




Dirección Regional
de Salud Puno



GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS

Gerencia Regional de Desarrollo Social
Dirección Regional de Salud Amazonas



HACIA UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL: AVANCES Y DESAFÍOS EN LAS REGIONES AMAZONAS Y PUNO

EL PERÚ PRIMERO



PERÚ

Ministerio de Salud



Dirección Regional
de Salud Puno



GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS

Gerencia Regional de Desarrollo Social
Dirección Regional de Salud Amazonas

HACIA UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL: AVANCES Y DESAFÍOS EN LAS REGIONES AMAZONAS Y PUNO

EL PERÚ PRIMERO



PERÚ

Ministerio de Salud

AGRADECIMIENTOS

Este documento ha sido elaborado por Celeste Cambría (consultora de la OPS/OMS) y Betty Monteza (CENSI/INS), con base en las experiencias del proceso de fortalecimiento de capacidades para el registro de la variable de pertenencia étnica en los sistemas de información en salud. El trabajo contó con el apoyo de Lily Jara, funcionaria de la OPS/OMS, y se agradece también la revisión y los aportes de Graciela Sánchez (CENSI/INS).

Norma Cruz (DIRESA Amazonas) y Miryam Chevarría (DIRESA Puno) merecen un reconocimiento especial por su colaboración en la implementación del proceso, y por sus contribuciones durante la elaboración del documento.

Se extiende el agradecimiento a los integrantes del equipo coordinador que participaron en esta iniciativa: Omar Trujillo, Gualberto Segovia, Marco Bartolo, Luis Valeriano, Ofelia Alencastre (MINSa), Juan Reátegui (MINCU) y Silvia Cáceres (INEI). También a las organizaciones indígenas Asociación Nación Awajún Wampis, Consejo Indígena Amazónico del Perú – CIAP, Consejo Aguaruna Huambisa – CAH, Federación de Mujeres Aguarunas del Alto Amazonas y Marañón - FEMAAM, Organización de Desarrollo de Comunidades Fronterizas del Cenepa - ODECOFROC, Federación de las Comunidades Huambisas del Río Santiago – FECOHRSA, Organización de Comunidades Nativas del Alto Marañón – ODECAM, Organización Regional de Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte del Perú – ORPIAN, Federación de Comunidades Nativas del Río Nieva – FECONARIN, Federación de Comunidades Awajún del Río Santiago – FECAS y Gobierno Territorial Autónomo de la Nación Wampís - GTANW, por su valiosa colaboración en la facilitación de este proceso, que fortalece a la visibilización de las identidades culturales y la pertenencia étnica en el país.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) prestó su colaboración técnica y financiera en el desarrollo de estos procesos de fortalecimiento de las capacidades para registrar la variable de pertenencia étnica en los registros de salud.



CONTENIDO

Presentación	5
1. Introducción	6
2. Pueblos indígenas y poblaciones afroperuanas	7
3. Marcos legales y normativos para visibilizar en las estadísticas a los diversos pueblos y poblaciones de Perú	8
4. La identificación de pueblos indígenas y poblaciones afroperuanas en los registros de salud: un proceso en marcha	11
4.1 La Directiva 240: un compromiso para la institucionalización del registro de la pertenencia étnica	12
4.2 Modelo desarrollado para la implementación de la Directiva 240	14
5. Experiencias en las direcciones regionales de salud de Amazonas y Puno	18
5.1 Análisis y devolución de resultados sobre la situación inicial del registro de la variable de pertenencia étnica	20
5.2 Avances en Amazonas hacia diciembre de 2019	24
6. Conclusiones y perspectivas hacia el futuro	26
7. Referencias bibliográficas	28
ANEXOS	
Anexo 1. Pueblos indígenas u originarios y otras poblaciones del Perú	30
Anexo 2. Formatos de registro de salud analizados	33
Anexo 3. Guías y normas para el llenado de formatos	34



PRESENTACIÓN

Una nueva realidad nos espera en el contexto de la pandemia por COVID-19 que debemos afrontar. Como muchas crisis, también esta se nos presenta como una oportunidad, que se tendrá que aprovechar para avanzar en la construcción de un sistema de salud basado en valores elementales del derecho a la salud de todas las personas, la equidad y la solidaridad, considerando especialmente a quienes más han sufrido la exclusión social.

El Perú cuenta con un marco normativo para el desarrollo de escenarios más saludables, y para la implementación de respuestas eficientes y oportunas ante los problemas sanitarios, con abordajes guiados por enfoques de equidad, pertinencia cultural, género y derechos humanos. Sin embargo, la realización de estos esfuerzos implica que los funcionarios y operadores del sistema de salud puedan tener un conocimiento adecuado de las condiciones de salud y bienestar de los diversos grupos poblacionales del país, incluyendo acercamientos a sus contextos de vida y características socioeconómicas. En este sentido, y en el marco de los compromisos globales, regionales y nacionales del país, desde hace algunas décadas el Ministerio de Salud viene impulsando iniciativas de trabajo técnico para recoger datos con criterios de desagregación que permitan realizar análisis más precisos de la situación de salud de los hombres y mujeres de diversos grupos sociales y culturales.

En la línea de lo señalado, este documento presenta una sistematización de los avances logrados en el Perú en la implementación de la Directiva 240, un instrumento técnico-normativo para el registro de la variable de pertenencia étnica en los sistemas de información de salud. Con el fin de acelerar la puesta en práctica de esta directiva sanitaria, aprobada en 2017, se desarrolló un proceso sistemático de acompañamiento y capacitación en las DIRESAs de Amazonas y Puno. Los logros y resultados de estas experiencias se muestran aquí como un insumo que, sin duda, será útil en nuevas iniciativas enfocadas en el registro de la variable de pertenencia étnica en otras regiones del país.

Solamente con información de calidad y oportuna, que integre datos desagregados sensibles a las identidades culturales de los peruanos, será posible realizar análisis de las causas subyacentes de los problemas de salud y las desigualdades, y por lo tanto desarrollar respuestas apropiadas a las necesidades específicas de los diversos grupos de la población. Por ello, promovemos la adopción y el enriquecimiento continuo de estas experiencias para lograr un sistema de información de salud con pertinencia cultural.



1. INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas, a partir de la *Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas* (SAPIA 1993) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se hace explícito el compromiso de los Estados Miembros para mejorar la salud de los pueblos indígenas, lo que se ha reflejado en nuevos marcos conceptuales, políticas y experiencias nacionales [1-7]. Este compromiso ha sido ratificado por las autoridades sanitarias en las Américas a través de diversas resoluciones de la OPS/OMS, tales como *La salud de los pueblos indígenas de las Américas* (CD47.R18, 2006), *Grupo Étnico y Salud* (CE132/16, 2003), *Salud y Derechos Humanos* (CD50.R8, 2010), *Política de la OPS en materia de Igualdad de Género* (CD 46.R16), *Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud* (Salud Universal) (CD53.R14, 2014) y la *Política sobre Etnicidad y Salud* (CSP29.R3, 2017), entre otras.

Todos estos compromisos, como también las declaraciones de los representantes de los pueblos indígenas en diversos foros, incluyen a la información como un componente fundamental para mejorar la salud. Asimismo, dichos acuerdos y resoluciones han sido ratificados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye como uno de sus objetivos (ODS 10) la reducción de la desigualdad en los países y entre ellos. Precisamente, para avanzar en la reducción de desigualdades en salud al interior de los países, es necesario conocer los perfiles epidemiológicos de las personas según su pertenencia étnica.

El Estado peruano, por su parte, desde hace algunas décadas ha venido desarrollando procesos nacionales y regionales dirigidos a visibilizar a las poblaciones indígenas en los registros oficiales del sector salud [8]. Con el fin de fortalecer estos procesos de registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, a nivel nacional, el 7 de noviembre de 2017 el Ministerio de Salud de Perú (MINSa) aprobó la Directiva Administrativa N° 240-MINSA/2017/INS, *Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud*, que contribuye a su institucionalización.

En este contexto, el MINSa, a través de su Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, órgano del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud (CENSI), la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (DPI) y la OPS/OMS han coordinado acciones para la implementación de la mencionada Directiva, reconociendo que la consideración de la variable de pertenencia étnica en los registros de salud contribuirá a disminuir las brechas sanitarias e incrementar el acceso a servicios de calidad con pertinencia cultural en los establecimiento de salud.

Este documento presenta el proceso desarrollado en las regiones de Amazonas y Puno para hacer efectivo el registro de la pertenencia étnica, de acuerdo con la directiva sanitaria emitida para tal fin. El informe da cuenta de los avances alcanzados en este esfuerzo y formula un conjunto de recomendaciones para la consolidación y expansión de esos logros. Estas experiencias y recomendaciones pueden servir para marcar el rumbo de los desafíos que aún persisten para acelerar el registro de la variable de pertenencia étnica y lograr un sistema de información de salud integral con pertinencia cultural.



2. PUEBLOS INDÍGENAS Y POBLACIONES AFROPERUANAS

El Perú es un país heterogéneo, pluricultural y multilingüe, que cuenta con 55 pueblos indígenas o grupos étnicos, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y cuatro en la zona Andina. Estos 51 pueblos indígenas amazónicos hablan 43 lenguas y pertenecen a 18 familias lingüísticas. Además, se reconoce a las poblaciones afroperuana, asiáticodescendiente, blanca, mestiza y otras (ver anexo 1: “Relación de pueblos indígenas u originarios y otras poblaciones del Perú”). Según el último censo de 2017, la población indígena u originaria del país representa el 25,8 % del total nacional, que equivale a 5 984 708 habitantes. Existe también una población afroperuana que representa el 3,6 % de la población censada de 12 y más años de edad, lo cual equivale a 828 894 personas que se autoidentificaron como afroperuanas. Mediante la pregunta del censo sobre la autoidentificación étnica, aplicada a la población mayor de 12 años, se halló que en Amazonas el 71,8 % de los consultados se consideraron mestizos y el 12,4 % nativos o indígenas de la Amazonía. En Condorcanqui y Bagua se encuentra la mayoría de personas que se autoidentifican como indígenas o nativos de la Amazonía, con 81,7 % y 24,1 %, respectivamente. En la región Puno se consideran quechuas 537 972 personas, mientras que 318 363 se consideran aimaras; ambos grupos, en conjunto, representan el 90,7 % de dicho grupo etario [9-11].

El Ministerio de Cultura de Perú (MINCUL) ha ofrecido pautas para introducir una consideración de la pertinencia cultural en los servicios públicos [12]. Este organismo ha definido también algunos criterios concurrentes y complementarios para la identificación de pueblos indígenas. La base de datos oficial del Ministerio considera:¹

- Lengua indígena u originaria, en tanto constituye una de las principales instituciones sociales y culturales.
- Tierras comunales reconocidas por las entidades estatales, en tanto constituye un factor para establecer una conexión territorial.

Estos dos criterios permiten reconocer una continuidad histórica de las poblaciones desde tiempos anteriores al establecimiento del Estado peruano. El único criterio subjetivo considerado en dicha base de datos es:

- Autoidentificación étnica para las comunidades nativas de la Amazonía, en tanto constituye el reconocimiento de las comunidades de pertenecer a una colectividad que tiene una identidad indígena u originaria.

¹ Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI). Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe>



3. MARCOS LEGALES Y NORMATIVOS PARA VISIBILIZAR EN LAS ESTADÍSTICAS A LOS DIVERSOS PUEBLOS Y POBLACIONES DE PERÚ

Existen diversos instrumentos de alcance global y regional adoptados por los Estados Miembros de la OPS/OMS para avanzar en la visibilización de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones en las estadísticas nacionales. A nivel de país, existen también marcos legales y normas específicas que responden a los compromisos nacionales y a las demandas de las propias poblaciones de ser tomadas en cuenta en las estadísticas. Entre dichos compromisos están los mostrados a continuación.

A nivel global:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (1989).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW (1979). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).
- Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS), cuyos objetivos son integrados e indivisibles, y conjugan las dimensiones económica, social y ambiental.
- Entre los ODS, el objetivo 10 hace referencia a la reducción de la desigualdad en y entre los países, en tanto que la meta 17.18 apunta específicamente a la desagregación de los datos.
- Plan de Acción del Decenio Internacional para los Afrodescendientes 2015-2024.

En la Región de las Américas, principalmente:

- Política sobre Etnicidad y Salud (Res. CSP29.R3, 2017), que incluye entre sus líneas de acción estratégica:
- *Generación de evidencia:* Mejorar la gestión integral de la información sobre la salud de los grupos étnico/raciales y sus determinantes, orientada a la toma de decisiones políticas basadas en evidencia [13].
- Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (Salud Universal - CD53.R14, 2014), donde se señala:
- “... que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegure que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras”.
- La Salud y los Derechos Humanos (Res. CD 50.R8, 2010)
- Política de Igualdad de Género en materia de Salud (Res. CD 46.R16, 2005).

En el Perú:

- Resolución Legislativa N° 26253 (1993), que aprueba el *Convenio 169 de la OIT sobre pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes*.
- Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprueba la Política Nacional para la *Transversalización del Enfoque Intercultural* [14].
- Decreto Supremo N° 003-2016-MC, que aprueba el *Plan Nacional de Desarrollo para la Población Afroperuana 2016-2020* [15].
- Decreto Supremo N° 005-2017-MC, que aprueba la *Política Nacional de Lenguas Originarias, Tradición Oral e Interculturalidad*.
- Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la *Política Sectorial de Salud Intercultural*.
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPSV.01: *Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud*.
- Resolución Ministerial N° 611-2014/MINSA, que aprueba el *Documento técnico: Diálogo intercultural en salud* [16].
- Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°240-MINSA/2017/INS: *Directiva administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud*.
- Resolución Ministerial N° 228-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 261-MINSA/2019/DIGIESP: *Directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención*.
- Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, que aprueba el Documento técnico: *Modelo de cuidado integral de salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad*, el cual destaca el rol de los determinantes sociales de la salud en relación con la medición de la magnitud de los problemas sanitarios.

Apoyándose en este cuerpo normativo, Perú presenta avances en el registro de la variable de pertenencia étnica, lo que se puede apreciar en los censos de población. En los censos y encuestas oficiales, el Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú (INEI) ha utilizado distintos criterios para identificar a los pueblos originarios. Inicialmente, en el censo de 1940, se utilizó el término “raza”, asociado a los rasgos fenotípicos del informante (color de piel y otras características físicas). Luego se consideró la “lengua materna” y, a partir de 2017, se viene empleando, además, la “autoidentificación” en relación con la pertenencia étnica. Asimismo, en las principales encuestas del INEI se viene utilizando la variable de “idioma o lengua materna”, que se ha agregado también como una pregunta junto a la autoidentificación étnica en el censo de 2017.

La Tabla 1 muestra los avances y transformaciones en el registro de datos poblacionales sobre raza y etnicidad desde la década de los años cuarenta en adelante, con base en información secundaria de libre disponibilidad, además de reportes del Comité Técnico Interinstitucional sobre Estadísticas de Etnicidad, creado en junio de 2013 [8], y otros documentos generados durante las etapas preparatorias del censo de 2017.

Tabla 1. Perú: variables de pertenencia étnica en los censos nacionales

Censo	Criterio	Descripción
Censo de población y vivienda de 1940	“Raza”	Blanco, indio, negro, amarillo o mestizo.
Censo de población y vivienda de 1961	“Idioma o dialecto materno” y si “habla castellano”	
Censo de población y vivienda de 1972	“Idioma o dialecto materno aprendido en su niñez”	
Censo de población y vivienda de 1981	“Idioma hablado”	Castellano, quechua, aymara, otra lengua aborigen y/o idioma extranjero.
Censo de población y vivienda de 1993	“Idioma o dialecto materno aprendido en su niñez”	Quechua, aymara, otra lengua nativa, castellano, idioma extranjero.
Censo de población y vivienda de 2007	“Idioma o lengua con el que aprendió a hablar”	Quechua, aymara, ashaninka, otra lengua nativa, castellano, idioma extranjero.
Censo de población y vivienda de 2017	“Autoidentificación étnica” e “idioma o lengua materna”	<i>¿Por sus costumbres y por sus antepasados usted se siente o se considera...?</i> Quechua, aimara, nativo o indígena de la Amazonía. Perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario: negro/ moreno/ pueblo afroperuano o afrodescendiente, blanco, mestizo, otro.

Fuente: Censos nacionales, Perú.



4.

LA IDENTIFICACIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS Y POBLACIONES AFROPERUANAS EN LOS REGISTROS DE SALUD: UN PROCESO EN MARCHA

En 2007, en el marco de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), se propuso la incorporación de una variable que diferenciara a la población indígena de la población general en los sistemas de información. Luego, en 2009 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del MINSA, cuya coordinación recayó en el CENSI, propuso también la incorporación de una variable de pertenencia étnica en la base de datos de consulta externa del *Health Information System* (HIS).

En 2010 se desarrollaron iniciativas piloto para iniciar la implementación de la propuesta del CENSI en establecimientos de salud que ofrecen servicios a la población afroperuana en el distrito de El Carmen de la provincia de Chincha, en la región Ica. Un análisis de la incorporación de la variable de pertenencia étnica, realizado en los meses de octubre a diciembre de 2010, halló que la mayor parte del personal de salud que recogía esta información anotaba el código 80, correspondiente a “mestizo”, para registrar el dato de pertenencia étnica de los usuarios de los servicios de salud, aun cuando la población de dicho ámbito es mayoritariamente afroperuana. Se procedió, entonces, a una revisión de los procesos, incluyendo coordinaciones con el personal de salud, además de reuniones de capacitación para el registro de datos en los formularios, involucrando criterios objetivos y subjetivos de pertenencia étnica. En estos procesos, se introdujo como principal criterio subjetivo el de la autoidentificación o pertenencia a algún pueblo mediante de la pregunta: “¿Usted se considera parte de determinado pueblo...?”. Así también, entre los criterios objetivos se tomó en cuenta el ámbito geográfico en el que residen las personas.

En el mismo año, antes de la aparición del Ministerio de Cultura (MINCUL), se contaba con alrededor de 87 códigos de identificación para pueblos indígenas. A fines de 2011, debido a un cambio de estándares en la Oficina de Estadística e Informática del MINSA, se procedió a la incorporación de la variable de pertenencia étnica, además del registro del DNI y de la entidad financiadora del aseguramiento, entre otros datos, en el formato HIS.

Es recién en 2012 que se comenzó a recoger, a nivel nacional, la información de la variable “etnia” en los registros del HIS referidos a la consulta externa. Asimismo, se incluyó la variable de pertenencia étnica en el formato de recojo de información epidemiológica del sistema NOTI/VEA. Es así que, desde el año 2012 al 2014, el CENSI y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas continuaron desarrollando pautas para el registro de datos, al tiempo que realizaban un acompañamiento en el recojo de información sobre la autoidentificación étnica. Después de 2014, ya con presencia del MINCUL, se hizo una nueva revisión de la base de datos. Desde ese año hasta el 2017, el MINCUL y el MINSA han trabajado coordinadamente en la revisión de los instrumentos técnicos para llegar a un consenso en torno al desarrollo de una base de datos que fusionara las que habían elaborado ambos ministerios.

Por otro lado, el 25 de junio de 2013 se creó el Comité Técnico Interinstitucional sobre Estadísticas de Etnicidad (CTIEE), con la finalidad de construir un Sistema de Estadísticas Étnicas en el Perú.² Alcanzar este objetivo demandó del Comité Técnico y sus miembros la ejecución de un conjunto de actividades, desde la revisión bibliográfica sobre aspectos teóricos y metodológicos involucrados en las estadísticas de etnicidad, hasta la ejecución de pruebas conceptuales, diálogos con actores clave y acciones de sensibilización. Como parte de sus estrategias, el Comité Técnico realizó actividades de comunicación y difusión dirigidas a concientizar a la población acerca de la importancia de la autoidentificación étnica y la generación de información estadística que tome en cuenta las diferencias socioculturales. En este proceso, su principal logro fue la elaboración de la propuesta final de las preguntas sobre pertenencia étnica que fueron incorporadas en la cédula de los Censos Nacionales 2017 [8].

El CTIEE, en su Plan de Trabajo, estableció entre sus principales líneas de acción la incorporación de la pregunta de autoidentificación étnica en los registros administrativos de todos los sectores del Estado. En este marco, en el ámbito de la salud, se priorizó retomar el registro de la variable de pertenencia étnica en el HIS, tarea que se inscribe en un esfuerzo que abarca casi 12 años de trabajo mancomunado.

De acuerdo con la normatividad vigente, el formato denominado *Hoja de Registro Diario de Atenciones del HIS* (HRD-HIS) debe ser llenado manualmente por cada profesional de salud en hospitales, centros y puestos de salud, en el momento mismo de la atención, antes de procederse a su digitalización por parte de las áreas de Estadística de los establecimientos de salud. El procedimiento incluye el registro de información sobre las siguientes variables: etnia, DNI, entidad financiadora de la atención, existencia de historia clínica y de ficha familiar, y lugar de residencia de la persona (distrito y centro poblado), entre otras.

4.1 La Directiva 240: un compromiso para la institucionalización del registro de la pertenencia étnica

El 7 de noviembre de 2017, el MINSa aprobó la Directiva Administrativa N° 240-MINSa/2017/INS, *Directiva Administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud*.³ Como institución proponente, se encargó al Instituto Nacional de Salud, a través del CENSI, la difusión de la Directiva a nivel regional.

La Directiva 240 tiene como finalidad “Contribuir a la construcción de información estadística diferenciada, que favorezca la elaboración, implementación y monitoreo de políticas públicas globales y sectoriales a favor de las poblaciones étnicamente diversas”. Luego, la norma tiene como principal objetivo el de “Fortalecer el proceso de registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados”, y como objetivos específicos: “i) Mejorar el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de las entidades y dependencias del Ministerio de Salud y gobiernos regionales”, e “ii) Incrementar el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de las demás entidades del sector salud”.

El ámbito de aplicación de la Directiva 240 abarca a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, lo que incluye a los establecimientos de salud a cargo del MINSa, de los

² Resolución Jefatural N° 167-2013-INEI. La norma establece que el CTIEE sea presidido por un representante del INEI, y esté integrado por entidades del Estado (además del INEI, el Ministerio de Cultura y la Defensoría del Pueblo); agencias de cooperación internacional (UNICEF y UNFPA); instituciones académicas (Pontificia Universidad Católica del Perú y Universidad del Pacífico); y organizaciones de la sociedad civil (como GRADE y Chirapaq), incluyendo a representantes de los pueblos indígenas (CONAP, ONAMIAP) y la población afroperuana (CEDEMUNEP, CEDET).

³ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 975-2017-MINSa.

gobiernos regionales (a través de las direcciones regionales de salud, o DIRESAs) y de los gobiernos locales, en especial aquellos establecimientos que brindan atención de salud a poblaciones indígenas y afroperuanas, entre otras.

La Directiva señala, en sus disposiciones generales, que:

- La identificación de la pertenencia étnica de las personas usuarias del servicio de salud debe realizarse de acuerdo al derecho a la autoidentificación étnica.
- El personal de salud no debe atribuirse la facultad de decidir por la persona usuaria la pertenencia étnica.
- El personal de salud no debe identificar la pertenencia étnica por la apariencia física, la vestimenta o la lengua.
- El personal de salud no debe inducir la respuesta del usuario.
- Se debe considerar la posibilidad de que los usuarios indiquen no saber o no pertenecer a un determinado grupo étnico de la lista de códigos de pertenencia étnica.
- El personal de salud debe respetar la respuesta señalada por la persona usuaria del servicio.
- De acuerdo con la ubicación del establecimiento de salud, se recomienda construir una lista resumida del registro oficial de grupos étnicos, con aquellos que sean más comunes en la zona.

Así también, como disposiciones específicas, la norma establece que:

- Si la persona usuaria del servicio indica que es un “nativo o indígena de la Amazonia”, o “perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario”, o menciona la opción “otro”, se debe solicitar a la persona que especifique cuál.⁴
- En los casos de menores de edad, o de adultos con alguna discapacidad que les impida dar una respuesta adecuada, se considerará el dato proporcionado por el responsable de la persona.
- De ser necesario, la pregunta y las alternativas se leerán en la lengua del usuario del servicio de salud, con el apoyo de un intérprete, que puede ser parte del personal de salud o un miembro de la comunidad.
- La información procedente del registro de pertenencia étnica, consignada en el formato HIS, pasará a formar parte de la información recogida cotidianamente por el Sistema de Información de Salud, a fin de que el MINSA cuente con estadísticas diferenciadas por etnias, insumo importante en la construcción de políticas públicas.
- La información que se recoja debe ser analizada y comparada con la obtenida en los niveles locales, y ser también coherente con los datos que se manejan en el nivel central.

El sistema actual del HIS y su correspondiente software tienen ya incorporados los códigos numéricos de pueblos indígenas empleados en la Base de Datos del MINCUL, integrados asimismo en la Directiva 240.

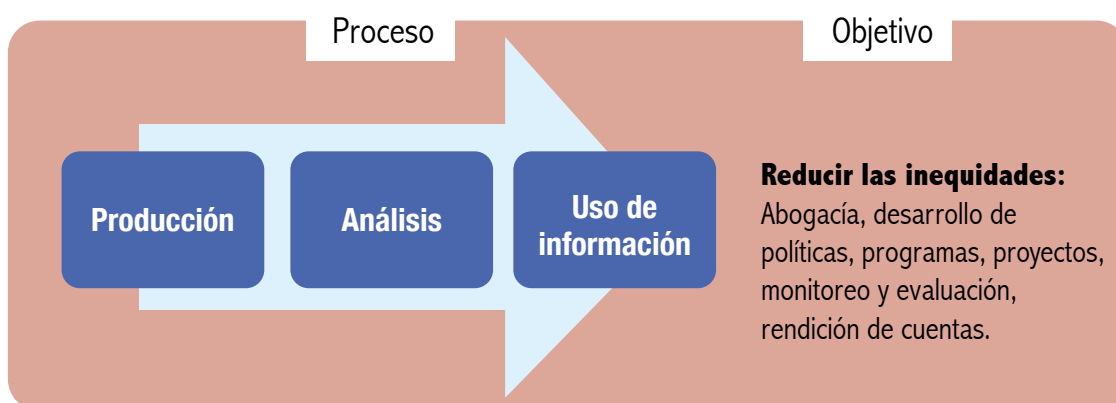
⁴ Según la norma: “Para efectos de consignar el registro de la pertenencia étnica en la hoja HIS, se ha adoptado como Código de Pertenencia Étnica, el orden numérico que cada pueblo ocupa en la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios identificados a la fecha por el Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura”. Véase, al respecto, el Anexo 1, que contiene una lista que se irá actualizando según lo determine el MINCUL.

4.2 Modelo desarrollado para la implementación de la Directiva 240

En el ámbito de la salud resulta fundamental disponer de datos desagregados por los diversos pueblos indígenas y afroperuanos, ya que esto hace posible desarrollar modelos de salud con pertinencia cultural basados en evidencias, lo que a su vez contribuye a garantizar el derecho a la salud. Estos datos también permiten contar con los perfiles epidemiológicos de mujeres y hombres de los diversos pueblos indígenas y otros grupos poblacionales; y, además, posibilitan la identificación consistente y rigurosa de las desigualdades e inequidades en salud entre ellos al interior del país.

En adelante, esta información permitirá la toma de mejores decisiones basadas en información, se priorice la ejecución de programas en función de las necesidades específicas de determinados grupos, y se impulse el desarrollo de acciones focalizadas siguiendo criterios epidemiológicos y territoriales (considerando aspectos sociales y culturales). Asimismo, será posible introducir en los programas de salud objetivos y metas sanitarias evaluables en el tiempo, a lo que se suma el fortalecimiento de los esfuerzos de abogacía desde las organizaciones de la sociedad civil que velan por el cumplimiento de los derechos y la búsqueda de equidad.

Figura 1. Proceso para la generación de datos e información con pertinencia cultural



Este proceso implica, como aspectos clave:

- entender el sentido y la importancia de incluir variables de diferenciación de pueblos indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones;
- comprender la naturaleza multidimensional y el contexto sociocultural de la identidad de los diversos pueblos;
- conocer la normativa;
- respetar el derecho a la autoidentificación;
- acompañar y apoyar las iniciativas con la elaboración de manuales y otros materiales;
- brindar capacitación desde un abordaje bidireccional;
- asegurar la participación de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos; y
- contar con recursos suficientes.

Tomando en consideración los *Lineamientos* desarrollados y propuestos en conjunto por la CEPAL, UNFPA y OPS/OMS [17], se procedió a realizar una adaptación de dichas pautas al contexto peruano, integrando criterios para la aplicación de la Directiva 240, con la finalidad de acelerar el proceso de registro de la variable de pertenencia étnica.

Bajo el liderazgo del MINSA y con la cooperación de la OPS, el primer paso fue la conformación de un grupo coordinador-implementador, que incluyó como miembros a las siguientes instancias:

- MINSA - Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (DPI)
- MINSA - Centro Nacional de Salud Intercultural/Instituto Nacional de Salud (CENSI/INS)
- MINSA - Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI)
- DIRESAs

Además, se conformó un grupo ampliado que incluyó al MINCUL, el INEI, organizaciones de la sociedad civil, UNESCO y UNFPA, cada uno de los cuales contribuyó con sus insumos. La Figura 2 presenta un esquema del proceso.

Figura 2. Proceso para implementación de la Directiva 240 en las regiones de Amazonas y Puno



Al inicio de proceso se realizó una serie de consultas con instituciones, organizaciones indígenas y otros actores clave, tanto a nivel nacional como en las direcciones regionales de salud de Amazonas y Puno. Los intercambios de puntos de vista producidos en estos diálogos permitieron tener un conocimiento más preciso de los avances alcanzados y de los desafíos que enfrentaba el Perú para contar con un sistema de información de salud armonizado y con pertinencia cultural (Tabla 2).

Tabla 2. Sectores, organizaciones y otras instancias consultadas a nivel nacional y regional en el proceso de implementación de la Directiva 240

NIVEL NACIONAL

Sector salud y otros sectores	Organizaciones indígenas	Otras instancias
<ul style="list-style-type: none"> - Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA - Oficina General de Estadística e Informática - MINSA - ESSALUD - Sanidad PNP - Ministerio de Cultura - INEI 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones de pueblo indígenas con sedes en Lima: - Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas (ONAMIAP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité Técnico Interinstitucional sobre Estadísticas de Etnicidad- CTIIE - Grupo Interagencial de Pueblos Indígenas de Naciones Unidas (GTPI)

NIVEL REGIONAL

Direcciones Regionales de Salud ESSALUD, Sanidad, PNP	Organizaciones indígenas en Amazonas y Puno	Comunidades
<ul style="list-style-type: none"> - DIRESAs Amazonas y Puno - Responsables de Epidemiología, Estadística, Pueblos indígenas, Salud de las Personas y Promoción de la Salud. - Personal de salud de redes y microrredes de salud, hospitales, centros y puestos de salud. - ESSALUD - Sanidad PNP 	<p>Líderes y lideresas de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federación de mujeres Aguarunas del Alto Marañón (FEMAAM) - Consejo Indígena Amazónico del Perú (CIAP) - Federación Departamental de Campesinos de Puno - Asociación de Pueblos Aymaras - Otras organizaciones indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios/as de los servicios - Apus y otros líderes comunitarios - Parteras - Agentes comunitarios de salud

También se efectuó una revisión de varios instrumentos técnicos y administrativos disponibles en el país, cuyo uso se consideró relevante para el registro de la variable de pertenencia étnica. Al respecto, la Tabla 3 muestra la variabilidad en las formas de registro.

Tabla 3. Lista de instrumentos y guías que registran la variable de pertenencia étnica revisada

Formato	Guía/directiva	Variables incluidas	Forma de recolección del dato	Cobertura
Hoja de registro diario (HIS)	Guía de uso y registro de la hoja HIS	Etnia	Se llena un casillero con un código	Nacional
Historia clínica	Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 (2007), <i>Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica</i>	No incluye la variable	No incluye la variable	Nacional (existe una norma que la regula, pero se utilizan distintos formatos)
Ficha familiar		Idioma Etnia/raza	Pregunta abierta	Nacional (distintos formatos)
Formato único de atención (SIS – FUA)	Directiva Administrativa N 001-2015-SIS/GREP, sobre el llenado del Formato Único de Atención (FUA) en las instituciones prestadoras de salud (IPRESS)	Etnia	Se llena un casillero con un código	Nacional
NOTI/VEA	Hospitales, centros y puestos de salud	Etnia	Se llena un casillero con un código. No son los mismos códigos que utiliza el HIS	Nacional

Asimismo, el equipo de coordinación y las áreas de Estadística y Epidemiología del MINSA identificaron los formatos de registro de datos de salud que deben ser revisados y modificados con miras a la inclusión de la variable de pertenencia étnica. Los formatos analizados aparecen señalados en el Anexo 2. Luego, el Anexo 3 presenta los resultados de la indagación concerniente a la existencia de manuales, guías, normas o instructivos.



5. EXPERIENCIAS EN LAS DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD DE AMAZONAS Y PUNO

Las regiones de Amazonas y Puno comprenden en sus territorios las principales áreas geográficas en que se encuentran los pueblos indígenas señalados en la Tabla 4. Estas regiones fueron seleccionadas debido a que abarcan áreas diferenciadas de las zonas Andina y Amazónica.

Tabla 4. Regiones de Amazonas y Puno: principales pueblos y lenguas indígenas

Regiones	Pueblos Indígenas	Familias lingüísticas
Región Amazonas	Awajún	Jíbaro
	Wampis	Wampis
Región Puno	Quechua	Quechua
	Aimara	Aimara
	Uro	Uro

Entrevistas al personal de salud

El trabajo en estas regiones se inició con la realización de entrevistas a un total de 46 personas involucradas en la prestación de servicios de salud (27 en Amazonas y 19 en Puno), con el fin de obtener información cualitativa sobre sus niveles de conocimiento en relación con la autoidentificación étnica, así como sus avances en las tareas de registro de la variable de pertenencia étnica en los formularios oficiales del sistema de salud. Las tablas 5 y 6 muestran la distribución del personal entrevistado en ambas regiones, según los sexos y los tipos de establecimientos de salud.

Tabla 5. Personal de salud entrevistado en la DIRESA Amazonas

Personal de salud entrevistado			
Grupo de estudio	Mujeres	Hombres	Total
Hospitales	2	4	6
Centros de salud	8	2	10
Puesto de salud	7	4	11
TOTAL	17	10	27

Tabla 6. Personal de salud entrevistado en la DIRESA Puno

Personal de salud entrevistado			
Grupo de estudio	Mujeres	Hombres	Total
Hospitales	7	2	9
Centros de salud	1	2	3
Puesto de salud	4	3	7
TOTAL	12	7	19

Estas entrevistas se realizaron, específicamente, en los centros y puestos de salud de las microrredes de salud de Chiriaco e Imaza, ambas pertenecientes a la Red de Salud de Bagua, y en el Hospital Gustavo Lanatta de Bagua, en la región Amazonas. En lo que respecta a la región Puno, las entrevistas se llevaron a cabo en los centros y puestos de salud de la Red de Salud de Puno, la microrred Simón Bolívar, la Red de Salud de Huancané y el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Mediante esta aproximación cualitativa se pudo concluir que:

- el personal de salud reconoce la importancia del registro de la pertenencia étnica en los formatos de atención;
- predomina entre ellos un desconocimiento de la Directiva 240, a lo que se suma la ausencia de documentos o materiales informativos que hagan referencia a dicha norma;
- es necesario adecuar y uniformizar los formatos de captura de datos de salud para un registro correcto de la variable de pertenencia étnica;
- el registro de la categoría etnia en los hospitales de ambas regiones se realiza generalmente con el código correspondiente a mestizo; y
- el personal de salud no cuenta con materiales orientadores para registrar la pertenencia étnica.

Además, en Puno se entrevistó a 19 personas usuarias de los servicios de salud, quienes mostraron su predisposición y una actitud positiva para responder a la pregunta sobre su identificación con un pueblo indígena.

Revisión de registros de salud

En Amazonas se realizó la revisión de 253 registros completados en los establecimientos de salud, mientras que en Puno el número de registros examinados fue de 244.

Necesidades expresadas por el personal de salud y las comunidades en Amazonas y Puno

La mayor parte de los entrevistados, tanto en los servicios de salud como en la comunidad, coincidieron en que era necesario implementar campañas comunicacionales para dar a conocer masivamente la importancia de obtener información sobre el estado de salud de cada pueblo indígena. Al respecto, señalaron además que estas estrategias informativas y de concientización deben tomar en cuenta ciertas consideraciones para incrementar su eficacia y alcance en la población; entre ellas, que la información debe ser ofrecida en castellano y en las lenguas de los pueblos indígenas residentes en cada región; y que la difusión debe realizarse a través de diversos medios y modalidades de comunicación, incluyendo los radios comerciales, los radios comunitarias, los altoparlantes, la comunicación oral directa, imágenes a través de programas educativos y talleres.

5.1 Análisis y devolución de resultados sobre la situación inicial del registro de la variable de pertenencia étnica

◆ AMAZONAS

Luego del trabajo inicial de análisis se realizó una devolución de resultados a la población, a través de una rueda de prensa en la ciudad de Chachapoyas (octubre de 2018). Este diálogo con medios de comunicación y autoridades regionales incluyó el abordaje del tema de los derechos de los pueblos indígenas y la importancia de su visibilidad en las estadísticas de salud. Entre los participantes estuvieron: autoridades y funcionarios de la DIRESA Amazonas, de las redes de salud de Bagua y Condorcanqui y de las microrredes de salud. Además de los medios de comunicación, participaron también representantes de la Defensoría del Pueblo, del Gobierno Regional y miembros de la Mesa de Concertación regional.



Por otro lado, se realizó una reunión técnica con el personal de salud, que sirvió para la presentación de los resultados del análisis efectuado en torno al registro de la variable de pertenencia étnica en los formularios de salud. Sobre la base de dichos resultados, esta reunión permitió la identificación de acciones necesarias para la implementación de la Directiva 240.

Adicionalmente, se realizó en Bagua una reunión con autoridades locales, representantes de 11 organizaciones indígenas y el personal de salud, para la presentación de los resultados del análisis y la discusión de los cursos de acción propuestos en la reunión técnica antes mencionada. La tabla 7 ofrece una lista de las instituciones participantes.

Tabla 7. Organizaciones participantes en la reunión de devolución de resultados en Bagua

Organizaciones	Detalle
OCAAM	Comunidades Aguarunas del Alto Marañón
Nación Awajún	Asociación Nación Awajún Wampis
CIAP	Consejo Indígena Amazónico del Perú
CAH	Consejo Aguaruna Humbisa
FEMAAM	Federación de las Mujeres del Alto Amazonas y Marañón
ODECOFROC	Organización de Desarrollo de las Comunidades Fronterizas de El Cenepa
FECOHRSA	Federación de las Comunidades Huambisas de Río Santiago
ODECAM	Organización de Comunidades Nativas del Alto Marañón
ORPIAN	Organización Regional de Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte del Perú
FECONARIN	Federación de Comunidades Nativas del Río Nieva
FECAS	Federación de Comunidades Awajún de Santiago



Plan de trabajo

Las reuniones de presentación y discusión de los resultados del análisis sirvieron para la generación de ideas, propuestas y otros insumos por parte de los actores comunitarios y las instituciones. Estos aportes fueron empleados en la elaboración de un plan de trabajo para la DIRESA Amazonas, con los siguientes objetivos y actividades:

Objetivos: Fortalecer las capacidades del personal de salud para implementación de la Directiva 240, sensibilizar a las comunidades sobre la pertenencia étnica y difundir materiales de comunicación.

Actividades: Talleres de capacitación a los prestadores de servicios de salud para el registro de la variable de pertenencia étnica en los formularios de salud, campañas comunitarias y desarrollo de manuales.

La implementación de este plan incluyó la realización de actividades de capacitación en la región Amazonas y en las redes de salud de Bagua y Condorcanqui, el desarrollo de contenidos del material a ser empleado en las campañas comunicacionales y la preparación del material orientador para la aplicación de la Directiva 240.



◆ PUNO

La devolución de los resultados del análisis inicial realizado en Puno se dio en el marco de un diálogo con las nuevas autoridades regionales, quienes expresaron su compromiso con los derechos de los pueblos indígenas y su voluntad para contribuir al logro de una mayor visibilidad de estos pueblos en las estadísticas de salud. Dicha reunión contó con la participación de representantes de la DIRESA Puno, el Colegio Médico, el Colegio de Enfermeras, el Colegio de Antropólogos, autoridades del Gobierno Regional de Puno y de su Dirección Regional de Educación, miembros de la Mesa de Concertación regional, representantes de la Universidad Nacional del Altiplano e integrantes de la Asociación de Curanderos.



Plan de trabajo

Como parte del proceso, se organizó también una reunión de trabajo con el personal de salud de la DIRESA Puno y de las redes de salud regionales, en la que se llevó a cabo la una presentación de los resultados del análisis del registro de la variable de pertenencia étnica en los formularios de salud, y una jornada de capacitación que sirvió, además, para la identificación de acciones necesarias para avanzar en la implementación de la Directiva 240.

Producto de esta jornada, se elaboró de forma participativa un plan de trabajo para la DIRESA Puno, que en lo esencial coincidió con las prioridades identificadas en Amazonas, incluyendo:

Objetivos: Fortalecer las capacidades de personal en todos los servicios de salud, sensibilizar a las comunidades y difundir materiales informativos.

Actividades: Talleres de capacitación, campañas comunitarias y desarrollo de manuales y material de orientación sobre cómo formular la pregunta referida a la variable de pertenencia étnica, con el fin de registrar la información en los formatos de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES SURGIDAS EN LA FASE DE ANÁLISIS INICIAL

Sobre la Directiva 240:

- Fortalecer el proceso de implementación progresiva de la Directiva 240.
- Sensibilizar a las autoridades y organizaciones locales en distintos niveles.
- Incluir la nueva lista y los códigos de la Directiva 240 en los diversos formularios utilizados rutinariamente en los establecimientos de salud.

Sobre la pregunta de autoidentificación étnica:

- Traducir la pregunta de autoidentificación étnica a las lenguas locales de los pueblos indígenas de cada región del país.

Sobre las capacitaciones:

- Realizar actividades de capacitación en cada región, que incluyan contenidos referidos a las cosmovisiones de los pueblos y conceptos sobre interculturalidad, pertenencia étnica, pertinencia cultural, autoidentificación, y salud y bienestar de los pueblos indígenas de las diversas regiones



5.2 Avances en Amazonas hacia diciembre de 2019

Análisis de medio término en la región Amazonas

En esta etapa se procedió a una aplicación de los instrumentos utilizados durante el análisis inicial en los mismos lugares y en otros adicionales, para conocer los avances en el registro de la variable de pertenencia étnica. De este modo, se identificó una serie de avances significativos, como se muestra a continuación en la Tabla 8.



Tabla 8. Avances en el registro de la variable de pertenencia étnica en Amazonas, 2018 y 2019

SITUACIÓN EN 2018	SITUACIÓN EN 2019
No se conocía la Directiva 240 en la DIRESA ni en las redes, microrredes o establecimientos de salud.	A la fecha de este análisis, el 90% de las personas entrevistadas conocían la Directiva 240.
No se implementaba la Directiva 240.	Se ha avanzado significativamente en la implementación de la Directiva 240, a partir del impulso dado por la DIRESA Amazonas en coordinación con el CENSI, la DPI y la OGTI, con el apoyo de la OPS.
La Historia Clínica no incluía la variable de pertenencia étnica.	El formato de Historia Clínica electrónica E-qhali incorpora la variable y los nuevos códigos de pertenencia étnica de la Directiva 240. Este software se viene implementando en diversas regiones del país, además de Amazonas.
El formato de CNV no incluía la variable de pertenencia étnica.	El formato de CNV incorpora la variable y los nuevos códigos de pertenencia étnica.
No existía una obligatoriedad para el registro de la variable de pertenencia étnica en el sistema HIS WEB.	Desde la OGTI se ha establecido en el sistema HIS WEB la obligatoriedad del registro de la variable de pertenencia étnica
Solo el 50% de los establecimientos de salud registraban la variable de pertenencia étnica.	En la Microrred de Salud de Bagua el 88 % de los puestos de salud registran la variable de pertenencia étnica.
El 70% de las IPRESS registraba la variable de pertenencia étnica.	El 92% de los puestos de salud de la Microrred de Salud de Chiriaco registran la variable de pertenencia étnica.
No se había capacitado al personal de salud sobre el registro de la variable de pertenencia étnica en el HIS.	Se ha capacitado al personal de salud y de estadística sobre la Directiva 240 y su implementación.
No se contaba con material de apoyo y de capacitación sobre la Directiva 240.	El CENSI ha producido materiales de difusión sobre la Directiva 240, que han sido distribuidos a todas las regiones. Se cuenta con una cartilla que contiene los nuevos códigos, además de un tríptico sobre la Directiva 240 en lenguaje amigable.



6. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS HACIA EL FUTURO

A manera de síntesis del proceso y las experiencias mostradas en este documento, se puede concluir que se ha logrado un avance sustancial en el registro de la variable de etnicidad en los sistemas de información sanitaria de Perú. Esto se ha conseguido mediante la implementación de un proceso participativo, con resultados alentadores, aprendizajes y experiencias que se vienen replicando en diversas regiones del país, más allá de los casos analizados aquí.

No obstante, es necesario que este proceso siga siendo apoyado y se refuerce hasta alcanzar el objetivo de contar con un sistema de información de salud con pertinencia cultural, que abarque no solo a todas las regiones, sino también a los diversos medios de registro de información, apuntando a una situación en la que no sea ya necesario realizar la pregunta sobre pertenencia étnica, de forma reiterada, en todas las visitas de los usuarios a los servicios de salud. Para ello, es preciso consolidar espacios de colaboración multisectoriales e interagenciales, que involucren la participación de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos del país.

Asimismo, resulta clave que estos avances en los sistemas de registro de información sean empleados para la generación de evidencias y análisis sobre la situación de salud de los diversos grupos poblacionales del Perú, prestando una atención especial a las desigualdades e inequidades que los afectan, todo ello en función de sus diferencias socioculturales y necesidades específicas. Desde luego, estos análisis y evidencias deben ser compartidos ampliamente y de modo tal que puedan ser accesibles y útiles para los propios pueblos indígenas y otros grupos de la sociedad civil.

Si bien la información proveniente del registro de la variable de pertenencia étnica permite efectuar análisis estadísticos a gran escala sobre la situación de salud de diversos grupos, también es importante fomentar la realización de investigaciones cualitativas enfocadas en las condiciones y causas que dan origen a las desigualdades e inequidades en salud. En estos esfuerzos, es indispensable tomar en cuenta las intersecciones entre múltiples factores (sociales, económicos y culturales) que intervienen en los fenómenos de discriminación y otras formas de exclusión social.

De otro lado, es necesario continuar con el desarrollo de materiales de capacitación dirigidos a fortalecer las habilidades del personal de salud para el registro y análisis de datos, la elaboración de recursos comunicacionales para empoderar a las comunidades, la promoción del involucramiento de la sociedad civil organizada y otros actores clave, y las acciones de monitoreo y evaluación de los avances en la conformación de un sistema de información de salud con pertinencia cultural.

Todos estos aspectos inciden en el énfasis que se debe mantener en torno al valor de la información como una herramienta útil y fundamental para avanzar, desde el sistema de salud, en el desarrollo de políticas sanitarias que sean respetuosas de los derechos individuales y colectivos, y a la vez adecuadas a las necesidades específicas de los hombres y mujeres de los diversos pueblos y grupos étnicos del Perú.

Próximos pasos

Para impulsar y expandir los logros alcanzados en el registro de la variable de pertenencia étnica en los sistemas de información de salud en todas las regiones, se sugiere:

- Estandarizar y consensuar el uso de la Directiva 240 en todas las áreas del sistema de salud, con el fin de obtener información confiable sobre la pertenencia étnica de las personas usuarias en los servicios de salud.
- Emplear la información que ya se viene generando con el registro de la pertenencia étnica para la realización de análisis que permitan no solo visibilizar las desigualdades e inequidades en salud, sino también formular e implementar respuestas orientadas a la reducción de esas disparidades y exclusiones. Estas líneas de acción, que se pueden fortalecer con los aportes de la sociedad civil (por ejemplo, mediante procesos de abogacía), encierran un enorme potencial para contribuir al cumplimiento de compromisos y el logro de metas nacionales, tanto en materia de salud y bienestar como en otras áreas (reducción de la pobreza, sostenibilidad, ciudadanía e igualdad, entre otras).
- Fortalecer la colaboración interinstitucional, que en las experiencias presentadas ha sido un factor relevante para la obtención de apoyos en las iniciativas de mejora del sistema de información de salud, sin dejar de lado, por supuesto, la participación de representantes de los pueblos indígenas y afroperuanos.
- Compartir y discutir las experiencias presentadas aquí, junto a otras que confluyen en la misma dirección, más allá del ámbito nacional, con la perspectiva de construir modelos y contribuir con el desarrollo de procesos similares en marcha en otros países. Y, del mismo modo, mantener una apertura hacia los aprendizajes alcanzados en otros contextos.
- Realizar un trabajo similar en las regiones del país con mayor presencia de poblaciones afroperuanas, con las adaptaciones que sean necesarias para optimizar las tareas de registro de la pertenencia étnica.
- Distribuir ampliamente los materiales informativos, comunicacionales y de capacitación desarrollados en el marco de las iniciativas mostradas, además de otros que surjan de nuevas experiencias regionales.
- En el contexto de la pandemia por COVID-19, incorporar en los registros de información la variable de pertenencia étnica (incluyendo las atenciones por telemonitoreo, además de otras acciones) para visibilizar las formas particulares en que esta nueva circunstancia afecta a las poblaciones indígenas, originarias y afrodescendientes.
- Promover activamente la participación de representantes de las organizaciones indígenas, afrodescendientes y de otros grupos poblacionales, en las reuniones y actividades que se desarrollan para implementar el registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información. En este marco, es importante establecer relaciones horizontales con los líderes comunitarios al abordar temas como el ejercicio de derechos, el valor del autorreconocimiento étnico y el involucramiento social en la prevención y control de los problemas de salud.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud para el registro de la variable étnica, programando los recursos que se requieran y considerando distintos niveles de responsabilidad (nacional, regional y local).



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Quito: OPS; 2009.
2. Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas de equidad. Rev Panam Salud Pública. 2007;22(6):405-416.
3. Diversidad cultural y desagregación de información estadística en salud: Informe final, taller de expertos. Quito, Ecuador, 4 y 5 de junio de 2002. Quito: OPS; [2002].
4. CELADE/CEPAL, OPS/OMS, UNFPA. Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud: experiencias en el área del pueblo Mapuche de Chile y Argentina (taller binacional). Recomendaciones para su desarrollo futuro en el contexto de las Américas. Santiago de Chile: Naciones Unidas; [2007].
5. Oyarce AM, Sánchez R, Huircan A. Desarrollo de un Sistema de Información Integral de Salud Intercultural (SIISI): Rakin Mongen Filu Laweb Pu Che. Santiago de Chile: CEPAL, OPS/OMS; 2010.
6. OPS/OMS, CEPAL. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008. OPS/OMS.
7. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas: componente comunitario de la Estrategia Comunitaria de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington, D. C. OPS; 2008.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Memoria institucional: Comité Técnico Interinstitucional sobre Estadísticas de Etnicidad 2013-2016. Lima: INEI; 2017.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Perú: resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017. XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Tomo I. Lima: INEI; 2018.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Resultados definitivos del I Censo de Comunidades Campesinas. Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Lima: INEI; 2018.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Resultados definitivos del III Censo de Comunidades Nativas. Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Lima: INEI; 2018.
12. Ministerio de Cultura. Servicios públicos con pertinencia cultural: guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte I: ¿Qué son servicios públicos con pertinencia cultural? Lima: MINCUL; 2015.
13. OPS/OMS. Política sobre etnicidad y salud. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2017.
14. Ministerio de Cultura. Política nacional para la transversalización del enfoque intercultural. Lima: MINCUL; 2015.
15. Ministerio de Cultura. Plan Nacional de Desarrollo para la Población Afroperuana 2016-2020. Lima: MINCUL; 2016.

16. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Intercultural. Diálogo intercultural en salud. Lima: MINSa; 2014.
17. CEPAL, UNFPA, OPS/OMS. Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35952/1/S20131049_es.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Pueblos indígenas u originarios y otras poblaciones del Perú

Código	Pueblo	Otras denominaciones	Lenguas
1	Achuar	Achual, Achuare, Achuale	Achuar
2	Aimara	Aru	Aimara
3	Amahuaca	Yora	Amahuaca
4	Arabela	Tapueyocuaca, Chiripuno	Arabela
5	Ashaninka	Campa ashaninka	Ashaninka
6	Asheninka	Ashaninka del Gran Pajonal	Ashaninka
7	Awajún	Aguaruna, Aents	Awajún
8	Bora	Booraa, Miamuna, Miranha, Miranya	
9	Capanahua	Nuquencaibo, Buskipani	Capanahua
10	Cashinahua	Huni kuin, caxinahua, Kachinahua	Cashinahua
11	Chamicuro	Camikódlo, Chamicolos	Chamicuro
12	Chapra	Shapra	Kandozi-chapra
13	Chitonahua	Yora, Murunahua	Yaminahua
14	Ese eja	Ese'ejja, Huarayo, Tiatinagua	Ese eja
15	Harakbut	Amarakaeri, Wachipaeri, Arasaeri, Kisamberi, Pukirieri, Toyoeri, Sapiteri	Harakbut
16	Ikitu	Ikitu Ikitu, Iquito, Amacacore, Quiturran	Ikitu
17	Iñapari	Inapari, Inamari, kushitireni	Iñapari
18	Isconahua	Isconawa, Iskobakebo	Isconahua
19	Jaqaru	Aimara Tupino, Aimara Central, Cauqui, Aru	Jaqaru
20	Jíbaro	Jibaro del Río Corrientes, Shiwiar, Siwaro	Achuar
21	Kakataibo uni	Uni Unibo	Kakataibo



Código	Pueblo	Otras denominaciones	Lenguas
22	Kakinte	Poyenisati	Kakinte
23	Kandozi	Kandozi Candoshi, Chapra, Chapara, Murato	Kandozi-chapra
24	Kichwa	Quichua, Inga, Lamas, Santarrosinos	Quechua
25	Kukama kukamiria	Cocama Cocamilla, Xibitaona	Kukama kukamiria
26	Madija	Madija Culina, Madiha, Kolina	Ucayali
27	Maijuna	Orejón, Maijiki	Maijuna
28	Marinahua	Onocoin, Yora	Sharanahua
29	Mashco Piro		Yine
30	Mastanahua	Yora	Sharanahua
31	Matsés	Mayoruna	Matsés
32	Matsigenka	Machiguenga, Matsiguenga, Machiganga, Matsiganga	Matsigenka
33	Muniche	Munichi	Muniche
34	Murui Muinani	Huitoto	Murui-Muinani
35	Nahua	Yora	Nahua
36	Nanti	Matsigenka	Nanti
37	Nomatsigenga	Nomachiguenga, Atiri	Nomatsigenga
38	Ocaina	Dukaiya, Dyo'xaiya	Ocaina
39	Omagua	Omagua Yeté, Ariana, Pariana, Umawa	Omagua
40	Quechuas	Los pueblos quechuas no tiene otras denominaciones, más si un conjunto de identidades, entre las que se encuentran: Chopccas, Huancas, Chankas, Huaylas, Qeros, Cañaris, Kana	Quechua



Código	Pueblo	Otras denominaciones	Lenguas
41	Resígaro	Resigero	Resígaro
42	Secoya	Aido Pai	Secoya
43	Sharanahua	Sharanahua Onicoín, Yora	Sharanahua
44	Shawi	Chayawita, Campo-piyapi, Tshahui	Shawi
45	Shipibo-Konibo	Shipibo, Joni, Chioeo-Konivo	Shipibo-Konibo
46	Shiwilu	Jebero, Xebero, Shiwila	Shiwilu
47	Ticuna	Ticuna, Duuxugu	Tikuna
48	Urarina	Itucali, kacha edze, Itukale	Urarina
49	Uro	Uru	Uro (lengua extinta)
50	Vacacocha	Vacacocha Aushiri, A'éwa, Awshira, Abijira, Abishira	Awshira (lengua extinta)
51	Wampis	Huambiza, Shuar-Huampis	Wampis
52	Yagua	Yihamwo, Nihamwo	Yagua
53	Yaminahua	Yuminahua, Jjamimawa, Yora	Yaminahua
54	Yanesha	Amuesha, Amage, Amuexia	Yanesha
55	Yine	Yine Piro, Pira, Simirinche, Chotaquiro	Yine
56	Afroperuano	Zambo, mulato, negro moreno	
57	Blanco	Blanco	
58	Mestizo	Mestizo, Cholo	
59	Asiaticodescendiente	Chino	
60	Otros	Gitano, Rom, Calé	

Anexo 2. Formatos de registro de datos de salud analizados

Formato	Lugar en que se recoge la información	Categorías	Forma en que se recoge la información	Cobertura
Hoja de registro diario (HIS)	Atención de salud	Etnia	Se llena un casillero con un código (lista de códigos en anexo 1)	Nacional
Historia clínica	Admisión de hospitales, centros y puestos de salud	No incluye la variable étnica	NC	Nacional (existe una norma que la regula, pero se utilizan distintos formatos en cada región)
Ficha familiar	En centros y puestos de salud	Idioma, etnia / raza (en algunos formatos se incluye la categoría, en otros no)	Pregunta abierta	Nacional (se utilizan distintos formatos en cada región; por tanto, son diversos los momentos y lugares en que se recoge la información)
Certificado del nacido vivo (CNV)	Lo emiten hospitales y centros de salud en forma digital y manual	No incluye la variable étnica	NC	Nacional
Formato único de atención (SIS – FUA)	Admisión de hospitales, centros y puestos de salud Atención de salud personal	Etnia	Se llena un casillero con un código. Los códigos son distintos a los que utiliza el HIS	Nacional
NOTI/VEA	Hospitales, centros y puestos de salud	Etnia	Se llena un casillero con un código. Los códigos son distintos a los que utiliza el HIS	Nacional

Anexo 3. Guías y normas para el llenado de formatos

Formato	Categoría	Manuales, guías, normas, instructivos
Hoja de registro diario (HIS)	Etnia	Guía de uso y registro de la hoja HIS (2017)
Historia clínica	NC	N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 “Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud” (2005) La norma no incluye la variable de pertenencia étnica. No obstante, en cada región hay formatos adaptados. En una misma región puede estar incluida la variable “idioma” en unos formatos y en otros no.
Ficha familiar	Idioma Etnia / raza	N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 “Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud” (2005) La norma indica que se tiene que incluir la variable “idioma”. De modo similar a lo que ocurre con la historia clínica, cada región ha adaptado y adecuado los formatos de ficha familiar. También puede haber distintos formatos en una misma región. La mayoría de los formatos incluyen la variable “etnia”.
Certificado del nacido vivo (CNV)	No incluye etnia	Manual de registro del certificado del nacido vivo – CNV (2016) Se emite en forma digital o manual. No incluye la variable “etnia”. Incluye los dígitos del ubigeo del lugar de nacimiento y del lugar de residencia actual de la madre. Esto permite realizar la identificación del distrito y centro poblado de nacimiento y de residencia.
Formato único de atención del Seguro Integral de salud – SIS (FUA – SIS)	Etnia	Directiva administrativa: Correcto llenado del FUA (2015) Incluye la variable “etnia”.
NOTI/VEA	Etnia	Protocolos para el llenado de formatos individuales y consolidados (2005) Los formatos individuales y consolidados de NOTI/VEA incluyen la variable “etnia”. El registro del dato de la variable se hace de la misma manera que en el formato HIS y se utilizan los mismos códigos.



PERÚ

Ministerio de Salud

