

## Algunos apuntes sobre la salud infantil en áreas rurales del Perú

R. Hernández Asensio\*, P. Zárate Ardela\*\*

\*Historiador, Universidad de Cádiz, Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador.

\*\*Socióloga, Instituto de Estudios Peruanos.

---

La carretera que llega hasta Livitaca no está asfaltada. En realidad, casi ninguna carretera en las provincias altas del Cuzco lo está: las trochas de tierra apaisada, o a lo sumo lastradas con piedras, abiertas aprovechando algún antiguo camino de arrieros, son la norma general. En esta región al sur de Cuzco la vista del viajero registra ante todo montañas y páramos, pocos o casi ningún árbol alivian la monotonía del paisaje, el verde de la vegetación baja y el azul intenso del cielo. La vida por encima de los cuatro mil metros sobre el nivel del mar es dura. Livitaca, capital del distrito del mismo nombre en la provincia de Chumbivilcas, departamento de Cuzco a unos 500 kilómetros al sureste de Lima, se encuentra situada en el fondo de un valle. Saliendo desde la localidad de Espinar el camino atraviesa el río Apurímac antes de ascender a los pasos andinos rozando los cinco mil metros de altura. Finalmente, tras avanzar unas

tres horas a través del páramo, la carretera desciende bruscamente en empinada cuesta. Entre las curvas comienzan a aparecer dispersas las primeras casas.

### Datos generales sobre la situación de la salud infantil en el Perú.

---

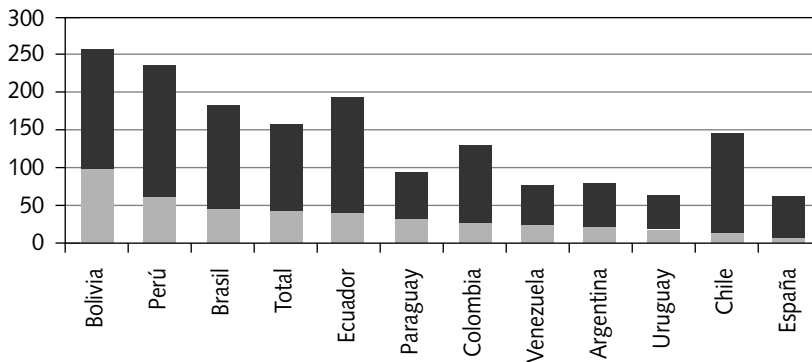
La mortalidad infantil continua siendo un problema de primer orden en el Perú. Como podemos comprobar echando un vistazo al Cuadro 1, la tasa de mortalidad infantil (TMI) de este país andino supera la media regional y es superada sólo por Bolivia y Haití. Esta constatación, sin embargo, es sólo una parte de la realidad.

Consultando las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA)<sup>(1)</sup>, un segundo dato salta a la vista: la constante disminución de las cifras negativas existentes en este indicador desde 1970. En los

---

<sup>(1)</sup> Todas las estadísticas reseñadas como procedentes del Ministerio de Salud han sido obtenidos en la dirección electrónica de dicho organismo: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

**Cuadro 1.** Descenso de la TMI en América Latina.



Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 1999

■ Año 1990    ■ Año 1997

últimos treinta años la TMI en el Perú fue el indicador de salud que mayor reducción experimentó.

Tercer punto a resaltar: la inequidad. Unas TMI altas, pero en disminución de acuerdo tanto a los tres últimos censos nacionales de población y vivienda, realizados los años 1972, 1981 y 1993 como a las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDES) realizadas en 1996 y en el año 2000. Si bien actualmente el promedio nacional de la TMI es según esta última fuente de 33, un análisis exhaustivo basado en la definición de barreras, sugiere que esta disminución ha sido inequitativa. En 1996, a pesar de que el promedio nacional fue de 43, eran muy pocos los departamentos con TMI menor a 50; en el año 2000 el promedio fue de 33 y más de la mitad

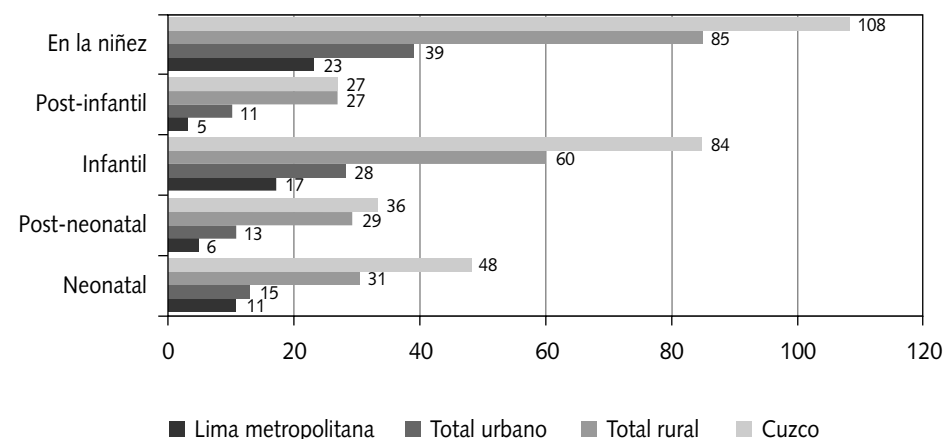
de los departamentos tenía cifras inferiores a 50. Sin embargo, las desigualdades geográficas prosiguen y el departamento de Cuzco es un buen ejemplo de ello. En este departamento de la sierra peruana en 1996 la TMI había sido de 78 pero, mientras en la gran mayoría del país esa tasa disminuía, en Cuzco en el año 2000 aumentaba a 84. Estas cifras hablan a las claras de la existencia de importantes brechas en cuanto a la salud infantil en este país. De acuerdo a los citados censos y desde un punto de vista diacrónico, sería posible diferenciar dos períodos, uno de disminución homogénea y un segundo de disminución inequitativa de este indicador. Mientras en la década de los setenta la TMI habría disminuido homogéneamente, en las décadas de los ochenta y noventa lo

habría hecho de un modo inequitativo. Por supuesto, es en las áreas rurales donde la TMI alcanza cifras mayores.

Aunque las divisiones políticas no siempre coinciden, desde un punto de vista tanto geográfico como socio-cultural el Perú se divide en tres regiones: de un lado la costa, por lo general árida y seca, una región en la cual la población tiende a concentrarse en núcleos de relativa importancia, ubicados por lo general en estrechos valles fluviales; junto a la costa, la sierra o cordillera de los Andes y finalmente la selva amazónica. En cuanto a la cordillera andina, viene caracterizada en el Perú por la sucesión de cumbres, en algunos casos superiores a los cinco mil metros, y profundos valles. Se trata de un relieve cor-

tado y abrupto que dificulta de manera considerable las comunicaciones y tiende a dispersar la población en miles de pequeñas comunidades, cada una de ellas de difícil acceso. Similares dificultades presenta la región amazónica, la más extensa del país al tiempo que la más débilmente poblada. Tanto en los Andes como en la selva, la presencia estatal es difusa e incluso inexistente en las áreas más alejadas de las ciudades, hecho debido, tanto a las propias dificultades del territorio como al repliegue de la administración pública durante los años de la guerra civil que azotó el país, aproximadamente, entre 1980 y 1995. Las consecuencias de esta peculiar organización del territorio se reflejan con claridad en el Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Tasa de mortalidad durante la etapa infantil (según la ENDES 2000).



## Pobreza en áreas rurales

La cuantificación de la pobreza en el Perú continua siendo un quebradero de cabeza para economistas, sociólogos y demás científicos sociales. Durante los últimos años, las cifras resultantes de los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), de una parte, y diversas instituciones privadas de otra, divergen de modo creciente debido tanto a los diferentes métodos de cuantificación utilizados, como al interés gubernamental en maquillar la situación real. Fuentes del INEI han señalado que entre 1997 y el año 2000 la incidencia de la pobreza en los peruanos creció un 6%, pasando de cubrir el 42,7% al 48,4% de la población. Estas cifras son parte del esfuerzo de la entidad estatal por superar los problemas heredados del gobierno anterior y provienen de una auditoría técnica realizada con apoyo del *Institut de Recherche Pour le Developpement*, entidad francesa de investigación, y el Consorcio de Investigación Económica y Social, organización no gubernamental limeña de conocida solvencia. Los resultados de la auditoría ponen en limpio las estadísticas oficiales y las acercan a las de las investigaciones privadas. Sin embargo, la distorsión estadística habría sido más grave en 1999, ya que mientras el INEI habla-

ba de 37,8% de peruanos en situación de pobreza, las cifras revisadas subían al 47,5%<sup>(2)</sup>. Gran parte de esta población pobre se concentra en áreas rurales de la sierra, tales como la provincia de Chumbivilcas. Aunque este trabajo hace referencia al Perú en su conjunto –y, en este sentido, tomará ejemplos de distintas zonas del país–, ha sido escrito tras la realización de una visita de trabajo a los Puestos de Salud de dicha provincia de Chumbivilcas, razón por lo cual conviene ubicarla un poco mejor dentro del contexto peruano.

Como se señalaba al comienzo de este trabajo, la carretera que llega hasta Lititaca no está asfaltada. No lo está como tampoco la que une Santo Tomás, capital de la provincia de Chumbivilcas, con el resto del país. Situada al suroeste del departamento de Cuzco, Chumbivilcas cuenta con una extensión de 5.371 kms<sup>2</sup> poblados por 72.639 habitantes y ha sido calificada por el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) como zona de extrema pobreza<sup>(3)</sup>. En este sentido, si como muestra vale un botón, baste señalar que en toda la provincia el núme-

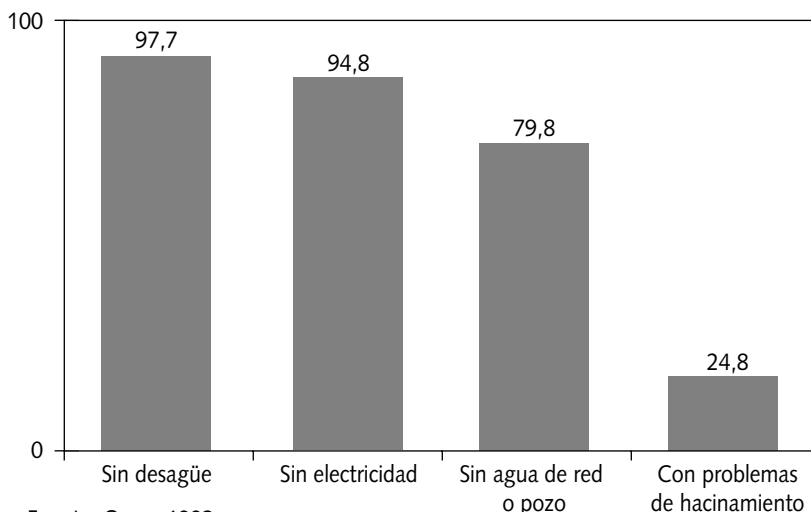
<sup>(2)</sup> El Comercio (julio 25 del 2001), Lima.

<sup>(3)</sup> Los datos de población corresponden a 1996 y han sido obtenidos en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú (<http://www.inei.gob.pe>).

ro de líneas telefónicas no llega a 10. Se trata de una región con alturas medias superiores a los tres mil metros, climas uniformemente fríos durante todo el año y veranos e inviernos pluviales que, a grandes rasgos, vienen a coincidir con las estaciones homónimas del hemisferio norte. Aun sin datos específicos, es fácil comprobar que una inmensa mayoría de la población sobrevive gracias a actividades vinculadas con el sector primario de la economía; agricultura, tanto de valle como de altura, y pastoreo. Precisamente existe en la zona una arraigada tradición de pastoreo seminómada, tanto de ganado equino como camélidos andinos, tradición que ha dado origen a la figura del

*qorilazo* como prototipo cultural regional. El nombre viene de la palabra quechua *qori*, usada para nombrar al oro, y la imagen que lo representa es un jinete solitario, cuidador de ganado semisalvaje, de arraigadas costumbres machistas y en extremo violentas. El Cuadro 3 resume el estado de algunos de los principales indicadores sociales de la provincia. Puede observarse cómo menos del 2% de los hogares puede presumir de un nivel de habitabilidad óptimo, presumiblemente en su mayoría situados en la capital provincial. Esta situación, sin embargo, no es exclusiva de Chumbivilcas, sino que es como las demás del departamento de Cuzco.

**Cuadro 3.** Provincia de Chumbivilcas. Porcentajes de hogares...



La provincia de Chumbivilcas se divide en ocho distritos, de los cuales para nuestro trabajo seleccionamos dos de ellos, los de Livitaca y Chamaca, situados al noreste de la capital de la provincia. Nuestra visita tuvo lugar en el mes de mayo de 2001, poco después del final de la estación de lluvias. En ambos casos, se trata de localidades apartadas de las rutas principales, sólo accesibles con vehículos todo terreno. Livitaca cuenta con 10.036 habitantes distribuidos en 758 kms<sup>2</sup>, mientras que en Chamaca en poco más de 674 kms<sup>2</sup> se registran 6.799 habitantes<sup>(4)</sup>. El régimen administrativo peruano contempla en orden descendente departamentos, provincias y distritos viniendo a ser estos últimos el equivalente a los municipios españoles. Al contrario que éstos, acostumbra a tener una extensión relativamente grande susceptible de integrar núcleos de población de menor entidad, tales como poblados, caseríos, asentamientos humanos y comunidades campesinas. No siempre la capital distrital corresponde al núcleo de mayor entidad, así como tampoco necesariamente implica una mejor dotación de servicios básicos. En departamentos como Cuzco,

especialmente afectados por la desintegración social resultante de la migración hacia las ciudades y la guerra de los años ochenta y comienzos de los noventa, la importancia de la capital distrital reside en actuar como nexo entre el estado y la población rural campesina. En este sentido, las capitales suelen concentrar buena parte de las escasas entidades estatales presentes en las áreas rurales, tales como las postas médicas objeto de este estudio.

La red de establecimientos médicos rurales en el Perú contempla dos tipos de establecimientos, los centros de salud (CS) y los puestos de salud (PS). Mientras en los primeros es obligatoria la presencia de, al menos, un médico general, los puestos de salud por lo general son atendidos por técnicos sanitarios de desigual capacitación. Respecto a los especialistas, en las áreas rurales éstos apenas existen tal como vemos en la Tabla I. Más allá de esta insuficiencia de personal, la alta TMI de estas regiones del Perú así como el deficiente nivel sanitario general tienen un doble origen: en primer lugar, obviamente, la pobreza generalizada y junto a ello la escasa capacidad de inversión en infraestructuras que caracteriza al estado peruano. A continuación, resumimos algunas de las observaciones registradas durante nuestras visitas.

---

<sup>(4)</sup> Página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú (<http://www.inei.gob.pe>).

**Tabla I. Chumbivilcas - Recursos Humanos**

– Total de Médicos	9
• Médicos Generales	9
• Especialistas Clínicos	0
• Cirujanos	0
• Gineco-Obstetras	0
• Pediatras	0
• Odontólogos	2
– Enfermeras	15
– Obstétricas	10
– SERUMS	0
– Internos	0
– Salubristas	0
– Técnicos asistenciales	33
– Otros profesionales asistenciales	0
– Parteras tradicionales	63
– Promotores de Salud	188
– Psicólogos	0
– Administrativos	1
– Servicios Generales	3
– Funcionarios	8

### La infraestructura física

En cuanto a la infraestructura física, el puesto de salud de Chamaca representa un ejemplo clásico<sup>(5)</sup>. La obra consta de sala de espera, farmacia, almacén, tres ambientes separados para salud de la mujer, salud del adulto y salud del niño; tres servicios higiénicos, uno para niños, otro para personal y un tercero destinado a pacientes en general. Además un dormitorio y en la parte exterior un tanque séptico y un pozo de precolación.

<sup>(5)</sup> La estructura que se describe a continuación proviene de un modelo estándar para puestos de salud, elaborado por el Ministerio de Salud de Perú. La descripción técnica que sigue ha sido realizada por el ingeniero Carlos Loayza, en el curso de una evaluación realizada para la KFW.

La construcción es, en sus cimientos, de concreto<sup>(6)</sup> simple; vigas y columnas de concreto armado; muros de ladrillo, piso de cemento pulido con ocre; cielo raso y aleros con enchaclado de carrizo y techo de calamina galvanizada. En cuanto al estado de conservación de la obra, una observación superficial muestra presencia de fisuras desde el piso hasta el alféizar de todas las ventanas y en los muros laterales de la edificación, tanto en el interior como en el exterior, lo que indica que la construcción ha sufrido asentamientos diferenciales. Los servicios higiénicos no funcionan bien, fal-

<sup>(6)</sup> Material similar al cemento.

tando algunos accesorios en duchas, lavatorios e inodoros.

Ejemplo clásico en cuanto a componentes y conservación, el PS de Chamaca lo es también en lo referido a los procedimientos administrativos para su construcción. Como hemos señalado más arriba, uno de los principales problemas que afectan al sistema de salud rural peruano es la falta de financiación para cubrir sus costos, especialmente en lo que se refiere a infraestructura. Para comprender la solución dada al problema hemos de retroceder en el tiempo hasta 1990.

- En agosto de aquel año, pocos días después de asumir la primera magistratura, el recién elegido presidente Alberto Fujimori decretó un fuerte incremento en los precios de la mayor parte de los productos de la canasta básica. Ésta fue la primera de las distintas medidas de ajuste neoliberal que caracterizaron los primeros años de su gobierno: privatizaciones de algunos servicios públicos, eliminación de los subsidios estatales a la producción agrícola y las industrias nacionales, supresión del Banco Agrario, final del control cambiario de divisas...
- En aquel contexto y como medida paliativa de los efectos del que entonces fuera llamado "*fujischok*", en

1991 se crea el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), oficina estatal encargada de llevar a cabo pequeños proyectos de infraestructura económica y social en comunidades rurales y áreas de pobreza. Estas oficinas actúan como canalizadores de los fondos de desarrollo –obtenidos por distintos medios, tanto de la cooperación internacional como de distintas agencias estatales– hacia los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Para ello, las comunidades organizadas como tales deben presentar sus iniciativas, bien se trate de puentes, pequeñas carreteras, canalizaciones de agua potable, sistemas de desagüe y riego o postas médicas. A continuación, una vez evaluado y aprobado el proyecto, se procede a traspasar la gestión de la obra al llamado núcleo ejecutor local elegido por la comunidad entre sus miembros<sup>(7)</sup>.

- En la actualidad, tras casi diez años de funcionamiento, las valoraciones respecto al papel jugado por FONCODES en la lucha contra la pobreza en el Perú son contradictorias. Ac-

---

<sup>(8)</sup> Sally Bowen. "FONCODES, un panorama" en: FONCODES. Concertando para el desarrollo: lecciones aprendidas del FONCODES en sus estrategias de intervención. Lima: 2001. pp. 15-47.

tuando en buena medida por procedimientos de prueba y error, los mecanismos de adjudicación y ejecución de proyectos han ido simplificándose con los años, gracias a lo cual el número de obras realizadas son numerosas. Por todo el Perú, incluso en las áreas más alejadas, es posible distinguir, casi como parte constitutiva del paisaje, los letreros naranjas que señalizan cada intervención, cada obra... Al tiempo, el peculiar sistema de actuación de esta agencia, y la falta de coordinación con las autoridades locales, convertía a FONCODES en instrumento ideal de propaganda política. Pero, mirando la otra cara de la moneda, precisamente en esta capacidad de penetración demostrada por FONCODES es donde reside una de las claves de su notable aceptación por parte de los pobladores de las zonas más pobres del Perú. Gracias a FONCODES, buena parte de estas comunidades han sentido por primera vez la existencia de un nexo con el estado nacional peruano, la existencia de un interlocutor válido para sus problemas cotidianos.

Pasando de lo abstracto a lo concreto, tanto el puesto de salud de Chamaca como el de Livitaca han sido construidos por FONCODES, en este caso, gracias a

fondos aportados por la cooperación alemana (KFW)<sup>(8)</sup>. También en este punto los PS de Chamaca y Livitaca son casos ejemplares; ejemplares en lo bueno y en lo malo. Algunas de las objeciones técnicas señaladas respecto a las obras ejecutadas por FONCODES son pertinentes en ambos casos. El uso de materiales de calidad mediocre, las deficiencias en la planificación, en especial en lo que trae a la elección de asentamientos adecuados y los remanentes de las tensiones producidas por una mala gestión por parte de unos núcleos ejecutores escasamente capacitados, son tres ejemplos clásicos del tipo de problemas que suelen presentarse ante el evaluador una vez transcurridos dos o tres años de la ejecución de estos proyectos.

### **La atención natal y perinatal**

El CS de Chamaca atiende a un total de 4.696 beneficiarios, pobladores de Chamaca y cuatro comunidades más. De acuerdo a los patrones de la zona, se

---

<sup>(8)</sup> FONCODES sólo financia la construcción de algunas postas y centros de salud, ubicados en zonas de pobreza o extrema pobreza. Otros organismos como el Instituto de Infraestructura Educativa y Salud (INFES) asumen la construcción de la mayoría de estos locales. En el caso de Chamaca el monto aprobado para su construcción fue de 67.300 nuevos soles (poco menos de cuatro millones de pesetas), mientras que el de Livitaca fue de 65.300. Ambos fueron construidos en 1997.

trata de un centro relativamente bien atendido, con un médico, una obstetrix, una enfermera y dos técnicos. Todos ellos contratados por el MINSA, pese a que la posta es administrada en régimen de cogestión por éste y la municipalidad local. Teóricamente el MINSA es responsable de brindar el presupuesto para mantenimiento de las postas médicas, tales como gastos de pintura, limpieza etc. Por lo general, la pintura se les da una vez al año, pero el presupuesto asignado en ocasiones no es suficiente para contratar personal apropiado para el pintado. Éste parece ser el caso de Chamaca, donde es el propio personal sanitario el que debe hacer el mantenimiento del local. Dos veces al mes enceran el suelo y una vez al año repintan el local, pero faltan por arreglar, tanto las conducciones de agua, como los desagües sanitarios y la instalación eléctrica que no funciona.

En cuanto a la problemática local de salud, destacan, según Heidi Loayza, obstetrix destacada en el citado CS, tres cuestiones: la persistencia de una alta TMI local, los problemas derivados de la desnutrición infantil y las enfermedades respiratorias, debidas al clima frío y el persistente viento. Estos problemas aparecen vinculados directamente a la situación general de la provincia y su atraso, tanto econó-

mico como educativo. Merece señalarse, en este sentido, que:

- La escasa educación de la población local y la consecuente falta de interés en la planificación familiar. La obstetrix Loayza, natural de Arequipa, segunda ciudad del país y por lo tanto con una cultura urbana consolidada, centra sus preocupaciones en este punto: el alto número de hijos por familia, así como la persistencia de embarazos en madres "añosas", esto es, mayores de cuarenta y nueve años. Aunque desde la posta médica, ocasionalmente, se ha procedido a sesiones de capacitación en lo referido a métodos anti-conceptivos, tanto las dificultades de acceso a éstos, como la falta de constancia en el empeño, han hecho que su uso sea prácticamente nulo en la población local.
- La existencia de un alto número de partos no institucionales. Ciertamente ésta continua siendo una práctica muy extendida en buena parte de las zonas rurales del Perú. Aunque en este apartado no disponemos de estadísticas locales, la Tabla I permite comprobar la existencia de un alto número de parteras tradicionales en toda la provincia de Chumbivilcas. Respecto a esta figura, tan habitual

en las áreas rurales del Perú, el MINSA ha desarrollado una política errática, oscilando desde los intentos de integrarlas en un sistema unificado de atención primaria mediante su capacitación, hasta el rechazo más absoluto. En realidad, la elección entre una y otra alternativa más parece ser cuestión local que institucional, variando con las coyunturas, las condiciones de cada lugar y el talante del personal médico encargado del puesto de salud. En este sentido, en una investigación diferente realizada en San Antonio de Cumbaza, distrito del departamento de San Martín, ubicado en la selva peruana, pudimos observar cómo el decidido rechazo de los doctores encargados del centro de salud local habría contribuido a disminuir de manera drástica el número de partos no institucionales, mediante una política explícita y agresiva de desconocimiento del rol de la partera tradicional. Sin embargo, no parece ser éste el caso de Chamaca y Livitaca, una comarca donde la accidentada orografía y la existencia de numerosas comunidades sólo accesibles tras largos viajes a caballo dificulta la movilidad, tanto del personal médico como de los pacientes.

Respecto a la atención institucional del proceso de gestación y parto, es preciso señalar que, tanto las madres como los recién nacidos, se encuentran cubiertos por el llamado Seguro Materno Infantil. El Seguro Materno Infantil (SMI) es un mecanismo financiero del MINSA para asegurar que todas las madres gestantes y niños menores de cuatro años tengan acceso a la atención de salud, incluyendo el costo de medicinas, hospitalización, exámenes de diagnóstico y materiales médicos. Se presta en forma gratuita a las madres y niños de familias muy pobres. En el caso de las gestantes comprende el control periódico, la atención a las deficiencias nutricionales, la salud dental, el parto simple, la cesárea o la atención de partos complicados y el control en el período posterior al parto. En el caso de los niños, comprende las vacunaciones y control del crecimiento, la atención a las deficiencias nutricionales y control de diarreas e infecciones respiratorias, entre otras. De acuerdo con los datos del MINSA, el SMI habría de establecerse gradualmente a nivel nacional, comenzando por los departamentos más pobres y con mayores problemas de salud. Desde noviembre de 1998 operó de manera piloto en el departamento de Tacna y en la provincia de Moyobamba (departamento de San

Martín), ampliándose entre 1999 y el 2000 al resto del departamento de San Martín y a otros. Las estadísticas del MINSA estiman que a mediados de 2000 el SMI cubría a 148.000 gestantes y a 445.000 niños, con unos objetivos ambiciosos sobre el papel.

Durante los años noventa, el SMI ha venido a complementarse con el llamado Seguro Escolar que cubre a aquellos niños matriculados en escuelas estatales durante la educación primaria. Mientras que el SMI atiende a las mujeres gestantes y niños hasta cuatro años de edad, el Seguro Escolar cubre a los niños de cuatro a dieciséis años. A nivel de atención natal y perinatal, estos programas se complementan con otros, como los del *radar de gestantes* (sistema de monitoreos de gestantes en espacios rurales de poblamiento disperso).

### **El problema de la desnutrición**

Habíamos hablado de dos problemas enlazados, la alta TMI y los elevados índices de desnutrición infantil. Basta una simple observación preliminar para dar cuenta del alto número de niños desnutridos que existen en estas regiones de la sierra peruana. Estómagos hinchados, decoloración capilar, problemas de peso... son síntomas frecuentes. El problema es especialmente grave en lo que

trae al consumo de proteínas, ya que la dieta básica de la región se compone de arroz, alguna legumbre, tubérculos y sólo muy esporádicamente carne de res. Otros alimentos tradicionalmente andinos, como el cuy o conejillo de indias, en la actualidad se han convertido en alimento conmemorativo únicamente consumido en ocasiones especiales. Como en el caso anterior, las razones de esta alta tasa de desnutrición imbrican de manera compleja factores económicos y culturales. De una parte, el empobrecimiento progresivo de toda la sierra peruana, casi siempre ajena a las transformaciones del mundo contemporáneo, aislada y predominantemente dependiente de agriculturas de autoconsumo y circuitos comerciales de alcance local (intercambios de productos entre comunidades ubicadas a distintas alturas y, por lo tanto, en nichos ecológicos diferentes). Especialmente preocupantes son las dificultades que los campesinos de estas comunidades encuentran para articularse a los mercados nacionales, debido tanto a la ausencia de infraestructuras viarias como a la escasa productividad de sus cultivos.

La pobreza resultante de las transformaciones económicas modernas, agudizada por la crisis económica de los últimos años de gobierno de Fujimori, es

una realidad imposible de negar. Pese a ello, la focalización concreta de la desnutrición en unos determinados grupos etáricos dentro de las comunidades campesinas responde también a condicionantes culturales. La sociedad andina, de raigambre quechua y española, es profundamente machista, situación exacerbada –como veíamos– en provincias como Chumbivilcas donde según los estereotipos culturales, hombres y mujeres aparecen cortados por el arquetipo del *jinete solitario*. El problema de la segregación sexual atañe a mujeres y niños y es sentido por buena parte de la población como causa de su pobreza. Éste es el caso de Narcisca Huamaní, presidenta del *comité del vaso de leche* de la comunidad de Ascahuincha, cerca de Livitaca. Cuando le pedimos que definiera que era para ella la pobreza, respondió que en su comunidad los hombres no trabajaban, bebían y continuamente pegaban a sus mujeres: eso era la pobreza. En efecto, no es extraño ver por los caminos de la provincia, caballos con jinetes completamente ebrios, conducidos a pie por mujeres y niños. Ésta es la primera de esas actitudes culturales que señalábamos tienden a exacerbar y focalizar los problemas resultantes de la pobreza generalizada: buena parte del presupuesto familiar, tan escaso por otra

parte, es gastado en consumo de alcohol por parte de los hombres adultos<sup>(9)</sup>.

Junto al consumo de alcohol, hay que considerar lo que los antropólogos han dado en denominar precedencia nutritiva. En efecto, la costumbre predominante en la sierra peruana consiste en servir en primer lugar a los hombre adultos, quienes suelen reservarse para sí los mejores bocados, especialmente en las fiestas –como señalamos anteriormente, una de las escasas ocasiones en las que los campesinos de la zona consumen carne–. Tras los hombres adultos, son servidas las mujeres y, finalmente, los niños. Respecto a esta práctica, varios de nuestros informantes, no sólo en regiones serranas sino también en áreas de selva, pobladas por colonos de origen quechua, han coincidido en señalar la escasa intensidad del vínculo paterno-infantil antes de los diez o doce años.

Para hacer frente a este tipo de actitudes, las instituciones estatales peruanas han desarrollado una serie de progra-

---

<sup>(9)</sup> La incidencia del alcoholismo en la sierra peruana es muy alta, especialmente entre la población quechua hablante. Aunque no sea éste el momento de analizar sus orígenes, baste señalar que el problema es registrado ya en las primeras crónicas de época de la colonia y desde entonces no parece sino haberse extendido. De hecho, en nuestros días tampoco es extraño encontrar a mujeres mayores, incluso en estado de gestación, completamente ebrias desde primeras horas de la mañana.

mas de asistencia alimentaria focalizados tanto en niños menores de cinco años como en madres gestantes:

1. El Programa Nacional de Apoyo Alimentario (PRONAA). En este caso, se trata de una entidad estatal dependiente del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) y encargada de organizar y distribuir paquetes de alimentos destinados a la población menos favorecida. Pese a su nombre, el PRONAA no es el único programa estatal encargado de canalizar la ayuda alimentaria a los sectores menos favorecidos. Existen hasta dieciséis programas más, tanto gubernamentales como ligados a ONGs, que cumplen funciones similares. Precisamente una de las críticas más habituales realizadas a los programas de ayuda alimentaria ha sido el desperdicio de recursos, tanto humanos como materiales, asociado a este solapamiento de funciones. Por otro lado, también el PRONAA ha sido fuertemente cuestionado por la presunta intencionalidad política de sus estrategias.
2. *El Vaso de Leche*. Este programa, iniciado en los barrios marginales de Lima a mediados de los ochenta,

durante la administración municipal de la Izquierda Unida, ha ido desde entonces sobreviviendo a todos los cambios institucionales, al tiempo que se extendía a todo el país. Básicamente consiste en la entrega de un vaso de leche diario a todos los niños, escolarizados o no, a través de diversas instancias. Para ello, en el presupuesto nacional existe una partida específica, asignada por el Ministerio de Economía y Finanzas y administrada por los municipios, en tanto la preparación y servicio a los niños es gestionada por los Comités del Vaso de Leche, existentes en casi todas las zonas marginales del Perú, tanto rurales como urbanas. Estos Comités están formados por madres de familia organizadas en los llamados Clubes de Madres, organismos de raigambre comunal vinculados a toda una serie de estrategias desarrolladas por los sectores populares para hacer frente al shock económico (comedores populares, almuerzo escolar...). Con el paso de los años, muchas de estas instancias, en principio autogestoras y relativamente espontáneas, fueron reconocidas por el estado llegando durante el período fujimorista a ser cooptadas por el poder

ejecutivo hasta convertirse en su fuerza de choque electoral. En todo caso, el Programa del Vaso de Leche es hoy una realidad indiscutible en el Perú. Constituye uno de los pocos programas de lucha contra la pobreza desarrollados durante el régimen anterior que no ha sido puesto en cuestión tras la destitución de Alberto Fujimori en noviembre del año pasado. Sin embargo, desde el punto de vista alimentario, este programa encierra una paradoja y es que en muchas regiones del país no es precisamente leche de vacuno su contenido. Especialmente en las zonas marginales urbanas o en aquellas rurales sin tradición ganadera, el consumo de este tipo de leche viene a ser un lujo difícil de alcanzar para la población local. Para salvar esta dificultad se ha optado por utilizar un producto elaborado con ingredientes tales como la harina de plátano, en la selva, o las harinas de diversos cereales en las zonas serranas<sup>(10)</sup>.

3. Desayuno Escolar. Aparte del ya mencionado *vaso de leche*, por su incidencia destacan los programas de desayunos escolares en áreas rurales o marginales urbanas y los miles de comedores populares presentes por todo el Perú. El programa de desayunos escolares, consiste en la entrega de raciones (una líquida y otra sólida) de alimento que proporcionan al niño el 60% de sus requerimientos nutricionales diarios. Los beneficiarios del programa son niños de educación inicial y primaria de las zonas más deprimidas del país. Hasta el año 2000 este programa dependía de FONCODES y era administrado por los padres y profesores de los centros educativos a los que se destinaba la ayuda. Actualmente el programa ha pasado a control del MINSA.
4. El PACFO (Programa de Compensación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo) es un instrumento de focalización de la ayuda alimentaria, en este caso centrado en las madres gestantes y los bebés de corta edad, siempre que no se hallen en una situación de desnutrición crónica. La implantación de estos programas es desigual. Por

---

<sup>(10)</sup> Incide también la variable económica y es que en una zona de selva no demasiado alejada de ciudades importantes como San Antonio de Cumbaza, mientras un litro de leche cuenta dos soles y medio (unas ciento cincuenta pesetas), el preparado local a base de harina de pescado apenas roza el sol y medio (unas setenta y cinco pesetas).

ejemplo, para la región en que hemos centrado preferentemente nuestro interés en este artículo, los distritos de Livitaca y Chamaca en la provincia de Chumbivilcas, existen promotores locales del PACFO, mientras que en la región del río Mayo a que hicimos referencia anteriormente la situación es la contraria. En general, estos programas se implementan en la medida que existen recursos para ello, generalmente proporcionados por los organismos de cooperación internacional.

### **Reflexiones finales**

A lo largo de este trabajo, en varias ocasiones se ha hecho referencia a problemas culturales derivados del atraso educativo de las regiones objeto de estudio. En efecto, el servicio de salud en áreas rurales es un tema problemático. A lo largo de nuestras visitas hemos tenido ocasión de entrevistar a numerosos usuarios de los centros, los cuales han expresado en ocasiones quejas y reservas con respecto a la calidad de los servicios. En concreto, las quejas más habituales son tres:

- Los malos tratos por parte del personal de postas y centros de salud. Tanto para los casos de Livitaca como

de Chamaca, éstas han sido quejas recurrentes. Hay que tener en cuenta, en este sentido, que en muchos casos se trata de doctores y auxiliares provenientes de otras regiones del país, de ámbitos culturales distintos e incluso de la propia capital Lima, como es el caso del doctor destinado al PS de Livitaca. Desplazados a un entorno difícil, muchas veces no por voluntad propia sino en cumplimiento del servicio obligatorio que todo médico peruano debe cumplir una vez finalizados sus estudios, las relaciones con la población local no siempre son buenas, bien sea por el escaso interés empeñado, bien por todo lo contrario, por el excesivo celo e iniciativa demostrados. Las quejas alcanzan también al personal auxiliar destinado por años en un mismo emplazamiento, personal que se cree "dueño de la posta", como nos manifestaba un señor entrevistado en Chamaca con respecto a la enfermera del lugar. Este tipo de quejas son habituales y en muchos casos cabe atribuir las antes a las dificultades de comunicación entre personas provenientes de extracciones muy diversas –y que en ocasiones hablan lenguas diferentes–, que a la mala voluntad de alguna de las partes. Existen, sin embargo, casos más

graves en los cuales los malentendidos rozan la explotación por parte del personal sanitario con respecto a los campesinos y, sobre todo, las campesinas de las pequeñas comunidades rurales. Quizás éste sea el caso de Chamaca, localidad en la cual se nos informó que el personal médico obligaba a las madres beneficiarias de ayudas alimentarias a realizar tareas domésticas de limpieza y adecuación de la posta antes de recibir las papillas y demás alimentos para sus bebés. Obviamente, no es posible generalizar a partir de este único caso, pero los problemas existen y son frecuentes, especialmente en lo que se refiere a la atención de pobladores provenientes de comunidades rurales alejadas y quechua hablantes. La capacitación, por lo tanto, parece necesaria y no únicamente en lo que trae a usuarios y población rural.

- Un segundo problema es el del abastecimiento de los insumos necesarios para una adecuada atención médica. Una vez más remitiéndonos al caso de Chamaca, en esta localidad la posta médica únicamente es abastecida de medicamentos gracias al autobús que una vez a la

semana, los sábados en la tarde, llega desde Cuzco.

- Enlazando con lo anterior, encontramos el problema de la falta de especialistas. En este sentido, los casos estudiados en la sierra del Cuzco son relativamente afortunados ya que Chamaca cuenta con una obstetriz y Livitaca otra obstetriz y un odontólogo. No es, sin embargo, la situación más habitual, pues con frecuencia las postas médicas están atendidas por técnicos sanitarios, no licenciados y contratados a tiempo parcial. Las entrevistas realizadas reflejan el disgusto de la población respecto a la escasa dotación de los centros y deficiente capacitación del personal sanitario.

En el Perú muchas cosas están cambiando y están haciéndolo muy rápidamente. Tras diez años de gobierno autoritario, el redescubrimiento de la democracia está llevando anejo un replanteamiento exhaustivo de toda la organización estatal. Así, al momento de escribir estas líneas, dos civiles acaban de ser nombrados, por vez primera en la historia de este país andino, Ministros de Defensa e Interior. Por supuesto, estos cambios también afectan a las áreas de salud infantil y lucha contra la pobreza.