12,6% a 11,8%; Piura de 18,6% a 14,2%; Loreto

¹ Para las provincias de Jaén, Bagua y Loreto, se usarán los datos agregados de los departamentos de Cajamarca, Amazonas y Loreto respectivamente.

de 16,6% a 12,5%; Jaén aumento de 12,7% a 15,8%; y Bagua incrementó en 0,1%. En cuanto al caso de diabetes mellitus, uno de los logros más importantes se dio en Tumbes, que redujo en 63% el número de diagnósticos.

Sobre la alimentación y nutrición saludable la obesidad ha sido un tema cada vez más preocupante en la zona fronteriza. Iñigo Maneiro, tras vivir más de 20 años con diversos pueblos indígenas de la frontera peruano-ecuatoriana, comenta que en la última década el número de personas con obesidad en los pueblos indígenas se ha incrementado exponencialmente (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Para el 2019, la Diresa de Jaén presentó 43,2 casos por cada 1000 habitantes; Bagua, 42,2 y Loreto, 13,6 diagnósticos. En cuanto a la desnutrición infantil crónica que abarca a los menores de 5 años, todas las regiones han mostrado una disminución importante, pero en ninguna región se logró sobrepasar la meta propuesta por el PQS.

El último indicador de impacto que propone el PQS corresponde a la Salud Materno Infantil donde una de las variables más relevantes es el embarazo adolescente. En Tumbes hay un aumento de 17,5% a 22,2% del total de embarazos en el periodo de estudio; Piura muestra un incremento de 3,1% de casos; Cajamarca del 2,6%; Loreto del 2,8%; siendo Bagua la única provincia con una reducción del 22,8% sobre la base de 35,13% de embarazos adolescentes, sobrepasando la meta quinquenal inicial de 28,1%.

En cuanto a los recursos de infraestructura y profesionales de la salud, la Superintendencia Nacional de Salud muestra que entre el 2012 y 2019 hay mejoras en puestos de salud a nivel absoluto, pero aún con mejoras por hacer. Por ejemplo, Cajamarca en el 2012 contaba con 23 hospitales, 168 centros de salud y 737 puestos de salud, después de 7 años aumentó en 48 puestos de salud, 12 centros de salud y 1 hospital. Son particularmente las zonas rurales aquellas que continúan con un mayor déficit de infraestructura para atender casos más complejos de enfermedades. El Ministerio de Salud realizó un diagnóstico en el 2020 sobre los establecimientos de salud de estos departamentos fronterizos, en el cual encontró que en más del 95% de los centros de primer nivel de atención no se contaba con la capacidad instalada adecuada.

Asimismo, otro de los problemas que resalta en este territorio es la falta de médicos y, más aún, de especialistas. En caso de gravedad, los pobladores se ven obligados a viajar por horas para ser atendidos. El único departamento fronterizo que superaba los 10 médicos por cada 10 mil habitantes en el 2019 era Tumbes (MINSA,

2019). Piura, Cajamarca y Loreto tenían en promedio 7 médicos por cada 10 mil habitantes y habían comenzado con una base de 4 médicos en el 2012.

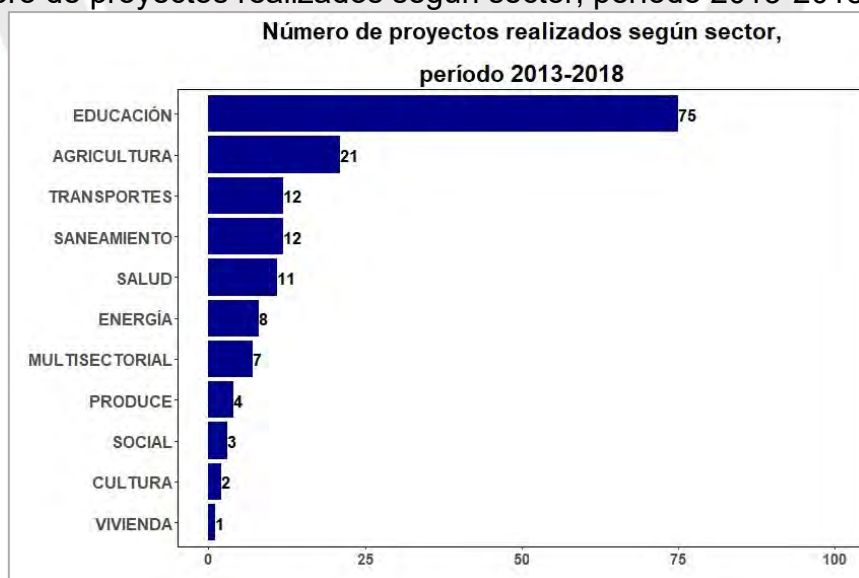
Las estadísticas muestran mejoras en algunos indicadores, no obstante, las mejoras son modestas al compararlo con los objetivos iniciales que el PQS se planteó para un período de 4 años. Este Plan fue renovado en el año 2018 hasta el 2022, por lo que es crucial continuar evaluando la evolución de los indicadores en los temas de salud presentados. El siguiente apartado hará un recorrido por el papel que ha tenido el PBP en salud desde el año 2013 al 2019.

2.4.- Impacto del PBP sobre la zona fronteriza en materia de salud a partir del año 2013

Para evaluar el desempeño directo del PBP en materia de salud será presentado el número de proyectos relacionados al sector salud que el PBP ha financiado con el Fondo Binacional e información interna sobre las evaluaciones de campo proveídas por el PBP.

Como se muestra en la figura 1, durante el periodo 2013-2018² el PBP ha concentrado principalmente sus esfuerzos en educación, agricultura y, con una gran diferencia, en transportes. En los cinco años analizados, solo se registran en el portal institucional once proyectos de salud sin contar el multidepartamental (1 solo proyecto).

Figura 1. Número de proyectos realizados según sector, período 2013-2018



Fuente: Portal institucional del Plan Binacional: Capítulo Perú.
Elaboración propia.

² El portal institucional del Plan Binacional: Capítulo Perú solo tiene sistematizado los proyectos hasta el año 2018.

Con el respaldo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información –Ley N° 27806— se obtuvo acceso al presupuesto total que se gastó solo en proyectos de salud durante los años 2013 – 2019, el cual asciende a 2.793.487 dólares americanos. Lo cual es un presupuesto bastante modesto para seis años de trabajo en un territorio bastante extenso.

En la figura 2 se muestra la evolución de los proyectos desde el año 2013. Como se puede visualizar, la salud ha pasado casi desapercibida para la institución en el periodo de estudio, años donde más respaldo ha tenido este sector desde el gobierno central. Los objetivos establecidos como líneas prioritarias en el portal del Plan Binacional hacen mención a que la salud es una de sus líneas prioritarias, sin embargo, esto no ha sido reflejado en la ejecución de proyectos.

Figura 2. Número de proyectos realizados, según sector y periodo 2013-2018



Fuente: Portal Institucional del Plan Binacional: Capítulo Perú. Elaboración propia.

Entre el año 2013 y 2019, el departamento con mayor número de proyectos de salud ha sido Amazonas con una inversión de \$929.469, del cual el 61,76% proviene de fondos proveídos por el Fondo Binacional (PBP, 2021). Por otro lado, los departamentos con menores proyectos concretados en materia de salud fueron Tumbes y Loreto (ver Tabla 01), a pesar de que las provincias fronterizas de Loreto son uno de los territorios con más necesidades. En ambos casos el financiamiento fue cubierto solo con el Fondo Binacional, más no de gobiernos locales/regionales. En el informe entregado por el PBP para el desarrollo de esta tesis, no se especifica el rol del financiamiento internacional en el desarrollo de proyectos de salud. Solo se especifica que lo que no proviene del Fondo Binacional, es financiado por gobiernos locales/regionales. Esta situación sorprende ya que una de las ventajas del PBP es

su capacidad de buscar financiamiento internacional para cubrir sus iniciativas. En el siguiente capítulo se explorará a profundidad el rol de los gobiernos locales/regionales y por qué han resultado importantes para el número de proyectos concretados en las provincias que integra la frontera peruano-ecuatoriana.

Tabla 01. Resumen de Proyectos Nacionales Sector Salud 2013-2019

N°	Departamento	Años	Proyectos/ Estudios	Financiamiento US\$		
				FB	Otros	Total
1	Amazonas	2015-2016	5	574.085	355.384	929.469
2	Cajamarca	2013-2016	2	145.009	58.607	203.616
3	Loreto	2016	1	60.936	0.000	60.936
4	Piura	2013-2015	2	555.064	910.039	1,465.103
5	Tumbes	2017	1	100.000	0.000	100.000
6	Multidepartamental	2013	1	22.360	12.000	34.360
	Total		12	1,457.455	1,336.031	2,793.485

Fuente: Plan Binacional: Capítulo Perú (2021).

El desarrollo de proyectos en esta materia ha estado guiado por dos objetivos: 1) Reducir la brecha de infraestructura y mobiliario de los establecimientos de salud, y 2) Colaborar en una mejor atención en estos establecimientos (PBP, 2021). En cuanto a los proyectos binacionales, aunque el PBP no recibió un rol significativo en el PQS, sí fue partícipe de las coordinaciones que se dieron entre ambos ministerios de salud (PBP, 2021). Recién en el 2019, que inician las reuniones para llevar a cabo la implementación de una red de telemedicina en la Cuenca del Río Napo en Perú y el Hospital Binacional Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte en Ecuador, el PBP comienza a tener una presencia más sólida en materia de salud a nivel binacional.

Sobre el total de proyectos concretados en la zona, 83% se centra en infraestructura y equipamiento, 1 se trató de un programa para prevenir el VIH y otro se financió para un diagnóstico sobre los establecimientos de salud en el territorio. La última supervisión de campo que realizó el PBP en torno a los proyectos de salud se dio en el año 2017. En esta evaluación se encontró que, del total de proyectos sobre infraestructura y equipamiento, solo el 20% se encontraba en condiciones óptimas, el resto tenía un estado regular (PBP, 2021). Debido a la ausencia de presupuesto para mantenimiento de equipos e infraestructura por parte del Estado, la rapidez del deterioro de lo invertido fue mayor a lo esperado. El personal de los establecimientos de salud terminaba haciéndose responsable de los gastos del mantenimiento, en la medida de lo posible (PBP, 2021). Asimismo, una carencia que impacta diversos

procesos como la capacitación del personal de salud y el seguimiento de los pacientes fue la falta de acceso a Internet y equipos de cómputo.

En esa línea, en Amazonas se encontró que el 60% de los establecimientos de salud no contaban con agua ni desagüe (PBP, 2021), una cifra inmensa. La ausencia de conexión a agua potable ha estado altamente relacionado a niveles más alto de anemia, malaria y dengue. Otro de los problemas más graves que se encontró en esta zona es que solo el 10% de mujeres daban a luz en un centro salud (PBP, 2021). Ello no solo deja expuesto a decenas de mujeres a tener complicaciones durante el parto, sino también a encontrarse relativamente lejos de los centros médicos cuando esto sucede. Sobre este tema, las mujeres awajun han demandado incorporar espacios para llevar a cabo un parto vertical de acuerdo a las tradiciones de su cultura, así como permitir que los familiares permanezcan en el establecimiento de salud durante el tiempo que demore la madre (PBP, 2021).

El PBP ha llevado a cabo programas de sensibilización en torno al VIH, la anemia y la desnutrición. Respecto al primero, las cifras muestran un aumento de personas que contraen el virus, por lo que las campañas de prevención han mostrado ser bastante limitadas. En cuanto a la anemia y desnutrición, se ha realizado un trabajo intenso por capacitar a la población para el consumo de una dieta con alto valor nutricional. No obstante, como se ha presentado en la sección anterior, los indicadores muestran mejoras modestas.

De acuerdo a lo presentado, el PBP es en definitiva una entidad prioritaria en la frontera, a pesar de que demuestra haber tenido un impacto bastante limitado durante el periodo 2013-2019. Parte de la labor de esta entidad es articular y coordinar con los sectores respectivos para hacer posible la movilización de recursos con el fin de cubrir la mayoría de necesidades posibles. En aquellos casos donde el Estado no se muestra dispuesto o con la capacidad necesaria, el PBP tiene la personería jurídica para buscar financiamiento internacional para concretar sus proyectos. Las iniciativas del PBP han sido importantes para la zona fronteriza, pero aún queda un camino largo por recorrer que necesita de un manejo técnico y político óptimo.

En ese sentido, sí se muestran mejoras en las cifras de enfermedades transmisibles, no transmisibles, casos de obesidad, desnutrición crónica y embarazo adolescente, en algunas regiones más que en otras, pero incluso donde los números se reducen continúan estando muy por encima de las metas quinquenales y la media esperada. Por otro lado, el número de proyectos terminados ha ido en caída y han

terminado siendo proyectos muy puntuales como la construcción de una posta médica o un puesto de salud, pero no hay un pensamiento estratégico que trascienda hacia un accionar más programático (I. Maneiro, entrevista, 18 de 2021). Sin lograr estos resultados materiales a gran escala, el PBP queda propenso a que coloquen en cuestión su existencia y alcance. ¿Cuáles son los factores que han dificultado un mejor desarrollo en la zona en lo que respecta a salud si cuentan con presupuesto por parte del Estado y apertura a buscar financiamiento externo? En el siguiente capítulo serán analizados los aspectos técnicos y políticos que abordan estos factores.



Capítulo 3. El PBP en medio de un territorio que demanda administración eficiente, enfoques complejos y articulación política multinivel

3.1. El PBP desde la raíz: el diseño técnico que rodea su accionar público

Los factores que influyen en el actuar de los organismos públicos responden tanto a componentes técnicos como políticos. En esta sección se evaluará aquellos rasgos a nivel técnico que dificultan lograr alcances más significativos en materia de salud por parte del PBP en la zona de frontera. Durante el análisis se realizará el contraste que ocurre con el ingreso de Eduardo Martinetti como director en el año 2017 para evaluar si existe un efecto en el sistema de gestión y el uso del enfoque intercultural y territorial del PBP.

3.1.1.- El sistema de gestión del PBP

Uno de los rasgos principales de los que depende el funcionamiento de cualquier institución –sea esta pública o privada— es su calidad de sistema de gestión. Un buen sistema es aquel en el cual el gestor y los funcionarios cuentan con visión a futuro, objetivos a mediano y largo plazo, y también tienen claro el camino que deben seguir para alcanzarlos (Sánchez, 2003). Fernando Sánchez (2003), asesor especial del secretario ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, sostiene que la gestión por objetivos es el sistema óptimo que las instituciones deben seguir para lograr ser eficientes y eficaces. Este tipo de gestión conecta la planificación estratégica con la planificación operativa.

La planificación estratégica determina las metas de largo alcance, las cuales son definidas a partir de la evaluación de las necesidades públicas por las que ha sido creada la entidad, pero también tomando en cuenta las capacidades y limitaciones de sus funciones (Sánchez, 2003). Por otro lado, la planificación operativa se encarga de diseñar cómo serán logrados los propósitos establecidos en la planificación estratégica. Para ello deben elaborarse planes que especifiquen los medios y las metas a mediano plazo, las cuales deben ser evaluadas periódicamente (Sánchez, 2003). Debe estar claro cuál será el uso de los recursos, las áreas de focalización y deben ser presentadas rendiciones de cuentas a lo largo de los procesos. Este tipo de administración requiere de funcionarios que estén conectados con la visión de la institución, capaces de llevar a cabo un análisis crítico de sus fortalezas y debilidades, quienes también cuenten con capacidades de innovación y fomenten iniciativas propias.

Dependiendo de los resultados de la gestión por objetivos se puede poner en cuestionamiento la continuación de vigencia de la institución o, por el contrario, pueden llegar a tener los argumentos necesarios para respaldar su existencia y sostenibilidad en el tiempo. Este punto resulta de particular interés para el presente caso de estudio debido a que el Plan Binacional no es una institución cuya subsistencia esté asegurada para siempre. De hecho, se trata del caso opuesto, el Plan Binacional solo fue establecido como un mecanismo institucional por un lapso de 10 años (1998-2008), luego fue renovado por cinco más (2009 – 2014), posteriormente se realizó una ampliación adicional de 10 años hasta el 2025 (El Peruano, 2015). Por consiguiente, al evaluar los resultados del PBP es válido preguntarse si es una institución que debe continuar ampliando su vigencia o si los motivos por la cual se creó no están siendo satisfechos y necesita una reforma o, en el extremo de los casos, ya no debe existir. Este tipo de preguntas son a las que se someten las entidades que se rigen de acuerdo a una gestión por objetivos con el fin de alcanzar una mejora constante.

En los párrafos posteriores de este apartado se evaluará si se puede sostener que el PBP ha estado administrado a través de una gestión por objetivos, de no ser el caso, se evaluará bajo qué tipo de administración de recursos, operaciones y estrategias se ha encontrado.

En lo que respecta a la planificación estratégica, desde el inicio del PBP se ha establecido un objetivo general que en su página detallan de la siguiente forma: “[...] coadyuvar a mejorar el nivel de vida de las poblaciones del norte y nor-oriental del Perú y del sur y oriente del Ecuador [...]” (Plan Binacional, s/f). Luego, especifica cuáles son los programas que utilizará para lograr tal propósito sin hacer mayor referencia a otros fines más precisos. Este propósito muestra ser bastante genérico y poco concreto, ya que no cuentan con metas a mediano plazo mediante las cuales pueda ser evaluado su desempeño como institución.

En efecto, al entrevistar a Iñigo Maneiro, especialista y funcionario del PBP, se encontró que hasta el ingreso de Eduardo Martinetti como director, el funcionamiento del PBP no respondía a ningún plan estratégico (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Por el contrario, la entidad solo actuaba de acuerdo a solicitudes específicas de los alcaldes, lo cual se ejemplifica en la siguiente cita:

“[...] llegaba un alcalde de la zona fronteriza de Piura, Tumbes, Cajamarca, Amazonas o Loreto –sobre todo de Piura, Tumbes, Cajamarca— venía con una

inquietud [...] de necesito un puente para cruzar este río, un colegio, sistema de agua potable, sistemas de luz, material escolar y el Plan Binacional iba respondiendo a eso. No había una estrategia, había una respuesta a pedidos concretos.” (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021)

Durante el periodo de estudio, el método para aprobar un proyecto en la zona de frontera consistió alrededor de un expediente técnico que debía ser elaborado por el gobierno local/regional donde se especificaran las necesidades que la iniciativa planteaba cubrir y un aporte inicial de al menos el 20% del financiamiento. Con estos documentos, el PBP se encargaba de aprobar o rechazar la solicitud.

La ausencia de una estrategia en las instituciones perjudica el desenvolvimiento de las funciones para las que ha sido creada el ente. Particularmente en este caso, al depender de una autoridad política para tomar acción sobre el territorio, se deja en manos de la capacidad de alcaldes y gobernadores para hacer uso de los recursos. Por ende, si una autoridad pública a nivel municipal, provincial o regional no era lo suficientemente astuta o capaz de realizar las conexiones con el PBP y llevar a cabo sus solicitudes, el accionar del PBP sobre ese territorio era prácticamente nulo. Esto se muestra en el caso de Loreto, donde entre el año 2013 y 2019 solo se realizó un proyecto de salud financiado por el Fondo Binacional, pero sin aportes del gobierno local/regional (PBP, 2021)

De acuerdo a lo que menciona Iñigo Maneiro (entrevista, 18 de junio de 2021), solo había un sector donde sí había una planificación a profundidad: la construcción de infraestructura vial. Esto sucedía pese a que, de acuerdo al portal institucional del PBP, las prioridades del Fondo Binacional –bolsa de recursos económicos proveniente de cada Estado— eran, además de la infraestructura vial, la electrificación, la salud, educación, agua, saneamiento y el fortalecimiento del aparato productivo local (Plan Binacional, s/f). Al ver el panorama de la planificación estratégica, las expectativas de la planificación operativa eran desalentadoras. Ya que no había fines concretos en el tiempo, los medios para alcanzar el objetivo general se hacían más difusos. No había claridad de quiénes serían los operadores encargados ni lo que se quería lograr.

Al ingresar Eduardo Martinetti a la dirección del PBP en el año 2017, la situación estratégica y operacional cambian. Él decide desarrollar una planificación estratégica basada en los recursos y capacidades de la institución, pero también de las necesidades del territorio fronterizo. En ese momento se decide focalizar los recursos en las provincias de Bagua, Condorcanqui y Dátém del Marañón, específicamente

aquellos distritos que integran la frontera peruano-ecuatoriana. Iñigo Maneiro menciona que este proceso tuvo una duración de varios meses, pero que esta vez se establecieron objetivos concretos con una visión a mediano y largo plazo, así como los pasos que se seguirían para alcanzarlos (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). El resultado de ese trabajo se encuentra en el Plan Operativo Multianual 2017-2019 del PBP, el cual se traduce en el Programa de inversión inter cuencas amazónicas 2019-2019 (PIICA-I). Con la salida de Martinetti, se han dado una serie de cambios en el directorio pasando hasta por tres personas distintas y al momento de desarrollar la tesis el PBP no tiene director. En consiguiente, ha primado la continuación de lo elaborado por Martinetti, pero no se ha vuelto a realizar evaluaciones posteriores para analizar lo que funciona y lo que no. Se ha optado por seguir la misma ruta planteada por el diplomático.

Como se ha mostrado, el PBP ha carecido de un sistema de gestión por objetivos y, por el contrario, se ha guiado principalmente de un arreglo institucional basado en proyectos a contrapedido, que no responden necesariamente a visiones propias de la institución perjudicando la atención que la salud ha debido tener como rama prioritaria del PBP. Momentáneamente la institución contó con un plan estratégico y operacional más elaborado, pero que no contiene más evolución tras la salida de Martinetti como director del PBP.

3.1.2.- Déficit de enfoque territorial e intercultural

Considerando los actores que componen la frontera y la diversidad territorial que existe en los límites entre Perú y Ecuador, dos enfoques resultan centrales al momento de realizar el diagnóstico, la implementación y evaluación de los proyectos del PBP: el enfoque territorial e intercultural.

El enfoque territorial ha sido una alternativa a la visión de lo rural como completamente opuesto a lo urbano y con un prejuicio de ser un espacio poco desarrollado (Fernández, Fernández y Soloaga, 2019). El territorio como concepto permite tener un mejor entendimiento de las dinámicas que enmarcan los espacios rurales y con poblaciones indígenas, entendiendo que coexisten con lo urbano y que son los propios habitantes los que definen el tipo de actividades socioeconómicas que se producen en estas zonas (Fernández et al, 2019). Por lo tanto, el enfoque territorial no corresponde necesariamente a una ubicación geográfica, sino a una construcción social e histórica de cómo se han desarrollado las dinámicas en la zona.

En base a lo mencionado, hasta el año 2017 el PBP carecía de un plan estratégico y operativo que permitiera focalizar sus inversiones en territorios específicos. Al establecer el Programa de Inversión Inter Cuencas Amazónicas (PIICA-I) se logra salir de un marco espacial dividido solo a nivel departamental, provincial o distrital. En ese momento, el enfoque pasa a ser territorial, dividiendo las zonas por las cuencas de los ríos Cenepa, Santiago, Nieva y Morona (Martinetti, 2018).

Al igual que las prioridades que el Fondo Binacional del Plan Binacional establece, el PIICA-I determina los siguientes sectores de focalización: productiva, conectividad, social, fortalecimiento de capacidades y desarrollo urbano (Plan Binacional, s/f). La salud pasa a estar incluido dentro de la línea social, donde se especifica que los productos principales son de infraestructura en salud. No obstante, como se ha mostrado en el capítulo 2, entre el año 2018 y 2019 no se han registrado proyectos de salud por parte del PBP. Esto último entra en conflicto con los objetivos de priorización que ha tenido tanto el Fondo Binacional como el PIICA-I. Lo único que se tiene en salud sucede entre el 2013 al 2017, por lo que el enfoque territorial que ingresa en el 2017 a la prospección de la institución no es aplicado en torno a salud.

Por otro lado, teniendo en cuenta la diversidad de pueblos indígenas que habitan en la frontera norte, la perspectiva intercultural es el segundo enfoque que se vuelve central para una institución como el PBP. Esta visión implica un continuo diálogo entre culturas que permita un aprendizaje mutuo y no la imposición de una sobre otra (Ministerio de Cultura, 2013). La importancia de incluir este enfoque en el Estado tiene sus inicios en los 90s, pero toma más fuerza a inicios del siglo XXI. De hecho, ya en el año 1993 Perú había firmado y ratificado uno de los convenios internacionales más relevantes en torno a los pueblos indígenas: Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, marco normativo que exige el cumplimiento de una serie de principios fundamentales para esta población. En cuanto a salud, el énfasis ha estado concentrado a dos esferas: las normas técnicas y la adecuación cultural de los servicios (Correa, 2011). Sin embargo, el alcance de estas dimensiones ha sido escaso por la falta de inversión en la capacitación del personal y la concentración de la adaptación de los servicios en las gestantes indígenas, pero no en infantes y adultos mayores (Correa, 2011). Esto se acompaña de condiciones muy precarias en las que trabaja el personal de salud, reduciendo la magnitud del impacto de marcos normativos como el de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

En el 2015, el Ministerio de Cultura publicó una Guía para la aplicación del enfoque intercultural en los servicios públicos en la cual propone 7 pautas para evaluar si es o no un servicio con pertinencia intercultural: 1) Conocimiento de la población y el servicio, 2) Incorporación de la perspectiva intercultural en el Plan Estratégico y los Planes Operativos, 3) Disposición de la infraestructura adecuada, 4) Asegurar la comunicación en una perspectiva de diálogo intercultural, 5) Elaboración y difusión de documentación acorde a los códigos, lengua y comprensión de los diversos grupos de población, 6) Adecuación de los instrumentos de gestión y aplicación de la normatividad, y 7) Desarrollo de capacidades en los recursos humanos para la incorporación y aplicación del enfoque intercultural. Estas pautas serán abordadas para evaluar el avance que ha tenido el PBP respecto a este enfoque.

Primero, uno de las características del PBP frente a actores estatales como los ministerios que se rigen desde Lima, es su conocimiento de la frontera peruano-ecuatoriana y de la diversidad de actores que la integran. No obstante, este conocimiento no está necesariamente generalizado entre los funcionarios, ya que no todos viajan de forma constante a la zona de acción. Sin embargo, existen por lo menos dos operadores en la zona que se encuentran de forma recurrente y que conocen a profundidad la realidad de los pueblos indígenas que habitan a lo largo del territorio amazónico de la frontera (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021).

Asimismo, el PBP ha financiado algunos estudios de diagnóstico con la finalidad de tener un mejor conocimiento de las necesidades de los pueblos indígenas, por ejemplo: el diagnóstico de la situación actual de los diferentes pueblos indígenas amazónicos y estrategia de intervención (2011) y diagnóstico para identificar las capacidades de voz, data y video que involucra datos generales, ubicación (referencia y contrarreferencia), georreferencia de y entre los Puestos de Salud (2013). El énfasis en los diagnósticos es mucho más potente desde el año 2019, donde se realiza el Estudio sobre los pueblos indígenas de la Amazonía peruana en la región de integración fronteriza del Perú con Ecuador (2020) y el Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui (2020).

Segundo, en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural en el planeamiento estratégico y presupuesto. De acuerdo a lo explicado en anteriores párrafos, hasta el 2017 el PBP no contó con un planeamiento estratégico definido, por lo que tampoco había podido establecer este enfoque en sus objetivos. Recién en el PIICA-I se incluye a la interculturalidad como una de los rasgos de las metas

establecidas (Plan Binacional, s.f.). Aunque este fue agregado a los lineamientos, no se generaron proyectos de salud durante el período de vigencia del PIICA-I. Entonces, el enfoque intercultural es incluido, pero no aplicado en el sector salud. En otras materias como educación, la presencia del enfoque intercultural se muestra incluso desde el año 2012 para el caso de Cajamarca.

Tercero, en cuanto a la infraestructura del PBP, no está adaptado a una visión más intercultural, pero esto responde principalmente a que no existe una sede del PBP en diferentes puntos de la frontera, solo se encuentra Lima. Esto conlleva conflictos en el proceso de socialización que serán analizados en el siguiente subcapítulo.

Respecto al cuarto y quinto punto, en cuanto a la comunicación, documentación y acceso a los servicios de los proyectos que ha desarrollado el PBP, se ha tomado en cuenta el tema de accesibilidad, más no el de inclusión de cosmovisiones distinta a la cultura dominante. La accesibilidad ha implicado comunicación en más de una lengua reflejado en anuncios, manuales, entre otros. Por ejemplo, en el proyecto de Intensificación de las Acciones de Prevención y Control del VIH/SIDA en el distrito de Imaza, Condorcanqui, el cual duró desde el 2015 al 2017, fueron utilizadas las lenguas, símbolos e interpretación de la cultura tradicional (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021)

La ausencia de inclusión de la cosmovisión indígena en los proyectos es de particular relevancia debido al impacto que ha tenido en la salud el conflicto de los modelos de desarrollo. Tomar en cuenta la visión cultural de los pueblos indígenas implica también un trato ya no de padrino, sino verlos y valorarlos en su propia riqueza. Ello implica tomar acción sobre la limpieza de los ríos, la lucha contra la contaminación ambiental y todo lo que la fomenta, reemplazar los desayunos embolsados que ofrece Qali Warma por productos tradicionales de las comunidades que refuercen sus habilidades tradicionales, entre otros.

Sexto, sobre la normatividad y códigos internos bajo los que se rige la institución, en este caso no son principales porque el PBP no es el ejecutor de los proyectos, sino quien propone, promueve y articula los proyectos en múltiples niveles y sectores. Por último, uno de los puntos más débiles que ha tenido la promoción de la interculturalidad es la escasa fuerza que se le brinda a la capacitación del personal que ofrece los servicios. En la lista del PBP no se encuentran proyectos dirigidos a preparar a médicos, enfermeras y personal de salud con una visión guiada por la

coexistencia de diversas culturas, de las cuales hay un aprendizaje constante y que la medicina alternativa también utiliza.

En suma, se han realizado esfuerzos por incluir el enfoque intercultural, pero aún existe un camino largo por recorrer. De forma particular, se muestra necesario comenzar a cuestionar cómo la falta de inclusión de las cosmovisiones indígenas está impactando en su salud, calidad de vida y bienestar. Hasta el momento, los resultados desde una mirada más occidental revelan resultados que paralelamente generan perjuicios: ríos contaminados, flora y fauna en extinción, y más.

3.2. Un organismo articulador a medias

Una de las principales funciones del PBP ha sido articular con su contraparte ecuatoriana, así como con gobiernos subnacionales, ministerios, organizaciones no gubernamentales, líderes de la sociedad civil y profesionales de la academia. En esta sección serán evaluados los principales ejes de coordinación política que hacen posible alcanzar proyectos de salud eficientes, sostenibles y capaces de cumplir con las necesidades del territorio. Por ello, se abordará la relación del PBP con el capítulo ecuatoriano, el Ministerio de Salud y finalmente con las organizaciones y líderes de la sociedad civil.

3.2.1.- La relación potencial entre el capítulo peruano y ecuatoriano

El Plan Binacional se creó con el objetivo de lograr un trabajo conjunto institucionalizado entre Perú y Ecuador en la frontera, ya que en territorios fronterizos el potencial alcance que se puede lograr a través de un trabajo conjunto con la contraparte es mucho mayor del que puede ser alcanzado solo por el trabajo independiente de cada Estado. Esto se refleja particularmente en territorios tan extensos como el peruano y con una geografía de alta complejidad que impide tener un acceso rápido a la zona con maquinaria y recursos desde la capital.

En este apartado se pondrá en cuestión en qué medida el objetivo de trabajar en conjunto con el capítulo ecuatoriano con la visión de lograr un mayor desarrollo en salud en la zona de frontera ha sido plenamente alcanzado. Para ello serán utilizadas las herramientas teóricas del institucionalismo neoliberal de Robert Keohane para entender la articulación bilateral del capítulo peruano del Plan Binacional con el ecuatoriano. Esta teoría reconoce que, a pesar de vivir en un sistema anárquico, existen regímenes e instituciones que moldean el comportamiento de los Estados y definen una interpretación de su accionar (Keohane, 1989; Rittberger, 1993). Se

entiende como instituciones al “conjunto de reglas (formales e informales) persistentes y conectadas, que prescriben papeles de conducta, restringen la actividad y configuran las expectativas” (Keohane, 1993, p.20). Sin embargo, el autor reconoce que a pesar de la incidencia que pueden tener las instituciones en los Estados, siguen dependiendo en gran medida de estos últimos (Keohane, 1993). El nivel de enraizamiento de las reglas, tratados, acuerdos, mecanismos depende del interés que los involucrados les brindan para continuar fortaleciéndose. Por ello, Keohane (1993) hace énfasis en la importancia de los intereses mutuos y la institucionalización para que estas reglas sean realmente efectivas.

Por un lado, se encuentra que al más alto nivel político Ecuador y Perú están altamente institucionalizados, poseen en conjunto más de 40 mecanismos de cooperación y coordinación. De acuerdo al ex jefe de la carpeta Ecuador en el Ministerio de Relaciones Exteriores, Martín López de Castilla, “la relación bilateral está perfectamente institucionalizada, el marco jurídico que tiene es envidiable.” (entrevista, 04 de junio de 2021). Las reuniones no solo han ido incrementando a los sectores involucrados, sino también han permanecido estables durante el tiempo. Uno de los más importantes para ambos países ha sido el Gabinete Binacional, el cual abarca 5 ejes de operación: seguridad y defensa, temas ambientales, promoción comercial, área social e infraestructura. Cada año se realizan compromisos entre ambos Estados que es evaluado en el siguiente año de reunión por los presidentes y ministros respectivos (M. López de Castilla, entrevista, 04 de junio de 2021). En cuanto al Plan Binacional en sí mismo, los directores de los capítulos se reúnen anualmente para discutir los avances de los proyectos llevados a cabo por cada capítulo y establecer nuevas proyecciones para el siguiente período. En el período de estudio se encuentra continuidad de reuniones desde el 2013 hasta el año 2018. Otro medio por el que los directores de ambos capítulos tienen reuniones es en la Comisión de Vecindad que es presidida por los Cancilleres de ambos estados. En este encuentro, los directores de ambos capítulos exponen los proyectos ejecutados de acuerdo a los compromisos preestablecidos y cuántos quedan pendientes. Más allá de estas reuniones periódicas, se muestra una serie de falta de incentivos por parte de ambos Estados de hacer efectiva esta relación de coordinación en el territorio, fuera de la esfera de la alta política.

Ambos capítulos trabajan de forma independiente uno del otro y bajo una normativa distinta que responde a cada Estado. En el caso de los proyectos

binacionales existe un tratamiento a manera de 'espejo' del presupuesto económico que reciben, es decir, cada capítulo se divide el 50% que le corresponde y sobre eso trabajan de forma totalmente independientemente (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021). En la entrevista con Luis Espinoza, director de coordinación del PBP, se mencionó que llevar a cabo un proyecto en conjunto resulta administrativamente más costoso porque implica que cada capítulo coordine con las entidades respectivas para tomar decisiones y por la normativa no era viable que el Plan Binacional tome decisiones de forma independiente en la frontera (entrevista, 04 de junio de 2021). La independencia entre ambos capítulos también se traduce al momento de buscar financiamiento externo: cada entidad busca sus propios contactos, por lo que hay casos donde el capítulo ecuatoriano logra recaudar fondos económicos y el peruano no o, al contrario. Solo excepcionalmente se han dado iniciativas de cooperación conjunta entre ambos capítulos con un financiador externo; incluso, aunque en las negociaciones sí se menciona la posibilidad de proyectos binacionales, el enfoque principal es de forma independiente. Inclusive, cuando se ha logrado obtener fondo binacional, el proyecto en vez de realizarse en zonas cercanas entre Perú y Ecuador, fueron a zonas muy alejadas, que hacía perder el sentido de recaudar un fondo 'binacional' (R. Salgado, entrevista, 08 de junio de 2021).

Lo que se encuentra entre ambos capítulos son algunas conexiones, pero no lazos de coordinación y trabajo conjunto (R. Salgado, entrevista, 08 de junio de 2021). Existe una buena relación entre ambos Estados que se sostiene incluso en múltiples mecanismos más allá del Plan Binacional, pero que en la práctica no se traduce a una colaboración efectiva en el territorio. Ya que la institucionalidad no solo es definida por el número de mecanismos y acuerdos, sino por la efectividad de ellos, para lo que se requiere necesariamente incentivos de ambas partes por hacer que se cumplan (Keohane, 1993). En ese sentido, aunque el Plan Binacional tiene el marco institucional necesario para lograr profundizar el trabajo conjunto, aún existen vacíos en las voluntades de cada Estado por hacer efectiva la cooperación en la frontera. Este punto se ejemplifica en la siguiente cita: "Con Ecuador puede haber articulación fácil, pero no se hace. Si necesitamos reunirnos con ellos, los llamamos y mañana nos reunimos, pero no se hace. En la práctica no hay prácticamente trabajos conjuntos." (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Este no es un tema de los pueblos, porque ellos vienen cooperando incluso ilegalmente, sino de la falta de

incentivos estatales por modificar las normas para que permitan trabajar conjuntamente sin ningún problema (R. Salgado, entrevista, 08 de junio de 2021).

La ausencia de articulación, coordinación y trabajo conjunto en el territorio perjudica el objetivo del Plan Binacional de mejorar la calidad de vida de la población que habita en la zona de frontera. Existen zonas a lo largo de la frontera donde el lado ecuatoriano se encuentra en muchas mejores condiciones en comparación al Perú, de igual forma, en Perú existen zonas más desarrolladas donde el lado ecuatoriano aún tiene mucho por trabajar por realizar. Adicionalmente, en aquel territorio ecuatoriano que está más desarrollado, le es incluso más sencillo llegar a la frontera peruana con los materiales requeridos para la construcción de infraestructura, tratamiento de los ríos y más. Mientras que para el Perú es mucho más costoso realizar todo ese tipo de traslados desde la capital (R. Salgado, entrevista 08 de junio de 2021). El trabajo conjunto no solo permitiría ahorrar costos para ambos países, sino también juntar y retroalimentar capacidades técnicas que permitan un mejor abordaje de la problemática de salud en la frontera.

3.2.2.- Relación con el Ministerio de Salud

El PBP a pesar de ser jurídicamente un organismo internacional con independencia de decisión, su campo de accionar se encuentra enmarcado en las políticas nacionales de Perú. Todos los proyectos que se diseñan, articulan e implementan en la frontera deben haber pasado previamente por trámites con el o los ministerios relacionados al sector que abarca el proyecto. Por esta razón, contar con una relación cercana donde se reconozca en ambas partes la importancia de la otra y en la cual el PBP sea considerado un actor relevante en la frontera, al cual se puede acudir cuando se piensa en este territorio, resulta necesario. De lo contrario, el nivel de dificultad para concretar los diversos proyectos se vuelve más complejo y requiere de mayores recursos burocráticos.

En este caso, al ver temas de salud, el encargado directo con el que debe tratar el PBP es el Ministerio de Salud, institución que históricamente ha tenido graves problemas de cobertura para llegar a todo el país. Al contar con instituciones como el PBP, uno de los logros más importantes es la constante movilización política que genera la institución para llevar la atención a la zona de frontera peruano-ecuatoriana.

Oscar Cosavalente, ex viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud durante el año 2019, menciona que mientras más lejos se encuentre el territorio de

las capitales provinciales, el desafío que enfrenta MINSA como autoridad en salud es mucho mayor, al punto que no se logran ni coberturas mínimas, por lo que la existencia de entidades como el PBP promueve la persecución de presupuesto, personal, suministros médicos que lleguen regularmente (O. Cosavalente, entrevista, 02 de junio de 2021). Al respecto, el director de coordinación del PBP menciona que una de las propuestas que hizo para incrementar el número de médicos en las zonas rurales de la frontera fue proponer 1) médicos que cuenten con telesalud para recibir guía desde Lima sobre casos complejos, de esa forma no se encontraría aislado con toda la responsabilidad y 2) ofrecerles becas parciales en cursos especializados a quienes decidan trabajar por un período considerable en esos territorios.

A pesar de las múltiples propuestas que ha realizado y viene haciendo el PBP, para que estos proyectos lleguen a concretarse se encuentra que necesitan del respaldo de altos mandatarios a nivel del MINSA. Sobre las proposiciones de brindar incentivos para incrementar el número de médicos, Luis Espinoza comenta: “[...] pero quedó en eso, no hubo mayor desarrollo, como son iniciativas que salen del Plan y no del MINSA, falta un poco la orientación política vertical que diga: hágase esto. En los organigramas ni estamos porque no somos parte del Estado [...]” (entrevista, 04 de junio de 2021). El discurso que se exhibe desde el PBP es una narrativa de resignación frente a las limitaciones que tiene la organización.

El tema de las capacidades y funciones debe ser destacado dado que es contradictorio con la personería jurídica y el poder que le ha sido otorgado al PBP desde los Acuerdos Paz. Esta institución ha sido reconocida a nivel normativo como un organismo internacional capaz de buscar recursos y personal propio con el fin de concretar los proyectos que considere necesarios y se encuentren enmarcados en las políticas públicas generales de Perú. La realidad dista en gran medida de ese panorama y eso se debe, principalmente, a la persistente dependencia económica del presupuesto que le otorga el Estado.

Aunque el PBP tuvo sus primeros años de riqueza económica con lo concedido por otros Estados y organizaciones internacionales, la transición de Perú a ser considerado un país de renta media impactó directamente la bolsa financiera de la entidad. Recién cuando los recursos se reducen, la atención sobre la planificación de qué se podía hacer con limitados recursos y grandes necesidades crece (I. Maneiro, entrevista 18 de junio de 2021). Este problema se exagera al considerar que cada capítulo trabaja por separado y los fondos que utilizan cada uno, a pesar de ser

binacionales, no incluyen necesariamente a poblaciones cercanas (R. Salgado, entrevista, 08 de junio de 2021).

Este hecho ha generado que el PBP no solo deba desarrollar diálogo con los ministerios correspondientes para concretar sus proyectos, sino que adicionalmente tiene también el trabajo de convencimiento político. Lo cual está acompañado de una serie de desafíos, como la inestabilidad que existe en los puestos más altos del MINSA, lo que le obliga a tener que negociar más de una vez el mismo proyecto cuando la persona encargada se retira de su cargo.

Tanto como la dependencia, las propuestas también pueden implicar acciones en otros actores a nivel nacional que implica que desde los ministerios se le dé un papel significativo al PBP para hacer los trámites necesarios para concretar los proyectos. En algunos casos sí ha sido efectivo, tal es el hecho de aprobar la modificación de la normativa en la zona de la frontera en cuanto a la atención de salud para que tanto peruanos como ecuatorianos puedan atenderse gratuitamente. En contraste, en otras políticas de gran envergadura como el PQS, el PBP solo fue llamado para recaudar fondos económicos adicionales, pero no se le incluyó en otra parte del proceso, a pesar de ser el actor con mayor capacidad en la frontera peruano-ecuatoriana.

La relación PBP-MINSA muestra ser superficial, la comunicación recurrentemente se limita a trámites burocráticos y cuando se necesita de su respaldo político, alcanzarlo se vuelve un camino muy complejo. Estos factores en parte explican la ausencia de proyectos en torno a salud en los dos últimos años del periodo de estudio (2018-2019).

3.2.3.- El rol de las organizaciones indígenas y la ciudadanía

El teorema de Dewey permite explicar la importancia de la articulación que debe darse entre el Plan Binacional y la sociedad civil. Este propone que el éxito de una política se basa en que todo el proceso se lleve como un experimento (Anderson, 2006). Es decir, en la deliberación se generan hipótesis donde al final se elige aquella que ha recibido mayores votos. Una vez elegida, se tiene que probar en la práctica cómo funciona y por último hacer una evaluación con la finalidad de recibir feedback de la sociedad que pueda mostrar el éxito de la política o las razones de por qué no funcionó (Anderson, 2006). No incluir a quienes impacta una política o un proyecto en el proceso previo a su ejecución, no solo no lo legitima, sino también se podrían estar

dejando puntos de vista importantes para que esta tenga éxito. Este enfoque permitirá evaluar si en los proyectos promovidos por el Plan Binacional se está incluyendo a los actores de la sociedad civil en todas las etapas y de qué forma.

En las entrevistas con el director de coordinación y del área de desarrollo económico social se encontró que existe de facto articulación con miembros de pueblos indígenas y líderes de la sociedad civil, pero este es un vínculo informal que se da directamente con los operadores en la zona (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021; I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). No hay canales institucionales mediante los cuales los ciudadanos puedan hacer la solicitud de demandas, los principales interlocutores de las demandas han sido alcaldes provinciales y locales. La cita que se presenta a continuación del director de coordinación del PBP retrata el lugar que tienen las organizaciones de la sociedad civil para la entidad “[...] no es que prescindamos de ellos, pero no entran en este esquema [de articulación de proyectos].” (L. Espinoza, entrevista, 04 de junio de 2021). Por ello, el lugar que ocupan en el proceso de los proyectos no sería el principal.

Resulta importante mencionar que la dinámica que existe entre los pueblos indígenas y los ciudadanos residentes en la frontera con el PBP también responde a la ausencia de un lugar físico del PBP en la zona. La administración se maneja desde Lima, lo que explica también por qué hay funcionarios del PBP que no visitan de forma periódicamente la zona de frontera (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Con el ingreso de Eduardo Martinetti como director general del PBP en el año 2017 recién comienza el trabajo en campo. Hasta ese momento la mayoría de funcionarios no viajaba ni conocía a plenitud la situación de la frontera norte, pero con el ingreso de Martinetti incluso se decidió destinar fondos a alquilar un lugar en la zona para generar mayor presencia (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021). Esta iniciativa termina una vez que sale en el año 2019.

Esto se encuentra, además, relacionado con la carencia de sociabilización del PBP en la frontera peruano-ecuatoriana. Aunque cada vez más hay un mayor conocimiento de lo que hace el PBP, aún no se conoce con claridad cuál es su participación en los proyectos (R. Salgado, entrevista 08 de junio de 2021). Esto se debe al perfil bajo que ha mantenido la institución desde sus inicios, en muchas ocasiones son los ejecutores a quienes se les termina vinculando los proyectos. Más que tener una relación directa entre los habitantes de la zona fronteriza y el PBP, lo que existe es un vínculo con los operadores que están constantemente presentes en

el territorio. Ya que no son muchos, los lazos son más cercanos y con niveles de confianza más significativo porque ven la constancia en el seguimiento a los proyectos (I. Maneiro, entrevista, 18 de junio de 2021).

A lo largo de este capítulo se han presentado aquellos factores que han limitado que el PBP tenga un impacto más profundo en materia de salud en la zona de frontera peruano-ecuatoriana. En el nivel técnico se encuentra que la administración centrada en pedidos de alcaldes locales/regionales no solo ha afectado el número de proyectos implementados en departamentos particulares como Amazonas, sino también la escasa búsqueda de financiamiento internacional y la constante dependencia al presupuesto del Fondo Binacional y al provisto por las alcaldías. Además, la implementación del enfoque territorial e intercultural ha demostrado ser aún muy limitado, lo cual se refleja en las demandas de población indígenas como la awajun por incorporar espacios que permitan el parto vertical de acuerdo a sus costumbres tradicionales.

Respecto a la esfera política, se comprobó que la articulación entre ambos capítulos del Plan Binacional es inexistente y lo que en realidad existe son conexiones momentáneas, perjudicando el alcance que el trabajo conjunto puede lograr en este tipo de territorios. La relación con el Ministerio de Salud reveló grandes dependencias interconectadas con el uso de recursos de alcaldías, la autonomía jurídica del PBP no ha venido siendo aprovechada por la institución. Finalmente, una de las conexiones que requieren de institucionalidad y formalidad es la que existe entre el PBP y la población fronteriza. El fortalecimiento de esta relación no solo es provechosa para quienes habitan en esta zona, pues podrán tener contacto directo con la institución a través de pedidos organizados; sino también le brinda al PBP mayor solidez, confianza y respaldo a su labor.

Conclusiones

En un contexto rodeado por niveles altos de institucionalidad en la relación peruana-ecuatoriana, sostenibles reuniones en el tiempo entre gobiernos de ambos países y altos volúmenes de inversión en los gabinetes binacionales, la situación de precariedad en la que continúa viviendo la población fronteriza del nororiente – especialmente de la zona amazónica— conlleva a preguntarse sobre la correlación que existe entre el alcance de la relación internacional y lo que sucede de facto en el territorio. El cierre de los conflictos entre Perú y Ecuador abrió una serie de oportunidades para ambos países para establecer conexiones en temas de salud, educación, agricultura y más. En las últimas dos décadas se han mostrado mejoras a nivel absoluto en los diferentes sectores, pero aún no se logran las expectativas que se esperaban alcanzar cuando se firmó los Acuerdos de Brasilia y se creó el Plan Binacional.

Sobre el marco de actores activos que complementan la labor estatal en la frontera, el PBP demostró ser la institución con mayor capacidad de acción y comunicación al más alto nivel político, lo que la hace, luego del Estado, el segundo actor con más relevancia institucional en la zona. Por ello, se espera que tanto los avances como retrasos en mejorar la calidad de vida de los habitantes fronterizos mantenga relación y conexión con lo que hace el PBP, sin ser esta una relación de causalidad. Considerando que la salud ha formado parte de las líneas prioritarias del PBP, este estudio presupone que la importancia brindada de facto a este tema sea también significativa.

En la línea presentada, esta investigación se propuso como objetivo principal analizar los factores que explican el limitado impacto del PBP en materia de salud en la frontera peruano-ecuatoriana durante el periodo 2013-2019. La hipótesis que se planteó fue que este impacto se explica tanto por factores técnicos como políticos. En el primer grupo se encuentra el tipo de administración y la carencia de enfoques que permitieran integrar la complejidad del territorio en los proyectos realizados. La ausencia de articulación con el capítulo ecuatoriano, la dependencia a la decisión política del Ministerio de Salud y la falta de conexión con la población fronteriza por medios institucionales son parte de los factores políticos.

Con el fin de alcanzar el objetivo principal de la investigación se empleó diversos recursos de carácter cualitativo. Fue realizada una extensa y exhaustiva revisión de literatura sobre la relación peruano-ecuatoriana, los estudios sobre la

frontera norte, la salud a nivel fronterizo y sobre el rol del Plan Binacional en el sector de salud. Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a funcionarios del Plan Binacional, especialistas académicos, actores políticos del Ministerio de Salud y Ministerio de Relaciones Exteriores. Otro recurso utilizado en el análisis fue la documentación técnica proveída por el PBP con datos internos de las evaluaciones de campo a los proyectos realizados entre el período 2013 y 2019 en torno a salud, así como también información pública del Ministerio de Salud.

En base a la metodología presentada y respecto a la finalidad principal del presente trabajo se encontraron los siguientes hallazgos:

- La salud ha demostrado ser uno de los ejes principales en la relación peruano-ecuatoriana al más alto nivel político siendo el segundo sector con mayor inversión económica en los Gabinetes Binacionales y donde se han dado compromisos exclusivos de atención.
- A pesar de ser la salud uno de los ejes prioritarios en el PBP, se encuentra un descenso del número de proyectos desde el 2013, así como una serie de limitaciones en alcanzar los objetivos propuestos en torno a salud en el marco del PQS.
- La administración del PBP ha demostrado haber estado supeditada a una dinámica cortoplacista centrada en el desarrollo de proyectos a pedido de gobiernos locales/regionales, lo que ha conllevado a una distribución de proyectos y financiamiento poco proporcional en la frontera.
- El enfoque territorial no ha sido aplicado en torno a salud durante el periodo de estudio. Aunque Eduardo Martinetti estableció un nuevo programa estratégico y operativo enfocado en los años 2018 y 2019, en el que incorporaba el enfoque territorial, el último proyecto de salud se dio en el 2017.
- La perspectiva intercultural solo se ha limitado a ser aplicada a través de la accesibilidad de los servicios como, por ejemplo, emplear las lenguas originarias en los folletos de prevención contra el VIH. No obstante, aún no se ha implementado la inclusión de cosmovisiones distintas a la hegemónica que permitan el intercambio y aprendizaje entre culturas.
- El trabajo entre el capítulo peruano y ecuatoriano es de facto independiente, no existen conexiones y articulaciones profundas que se reflejen en el

territorio. Esta independencia ha afectado el alcance del PBP a lo largo de la zona de frontera, al desaprovechar el conocimiento, financiamiento, apoyo y contribución mutuo que pueden lograr si se unen los esfuerzos.

- Aunque el PBP cuenta con personería jurídica para buscar financiamiento externo, los principales fondos provienen del gobierno nacional y las alcaldías locales/regionales, lo que genera una alta dependencia a las decisiones políticas del Ministerio de Salud. Institución que en los últimos años no ha brindado un papel significativo al PBP.
- El valor que brinda el PBP a la voz de los habitantes locales es limitada: no existen medios institucionales mediante los que puedan incidir en los proyectos que elabora el PBP.

En suma, se encuentra que se cumple la hipótesis planteada inicialmente, por lo cual se sostiene que han sido tanto los factores técnicos como políticos expuestos los que han representado un obstáculo para que el PBP logre implementar proyectos de salud de mayor envergadura, planificación y alcance en la zona de frontera peruano-ecuatoriana.

A pesar de las limitaciones que el PBP ha presentado durante el periodo de estudio, y durante las distintas etapas desde su creación, es importante reconocer paralelamente los avances que ha logrado en la zona de frontera. El estudio del caso del PBP ha significado una oportunidad para rescatar enseñanzas sobre las instituciones y los mecanismos de cooperación que operan en los espacios fronterizos. Los territorios que se encuentran en los límites geográficos de los países latinoamericanos han presentado históricamente una serie de complejidades debido al tránsito transfronterizo cotidiano, la convergencia de zonas urbanas y rurales, la presencia de pueblos indígenas –en algunos casos incluso poblaciones no contactadas—, la presencia de organizaciones ilegales enfocadas en trata de personas, tala ilegal, comercio informal, entre otros. Por ello, contar con información sobre la experiencia de una institución que cuenta con la capacidad del PBP resulta valioso para tomar en cuenta sobre otras entidades de ese mismo tipo. Las fronteras aún siguen siendo espacios geográficos poco conocidos, pero poseen un potencial enorme para crear oportunidades tanto para los pueblos fronterizos como para los propios Estados cuando existe una relación efectiva, sostenible, constante y articulada entre ambas partes.

El presente estudio fue desarrollado durante la pandemia del COVID-19, por lo cual han existido una serie de limitaciones para realizar el trabajo de campo de modo presencial. Por esta razón, aún queda pendiente una exploración a profundidad especialmente sobre la percepción de los habitantes fronterizos acerca del PBP y cómo han procesado ellos el impacto de esta institución. Por otro lado, sería interesante realizar una comparación entre lo que ha sucedido en torno a salud frente a otros sectores como educación, donde el PBP ha tenido una participación activa. Asimismo, preguntarse en qué medida los resultados logrados por el capítulo peruano en el territorio fronterizo se replican también para el capítulo ecuatoriano. Se espera que estas preguntas puedan ser resueltas en estudios posteriores y que esta tesis sirva de base a la construcción de conocimiento en torno a las instituciones fronterizas.



Bibliografía

- Acta Presidencial de Brasilia (1998). Acuerdo de Paz. 26 de octubre de 1998. <https://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1999/exteriores/libro1/2avolum/02acta.htm>
- Alboan, AEI, SAIPE, CIPCA (2000). Evaluación participativa de necesidades prioritarias en el Alto Marañón. *Región Amazonas*.
- Alonso, J. Á. (2019). SOBRE EL FUTURO DE LAS COMUNIDADES AMAZÓNICAS: EN BUSCA DEL PARAÍSO PERDIDO. *Folia Amazónica*, 28(1), 85-111.
- Anderson, Elizabeth. (2006). “The Epistemology of Democracy”, *Episteme* vol.3, no.1-2, pp.8-22.
- Baca-Tavira, Norma, & Herrera-Tapia, Francisco. (2016). Proyectos sociales. Notas sobre su diseño y gestión en territorios rurales. *Convergencia*, 23(72), 69-87. Recuperado en 21 de julio de 2020 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352016000300069&lng=es&tlng=pt.
- Bustamante, J. (2016). *El fomento de la inversión extranjera y el comercio en la zona de integración fronteriza (zif) del plan binacional Ecuador-Peru* (Bachelor's thesis, Machala: Universidad Técnica de Machala). <http://186.3.32.121/bitstream/48000/9336/1/TTUACE-2016-CI-DE00046.pdf>
- Cafagna G, Missoni E, Beingolea RLB. (2014) “Peri-border” health care programs: the Ecuador–Peru experience. *Rev Panam Salud Publica*. 35(3):207-213. https://www.researchgate.net/publication/262115487_Periborder_health_care_programs_the_Ecuador-Peru_experience
- Cardenas, J., & Trigoso, S. (2018). *IMPACTO DEL PLAN BINACIONAL DE DESARROLLO DE LA REGION FRONTERIZA PERÚ– ECUADOR EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLITICA NACIONAL DE FRONTERAS* (Universidad San Ignacio de Loyola). http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8463/1/2018_Cardenas-Bellido.pdf
- Chiara M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 15(30): 10-22. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30>
- Comisión Científica Ecuatoriana. (2007). *Sistema de aspersiones aéreas del Plan Colombia y sus impactos sobre el ecosistema y la salud en la frontera ecuatoriana*.

https://www.researchgate.net/publication/304149261_El_sistema_de_aspersiones_aereas_del_Plan_Colombia_y_sus_impactos_sobre_el_ecosistema_y_la_salud_en_la_frontera_ecuatoriana/link/579b75c708ae80bf6ea3413c/download

Correa, N. (2011). *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. El consorcio de Investigación Económica y Social y Pontificia Universidad Católica del Perú.

<https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidaddocumento.pdf>

COSIPLAN (n.d). Ficha de Proyecto. Centro Binacional de Frontera (CEBAF) Eje vial N°4 puente de integración.

http://www.cosiplan.org/proyectos/detalle_proyecto.aspx?h=88

Dammert, M. & Bensús, V. (2017). Border Cities and Urban Expansion: The Case of Zarumilla and Aguas Verdes on the Peru-Ecuador Border. *Frontera Norte*, 29(57), 5–30.

<http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.44e6a44ddfba4d4fa583ef2a188ab03b&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Elton, C. (2004). The Jívaro People between Peru and Ecuador. In *Borders and border politics in a globalizing world*. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CZ6aAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA107&dq=shuar+ecuador+perú&ots=xvMWLk58qO&sig=p37W7LuY81Z1XGe_FSoHFveQPog#v=onepage&q=shuar+ecuador+perú&f=false

El Peruano (2015). Nota RE (DGA) N° 5-12-A/02. Acuerdo por Canje de Notas entre el Gobierno de la República del Ecuador y el Gobierno de la República del Perú relativo a la Ampliación del Plazo de Vigencia del Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/acuerdo-por-canje-de-notas-entre-el-gobierno-de-la-republica-acuerdo-entre-el-gobierno-de-la-republica-del-ecuador-y-el-gobierno-1254016-1/>

Fernández, J., Fernández, M. I., & Soloaga, I. (2019). Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. Ciudad de México.

Ferrero Costa, E. (2018). *Per -Ecuador: el proceso para lograr la paz: Vol. Primera edici n*. Fondo Editorial de la Pontificia universidad Católica del Perú.

<http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2265408&lang=es&site=eds-live&scope=site>

- García, R. C. (2011). Apoyo a la integración urbana y regional de la zona fronteriza del Eje Vial N 1 Piura–Guayaquil: una aproximación desde una perspectiva binacional y sostenible. *Espacio y Desarrollo*, (23), 31-46.
- Giovanella LG, Nogueira VM, Lobato LV, Damacena GN. (2007) Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigners and non-resident Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. *Cad Saúde Pública*. 23(2):251-66. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019a). Evolución de la Pobreza Monetaria 2007 - 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1646/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019b). Distritos fronterizos con Ecuador: Perfil Sociodemográfico.. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1687/libro.pdf
- Jacquier, N. M., & Centeno, J. H. (2014). ¿ Servicios de salud interfronterizos, una utopia?. *Sociedade em Debate*, 19(2), 110-131. <https://pdfs.semanticscholar.org/bbe6/8ce178756d0ba0f5038adef08db3315428b5.pdf>
- Levino, A., & Freese de Carvalho, E. (2011). Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 30(5), 490–500. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/490-500/pt/>
- Llugsha, V. (2015). Ciudades de frontera: dinámicas locales y plataformas regionales. Perfil Criminológico, (18). <https://www.fiscalia.gob.ec/images/PerfilCriminologico/criminologico18.pdf>
- Martinetti, E. (2018). Una estrategia de desarrollo para la Amazonía fronteriza del norte del Perú. *Agenda Internacional*, (36), 83–112. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/20322>
- Ministerio de Cultura (2013) Enfoque Intercultural para la gestión pública: herramientas conceptuales. Lima: Ministerio de Cultura.

- Ministerio de Cultura (2015) Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Lima: Ministerio de Cultura. Partes I y II, Cuadernillos.
- Ministerio de salud. (2013). Análisis de situación de salud del Perú. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud. Julio 21, 2020, https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Namihas, S., & Novak, F. (2010). Perú - Ecuador: Una experiencia exitosa de paz y buena vecindad. [http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/39907/Per%FA-Ecuador Una experiencia exitosa de paz y buena vecindad.pdf?sequence=1](http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/39907/Per%FA-Ecuador%20Una%20experiencia%20exitosa%20de%20paz%20y%20buena%20vecindad.pdf?sequence=1)
- Nogueira VM, Dal Pra KR; Fermiano S. (2007). Ethical and political diversity in the right to health care in Brazilian municipalities along the MERCOSUR border. *Cad Saúde Pública*. 23(2):227-36. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012
- Olivera, Q. (2009). Arqueología Binacional Perú y Ecuador – regiones de Cajamarca y Amazonas. En S. García (Coord.), *Antiguas civilizaciones en la frontera de Ecuador y Perú* (pp.12-18). <https://downloads.arqueo-ecuatoriana.ec/ayhpwxqv/binacional/peru/AntiguasCivilizaciones.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). “Pueblos indígenas de la frontera entre Ecuador y Perú trabajarán juntos en mejorar la salud binacional”. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12819:pueblos-indigenas-frontera-ecuador-peru-mejoran-salud-binacional&Itemid=135&lang=es
- Pan American Health Organization. (2009). Health and Integration Processes in the Americas: Measles- and Rubella-free Borders. *Immunization Newsletter*, 31(2), 5-6. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54146>
- Pérez, R., & Ribeiro, V. M. (2009). La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: Los desafíos de las fronteras. *Katál. Florianópolis*, 12(1), 50–58. <https://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/07.pdf>
- Plan Binacional. (s.f.). Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza: Capítulo Perú. <https://planbinacional.org.pe/>

- Plan Binacional. (2015). Perú acoge diagnóstico de Plan Binacional para mejorar atención en frontera. <https://planbinacional.org.ec/peru-acoge-diagnostico-de-plan-binacional-para-mejorar-atencion-en-frontera/>
- Plan Binacional. (2020). Estudio sobre los pueblos indígenas de la Amazonía peruana en la región de integración fronteriza del Perú con el Ecuador.
- Plan Binacional: Capítulo Perú (PBP). (2021). Informe de Proyectos cofinanciados por el Fondo Binacional Perú-Ecuador. Sector Salud. Periodo 2013-2019.
- Plan Binacional, CEPLAN, Municipalidad provincial de Condorcanqui y Fundación Ayuda en Acción. (2020). Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas. <https://planbinacional.org.pe/wp-content/uploads/2020/11/Diagnostico-de-las-brechas-sociales-INT.pdf>
- Ponce, J. (coord). (2006). LOS ODM EN EL ECUADOR. INDICADORES Y DISPARIDADES CANTONALES. <http://www.flacso.org.ec/docs/cismilind.pdf>
- Quirós HM, González HR, Vergara JF. (2011). Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. *Rev Panam Salud Pública*. 30(2):148-52. <http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65790774&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Radcliffe, S. A. (1998). Frontiers and popular nationhood: geographies of identity in the 1995 Ecuador-Peru border dispute. *Political Geography*, 17(3), 273–293. doi:10.1016/s0962-6298(96)00085-6
- Saavedra, J. (2014). *EL ROL DE LAS COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES INDIGENAS EN LA CONFORMACION Y MANEJO DEL AREA NATURAL CORDILLERA DEL CONDOR, DENTRO DEL MARCO DEL PLAN BINACIONAL DE PAZ DE CONSERVACION ECUADOR PERÚ*. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/7478/2/TFLACSO-2014JPSL.pdf>
- Sánchez, F. (2003). Planificación estratégica y gestión pública por objetivos. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7284/1/S033145_es.pdf
- Santos-Melo, G. Z. D., Andrade, S. R. de;, Meirelles, B. H. S., & Ortiga, Â. M. B. (2020). Integration in health: cooperation at triple international border Amazon. *Revista de Saude Publica*, 54. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8ZfhtX7Kd4gyzqx4HbznrR/?lang=en>

Sempértegui Ramírez, J. V. (2015). *El plan binacional como mecanismo de integración fronteriza Ecuador y Perú. Análisis de su implementación, 1998-2014* (Master's thesis, Quito, Ecuador).

Suárez-Mutis, M. C., Cárdenas, C. M. M., Reyes, L. D. P. P., & Peiter, P. C. (2010). Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo amazónico*, 1, 243-266.

Zupellari, G., Regina de Andrade, S., & Backes, A. (2018). Health integration across international borders: an integrative review. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 31(1), 102–107. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800015>

