



Informe Semestral

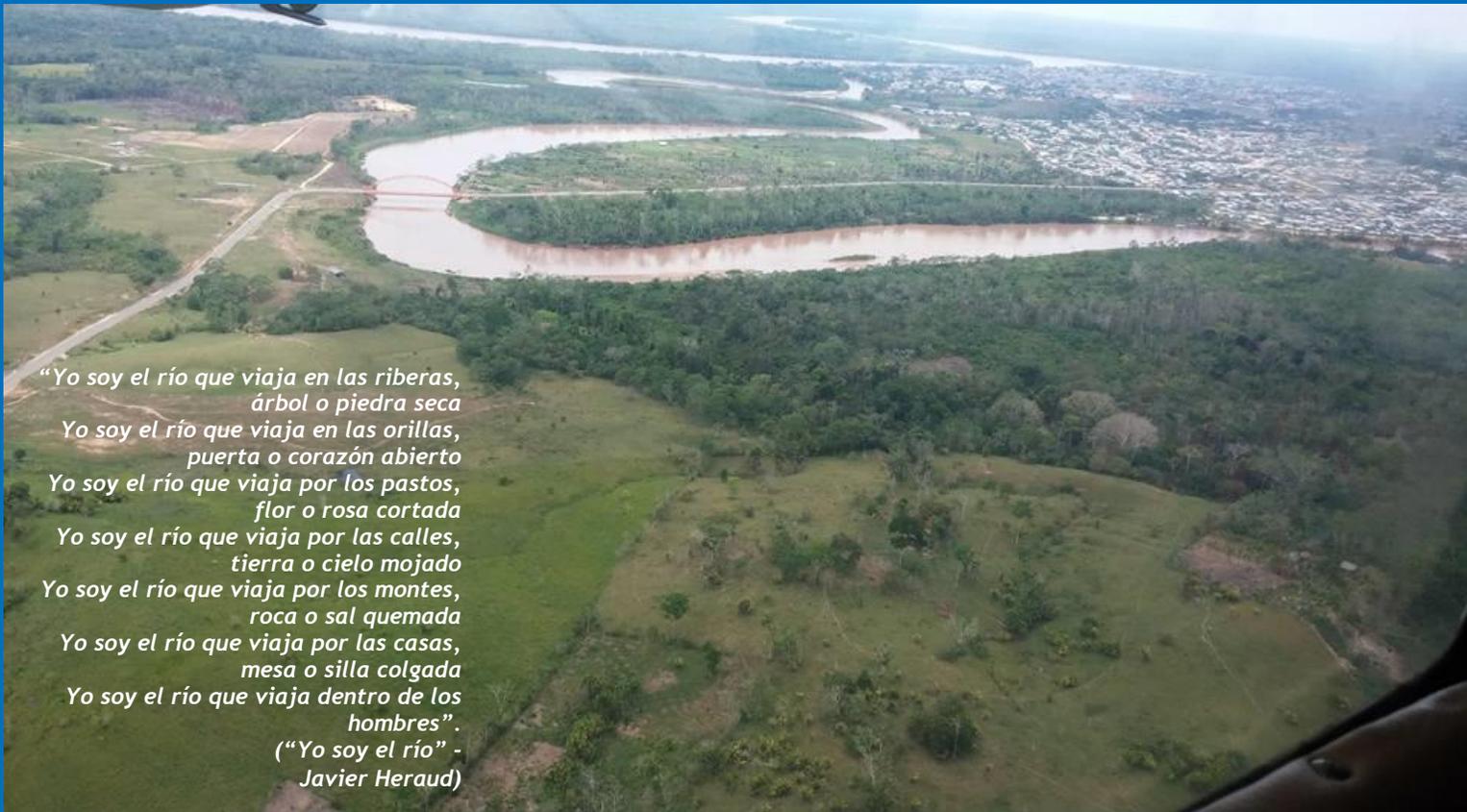
Módulo 2: Poblaciones Indígenas

Julio – diciembre 2016

13 de febrero de 2017

Subvención Fondo Mundial:
Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú





*“Yo soy el río que viaja en las riberas,
árbol o piedra seca
Yo soy el río que viaja en las orillas,
puerta o corazón abierto
Yo soy el río que viaja por los pastos,
flor o rosa cortada
Yo soy el río que viaja por las calles,
tierra o cielo mojado
Yo soy el río que viaja por los montes,
roca o sal quemada
Yo soy el río que viaja por las casas,
mesa o silla colgada
Yo soy el río que viaja dentro de los
hombres”.*
 (“Yo soy el río” -
Javier Heraud)

r. entrevista_230 musica selva sierra



*El viejo Apu regurgita su rabia ancestral,
la sabiduría divina de nuestros padres,
nada pueden contra los rugidos de la noche.*

*Y así, cual bandadas de flechas ardiendo al infinito,
lanza una y otra vez sus plegarias en desgarró,
hasta que el agua mansa se inquieta,
con los reflejos de la madre luna,
y surge la revelación:*

*Toma tu rabia,
tus lágrimas y tu dignidad,
empaca más allá de tu mirada,
y busca a los dioses buenos,
y a los hombres sabios,
hasta juntar un nuevo amanecer.*

(“Los pies fantasmas” - Hugo Manrique)



ACRÓNIMOS:

ACS	Agente Comunitario de Salud
ALF	Agente Local del Fondo
BMA	Brigada Móvil Amazónica
CEP	Consejero Educador de Pares
CERITSS	Centros de Referencia de ITS y VIH y Sida
CN	Comunidad Nativa
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EP	Educador de Pares
EDI	Equipo de Diálogo Intercultural
EES	Establecimientos de Salud
ESNITSS	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA – MINSA
FM	Fondo Mundial
FUA	Formato Único de Atención
GF	Grupo Focal
GL	Gobierno Local
GORE	Gobierno Regional
IAL	Instructivo Administrativo Logístico
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
M&E	Monitoreo y Evaluación
MCP	Mecanismo de Coordinación País
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MCLP	Mesa de Lucha Contra la Pobreza
MINCUL	Ministerio de Cultura
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Micro Red
MTLV	Mesa Técnica de Lucha contra el VIH
MT	Mujeres Transgénero
NC VIH	Nota Conceptual de VIH
NMF	Nuevo Modelo de Financiamiento
ONG	Organización No Gubernamental
PEP	Promotor Educador de Pares
PI	Pathfinder Internacional
PROMSA	Dirección General de Promoción de la Salud – Ministerio de Salud
PVV	Persona que Vive con VIH
RP	Receptor Principal
RS	Red de Salud
SIS	Sistema Integral de Salud
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano

RESUMEN EJECUTIVO:

Las poblaciones indígenas fueron incluidas en el proyecto por las evidencias de su mayor vulnerabilidad con relación al VIH, lo cual se traduce en mayores tasas de notificación y mortalidad asociada al VIH. A ello hay que agregar que el acceso a los servicios de prevención y tratamiento es muy limitado no solo por la distancia geográfica, sino por las barreras económicas y de una atención en salud que no responde culturalmente a sus necesidades. Es por estas razones la urgencia de ser intervenidas con un mayor énfasis y con estrategias culturalmente adecuadas para controlar el avance de la epidemia y evitar que estas poblaciones sean diezmadas y su forma de vida desaparezca.

En el proceso de construcción de la Nota Conceptual se implementó un plan de acción focalizado en 3 líneas de estrategias: 1) Conformación de Equipos de Diálogo Intercultural (EDI), 2) Implementación de Brigadas Móviles Amazónicas y 3) Desarrollo de una Estrategia Comunicacional.

El primer paso fue la selección de los EDI, para ello se elaboraron TDR que fueron trabajados conjuntamente con el MINCUL. Se conformaron dos equipos, uno en Condorcanqui y otro en Datem del Marañón, compuestos por un médico, un antropólogo y un comunicador social.

Algunos de los productos de los EDI en estos 4 meses de intervención han sido: 1) Presentación de la subvención a autoridades sanitarias de todo nivel regional (DIRESA, Redes de Salud, Micro redes y EESS) y otros sectores del Estado. 2) Presentación de la subvención a autoridades indígenas. 3) Ambas acciones permitieron la elaboración del Plan de Intervención, plan consensuado tanto por las autoridades de salud como por las indígenas. 4) Protocolo de intervención de las BMA que establece las acciones a realizar al interior de las comunidades visitadas. 5) Indagación sobre las redes sociales de las comunidades, así como las creencias y percepciones con relación a la salud, enfermedad y VIH, proceso iniciado y que culminará en el primer trimestre. 6) Promoción de mesas de trabajo a nivel regional y local para incorporar en las agendas el tema del VIH en poblaciones indígenas.

Durante todo este proceso han participado más de 100 instituciones (MINSA, MINCUL, federaciones y organizaciones indígenas, otros sectores del Estado, ONG, parroquia, entre otros) y más de 250 personas (autoridades regionales, directores, líderes indígenas, personal de salud, etc.). A todas se les ha presentado el proyecto y las actividades a ejecutar y la gran mayoría participó en la elaboración del plan de intervención octubre – diciembre 2016.

El segundo paso fue la selección de los brigadistas, lo que constituyó un proceso colaborativo con las DIRESA y Redes de Salud de los ámbitos de intervención, de esa manera la convocatoria y selección de sus integrantes se desarrollaron conjuntamente. El proceso fue más largo de lo esperado, la buena cantidad de postulantes (126 en total) y la prolijidad de la selección fueron dos aspectos resaltantes del proceso que permitieron seleccionar a los recursos humanos más aptos y calificados.

Las acciones sanitarias se realizaron en base al protocolo de intervención, es decir, la BMA llega a una determinada comunidad en base a un cronograma de trabajo difundido por la Red de Salud y organizaciones indígenas, coordina con el EESS y Apus para explicar las acciones a realizar: información, tamizajes y atención integral. La información se brinda en espacios comunitarios (locales comunales, escuelas, iglesias) y marca el inicio de las actividades, los tamizajes se llevan a cabo en espacios comunitarios y mediante la estrategia casa por casa, mientras que la atención se realiza principalmente en el EESS. Los tamizajes se realizan voluntariamente y la persona llena un consentimiento informado. Al finalizar la intervención comunitaria la BMA se reúne con el personal del EESS para informar los resultados obtenidos.

Para hacer efectiva la atención a las comunidades, las Redes de Salud brindan los diferentes insumos: pruebas rápidas, medicamentos, vacunas, material de bioseguridad, entre otros.

La intervención de las BMA permitió cumplir la meta establecida, habiendo realizado un total de 13,124 tamizajes de VIH que en comparación con la meta establecida de 12,532 representa una ejecución de 104.7%. A ello se suman los 8,061 tamizajes de sífilis y los 2,612 de hepatitis B.

Asimismo, se realizaron 2,143 atenciones de salud: 1,725 medicina general, 139 atenciones obstétricas, 258 niños, adultos mayores y gestantes inmunizados y 21 atenciones de emergencias/urgencias.

En todas las comunidades intervenidas se brindó información sobre VIH y temas de salud de interés comunitario. Se emplearon diversas técnicas como rotafolios, video y música, siendo esta última la más aceptada por las comunidades.

Quedan muchas acciones por realizar para que la intervención indígena se potencie: a) completar el equipamiento de las BMA, b) diseñar la estrategia comunicacional que incorpore mensajes clave, medios de comunicación y cartillas para el personal de salud, c) capacitar a ACS para el fortalecimiento de la vinculación, d) capacitar al personal de salud para fortalecer la oferta fija en VIH, TARGA y Adherencia, e) realizar incidencia para que nuevos EESS sean proveedores de TARGA. Asimismo, se requiere sacar adelante la firma de convenios con los GORE Amazonas y Loreto como una opción que apunte a la sostenibilidad.

En este presente informe se podrá ver al detalle la estructura del Módulo 2 de Poblaciones Indígenas, las acciones ejecutadas, los productos obtenidos y una muestra fotográfica que ilustra el trabajo realizado. En el informe Resultados se podrá observar la productividad de las BMA, un análisis de la distribución de casos de VIH, así como los logros, debilidades y retos futuros de la intervención.

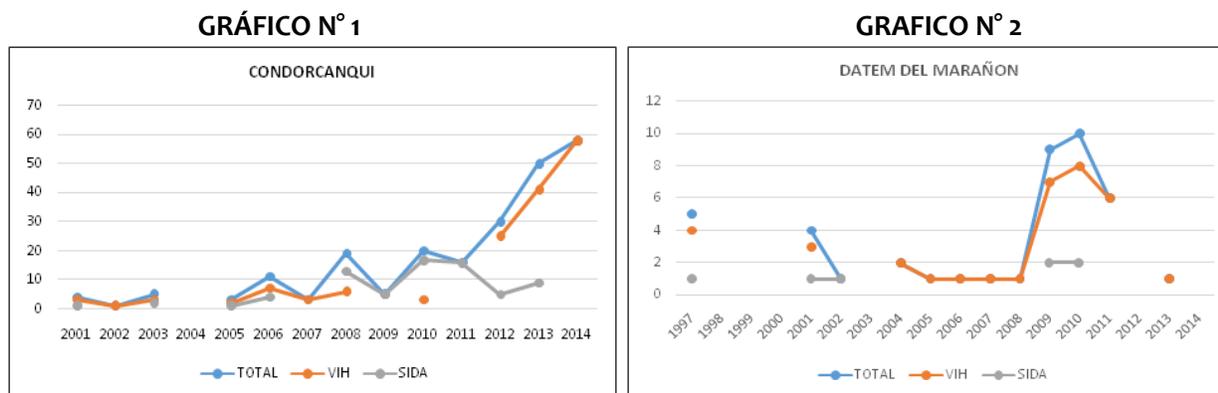
Finalmente, queremos brindar nuestro muy especial agradecimiento a las DIRESA Amazonas y Loreto, a las Redes de Salud Condorcanqui y Datem del Marañón y a todos los EESS de las zonas visitadas por el trabajo colaborativo emprendido y por el abastecimiento de los diferentes insumos que permitieron brindar atención integral a las comunidades indígenas.

ANTECEDENTES:

El Perú es un país multiétnico, multilingüe y pluricultural conformado mayoritariamente por población mestiza y por comunidades en la región andina, amazónica y costeña. En la actualidad la población indígena de la Amazonía peruana está compuesta por 11 familias que representan 42 pueblos indígenas. Esta población habita en 14 regiones del país, en 34 de sus provincias y en al menos 18 distritos. El 68% de las comunidades indígenas amazónicas se encuentra concentrado, principalmente, en las regiones de Loreto, Amazonas, Madre de Dios y Ucayali. Para las intervenciones propuestas en el módulo 2, se seleccionaron las dos zonas en base a los siguientes criterios:

- 1) Carga de enfermedad en VIH que amenaza la existencia de por lo menos un pueblo indígena: los últimos reportes epidemiológicos señalan que poblaciones indígenas amazónicas de las regiones son altamente vulnerables al VIH, donde la prevalencia, según datos programáticos, es de 2.6%.
- 2) Elevado índice de vulnerabilidad sanitaria: construido sobre la base de las enfermedades que producen mayor muerte prematura, según el indicador de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en comunidades indígenas amazónicas: infecciones respiratorias, patologías relacionadas al recién nacido, causas externas (desastres naturales y emergencias) y VIH-SIDA.
- 3) Avances en la intervención multisectorial del Estado: para generar un modelo de prevención y atención del VIH en comunidades indígenas amazónicas, bajo el liderazgo del MINSA y MINCUL.

De esta manera, las zonas del país que cumplen los tres criterios son la provincia de Condorcanqui en la región Amazonas y la provincia de Datem del Marañón en la región Loreto. En los últimos años, se ha evidenciado una rápida diseminación de la epidemia del VIH en Condorcanqui y en Datem del Marañón, como se puede ver a continuación:



Fuente: Nota Conceptual VIH

La existencia de casos de VIH en estas zonas se había mantenido oculta debido al silencio epidemiológico o ausencia de notificación de casos, producto en buena parte del aislamiento geográfico, barreras culturales y tecnológicas, falta de recursos en las Diresa, entre otros. En la actualidad, esta situación está cambiando progresivamente, aunque debido a los retrasos en la confirmación laboratorial de los casos, el sistema de notificación de VIH continúa presentando un importante sub registro.

Por su parte, un análisis de la vulnerabilidad sanitaria de estas comunidades realizado por la DGE, determinó que las regiones de Loreto y Amazonas se encuentran en el grupo de aquellos con un mayor índice de vulnerabilidad sanitaria, el cual está construido en base a los indicadores de población menor de 5 años, % de parto institucional, cobertura de aseguramiento en salud, índice de Desarrollo Humano, % de acceso al agua y la razón de emergencias ocasionadas por fenómenos naturales y antrópicos.

Finalmente, hay que reconocer los avances de la ESNITSS en la construcción del modelo de prevención y atención del VIH en comunidades indígenas amazónicas de Condorcanqui y Datem del Marañón:

- Diagnóstico oportuno y sistema de alerta temprana para identificar casos de VIH.
- Campañas de consejería, tamizaje con pruebas rápidas e información a las comunidades mediante brigadas.
- Entrega de pruebas rápidas en todos los puestos de salud de la zona.
- Visitas a comunidades con equipos portátiles de CD4 donados por UNICEF (2013), lo que facilita la toma y procesamiento rápido de las muestras.
- Descentralización del tratamiento.
- Estrategia comunicacional ejecutada con financiamiento del Plan Binacional a través de Salud Sin Límites en la provincia de Condorcanqui.
- Desde diciembre de 2016, la aprobación de la Norma Técnica de Atención Integral del VIH para poblaciones indígenas.

Región	Índice de Vulnerabilidad	Cuartil
Apurímac	0,832632603	1
Loreto	0,377034070	1
Pasco	0,360864797	1
Huancavelica	0,352827769	1
Amazonas	0,337432334	1
Ayacucho	0,284757069	1
Huánuco	0,272022865	1
Ucayali	0,264750378	2
San Martín	0,264587873	2
Moquegua	0,256149276	2
Puno	0,239116257	2
Tumbes	0,226063824	2
Madre de Dios	0,161803803	2
Cajamarca	0,160692156	3
Cusco	0,139973377	3
Junín	0,127475144	3
Piura	0,125136913	3
Tacna	0,069587899	3
Ancash	0,065937009	3
Lambayeque	0,056883423	4
Arequipa	0,047152472	4
La Libertad	0,032090024	4
Ica	0,018753976	4
Lima	-0,020046062	4
Callao	-0,023885254	4

Fuente: MINSA, DGE: "Análisis de Situación de Salud del Perú" - Setiembre 2013.

Las actividades de la subvención apuntan a fortalecer las actividades ejecutadas en Condorcanqui y a replicarlas en el Datem del Marañón. De esta manera se ejecutarán las siguientes líneas de intervención:

- ✓ Conformación de Equipos de Diálogo Intercultural (EDI) que construirán los puentes necesarios para acercar y sensibilizar a los diversos actores que se convertirán en agentes clave, como son los Apus, ACS, chamanes (médicos tradicionales), maestros, técnicos sanitarios y otros que resulten estratégicos. De esta manera, se convertirán en agentes de facilitación a la intervención de las BMA, mientras se fortalece la capacidad de la oferta fija de salud en la región para convertirlos en niveles de referencia y tutoría para los técnicos sanitarios y otros prestadores de salud en las comunidades que accedan a los procesos de fortalecimiento de sus capacidades.
- ✓ Implementación de BMA como la alternativa más realista y viable para llegar a las poblaciones indígenas con evidencia epidemiológica de impacto por el VIH. Estas poblaciones son consideradas como excluidas y dispersas al carecer de una oferta fija de salud y encontrarse ubicadas a más de 4 horas por vía fluvial u otro medio de transporte del EESS más cercano en capitales de los distritos, como El Cenepa por ejemplo, y a días de caminata en las comunidades más alejadas. Las BMA brindarán un paquete de servicios en prevención de VIH (pruebas rápidas, información, condones y consejería), así como servicios de atención con pertinencia cultural para PVV (diagnóstico temprano, tratamiento, seguimiento, evaluación y adherencia) y atención integral para la comunidad: atención médica adultos, atención pediátrica, inmunizaciones, atención a gestantes y diagnóstico de otras enfermedades como sífilis y hepatitis B.
- ✓ Estrategia Comunicacional: que no solo está referida a la construcción de mensajes preventivos con pertinencia intercultural para la comunidad, sino a llevar a cabo una acción multisectorial concertada con diferentes sectores del Estado y sociedad civil e indígena que asegure la continuidad de las acciones una vez que la subvención finalice en estas zonas (sostenibilidad).

SOBRE LA PERTINENCIA Y ORIGINALIDAD DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

La infección por el VIH en los pueblos indígenas de la Amazonía del país convierte a estas poblaciones en un nuevo segmento a ser priorizado, máxime cuando existen compromisos mundiales destinados a la preservación de sus usos y costumbres. Su vulnerabilidad se debe a múltiples factores inherentes a sus comunidades – cosmovisión de su sexualidad con factores de mayor riesgo, su escasa accesibilidad a la información y a los procesos de intervención conductual – como también a la escasa experiencia del manejo de la interculturalidad por parte de las instituciones responsables de velar por su bienestar. Mención aparte, merece su escasa accesibilidad a los sistemas de salud, lo que impide el diagnóstico más oportuno, y la ejecución eficiente de los programas destinados al manejo y tratamiento de diferentes epidemias, incluyendo al VIH y la hepatitis B. La débil o nula respuesta al VIH en pueblos indígenas altamente vulnerables al VIH puede derivar en la extinción de estas comunidades.

Si bien el país ha mostrado capacidad y disposición para asumir la contrapartida de diversos procesos emprendidos y financiados por el FM y otras fuentes alternas, siempre se requiere de mostrar la validez de nuevas experiencias, a fin de impulsar las decisiones políticas que permitan aceptar o incrementar la financiación de nuevas intervenciones sanitarias y/o sociales.

La aprobación de la Norma Técnica de Atención Integral para Poblaciones Indígenas muestra estrategias y actividades que resultan originales y/o pioneras en los ámbitos a ser aplicadas y cuya implementación recaerá en las DIRESA.

INTERVENCIONES:

El **MÓDULO 2** está conformado por 3 actividades:

- 1** Conformación de Equipos de Diálogo Intercultural: Condorcanqui (Amazonas) y Datem del Marañón (Loreto).
- 2** Implementación de Plan Comunicacional y Estrategias de IEC para Poblaciones Indígenas de las Zonas de Intervención.
- 3** Implementación de Brigadas Móviles Amazónicas en las cuencas de los ríos de las Zonas de Intervención.

METAS:

Las acciones que se ejecuten en el **MÓDULO 2** deben contribuir al cumplimiento de la siguiente meta:

Código	INDICADORES	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
KP-3e	Porcentaje de otras poblaciones vulnerables que se realizaron la prueba de VIH durante el período de informe y conocen los resultados (Datem del Marañón y Condorcanqui).	17%	31%	50%	30%
		12,532	22,751	36,455	21,563
		75,021	73,958	72,910	71,877

NOTA: La tasa de ampliación prevista es llegar al 60% al 4º año de ejecución (meta nacional). La subvención cubrirá el 50% de las metas en el último periodo debido a que es un periodo de 6 meses, el 50% restante será cubierto con recursos nacionales.

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Actividad 1
Equipo de Diálogo Intercultural

En las comunidades indígenas existe un sistema de salud propio conformado por curanderos o chamanes (médicos tradicionales), vaporizadores, parteras y otros actores, que es validado y reconocido por ellas. Este sistema tiene una concepción distinta del proceso salud-enfermedad y de su abordaje y, específicamente, del VIH/SIDA en las comunidades (mágico-religioso) por lo que se necesita dialogar con ellos y establecer vínculos de respeto y cooperación mutua, incorporándolos en este proceso. Por otro lado, están las autoridades locales quienes deberán apropiarse del modelo de intervención para hacerlo sostenible:

En ese sentido, los Equipos de Diálogo Intercultural (EDI), conformados por un médico infectólogo o con experiencia en VIH, un antropólogo y un comunicador social, tienen esas tareas. Este equipo tendrá la función de apoyar y facilitar la interrelación entre los equipos y servicios de salud, las autoridades regionales y locales, políticas y de salud con las comunidades indígenas y su sistema de medicina tradicional. En tal sentido, cumple un rol esencial para lograr la factibilidad y sostenibilidad del programa, el desarrollo de la estrategia comunicacional y la asistencia técnica a las BMA.



A. CONFORMACIÓN DE 2 EQUIPOS DE DIÁLOGO INTERCULTURAL (EDI):

Hay dos Equipos de Diálogo Intercultural instalados en las zonas de intervención, uno en Condorcanqui y otro en el Datem del Marañón. El líder del EDI es el médico y su estructura es la siguiente:



Los EDI son miembros del equipo del Receptor Principal y dependen administrativa y funcionalmente, según organigrama, de Pathfinder International, oficina Lima. Estos equipos vienen trabajando - por gestión de Pathfinder International - en ambientes proporcionados por las Redes de Salud Condorcanqui y Red de Salud Datem del Marañón.

**Toma externa de la RS
Datem del Marañón**



**Interior de la RS Datem del
Marañón (oficina compartida)**



Para el proceso de selección, el RP diseñó el perfil de cada uno de los miembros de los EDI, el cual fue presentado al MINCUL para su revisión y aportes respectivos. La realización de la convocatoria y los procesos de selección de cada uno de los miembros de los EDI estuvo a cargo del RP, basados en el Instructivo Logístico Administrativo (IAL).

De manera resumida describimos las actividades y metas que vienen cumpliendo los EDI:

ACTIVIDADES / METAS	ESTADO DE PROGRESO
<p>✓ Sensibilizar a las autoridades regionales y locales, así como con los líderes y autoridades de las organizaciones y comunidades indígenas sobre la situación de la infección por VIH en pueblos indígenas y sobre la urgencia de intervenir para su tratamiento y control, buscando generar interés y compromisos de apoyo y participación en las acciones propuestas por el Programa.</p>	<p>CUMPLIDO Todas las acciones de sensibilización y presentación de la subvención fueron realizadas antes del inicio de la intervención.</p> <p>En la sección Estrategia Comunicacional se observa al detalle el cumplimiento de estas actividades.</p>
<p>✓ Conformar una mesa de trabajo para abordar la problemática del VIH en poblaciones indígenas (participación de Apus, autoridades, organizaciones comunitarias y representantes de los sectores estatales de la zona de intervención).</p>	<p>EN PROCESO En Datem del Marañón, el EDI ha impulsado la conformación de una Mesa Técnica Multisectorial para la Lucha contra el VIH, la cual es li-</p>

	<p>derada por el alcalde de la municipalidad provincial que apunta a la emisión de una ordenanza que declare el VIH como un problema de salud pública, incorporando presupuestos públicos.</p> <p>En Condorcanqui se viene participando en la Mesa de Lucha Contra la Pobreza y el objetivo es incorporar el tema del VIH en la agenda de trabajo con miras a la continuidad de las acciones preventivas y asistenciales en la zona.</p>
<p>✓ Gestionar recursos con los gobiernos regionales, municipalidades provinciales y distritales, DI-RESA y entidades de cooperación locales y regionales.</p>	<p>EN PROCESO</p> <p>Se ha elaborado un borrador de convenios con los Gobiernos Regionales con miras a la sostenibilidad. Actualmente se encuentran en fase de revisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En Loreto en la Dirección de Pueblos Indígenas. • En Amazonas en la Gerencia de Desarrollo Social.
<p>✓ Identificar las redes y micro redes sociales, así como los comportamientos y modos de vida de las poblaciones indígenas, dentro y fuera de las comunidades, identificando riesgos de infección.</p>	<p>EN PROCESO</p> <p>Tanto EDI como brigadistas cuentan con una bitácora de campo en la cual vienen registrando información proveniente de la dinámica comunitaria: redes sociales, riesgos de infección, actitudes hacia el tratamiento, uso del condón, actitudes hacia la población gay/HSB y mujeres trans.</p> <p>Asimismo, se tiene contemplado la elaboración de una guía para el personal de salud que facilite el abordaje de la población indígena.</p>
<p>✓ Participar en reuniones organizadas por la DI-RESA, Redes de Salud, Gobierno Regional u otra instancia pública de la zona de intervención.</p>	<p>CUMPLIDO</p> <p>Los EDI participan en toda reunión convocada por las autoridades de salud y otros sectores del Estado en las zonas de intervención.</p>
<p>✓ Sistematizar el desarrollo de la intervención: representaciones y concepciones existentes en las poblaciones indígenas relacionadas con el proceso salud-enfermedad y, en particular, con la infección por el VIH/SIDA y su tratamiento; la respuesta del sector salud, la implementación de cada actividad ejecutada, entre otras.</p>	<p>NO CUMPLIDO</p> <p>Proceso establecido a ser ejecutado a mediano plazo.</p>
<p>✓ Contribuir a fortalecer las capacidades de los líderes comunitarios, empoderándolos en temas de prevención y trabajo multisectorial.</p>	<p>EN PROCESO</p> <p>Actividad programada para el primer semestre de 2017, ya se inició el proceso de actualización de la base de datos de ACS en Condorcanqui.</p>

✓ Participar en la selección de los miembros de las Brigadas Móviles Amazónicas.	CUMPLIDO La selección de los brigadistas fue un trabajo colaborativo entre EDI, DIRESA, Redes de Salud y oficina del RP en Lima.
✓ Brindar capacitación al personal de salud de los establecimientos, Redes de Salud y DIRESA, así como a los Equipos de las Brigadas Móviles Amazónicas incorporando el enfoque, diálogo y pertinencia intercultural.	EN PROCESO La capacitación a brigadistas fue realizada antes de su ingreso a comunidades. La capacitación para el personal de la RS está programada para el primer semestre de 2017.
✓ Acompañar y proporcionar a las Brigadas Móviles Amazónicas asesoría técnica para la implementación de intervenciones con respeto y pertinencia intercultural, tendientes a mejorar la calidad de los servicios que brindan, aceptabilidad y demanda de la población.	CUMPLIDO Los EDI acompañan la intervención de las BMA en las comunidades: el médico brinda asistencia técnica en el tema de salud.
✓ Elaborar materiales de información y difusión con enfoque intercultural a partir de los informes que emite los Equipos de las Brigadas Móviles Amazónicas.	EN PROCESO Actividad programada para el primer semestre. En Condorcanqui se reproducirán materiales elaborados con Salud Sin Límites. En Datem del Marañón se hará una adecuación de los mismos en febrero 2017.
✓ Promover y facilitar el diálogo intercultural en salud entre los equipos técnicos del proyecto de intervención, el personal de salud de los establecimientos de salud y la comunidad y sus agentes de salud, orientado a mejorar la participación y el trabajo conjunto.	EN PROCESO Los EDI promueven a todo nivel las acciones coordinadas. El plan de intervención es trabajado con las Redes y Micro Redes de Salud, cuando la BMA llega a una comunidad se establece contacto con la Micro Red y EESS de las zonas de intervención y al finalizar la intervención se realiza una retroalimentación con el puesto de salud respectivo sobre los tamizajes y atenciones realizadas.
✓ Facilitar el esclarecimiento de los mensajes transmitidos, así como la construcción de saberes acerca de la infección por VIH –mecanismos de transmisión, modos de prevención, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento– en las poblaciones indígenas.	EN PROCESO El comunicador evalúa los mensajes que se transmiten para el diseño de una estrategia más efectiva e indaga los canales de comunicación de uso de la comunidad. El antropólogo recoge percepciones de la comunidad para intervenir más efectivamente.

B. CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE DIÁLOGO INTERCULTURAL:

En el mes de agosto de 2016 se realizó el proceso de capacitación de los EDI en la siguiente temática: contenidos de VIH que incluye consejería y tamizaje, aspectos relacionados a la subvención

(indicadores, registros y metas); estrategias de abordaje; información sobre las poblaciones indígenas (creencias, prácticas de salud, conocimientos sobre el VIH); interculturalidad, entre otros temas. La capacitación estuvo a cargo de la ESNITSS, MINCUL y Pathfinder International.

Presentación de Juan Reátegui (MINCUL)



El RP trabajó para la primera capacitación un programa común con la ESNITSS y MINCUL para buscar la mayor eficiencia de la actividad. La capacitación fue asumida por estas instituciones. Los formatos de registro empleados fueron los establecidos en el Plan de M&E aprobado por el FM. Las capacitaciones se realizarán anualmente, para los años 2 y 3 serán procesos de reforzamiento.

C. GASTOS OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS:

Cada oficina de los EDI ha sido implementada con equipos (lap top e impresora), mobiliario y accesorios. Se ha elaborado una partida para gastos básicos de oficina para los EDI: servicios de telefonía, material de escritorio (papel, tóneres, fólderes, etc.), servicio técnico, entre otros.

En enero 2017 se adquirirán equipos de comunicaciones (radios) para cada una de las Brigadas Móviles Amazónicas y Equipos de Diálogo Intercultural. El uso de las frecuencias de radio depende del Ministerio de Transportes y Comunicaciones lo cual requerirá realizar la solicitud respectiva y hacer el pago anual de uso de licencia o permiso para su uso.



Equipo de Diálogo Intercultural y Equipo de Gestión del Receptor Principal

COSTOS Y TRANSFERENCIA A LA CONTRAPARTIDA PAÍS:

La intervención con población indígena está pensada para que desde su inicio se desarrollen actividades que apunten a generar su apropiación de parte de los actores locales y regionales (estatales y comunitarios) al consolidar un modelo de intervención y posibilitar su sostenibilidad en los próximos años, una vez culminado el proyecto.

El número de RRHH de los EDI financiados por la subvención se observa en la siguiente tabla:

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
<i>Médico</i>	2 (6 meses)	2 (12 meses)	2 (6 meses)	---
<i>Antropólogo</i>	2 (6 meses)	2 (12 meses)	2 (6 meses)	---
<i>Comunicador Social</i>	2 (6 meses)	2 (12 meses)	2 (6 meses)	---

Los principales productos obtenidos por los EDI en los primeros 3 meses de ejecución de la subvención los podemos observar a continuación:

EDI CONDORCANQUI	EDI DATEM DEL MARAÑÓN
MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA (MCLP)	MESA TÉCNICA MULTISECTORIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL VIH (MTLV)
<p>Incorporación en la agenda de la Mesa la problemática de VIH en poblaciones indígenas de Condorcanqui y el compromiso de apoyo a las actividades sanitarias de las BMA.</p> <p>Para ello, se realizaron una serie de reuniones con el coordinador de la MCLP y el alcalde de la provincia de Condorcanqui. Las reuniones continuarán en los primeros meses de 2017, José Cajo, coordinador de la Mesa realizará la convocatoria.</p> <p>Hay buena predisposición y coordinación permanente con el Alcalde de la municipalidad provincial de Condorcanqui, como también con el Director de la Red, Director de Salud Pública y Coordinador de VIH/ITS de la localidad.</p> <p>Las organizaciones indígenas han expresado la necesidad de intervención en sus comunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Federación Aguaruna Domingusa ha solicitado la urgente intervención en sus comunidades. • La Organización de Desarrollo de las Comunidades Fronterizas del Cenepa (ODECOFROC) manifestó su buena predisposición y apoyo para el fortalecimiento del proyecto y brindar todas las facilidades para el trabajo de campo de la BMA Cenepa. • El Consejo Aguaruna y el Gobierno Territorial Autónomo de la Nación Wampis, manifestaron, de igual forma, todo su apoyo al proyecto. 	<p>Conformación de la Mesa Técnica Multisectorial para la lucha Contra el VIH en la provincia Datem del Marañón, a través de la generación de políticas locales.</p> <p>La MTLV está conformada por la Red de Salud Datem del Marañón, Municipalidad Provincial Datem del Marañón, Prefectura Provincial, UGEL, Comité Transparencia, Ministerio Público, FREDEDAM, IESIBI “Yannuam Sintia”, Parroquia, RENIEC, CORPI y EDI Pathfinder International.</p> <p>Se viene trabajando el documento denominado Acta de Mesa de Diálogo, el cual será firmado por todas las autoridades competentes que tengan un grado de vinculación con la problemática que afecta a la provincia de Datem del Marañón con la finalidad.</p> <p>Este documento constituye el primer paso para la emisión de una ordenanza provincial que declare el VIH como un tema de salud pública en poblaciones indígenas y se destine presupuesto para actividades de control y prevención.</p>

Con la Dirección Desconcentrada del Ministerio de Cultura (José Valera) hay coordinación permanente (se pudo solucionar problemas ocurridos en los ríos de Santiago y Cenepa).	
ESTRATEGIA COMUNICACIONAL	ESTRATEGIA COMUNICACIONAL
<p>Se realizará la reimpresión de los materiales producidos por Salud Sin Límites en el marco del Plan Binacional y la continuidad de las actividades comunicacionales: difusión de spot, actividades informativas en colegios y comunidades.</p> <p>Se evaluará la calidad de mensajes que las BMA brindan a la comunidad para detectar mensajes clave a ser transmitidos y de manera unificada por todas las BMA.</p>	<p>Se ha elaborado un folleto y un banner para las reuniones de lanzamiento del Programa ante autoridades regionales de salud y líderes de organizaciones indígenas.</p> <p>Se ha preparado un video que resume las intervenciones de las BMA realizadas en las comunidades indígenas. También se planea la realización de videos de motivación a las BMA y testimoniales de la población sobre la intervención.</p> <p>En los meses de febrero y marzo se producirán spots radiales y piezas gráficas de acuerdo a las necesidades de la comunidad.</p>
TRABAJO COORDINADO CON LA RED DE SALUD CONDORCANQUI	TRABAJO COORDINADO CON LA RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑÓN
Se ha implementado un trabajo colaborativo y coordinado con la Red de Salud. Si bien ha habido algunas restricciones de insumos, se ha contado con total disponibilidad de pruebas rápidas para VIH.	Se ha implementado un trabajo colaborativo y coordinado con la Red de Salud con diferentes áreas: Dirección, laboratorio, estrategia de VIH, medicamentos.
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	
<p>Para organizar la intervención en las comunidades se ha elaborado un protocolo de intervención que establece tres fases: fase de planificación, fase de intervención y fase de reporte. Como condición previa a la realización de las actividades de las BMA, los EDI realizaron todo un proceso de sensibilización y presentación de la subvención ante autoridades regionales de salud y otros sectores del Estado y sociedad civil y ante los líderes de las organizaciones indígenas.</p> <p>Este ordenamiento de los procesos ha resultado vital para la buena aceptación de todos los actores involucrados de la intervención.</p>	

Adicionalmente el EDI de Condorcanqui brindó apoyo a la OPS para la filmación de un documental sobre la problemática, avances y desafíos del trabajo en materia de VIH/SIDA en la provincia de Condorcanqui. El doctor Neptalí Cueva (BMA Cenepa) fue entrevistado, así como todo el equipo de la BMA Nieva. Se facilitó la embarcación y al motorista Eloy Huite para su desplazamiento en el distrito de El Cenepa para el trabajo de filmación.

LANZAMIENTO DE LA SUBVENCIÓN VIH

Como fase previa al inicio de las actividades de la subvención y, en especial, antes de la ejecución del protocolo de intervención en las comunidades se realizó a todo nivel (regional, local y comunitario) la presentación del Módulo 2: Poblaciones Indígenas del Programa, así como diversas reuniones de sensibilización.

Esta fase se constituyó en un procedimiento vital para el inicio y apoyo de las actividades. De este modo, el involucramiento de las autoridades regionales y locales de salud, con quienes se coordina permanentemente, ha permitido – como veremos más adelante – la provisión de insumos y medicamentos y una ampliación de la cobertura de atención muy significativa, llevando prevención, pruebas y atención integral a las comunidades. La participación de otros sectores del Estado como el Ministerio de Cultura ha permitido no sólo la organización eficiente de reuniones con líderes indígenas, sino posicionar la intervención en sus comunidades. Finalmente, la participación de las comunidades indígenas, a través de sus organizaciones indígenas (CORPI, FENAP, ODECOFROC, FAD, Gobierno Territorial Autónomo de la Nación Wampis organizaciones bases de AIDSESP y CONAP), Apus, líderes y pobladores ha permitido un trabajo colaborativo con acuerdos y compromisos entre la comunidad y las BMA, facilitando la implementación del protocolo de intervención.

Producto de estas coordinaciones y reuniones se ha logrado la firma de actas de compromiso de los líderes indígenas para socialización y organización de las comunidades, a través de sus redes de comunicación, para que las BMA realicen sus actividades preventivas y asistenciales sin retraso, optimizando los tiempos operativos de trabajo.

A continuación hacemos un breve resumen de los aspectos más trascendentes de estas reuniones de lanzamiento:

CONDORCANQUI: PRESENTACIÓN A AUTORIDADES DE SALUD

- El EDI Condorcanqui coordinó este proceso con la DIRESA Amazonas y Redes de Salud de las provincias de Bagua y Condorcanqui. Se contó con la participación de Norma Cruz, representante de la DIRESA Amazonas; Álvaro Gálvez, representante del Ministerio de Cultura; Delia Jima, Consejera del Gobierno Regional de Amazonas; Rolando Pacheco, Director de la ONG Salud Sin Límites; y Oswaldo Bautista, representante del Ministerio Público, así como el personal de las Redes y Micro Redes de la región y brigadistas. En esta reunión, realizada el 12 de octubre, se hizo la presentación de la subvención y se diseñó el plan de intervención que incluyó el paquete de servicios y la ruta de intervención del proyecto, este plan se realizó de forma participativa.

Presentación de la subvención VIH en la Región Amazonas



CONDORCANQUI: PRESENTACIÓN A AUTORIDADES INDÍGENAS

- La reunión se realizó el 14 de octubre en Santa María de Nieva y contó con la participación de 15 líderes de organizaciones indígenas de las provincias de Bagua y Condorcanqui.
- Los líderes participantes lograron conocer los objetivos de la intervención y emitieron opinión favorable frente al trabajo que se viene realizando.
- La reunión permitió, además, que los líderes de organizaciones indígenas solicitaran la firma de un convenio con Gobierno Regional o DIRESA, a fin de que este trabajo no termine en 3 o 4 años.

LORETO: PRESENTACIÓN A AUTORIDADES DE SALUD

- La subvención se presentó en la ciudad de Iquitos en el mes de agosto 2016. Estuvieron presentes el Director de la DIRESA Loreto (Dr. Herman Silva), Coordinador Nacional de la ESNITSS (Dr. Carlos Benites), representantes del GORE a través de la Gerencia de Desarrollo Social y Dirección de pueblos Indígenas, CONAMUSA, sociedad civil, entre otros.

DATEM DEL MARAÑÓN: PRESENTACIÓN A AUTORIDADES INDÍGENAS

- Esta reunión realizada en octubre, tuvo como objetivo sensibilizar a los dirigentes y Apus de comunidades de las cuencas Marañón, Morona y Pastaza en la importancia de trabajar el tema de VIH, así como presentar las actividades contempladas en la subvención.
- Para la organización de esta reunión se trabajó estrechamente con el CORPI.
- Al finalizar la reunión se firmó un acta de Acuerdos y Compromisos entre los Apus de los pueblos indígenas, EDI, CORPI para potenciar la intervención de las BMA en el Datem del Marañón, los acuerdos principales fueron:

- Cada comunidad designará un traductor que estará disponibles cuando llegue la BMA a la comunidad, esto como un aporte de la población.
- El trazado de las rutas y cronograma serán trabajados entre EDI, RS y Apus.
- Las organizaciones indígenas difundirán el cronograma de visitas a sus comunidades.



Presentación del Proyecto a Líderes Indígenas Datem del Marañón

El lanzamiento de la subvención no sólo fue presentado a los asistentes de la reunión, sino que también fue difundido por diferentes medios de comunicación. En la Amazonas fue a través de RPP en una entrevista realizada al Dr. Carlos Benites (enlace de la nota: <http://bit.ly/2l3T4lk>); el cual fue trascendental para el propósito del proyecto y ha generado muchas expectativas de parte de la población beneficiaria, así como de las autoridades tomadores de decisiones para que puedan apoyar en la implementación del proyecto. En Datem del Marañón fue a través de radio TV Libertad en la que fueron entrevistados el Dr. Omar Rodríguez y la Comunicadora Social Maritza Rosales.



Difusión de las actividades a través de medios de comunicación locales

BRIGADA MÓVIL AMAZÓNICA DE CENEPA - CONDORCANQUI

FECHA: 20 DE OCTUBRE 2016

PRIMERA SALIDA



BENDICIÓN DE LAS EMBARCACIONES BMA – DATEM DEL MARAÑÓN

FECHA: 4 DE NOVIEMBRE 2016

PRIMERA SALIDA

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN:

Se ha diseñado un protocolo de intervención comunitaria, el cual contempla una serie de fases que se pueden observar en la siguiente gráfica:



FASE DE PLANIFICACIÓN

1

ELABORACIÓN DE RUTAS: PLAN DE INTERVENCIÓN

- En Datem del Marañón, los EDI, BMA y Red de Salud elaboraron una propuesta de rutas (plan de intervención), la cual fue presentada posteriormente a los APU para ver puntos estratégicos, cronograma y lugar de concentración de las comunidades, esto debido a que no en todas las comunidades ingresa la embarcación y son las comunidades aledañas las que se desplazan a una comunidad determinada.
- En Condorcanqui, se formuló participativamente el plan de trabajo a ejecutarse por las Brigadas Móviles Amazónicas de Nieva, Cenepa y Santiago. El plan de trabajo de la intervención, en lo que respecta al paquete de atención y ruta de intervención, fue formulado en forma participativa por los representantes del Gobierno Regional de Amazonas; DIRESA

Amazonas, redes de salud, micro redes de salud y EESS de las provincias de Bagua y Condorcanqui; Ministerio de Educación; Ministerio de Cultura; Ministerio Público; Defensoría del Pueblo; EDI Condorcanqui; BMA Nieva, Cenepa y Santiago; periodistas, entre otras.

- El Plan de Intervención se compone de una propuesta de rutas: comunidades a visitar, insumos requeridos, población estimada para tamizaje y atención. Las rutas se trabajan coordinadamente con la Red de Salud y las organizaciones indígenas como CORPI en el Datem del Marañón y ODECOFROC en Condorcanqui.



Acompañamiento del EDI a la BMA I por el río Apaga y Yurapaga (Manseriche)

- Con las organizaciones indígenas se coordina los siguientes aspectos: puntos estratégicos, cotejamiento de tiempos y distancias, lugares intervención, sitios de concentración (por ejemplo: en algunos tramos las embarcaciones de las BMA no pueden ingresar a todas las comunidades debido a que los ríos son estrechos o poco profundos, en esos casos la BMA o las personas de la comunidad se movilizan caminando o en canoas al punto de concentración).

- La difusión del cronograma de visitas se realiza a dos niveles:
 - **A nivel de Red de Salud:** Emite un memorando a las Micro Redes para socializar la programación de las actividades en la jurisdicción de los puestos de salud.
 - **A nivel de las Organizaciones Indígenas:** Difunde el cronograma de visitas en las comunidades, previa a la salida de las BMA, a través de las redes de comunicación indígena (radiofonía, teléfonos fijos, gilat).



Difusión del CORPI del cronograma de visitas de las BMA a las comunidades (Datem del Marañón)

- La Red de Salud otorga a una credencial de presentación a cada BMA para su ingreso a las comunidades.
- En Datem del Marañón, el CORPI también entrega a las BMA una credencial de presentación para ingreso a las comunidades.

2

SOLICITUD DE INSUMOS A LA RED DE SALUD

- Se coordina con la Red de Salud el paquete de atención de salud a ofertar a las comunidades, participan las estrategias sanitarias y otras direcciones de salud.
- Cada BMA elabora su requerimiento de insumos (pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B incluidas), insumos, materiales y medicamentos, según programación de actividades.
- Posteriormente las BMA emiten una solicitud a la Dirección de la Red de Salud con atención a las estrategias sanitarias involucradas en la programación (VIH/SIDA – ITS, hepatitis, malaria, inmunizaciones y articulado nutricional, materno infantil y tuberculosis).
- Esta solicitud se realiza - como mínimo - 3 días laborables antes de la salida de las BMA. La entrega de los insumos es rápida. Previamente, el EDI coteja la información de acuerdo al tamaño poblacional de la jurisdicción a intervenir y realiza las coordinaciones respectivas con la Dirección de la Red de Salud, coordinadores de estrategias sanitarias y responsable de almacén.
- Los coordinadores de estrategias involucradas revisan el stock de insumos, materiales y medicamentos y realizan – de ser necesario - el ajuste al petitorio de las BMA, según disponibilidad de los productos en la Red de Salud.
- Cada jefe de BMA, acompañado por el EDI, recoge los insumos del sub almacén de la Red de Salud con una PECOSA, en el caso de Datem del Marañón se encuentra en las instalaciones del ACLAS (Asociación de Comité Local de Administración de Salud), mientras que en Condorcanqui se encuentra en la propia Red. Se revisan las cantidades de los productos solicitados, se embalan y entregan a los responsables de las BMA.
- La recepción de los productos de salud del sub almacén de la red de salud por parte de las BMA se realiza un día antes o el mismo día de salida con transporte directo de los insumos del sub almacén a las embarcaciones.
- Los jefes de BMA cotejan la coincidencia de las PECOSA y los productos a recepcionar, además de verificar la fecha de vencimiento.
- Se elabora un acta de conformidad y entrega de los productos del sub almacén (según kárdex o pecosa) que es firmada por los responsables de las BMA.

- La parte final de este proceso de solicitud, recepción y entrega de productos de salud concluye con el reporte de FUA (Ficha Única de Atención) y HIS durante la intervención de las BMA, los saldos de medicamentos se dejan en los puestos de salud comprometidos o afectados en el petitorio de requerimiento, a través de un acta de entrega.
- Los FUA y hojas HIS de las BMA se entregan a cada cabecera de Micro Red intervenida para su respectiva digitación y posterior reporte en el sistema de información de la Red de Salud.

En el caso de la Red de Salud Datem del Marañón se ha contado con pruebas de tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis, medicamentos, vacunas y demás insumos necesarios para brindar atención integral.

3

USO RACIONAL DEL COMBUSTIBLE

- Para la compra de combustible para las embarcaciones fluviales se solicitan cotizaciones a grifos que cuenten con certificación de OSINERGMIN. A los grifos se les entrega la cantidad de combustible que se necesita de acuerdo a la hoja de ruta. Se constata que tenga disponibilidad de combustible de acuerdo al cronograma. Se solicita factura, se escanea y se remite al RP en Lima.
- Una vez realizada la transferencia el proveedor entrega los vales de combustible, los mismos que son entregados a los motoristas de las BMA y/o responsable de la brigada. El EDI, en coordinación con los responsables de las BMA, coordinan fecha de abastecimiento, idealmente el mismo día de la salida de las BMA (a las 6 a.m.), antes del embarque de los insumos de salud.
- El día de la recepción, los motoristas de las BMA revisan la cantidad de combustible y la lubricación adecuada.
- Este proceso concluye con el llenado de la bitácora de combustible que el motorista registra y que es visado por el responsable de cada BMA.



Grifo Fluvial
Datem del Marañón

4

PREPARACIÓN DE LAS SALIDAS: LISTA DE CHEQUEO

- Se verifica que toda la documentación y proceso estén correctos:
 - ✓ Solicitud de requerimiento de insumos, materiales y medicamentos por cada BMA.
 - ✓ Memorando emitido por la Dirección de la RS comunicando a los jefes de micro-redes y establecimientos de salud de la jurisdicción a intervenir las actividades que realizarán las BMA, según programación.
 - ✓ Credencial expedida por la Red de Salud.
 - ✓ Credencial de ingreso a las comunidades expedida por CORPI (en el caso del Datem del Maraón, uno para cada equipo BMA).
 - ✓ Vales de combustible.
 - ✓ Formatos de consentimiento informado, actas de reuniones, bitácora de combustible, bitácora de campo, padrón nominal VIH y hepatitis B, cronograma de actividades de las BMA y población promedio a ser tamizada por comunidad.

5

REUNIÓN PREVIA CON EDI Y BMA

- Previa a la salida de la BMA se hace una revisión del protocolo de intervención: metas por zona de intervención y socialización de algunas costumbres de las comunidades con ayuda del personal de salud de la zona a intervenir y alguna organización indígena invitada.
- Se acondicionan las embarcaciones y cuidado de las mismas.
- Se brinda un tiempo para que los miembros de las BMA se abastezcan con insumos propios, como compra de alimentos e implementos.

FASE DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

6

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La intervención comunitaria tiene una serie de pasos, los cuales pasamos a describir:

PRIMER PASO PRESENTACIÓN ANTE EL EESS

El EDI acompaña a las BMA hasta las cabeceras de las Micro Redes para socializar in situ la programación de las actividades en su jurisdicción, además de la coordinación final para la integración de un técnico de laboratorio, como acción complementaria al programa, por parte de la Red de Salud.

Las BMA llegan a las comunidades, en algunas de las cuales se encuentra un establecimiento de salud, ubicado mayormente a orillas de los ríos y sus afluentes. Las comunidades o los responsables de los establecimientos de salud ya saben la llegada por el cronograma difundido previamente por la Red de Salud.

►
**Coordinación con el Jefe de la
Micro Red Morona, previo a la
segunda intervención de las BMA**

**Reunión con responsable del PS
Musakarusha, antes del ingreso
de la BMA I, juntamente con el
dirigente de CORPI**
▼



SEGUNDO PASO PRESENTACIÓN ANTE LAS AUTORIDADES INDÍGENAS

El responsable de la BMA contacta con el APU, promotor y personal de salud - si es que está presente - o a cualquier otra autoridad de la comunidad para presentar al equipo y socializar la programación de las actividades a realizar. Desde ese momento - con el liderazgo del Jefe de la BMA - se realizan todas las coordinaciones necesarias para el inicio de las atenciones.



Reunión con Autoridades Indígenas
Comunidad Nativa Mamboyacu
Datem del Marañón

TERCER PASO INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

El APU u otro líder de la comunidad designan un local comunal a donde se convoca a la comunidad para la presentación de la BMA. El APU u otro líder de la comunidad designan un intérprete, en ocasiones ellos mismos asumen ese rol.

Con el liderazgo del responsable de la BMA se informa de las actividades a realizar, servicios que brindarán y organización del proceso, priorizando el tema del VIH/SIDA.

Se realiza la sesión educativa relacionada al VIH – SIDA y otras enfermedades de interés de la comunidad.



Sesión Educativa
El Cenepa - Condorcanqui

Se da respuesta a las interrogantes de los participantes, entre ellas una que siempre se repite es la solicitud de información sobre los casos reactivos al VIH, ante la cual se explica el tema de los derechos de la persona, se brinda información sobre estigma y discriminación, además se refuerza el tema de la confidencialidad de los casos.



Talleres de Sensibilización con ayuda de intérpretes y colaboración de la comunidad.
Comunidad Nativa IWIJINT – Datem del Marañón



Vídeos informativos a grupos pequeños con ayuda de la tecnología.
Comunidad Nativa Tuunin – Condorcanqui

CUARTO PASO TAMIZAJES



Los tamizajes de VIH, sífilis y hepatitis B se realizan mayormente en el mismo local donde se brinda la información, adecuándolo para dicho fin. Se sigue la siguiente secuencia: llenado del formato de consentimiento informado, realización de la prueba y reporte de resultados.

Sin embargo, en Condorcanqui se ha implementado otra estrategia paralela que es el tamizaje casa por casa como una alternativa para los pobladores que no pueden o no desean asistir al local comunal. Esta opción ha sido altamente exitosas y aceptada por las comunidades.

Tamizaje casa por casa realizado por la BMA Nieva - Condorcanqui Comunidad Nativa Paraíso

La entrega de los resultados (post test) a todos los tamizados se realiza de manera personalizada.

En caso de reactivos se cita a la persona al ES si lo hubiera o se le visita en su domicilio, en cualquiera de los casos se asegura la confidencialidad del caso. Para terminar con el proceso de información, se toma una segunda prueba, de ser reactiva se brinda la consejería y se notifica a Red de Salud.



**Tamizaje en locales comunales
BMA Nieva - Condorcanqui
Comunidad Nativa La Curva**



Tamizaje realizados
BMA El Cenepa
Condorcanqui



En los casos de sífilis se cita o visita a la persona para brindarle la primera dosis del tratamiento, y se coordina con el responsable del establecimiento para la aplicación de las dosis restantes.

QUINTO PASO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Posterior a la intervención en VIH se brinda la atención integral de salud, entre ellas evaluación y atención médica de pacientes, atenciones obstétricas, captación de febriles, sintomáticos respiratorios, inmunizaciones, incluido atención de emergencias y referencias en casos que lo requieran.

Atención a niños en situación de
urgencia
Comunidad Nativa Sanshocochoa



Atención médica a gestantes
Comunidad Nativa Pijuayal
Datem del Maraón

Atención pediátrica
Comunidad Nativa Nuevo Progreso
Datem del Maraón





**Atención de casos de emergencia
Comunidad Nativa Sungache
Datum del Maraón**

Pese a las dificultades que tienen las BMA de Condorcanqui de contar con un paquete de insumos para brindar atención integral en las comunidades indígenas, el personal que las conforma realiza diversas atenciones a los pobladores, apoyando de esta manera a los servicios de salud existentes en las comunidades.

**Atención de materno perinatal
brindada por la obstetra de la BMA
Nieva
Comunidad Nativa Paraíso
Condorcanqui**



Complementariamente a esta labor, las BMA realizan una revisión del padrón nominal proporcionado por la estrategia VIH/SIDA - ITS para visita y evaluación de los casos de PVV: estado de salud en general, efectos adversos, adherencia, TARGA, etc.

SEXTO PASO INTERVENCION EN COLEGIOS

Terminada la atención integral, las BMA realizan acciones preventivas focalizadas en instituciones específicas que congregan un número importante de la población: colegios, iglesias y asambleas. Para el trabajo con las instituciones educativas, además de la participación del APU de la comunidad, la BMA coordina las actividades con el director o docente encargado. Primero se realiza la sesión educativa a los docentes y seguidamente a los alumnos.

Con las otras instituciones u organizaciones dentro de la comunidad, como las iglesias, por ejemplo, se contactan con los responsables para la sesión educativa respectiva.



**Internado cargo de las Her-
manas Católicas. Colabora-
ción entusiasta de encarga-
dos y profesores para brin-
dar información sobre VIH
Comunidad Nativa Uwijint
Datem del Marañón**



**Canción elaborada por la BMA en idiomas Achuar y Quichua. Buena aceptación de parte de la comunidad que expresó que ninguna otra brigada había llevado información de esa manera.
Comunidad Nativa Chuintar
Datem del Marañón**

SÉPTIMO PASO RETROALIMENTACIÓN A LOS EESS

Como paso final de la entrada de las BMA a las comunidades es la socialización del trabajo realizado y la entrega de la información a los responsables de cada establecimiento de salud y jefe de cada Micro Red en la jurisdicción intervenida.

FASE DE REPORTE

7

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN POR LAS BMA

- Cada BMA realiza el llenado de los formatos del MINSA: HIS y FUA (Datem del Marañón), los cuales son entregados en el establecimiento de salud.
- Las BMA ingresan los datos de los formatos de consentimiento informado a una base de datos Excel proporcionado por el RP.
- Se coordina con los responsables de la RS para la inclusión de casos nuevos al padrón nominal PVV.



Brigadistas ingresando la información de tamizajes y atenciones a la base de datos

8

PRIMER CONTROL DE CALIDAD REALIZADO POR EL EDI

- El EDI sistematiza la información proporcionada por las BMA a través de las siguientes acciones:
 - ✓ Verificación y ordenamiento de los consentimientos informados.
 - ✓ Control de la calidad de la Base de Datos.
 - ✓ Revisión de las atenciones en salud.
 - ✓ Consultas a los brigadistas para aclaración de la información en caso de dudas.
 - ✓ Revisión de informe preliminar de las BMA por parte del EDI: corrección de observaciones.

9**INFORME DE LAS BMA**

- Cada responsable de la BMA coordina y trabaja en equipo para recoger la información de acuerdo al perfil y responsabilidad de cada uno de sus miembros.
- Elabora un informe en base al modelo elaborado por el RP. Para ello, el EDI brinda asistencia durante todo el proceso.

10**REUNIÓN DE EVALUACIÓN EDI - BMA Y RED DE SALUD**

- Finalizada la elaboración de informes, los EDI y las BMA se reúnen para socializar los informes elaborados y verificar la información que será entregada a la cabecera de Micro Redes de Salud intervenidas.
- La reunión permite recoger información verbal de cada BMA para evaluar la calidad de la información recopilada, dificultades, lecciones aprendidas, estrategias exitosas, respuesta de las comunidades, respuesta del personal de salud de la jurisdicción intervenida, entre otros aspectos relacionados a la intervención.
- Posteriormente, se realiza una reunión de retroalimentación con Dirección de la Red de Salud y responsables de las estrategias sanitarias. Finalmente, se realiza una reunión de retroalimentación con las organizaciones indígenas.

11**CONSOLIDACIÓN DE INFORME POR EL EDI Y ENVÍO A OFICINA**

- El EDI consolida los informes de las BMA en uno solo, este informe sistematiza toda la información de las BMA y se envía a Lima.

12**SEGUNDO CONTROL DE CALIDAD E INFORME FINAL**

- La oficina de Lima realiza el segundo control de calidad de todos los medios de verificación y base de datos.
- Revisa el informe consolidado por los EDI y los contrasta con los informes de las BMA. Si hubiese necesidad de información adicional se le solicita a los EDI.
- Se consolida la información de los 2 EDI y se prepara el informe final para el Fondo Mundial y autoridades.

Extracto de Bitácora de Campo Antropólogos EDI Datem del Marañón

Sobre el lenguaje relacionado al VIH indagué al respecto con visitas domiciliarias, un momento adecuado fue en la fiesta de promoción del nivel inicial en la CN Atahualpa. Recordemos que en estos eventos se conglomeran una gran mayoría de comuneros entre padres, madres de familia, padrinos, madrinas, primos, etc. dándose el inicio de la festividad a las 5 p.m., por lo cual mi asistencia fue previa coordinación con la Directora y Apu de la comunidad. Gustosamente fui recibido y me hicieron un reconocimiento por nuestra presencia por la atención brindada y realizada a la población en general.

Después de la actividad protocolar y festiva de los niños se inicia la fiesta para los adultos como suelen decir, se inicia con el servido del ponche preparado por los padres de familia (sus ingredientes son la caña que sirve como licor, huevos y leche) para después deleitar la chicha de maíz amarillo, finalizando con el masato (mantienen el preparado tradicional de esta bebida ancestral Awajún con yuca sancochada, una porción de ella es masticada por las mujeres siendo su resultado final una especie de papilla que luego es combinada con agua; el resto de la yuca es servida de rato en rato a los asistentes). En los descansos de cada baile hubo la oportunidad de conversar con los asistentes sobre las percepciones al VIH, muchos de ellos pensaban que es como cualquier enfermedad que les agarra y se cura, pero después del taller cambiaron ese pensamiento: “El VIH es una enfermedad que una vez ingresada a tu cuerpo no sale y te puede matar, no tiene cura, salvo que recibas tratamiento oportuno...”

Cuando les pregunté que si se habían hecho el “TAMIZAJE” muchos de ellos respondieron “¿tamizaje? hum... ANÁLISIS, sí yo me hice el ANÁLISIS, me salió negativo y estoy feliz...” Cabe recalcar que la palabra “análisis” es reconocida por los pobladores a la hora de preguntarles por la prueba, pues ayudó mucho su uso en las CCNN de Sachapapa, funciona muy bien a la hora de abordarles en los talleres. Existe buena voluntad de los comuneros Awajún para realizarse el tamizaje, una vez que son informados grupalmente respecto a la prueba rápida, realizan sus colas, ayudando en esta tarea el ACS de cada comunidad y el técnico sanitario que juegan un papel muy importante como traductores en las actividades de las BMA.

Respecto al uso del condón se consultó al Apu la posibilidad de dar una charla sobre su uso adecuado, fue bien aceptada la propuesta. Se observó en la charla que una primera reacción en las mujeres es reírse a medida que se desarrolla, además de ser quienes ponen mayor interés. En los varones hay reacciones de vergüenza al inicio pero luego se sienten seguros y genera un buen ambiente durante el taller.

El sistema organizacional de algunos de Apus está debilitado, no tienen respuesta masiva a sus convocatorias, esto se refleja en la cantidad de personas que vienen a tamizarse o a recibir atención integral, preguntando al respecto, responden que existe cierta divergencia con el Apu que no genera confianza.

La participación de la mujer Awajún en las reuniones comunales es muy fuerte, tienen voz y voto, es el caso de la CN Sachapapa, pero poco a poco varía según se va visitando las comunidades ya que en algunas su participación es fuerte; en otras, a medias. Todo lo contrario en las mujeres Kandozi, solo los hombres tienen participación comunal y ellas casi nada, son simplemente oyentes y se sientan en grupos alejadas del local comunal pero si están muy atentas para convidarte el masato. Cada pueblo indígena tiene sus propias formas de concebir el rol de la mujer al interior de las comunidades siendo aún la preponderancia del hombre en asumir cargos, más por el contrario, la mujer aún necesita mayor atención y procesos de sensibilización comunal para hacer entender al hombre que la mujer también tiene la misma oportunidad de asumir cargos comunales, pero la disyuntiva es “¿Cómo podría una mujer asumir un cargo si no tiene la formación adecuada o por lo menos sepa algo de escritura...?” pregunta que se hace un varón.

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Estrategia Comunicacional

El desconocimiento de la problemática de VIH por los líderes comunitarios y la falta de información en sus poblaciones sobre las formas de transmisión y medidas de prevención, así como las posibilidades de tratamiento, constituyen barreras que limitan las posibilidades de prevención y tratamiento oportuno y alimentan el estigma y la discriminación hacia las PVV.

El MINSA ha previsto un plan y estrategia comunicacional adaptado a la diversidad cultural y lingüística de la zona, su implementación permitirá sensibilizar e informar a los pueblos mejorando el acceso a la prevención y tratamiento. En ese contexto se ha diseñado un primer Plan de Intervención en Comunidades Indígenas de Condorcanqui que se viene impulsando con adecuada viabilidad social, por lo que se establece la factibilidad para el Estado implementar una estrategia con participación activa de los pueblos indígenas a través de sus propias redes de comunicación. Esta primera experiencia comunicacional ha sido validada por los Apus y organizaciones indígenas.

La Norma Técnica permitirá el diseño, validación y ejecución de nuevas intervenciones en diferentes poblaciones indígenas, dentro de las áreas de intervención. Tales planes comunicacionales se diseñarán teniendo en cuenta las investigaciones antropológicas en comunicación para el desarrollo realizado en comunidades indígenas amazónicas y contarán con mensajes claves, actores y canales de comunicación pertinentes culturalmente para las comunidades. La propuesta comprende: implementar el plan comunicacional y las estrategias de IEC con pertinencia cultural.

A pesar de los resultados alentadores, se necesita validar y reformular de manera continua (longitudinal) el plan comunicacional y las estrategias IEC manteniendo la apertura para adecuar culturalmente los mensajes y la metodología empleados, en función de sus efectos y las comprensiones que los equipos técnicos vayan adquiriendo en la experiencia. Es fundamental para una intervención sobre una realidad, en gran medida, desconocida y cambiante.

A. REUNIONES CON AUTORIDADES LOCALES Y REGIONALES: SALUD, EDUCACIÓN, GORE, GOBIERNOS LOCALES, OTROS SECTORES:

DATEM DEL MARAÑÓN:

Presentación oficial “lanzamiento” del programa ante autoridades locales y organizaciones indígenas del ámbito de intervención.

Presentes Red de Salud Datem del Marañón, personal de salud, EDI y Brigadistas



Posterior a la presentación oficial, los EDI han organizado diversas reuniones con autoridades regionales y locales, así como con líderes y autoridades de las organizaciones y comunidades indígenas para presentar la subvención, explicar la situación de la infección por VIH en pueblos indígenas de su jurisdicción y sobre la urgencia de intervenir para su tratamiento y control, buscando generar interés y compromisos de apoyo y participación en las acciones propuestas por el Programa.

Reunión con CORPI



Reunión con la RS Datem del Maraón



Reunión con el Alcalde del Datem del Maraón



Reunión de Información del programa con APUS de la comunidad Kandozi

Reunión con Hogar Intercultural Sankuan Jintia



Reunión con Director de UGEL

Producto de estas reuniones se ha conformado una mesa de trabajo para abordar la problemática del VIH en poblaciones indígenas (participación de apus, autoridades, organizaciones comunitarias y representantes de los sectores estatales de la zona de intervención).

LOGROS DE LA REUNIÓN CON AUTORIDADES DE SALUD:

- Clarificar dudas respecto al trato de enfermedades, traslado de pacientes, pruebas de sangre y otros.
- Sinceramiento del paquete de servicios, roles de las BMA, insumos que se utilizarán.
- Amplia participación de autoridades de la zona de intervención.
- Lanzamiento público de la propuesta.
- Trazo de rutas y cronograma de visitas trabajados con los asistentes.
- Recojo de insumos (propuestas y reflexiones) para el diseño de protocolos de intervención interculturales/derechos/género a ser utilizados por las BMA.
- Lanzamiento público de la propuesta y cobertura periodística.

LOGROS DE LA REUNIÓN EN DATEM DEL MARAÑÓN CON POBLACIONES INDÍGENAS:

- Firma a manera de presentación pública del documento de Acuerdos y Compromisos entre los Apus de los pueblos indígenas, EDI, CORPI para la intervención de las BMA en el Datem del Marañón.
- Traductora y traductor serán dispuestos por las comunidades visitadas como aporte de la población.
- Amplia participación de autoridades indígenas de la zona de intervención.

CONDORCANQUI:

En esta zona de intervención los EDI han realizado las siguientes reuniones, agregamos un resumen de las principales conclusiones:

- DIRESA Amazonas: analizar la seguridad y condiciones de trabajo en las comunidades, la articulación de la intervención con la Mesa de Concertación de lucha contra la pobreza, el monitoreo de las brigadas móviles y la organización de la reunión de planificación en la ciudad de Bagua Capital realizada en octubre.



Trabajo operativo con RS, MR y EESS



Presentación de la Subvención en Amazonas

- Red de Salud Bagua: discutir el tema de la sostenibilidad del proyecto, la incorporación de Técnicos Sanitarios bilingües (awajún y wampis), articular el trabajo con las Micro Redes y establecimiento de salud.
- Red de Salud Condorcanqui: priorizar Cenepa por ser la zona con alto índice de VIH (casi el 80% del total de Condorcanqui, entre 14 y 25 años), trabajar la parte etnográfica y percepción de los indígenas relacionado al VIH, que el motorista y técnico de salud sean de la misma zona y bilingües, facilitar el hospital para el EDI, trabajar con colegios y participar en la evaluación y selección de las brigadas móviles.

Reunión con Red de Salud Condorcanqui



- Municipalidad Provincial de Condorcanqui: respaldar todo apoyo en bien de los pueblos indígenas de la provincia de Condorcanqui, estrecha colaboración con los jefes de las comunidades y las organizaciones representativas, articular esfuerzos con la comunidad que ha trabajado con apus de cada comunidad, presidentes de rondas, juntas vecinales, APAFA, Programa Juntos, Catequismo, Asociaciones Agropecuarias.
- Unidad de Gestión Educativa Local de Condorcanqui: cuentan con 127 acompañantes pedagógicos, las cuales pueden ser importante para las futuras coordinaciones y acciones a realizar en las comunidades de Cenepa, Nieva, Santiago e Imaza. Estos acompañantes pedagógicos van a la ciudad de Nieva cada 15 días por lo que se puede hacer programación de actividades.
- Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas: trabajar con la gente y herramientas de las mismas comunidades, contratar motoristas y técnicos de salud a los mismos Awajún y Wampis que apoyarán el trabajo en el Cenepa que es su zona de intervención.
- Población Indígena: apoyo en temas de salud y educación a través de coordinación y diálogo.

B. CAPACITACIÓN CON PERSONAL DE SALUD REDES DE SALUD Y MICRO REDES:

Capacitación a realizarse en el primer semestre de 2017 al personal de salud de los establecimientos de salud de las Redes y Micro de Salud sobre aspectos relacionados al manejo de PVV. La capacitación facilitará al personal de salud la interacción con docentes y promotores de salud en la comunidad.

Se elaborará un módulo de capacitación para personal de salud de las regiones amazónicas de intervención cuyos contenidos serán elaborados contando con la participación de la ESNITSS, MINCUL, DIRESA Amazonas y Loreto, así con las Redes de Salud Condorcanqui y Datem del Marañón. La finalidad es obtener un documento consensuado y eficiente.

El RP/EDI conjuntamente con la ESNITSS trabajará un programa común para buscar la eficiencia de la actividad. Las capacitaciones se llevarán a cabo en cada una de las zonas de intervención: Condorcanqui y Datem del Marañón. Por tal motivo el RP realizará las coordinaciones necesarias con las autoridades regionales (DIRESA y Redes de Salud); la adquisición de los materiales de soporte logístico y la ejecución propiamente dicha de las reuniones.

C. ENTRENAMIENTO A TÉCNICOS SANITARIOS:

Esta actividad ha sido reprogramada y en la cual el presupuesto disponible servirá para capacitar a ACS para que asuman el rol de vinculator en las áreas de intervención priorizando las comunidades donde se han detectado casos nuevos de VIH. Esta actividad será ejecutada en el primer semestre de 2017 y constituye parte de las actividades de la reprogramación.

D. REUNIONES ANUALES DE EVALUACIÓN CON PERSONAL DE SALUD DE REDES Y MICRO REDES:

Actividad a ser ejecutada en el primer semestre de 2017 y tendrá por finalidad evaluar los resultados, logros y agenda pendiente de la implementación del programa.

Las reuniones se llevarán a cabo en cada una de las zonas de intervención: Condorcanqui y Datem del Marañón. Por tal motivo, el RP realizará las coordinaciones necesarias con las autoridades regionales (DIRESA y Redes de Salud); la adquisición de los materiales de soporte logístico y la ejecución propiamente dicha de las reuniones.

El RP/EDI trabajará la metodología y programa de la reunión con la ESNITSS y MINCUL para buscar la mayor eficiencia de la actividad. Algunos de los contenidos que deben considerarse son: avance del cumplimiento de los indicadores, avances obtenidos en pos de la sostenibilidad, nudos críticos que se requieren solucionar.

E. PLAN COMUNICACIONAL:

Este plan contempla una serie de fases:

- Promoción y facilitación del diálogo intercultural en salud entre los equipos técnicos del Programa, el personal de salud de los establecimientos de salud y la comunidad y sus agentes de salud, orientado a mejorar la participación y el trabajo conjunto.
- Producción de materiales IEC (rotafolios, spots radiales, afiches, materiales demostrativos) con la finalidad de aclarar la evidente desinformación y confusión que existe alrededor del VIH/SIDA en las comunidades indígenas.
- Generación de material IEC desde las comunidades para involucrar a los diferentes actores lo
- Difusión de materiales de comunicación a través de canales locales: jornadas comunales, murales en la comunidad, reuniones, spots radiales y otros medios de aceptación de la población.
- Sensibilización y vinculación con actores locales (APUS, líderes indígenas, autoridades sanitarias, autoridades educativas, etc.).
- Difusión de alto impacto y generación de actividades en torno al VIH/SIDA para generar procesos de comunicación en torno al VIH/SIDA con participación activa de las comunidades a través de jornadas comunales, socio dramas, murales, conversatorios, fotonovelas, entre otros.

- Realización de talleres en comunidades y colegios.

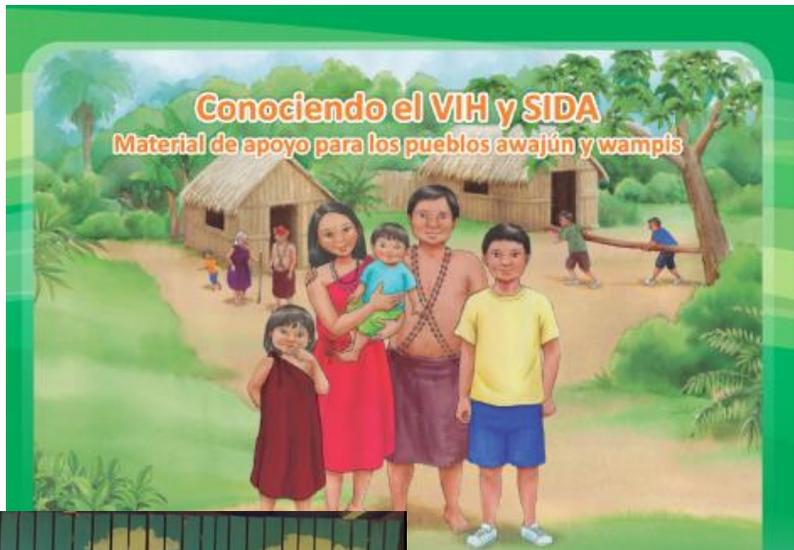
El MINSA ha diseñado un plan comunicacional adaptado a la diversidad cultural y lingüística de la provincia de Condorcanqui, el cual no cuenta con financiamiento para su implementación. Se ha logrado ejecutar, con financiamiento de la cooperación internacional (UNICEF), un estudio etnográfico y parte de la estrategia comunicacional con financiamiento del Plan Binacional. Para el Datem del Marañón se tiene contemplado replicar íntegramente el proceso.

La implementación del plan comunicacional con enfoque intercultural permitirá sensibilizar e informar a los pueblos indígenas mejorando el acceso a la prevención y tratamiento del VIH. Los mensajes no solo abordarán la temática del VIH e ITS, sino que incorporarán, posiblemente, la dimensión de género y violencia.

La propuesta de validar y reformular de manera continua el plan comunicacional y las estrategias IEC con esta financiación, busca mantener la apertura para adecuar culturalmente los mensajes, en función de sus efectos en las personas y comunidades y de las comprensiones que los equipos técnicos vayan adquiriendo en la experiencia.

Iniciar el proceso con el fortalecimiento de capacidades, generación de materiales e involucramiento comunal son formas de acercar al MINSA con la población respetando la cosmovisión local. Esto es parte de un proceso largo que espera ser beneficioso tanto para la población indígena como para el sector salud.

Rotafolio elaborado por Salud Sin Límites



Murales diseñados por Salud Sin Límites Comunidad Pagkintsa

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Brigadas Móviles Amazónicas

Existe bajo acceso al diagnóstico y tratamiento de VIH en poblaciones indígenas. Las condiciones geográficas donde viven las etnias originarias y la dispersión de sus comunidades dificultan el acceso a la prevención y atención del VIH. A ello se suman factores como la falta de vías terrestres que determinan como única forma de transporte los ríos existentes en la zona o caminos rurales.

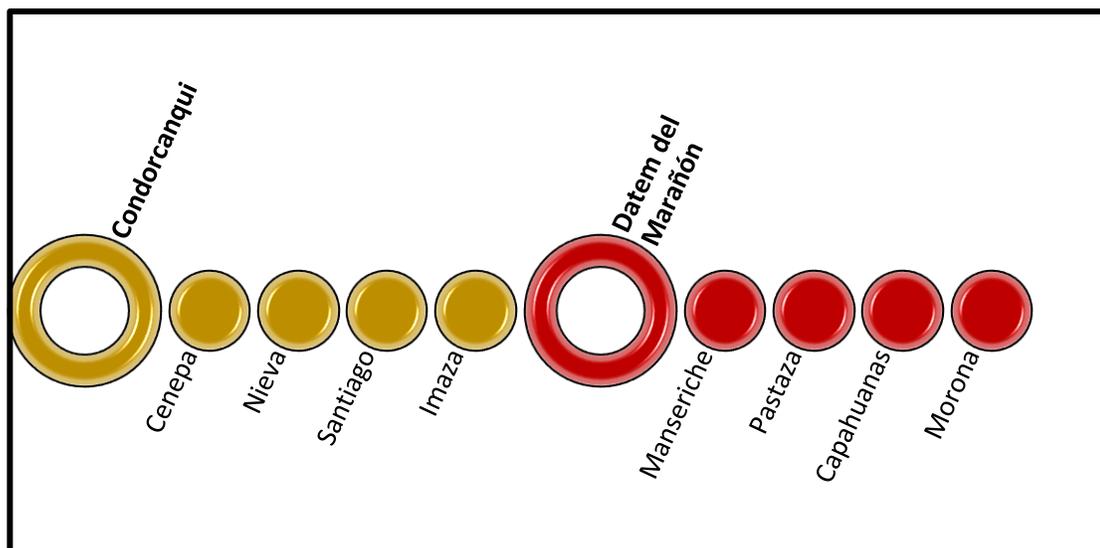
Actualmente los EESS y RS cuentan con equipos básicos que eventualmente realizan actividades extramurales en las comunidades más accesibles, ofertando pruebas de VIH. Estas actividades han logrado la captación de nuevos casos de VIH y su inmediato ingreso al TARGA. Sin embargo, los estudios realizados muestran debilidades en el conocimiento y principios de interculturalidad para el abordaje de estas comunidades. En este contexto, las necesidades de formación y, en especial, las de información sobre el VIH (medidas de prevención y atención de PVVS) resultan particulares para profesionales de salud, técnicos sanitarios indígenas y promotores de salud.

Finalmente, cabe mencionar que la aprobación de la norma técnica de salud para la atención de las PVV con enfoque intercultural del MINSA permitirá una atención diferenciada en los pueblos indígenas. Esta norma brinda el marco legal del trabajo con equipos móviles para mejorar los indicadores de salud relacionados al VIH en pueblos indígenas.

Con esfuerzos conjuntos entre el MINSA, DIRESA y RS de la zona se ha logrado implementar el TARGA en el distrito de Nieva, capital de la Provincia de Condorcanqui, logrando mejorar el acceso al tratamiento de las PVV que viven en comunidades cercanas (del 6% en el 2012 a 23% en el 2014). También se ha mejorado la cobertura del tamizaje gracias a la acción de los equipos de salud de la zona, que realizan visitas domiciliarias en las comunidades, trabajo que ha mostrado resultados inmediatos.

A. CONFORMACIÓN DE BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS:

Cada Brigada tiene como referencia una cuenca principal de las provincias de intervención. Así tenemos que en Condorcanqui las 4 Brigadas están distribuidas en los ríos Cenepa, Nieva e Imaza. Mientras que en el Datem del Marañón están en los ríos Manseriche, Pastaza, Morona y Capahuana.

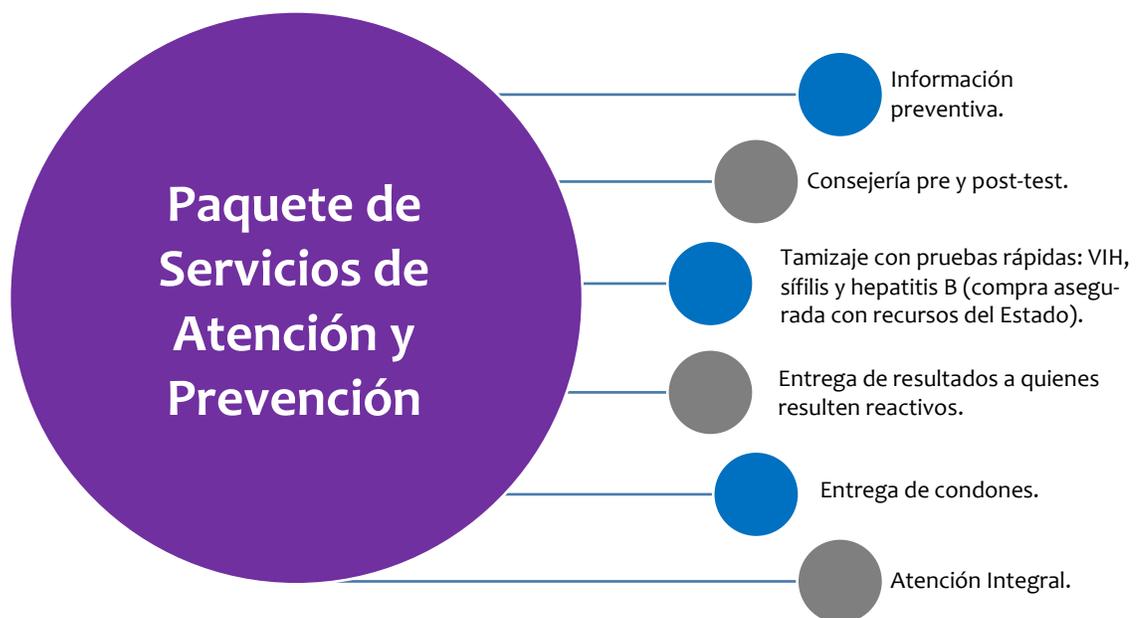


Sin embargo, por disposición del FM, de octubre 2016 a septiembre 2017 solo se podrá intervenir con 6 BMA. Las BMA de Imaza y Cahuapanas quedan condicionadas a la evidencia de costo eficiencia de las brigadas operativas.

Cada BMA está conformada por 3 profesionales de la salud (médico, enfermero y obstetra), 1 técnico sanitario indígena y 1 motorista para la conducción de cada móvil adquirida por la subvención.

Las BMA están bajo la dirección de los EDI y RS y cada BMA reportando sus actividades de trabajo de campo al EDI quienes posteriormente consolidan los informes de todas las BMA para enviarlo a la Red de Salud respectiva.

Las funciones que las Brigadas Móviles Amazónicas cumplen son las siguientes:



Las metas establecidas son de reporte global; sin embargo, se establecen metas de manera referencial que están en relación directa a la productividad de cada BMA:

INDICADOR:
KP-3e Porcentaje de otras poblaciones vulnerables que se realizaron la prueba de VIH durante el período de informe y conocen los resultados.

PERIODO	META	CONDORCANQUI				DATEM DEL MARAÑÓN			
		SAN	CEN	IMA	NIE	MAN	MOR	PAS	CAH
AÑO 1	12,532	1,899	1,171	0	1,713	2,968	2,251	2,530	0
AÑO 2	22,751	3,286	2,026	335	2,965	5,157	4,377	2,838	709
AÑO 3	36,455	4,600	2,836	1,876	4,151	7,420	6,128	3,990	5,454
AÑO 4	43,136	5,474	3,175	2,202	4,720	8,935	7,392	4,748	6,490

Cada integrante de las BMA tiene un rol específico en las intervenciones:

MÉDICO:

- *Brindar atención integral con énfasis en VIH a la población indígena.*
- *Asegurar la cobertura de atención garantizando el cumplimiento de las metas establecidas.*
- *Supervisar la labor del personal como responsable del equipo.*
- *Velar y ser responsable por la salud y seguridad de todo el personal.*
- *Coordinar la referencia de pacientes identificados que lo requieran, con el establecimiento de salud base y/o de mayor resolución, cumplimiento la normatividad vigente.*
- *Implementar actividades de seguimiento con los agentes comunitarios en salud.*
- *Mantener la confidencialidad de los datos y de la atención, a nivel del equipo de salud, antes, durante y después de la atención de los pacientes.*
- *Dirigir, conducir y coordinar las acciones de salud a desarrollar con la BMA explicando las razones de la decisión.*
- *Realizar informes, consolidando la información de las actividades realizadas por todos los integrantes, entregar en la Micro Red y EDI.*

ENFERMERA:

- *Orientar y desarrollar actividades preventivo – promocionales de enfermedades prevalentes en la zona.*
- *Realizar actividades para promover el autocuidado de PVV.*
- *Realizar el seguimiento de pacientes con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral.*
- *Comunicar de manera inmediata al Jefe médico de la BMA y profesionales relacionados con la atención del paciente los hallazgos de importancia en salud pública.*
- *Realizar reuniones informativas sobre enfermedades transmisibles.*
- *Realizar visitas domiciliarias en la comunidad.*
- *Mantener la confidencialidad de los datos y de la atención, a nivel del equipo de salud, antes, durante y después de la atención de los pacientes.*
- *Comunicar inmediatamente al Jefe médico del equipo, cualquier, inconveniente, queja, o reclamo de los pacientes que se atienden, para ser analizado y atender el reclamo suscitado.*
- *Implementar actividades de seguimiento con los Agentes Comunitarios en Salud.*
- *Organizar el trabajo de salud en la comunidad.*
- *Análisis e interpretación de la información.*

OBSTETRA:

- *Realizar la atención de mujeres gestantes, desarrollando el control prenatal acorde a las normativas vigentes por el MINSA.*
- *Ofertar métodos de planificación familiar (solo si cuenta con los insumos correspondientes) a las mujeres en edad fértil que lo soliciten.*
- *Registrar en los formatos oficiales del MINSA todas las actividades cumplidas dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva.*
- *Realizar actividades preventivas y promocionales, consejería y tamizaje en ITS y VIH, incluyendo las alternativas para disminuir la exposición como el uso del condón.*
- *Realizar actividades preventivas y promocionales, consejería y tamizaje en ITS y VIH.*

- Realizar charlas informativas sobre prevención de ITS y VIH/SIDA en la comunidad.
- Realizar seguimiento y asegurar la atención a gestantes con VIH.
- Realizar el seguimiento de niños expuesto y niños viviendo con VIH.
- Promover el uso del condón en las comunidades.
- Mantener la confidencialidad de los datos y de la atención, a nivel del equipo de salud, antes, durante y después de la atención de los pacientes.
- Implementar actividades de seguimiento con los Agentes Comunitarios en Salud.
- Organizar el trabajo de salud en la comunidad.
- Análisis e interpretación de la información.

TÉCNICO SANITARIO INDÍGENA

- Apoyar las diferentes tareas del equipo de profesionales de la brigada, incluyendo el apoyo a las actividades preventivas y promocionales para la mejor transmisión de los mensajes.
- Apoyar al equipo de profesionales en el desarrollo de las consejerías pre y pos test para diagnóstico del VIH.
- Favorecer la interrelación de los BMA con la comunidad.
- Impulsar la convocatoria de las personas, incluyendo las visitas domiciliarias para ofertar los servicios de la brigada.
- Vincular a las comunidades indígenas con los servicios de atención y prevención.

MOTORISTA

- Tener conocimientos básicos de primeros auxilios y conocimiento de salvataje.
- Conocer la ruta, tener experiencia de navegación por los ríos y quebradas de los ríos de Condorcanqui o Datem del Marañón.
- Conocimiento de manejo de motores fuera de borda y conocimiento básico del funcionamiento del motor.
- Realizar limpieza y cuidado de la embarcación antes, durante y después del recorrido.
- Contar con registro de mantenimiento, consumo de combustible, cambio de aceite del motor, según formato que le será asignado.
- Tener bajo su responsabilidad la navegación hasta la 6 de la tarde.
- Velar por la seguridad de la BMA y/o EDI y hacer cumplir las normas (uso del chaleco salvavidas y otros normas de bioseguridad)
- Realizar reporte de actividades de ocurrencia durante la intervención.

SELECCIÓN DE LAS BRIGADAS AMAZÓNICAS FLUVIALES:

El RP conjuntamente con los EDI diseñaron el perfil de cada uno de los miembros de las Brigadas Móviles Amazónicas (tres profesionales de la salud, un técnico sanitario indígena y un motorista de la embarcación). La propuesta de perfil de puesto fue presentada a la ESNITSS y DIRESA para su revisión. La realización de la convocatoria y los procesos de selección de cada uno de los miembros de las BMA fue un proceso cooperativo entre el RP y diversas instituciones.

En Amazonas participó la DIRESA, la Red de Salud Condorcanqui y Pathfinder International (EDI y oficina central) para la selección del personal profesional, mientras que la selección del personal técnico y motoristas fueron realizadas por la RS Condorcanqui y el EDI.

En Loreto, el GORE ayudó en la difusión de la convocatoria, mientras que el proceso de selección fue realizado entre la RS Datem del Marañón, EDI y oficina central.

La convocatoria, en términos de postulantes, fue exitosa, siendo el proceso de evaluación amplio y riguroso para asegurar al mejor recurso humano.

PLAZAS	N° DE POSTULANTES	
	CONDORCANQUI	DATEM DEL MARAÑÓN
MEDICO	21	16
OBSTETRA	9	8
ENFERMERA	19	13
TECNICO	15	5
MOTORISTAS	14	6
SUB TOTAL	78	48
TOTAL	126	

Se priorizó que el recurso humano sea procedente de las zonas de intervención. A las Redes de Salud se les involucró en todo el proceso de selección.

Las BMA cuentan con un seguro contra accidentes y su cobertura estará vigente durante toda la etapa de intervención.

B. TRANSPORTE FLUVIAL Y COMBUSTIBLE:

Por disposición del FM, la intervención en las cuencas de Imaza y Capahuana se iniciará un año después de iniciada la subvención y después del informe de implementación en las otras 6 cuencas, siempre y cuando el reporte de costo efectividad sea favorable.

Con el financiamiento de la subvención se han adquirido 6 embarcaciones fluviales, las cuales han sido distribuidas de la siguiente manera:

Santiago	1	Imaza	1	Manseriche	1	Pastaza	1
Cenepa	1	Nieva	-	Morona	1	Cahuapanas	-

El RP ha gestionado todo lo relacionado a seguro, permisos de navegación, mantenimiento de las embarcaciones, entre otros aspectos.

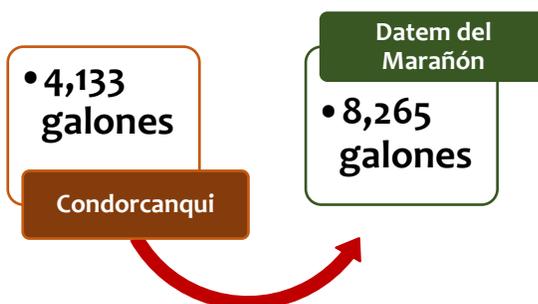
**Embarcación Fluvial
Condorcanqui 2 en el
Río Nieva**



El RP elaboró las especificaciones técnicas de las embarcaciones fluviales conjuntamente con la ESNITSS y MINCUL. Al finalizar la subvención se realizará la entrega formal de las embarcaciones fluviales a las entidades respectivas.

COMBUSTIBLE:

El RP ha elaborado un plan de gestión del combustible para el uso racional del mismo, el cual solo se podrá adquirir en grifos certificados por OSINERGMIN. El número de galones financiado por la subvención es el siguiente:



Para la compra de combustible que asegure la operatividad de las BMA, el FM ha aprobado un presupuesto total para compra de combustible lo cual permitirá comprar un total de 12,398 galones. El número de galones tendrá un recorte paulatino a lo largo de la subvención, tal como podemos observar en la siguiente tabla:

CONDORCANQUI									
BRIGADAS	AÑO 1 T4	AÑO 2 T1	AÑO 2 T2	AÑO 2 T3	AÑO 2 T4	AÑO 3 T1	AÑO 3 T2	AÑO 3 T3	AÑO 3 T4
Santiago	200	200	200	200	125	100	100	100	200
Cenepa	200	200	200	200	125	100	100	100	200
Nieva	200	200	200	200	125	100	100	100	200
Imaza	0	0	0	0	125	100	100	100	0

SUB TOTAL TOTAL	600	600	600	600	500	400	400	400	600
	4,100 galones								
	Saldo 33 galones								

DATEM DEL MARAÑÓN									
BRIGADAS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 2	AÑO 2	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 3	AÑO 3	AÑO 3
	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Manseriche	350	350	350	350	250	250	250	250	350
Pastaza	350	350	350	350	250	250	250	250	350
Morona	350	350	350	350	250	250	250	250	350
Cahuapanas	0	0	0	0	250	250	250	250	0
SUB TOTAL TOTAL	1050	1050	1050	1050	1000	1000	1000	1000	1050
8,200 galones									
Saldo 65 galones									

MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EMBARCACIONES FLUVIALES:

El mantenimiento de las embarcaciones fluviales se ejecutará a partir del segundo año, se incluye en el presupuesto posibles gastos para reparaciones en caso de desperfectos. El mantenimiento cubre los 3 años de la subvención. La disponibilidad del presupuesto será a manera de fondo, es decir que el presupuesto a utilizar no es por embarcación fluvial, sino según el requerimiento.

COMUNICACIONES:

El RP será responsable de la compra de equipos de radio para las Brigadas Móviles Amazónicas que lo necesiten y de los demás gastos que se generen como las respectivas licencias.

TABLETAS:

El RP realizará la compra de 16 Tablet (2 para Brigada), se discutirá previamente con la ESNITSS las especificaciones técnicas ya que debe permitir el registro de la información en tiempo real. Se distribuirá inicialmente una tableta a cada Brigada, dejando de reserva otra para cualquier eventualidad (deterioro o robo) a manera de sustitución.

C. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A LOS EQUIPOS DE LAS BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS:

En el mes de octubre se realizaron los procesos de capacitación de los integrantes de las Brigadas Móviles Amazónicas en la siguiente temática: contenidos de VIH que incluye consejería y tamizaje, Nota Conceptual que incluye indicadores, registros y metas; estrategias de abordaje; información básica sobre las comunidades indígenas; entre otros temas.



BMA Condorcanqui preparando hoja rutas



Coordinación BMA Datem del Marañón

DATEM DEL MARAÑÓN:

Se llevó a cabo una capacitación de 5 días que tuvo como temática:

- ✓ *Sensibilización con la zona de intervención.*
- ✓ *Inducción en el enfoque intercultural de salud.*
- ✓ *Inducción y entrenamiento en el manejo de enfermedades prevalentes de la zona de intervención (Malaria, desnutrición y anemia, Hepatitis B, Parasitosis intestinales, Hepatitis B, VIH), según NTS.*
- ✓ *Entrenamiento en el manejo del sistema de información y manejo de formatos de la RSDM*
- ✓ *Entrenamiento en el manejo de paquetes básicos de atención de salud (Malaria, Articulado nutricional e inmunizaciones, Materno infantil y PF, VIH-SIDA, hepatitis B y Tuberculosis)*
- ✓ *Entrenamiento en el tamizaje de sífilis, hepatitis B y VIH con PDR.*
- ✓ *Reforzamiento en CAP respecto al control y manejo del VIH, malaria, tuberculosis y hepatitis B*
- ✓ *Entrenamiento para brindar asistencia técnica a los Establecimientos de Salud del ámbito de Intervención.*
- ✓ *Entrenamiento para intervención en el contexto de población indígena.*



Dr. Omar Rodríguez
Capacitando a brigadistas
DateM del Marañón

CONCLUSIONES DE LA CAPACITACIÓN DE LA BMA EN DATEM DEL MARAÑÓN:

- Énfasis en la importancia de la reunión con los Apus para maximizar los logros en las visitas.
- Importancia que las comunidades colaboren con la traductora y el traductor cuando las BMA lleguen a las comunidades.
- Importancia de la comunicación con las parteras y promotoras/es de salud, ya que serán las/os aliadas/os que facilitarán la comunicación y enlace con los habitantes.
- Necesidad de contar con los medios e instrumentos comunicativos para trabajar en las comunidades: rotafolios que contengan lo máximo de imágenes, impulsar estrategias como socio-dramas, audiovisuales, entre otros. Se indicó que las primeras salidas serán valiosas para recoger cuáles serían las necesidades, intereses que se pueden incorporar, así como los medios y contenidos idóneos para que los mensajes sean eficaces con la población.
- Énfasis en la importancia de trabajar como equipo, de tener claridad en que se debe ir aterrizando respecto a las demandas, y que el equipo central hace todo el esfuerzo porque tengan las mejores condiciones para que las BMA puedan realizar una labor con logros en las comunidades.

- Elaboración de rutas para los meses de octubre, noviembre y diciembre y definición del paquete de atención integral de salud.

CONDORCANQUI:

La capacitación a los integrantes de las brigadas abordó aspectos epidemiológicos de las ITS y el VIH/SIDA, así como el diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA teniendo como referencia la Normativa Nacional del Ministerio de Salud. Considerando los establecimientos que ofrecen el tratamiento antirretroviral en la zona (Centro de Salud de Imaza, Centro de Salud de Nieva, Hospital Santa María de Nieva y Centro de Salud Huampami) se estableció un canal de referencia para los casos que resulten reactivos para VIH así como el flujograma de laboratorio para las pruebas de monitoreo.

Se continuó con el abordaje del VIH/SIDA en las poblaciones indígenas amazónicas enfatizando la pertinencia intercultural de la atención. Así como el registro y flujo de información a cargo de la Red de Salud de Condorcanqui.

CONCLUSIONES DE LA CAPACITACIÓN DE BMA EN CONDORCANQUI:

- Planificación de actividades de campo y definición del paquete de atención integral de salud a ser ofrecido a las poblaciones indígenas.
- La reunión contó con la participación de funcionarios de las estrategias de VIH, pueblos indígenas, inmunizaciones y dirección regional de medicamentos de la DIRESA Amazonas. Asimismo se contó con la participación de los coordinadores de VIH las redes y micro redes de salud de Bagua y Condorcanqui e integrantes de las BMA.
- Se aplicó la metodología de trabajo de grupos y presentación de propuestas con una plenaria y validación final.
- Como primer producto de la reunión se estableció el paquete de atención integral y se estimaron las necesidades y requerimientos para el primer trimestre de la intervención, los cuales serán atendidos por las Micro Redes, RS o DIRESA, según sea el caso.
- Como segundo producto, se elaboraron las rutas de salida para los primeros tres meses de la intervención tanto para Condorcanqui como para Imaza, teniendo como criterios de priorización la densidad poblacional, presencia de casos de VIH y acceso geográfico.



Dr. Carlos Benites
Capacitando a brigadistas
Condorcanqui

Los brigadistas tuvieron capacitaciones adicionales:

CAPACITACIÓN DE BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS EN EL MANEJO DE LABORATORIO:

Esta capacitación surge de la necesidad de fortalecer a la BMA en el manejo de laboratorio por lo que se coordinó con el Director, Responsables de la Estrategia de VIH/SIDA y Laboratorio de la Red de Salud.

CAPACITACIÓN DE UNICEF:

La totalidad de los EDI y los brigadistas de Condorcanqui participaron en el Taller internacional de actualización en el diagnóstico y manejo del VIH/SIDA y otras ITS en zonas remotas y de difícil acceso en la Amazonia peruana. Este taller estuvo dirigido a personal de las Redes y Micro Redes de la provincia de Condorcanqui y fue organizado por UNICEF, quien invitó al equipo de Pathfinder International conformado por EDI y brigadistas.

Capacitación de UNICEF a EDI y brigadistas de Condorcanqui y Datem del Marañón



D. REUNIONES RETROALIMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS DE LAS BMA:

Actividad ejecutada al finalizar las entradas en las comunidades durante el 2016. Se intercambiaron experiencias y se discutieron casos con la finalidad de perfeccionar y potenciar la intervención. En estas reuniones participaron los equipos de las BMA y los diferentes niveles de la Red de Salud.

COBERTURA ESTIMADA:

La cobertura estará en relación al tamaño poblacional de las diferentes comunidades a visitar, tal como podemos observar en las siguientes tablas:

RED DE SALUD CONDORCANQUI							
CUENCAS / RÍOS	EXTENSION	Nº DE COMUNIDADES INDÍGENAS	Nº DE POBLADORES	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4
SANTIAGO	185 Km.	66	9,563	1,899	3,286	4,600	5,474
CENEPÁ	230 Km.	54	5,419	1,171	2,026	2,836	3,175
IMAZA	185 Km.	40	4,190	0	335	1,876	2,202
NIEVA	150 Km.	109	8,618	1,713	2,965	4,151	4,720
TOTAL		269	27,790	4,783	8,612	13,463	15,571

RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑÓN							
CUENCAS / RÍOS	EXTENSION	Nº DE COMUNIDADES INDÍGENAS	Nº DE POBLADORES	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4
MARAÑÓN	285 Km.	31	14,891	2,968	5,157	7,420	8,935
PASTAZA	278 Km.	72	12,739	2,530	4,377	6,128	7,392
CAHUAPANAS	150 Km.	41	8,261	0	709	3,990	4,748
MORONA	385 Km.	47	11,340	2,251	3,896	5,454	6,490
TOTAL		191	47,231	7,749	14,139	22,992	27,565

OPERATIVIDAD DE LAS BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS:

Las Brigadas de Condorcanqui iniciaron su trabajo el 21 de octubre, dos BMA iniciaron sus operaciones en los ríos Nieva y Cenepa, la tercera Brigada inició sus actividades dos semanas después debido a un incidente producido en el río Santiago. En Datem del Marañón, las 3 BMA iniciaron sus actividades el 4 de noviembre.

a) RUTAS Y PROGRAMACIÓN DE VISITAS:

- La intervención sanitaria de las BMA dura 21 días aproximadamente, incluido el tiempo de desplazamiento entre localidades y el de retorno al punto inicial de salida. Para las actividades de planificación de salidas, elaboración y entrega de informes a las instancias respectivas, la Brigada tiene destinado un máximo de 4 días.
- Actualmente, cada BMA elabora una hoja de ruta mensual que establece los lugares a ser visitados. Esta programación se realiza en conjunto con la Red de Salud respectiva.
- Al término de la intervención la BMA se integrará a la base, cuyas funciones son asignadas por el EDI.
- En situaciones donde los factores climatológicos u otros eventos adversos no permitan la visita a las localidades, deberán adecuar el mejor modo la programación de dichas localidades.
- En las comunidades de intervención el equipo convoca a los actores sociales locales, para determinar conjuntamente aspectos relacionados a las visitas, ejecución de actividades en todo el año, manejando en todo momento, aspectos de interculturalidad.

b) EQUIPAMIENTO Y LOGÍSTICA:

- Las BMA emplean embarcaciones fluviales adquiridas con fondos de la subvención.
- Al término de la intervención las BMA entregarán los bienes, insumos y medicamentos a los EDI para su custodia y posterior entrega para la siguiente salida.
- Los insumos (condones, pruebas rápidas, ARV y medicamentos de soporte) son provisionados por la DIRESA o Red de Salud.

c) DE LAS ATENCIONES:

- Las BMA brinda atenciones de salud y cuidados esenciales necesarios para promover, conservar o restablecer la salud de cada persona, según etapas de vida y la familia en el marco de una atención integral de salud con énfasis en VIH.

- La atención que brindan las BMA es gratuita y acorde a la normatividad vigente del Ministerio de Salud: bioseguridad, calidad de atención, interculturalidad y el respeto a los patrones culturales locales, enfoque de género y derechos ciudadanos.
- La atención de salud preventiva y/o recuperativa se realiza en ambientes de los EEES o en ambientes adaptados (local comunal, escuela, tienda de campaña o vivienda adaptada).
- La atención de salud efectuada por las BMA es registrado en instrumentos y formatos físicos y/o digitales validados por el Ministerio de Salud y que son consolidados por los EDI.
- La referencia y contra referencia de pacientes se adecúa a lo establecido en la normatividad del sistema de salud. De ser necesario las BMA acompañan en el traslado y realizan las coordinaciones respectivas con el personal en los EEES.
- Las BMA desarrollan acciones de capacitación mediante sesiones educativas dirigidas a los ACS y a la población sobre prioridades sanitarias regionales, con énfasis en VIH.
- Las BMA realizan el seguimiento y verificación de los contenidos de educación para la salud con énfasis en VIH/SIDA en las instituciones educativas de las localidades visitadas.
- Las BMA realizan actividades de consejería individual e información grupal para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, con pertinencia intercultural.
- Las BMA realizan actividades de tamizaje de ITS (sífilis), VIH/SIDA y hepatitis B con pruebas rápidas en la población de las comunidades y otros insumos con los que cuenten las Redes de Salud, así como otras actividades preventivas priorizadas.
- Las BMA realizan el seguimiento de los casos de VIH/SIDA que iniciaron tratamiento antirretroviral en los EEES de las zonas de intervención.
- Las BMA junto con los actores sociales y líderes comunales facilitan la organización comunitaria y promueven el empoderamiento en temas de salud y desarrollo comunal.

d) INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

- Las BMA entregan la información a los EDI y a la Red de Salud Condorcanqui o Datem del Marañón al regreso de la misión.
- Las BMA entregan los formatos de recolección de datos y los formatos de atención de la población atendida a los EDI y establecimiento de salud que le corresponde.
- Socialización periódica de las actividades con los EDI, equipos técnicos del establecimiento de salud, Micro Red y DIRESA de ser necesario después de presentado el informe mensual.
- La información de los factores de riesgo y/o determinantes de la salud identificados en las comunidades intervenidas son reportados en el informe mensual.
- La comunicación con los EDI es permanente e inmediata ante cualquier dificultad o inconveniente que se presente durante la intervención.

COSTOS Y TRANSFERENCIA A LA CONTRAPARTIDA PAÍS:

Algunos costos de la subvención serán asumidos gradualmente por el Estado, en la siguiente tabla observamos el decremento general del financiamiento de parte de la subvención:

	Vehículos	Personal	Combustible* Condorcanqui	Combustible* Datem Marañón	Seguros	Mantenimiento Embarcaciones
AÑO 1	75% (6)	100%	100% (86 gal.)	100% (86 gal.)	100%	
AÑO 2	25% (2)	100%	50% (43 gal.)	50% (43 gal.)	100%	100%
AÑO 3		50%			100%	100%
AÑO 4						100%

Nota: Combustible por embarcación al mes.

SOSTENIBILIDAD Y ABSORCIÓN:

El número de recursos humanos que serán financiados por la subvención se observa en la siguiente tabla:

CONDORCANQUI	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
<i>Médico</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Enfermero</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Obstetra</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Técnico Sanitario</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Motorista</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---

DATEM DEL MARAÑÓN	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
<i>Médico</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Enfermero</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Obstetra</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Técnico Sanitario</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---
<i>Motorista</i>	8 (3 meses)	8 (año)	8 (6 meses)	---

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

El proyecto cuenta con apoyo político muy fuerte por parte del Gobierno Regional y Dirección Regional de Salud. Asimismo existe expectativa y compromiso entre los líderes de las organizaciones indígenas por las actividades y los resultados que el proyecto pueda conseguir.

Se evidencia debilidad en la gestión sanitaria de la red de salud de Condorcanqui, tanto en el nivel técnico como programático que es necesario fortalecer junto a la Dirección Regional de Salud.

La semana anterior a la reunión con líderes se produjo un incidente en la cuenca del Río Santiago ocasionado por una embarcación de la Red de Condorcanqui y que culminó con la muerte de un poblador indígena. Esta situación ha generado tensión entre los líderes de la cuenca del Santiago y las autoridades locales y regionales.

El hallazgo de casos reactivos en una proporción importante (más de 1% en una comunidad) obliga a consolidar la descentralización disponiendo de equipos Xpert y citómetros portátiles lo más cercano a la población. De manera paralela, se coordinará con la DIRESA la provisión de la suficiente cantidad de antirretrovirales ante este incremento de la demanda.

Como estrategia de sostenibilidad y se firmará un convenio entre Pathfinder y el Gobierno Regional o Dirección Regional de Salud, que cuente con la participación de las organizaciones indígenas. De la misma manera, con miras a la sostenibilidad, se incorporará a otros sectores como parte de la intervención como MINEDU, MIDIS, RENIEC, entre otros, para mejorar la costo-efectividad de la misma.



Intervención comunitaria en el distrito El Cenepa



Tamizajes en el distrito El Cenepa

Nuestro reconocimiento a los Técnicos Sanitarios por su labor asistencial y de traducción. Son los baluartes de que la información llegue a cada poblador.



Nuestro reconocimiento a los motoristas de las BMA por su doble función: por ser cuidador del equipo de la brigada y por su apoyo como traductor.

ANEXOS

ANEXO N° 1
MODELO ELABORACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE RUTAS
PRIMERA INTERVENCIÓN BMA – DATEM DEL MARAÑÓN
PERIODO NOVIEMBRE 2016

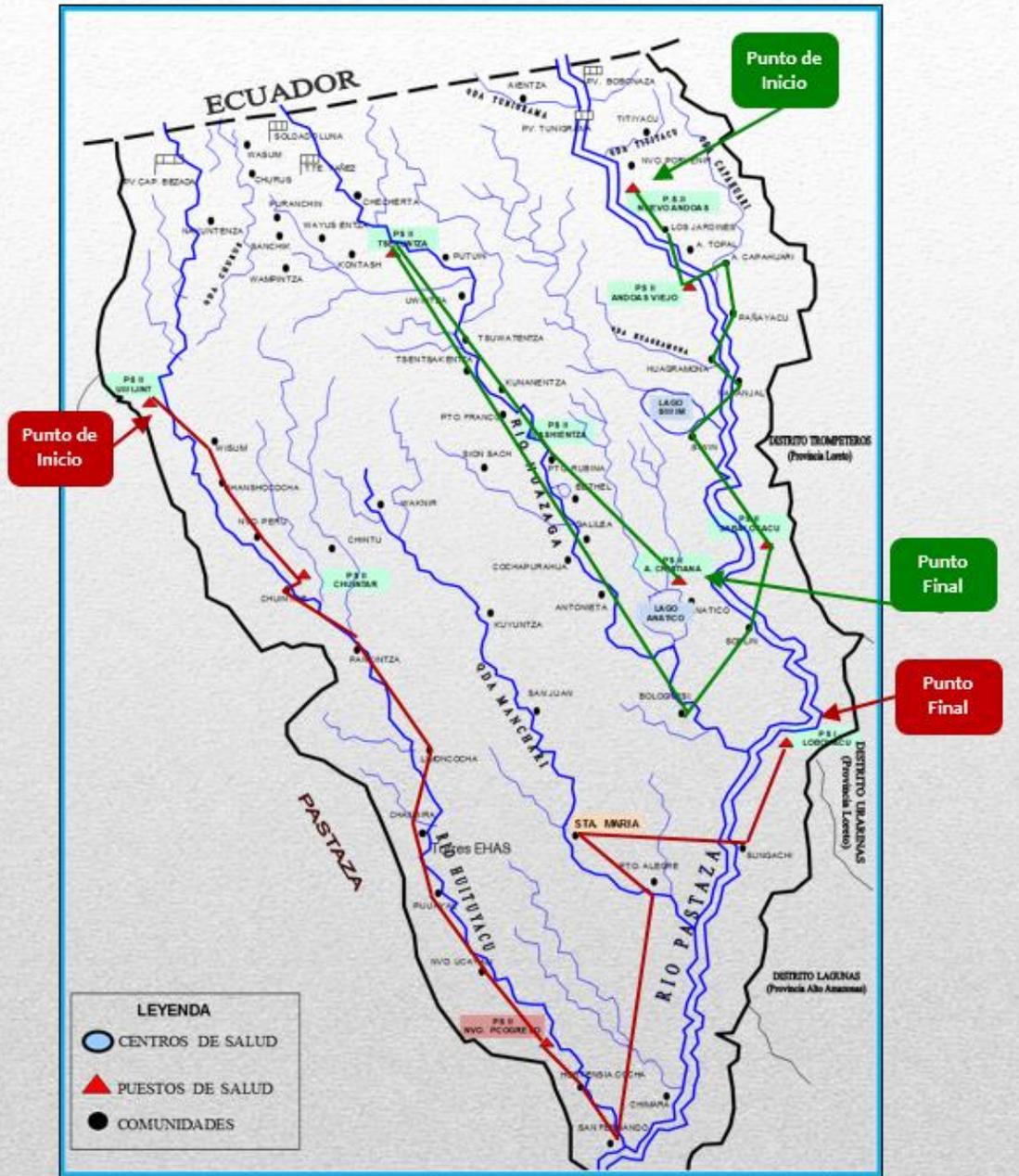
CUENCA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		ZONA O BMA	COMUNIDAD	POBLACION TOTAL
PASTAZA	PASTAZA	C.S. I-3	ULLPAYACU	I	ULLPAYACU	1575
					NVO. CAIMITO	91
		P.S. I-1	TRUENO COCHA		TRUENOCOCHA	211
					NVO. MAMBOYACU	141
		P.S. I-1	NUEVA YARINA		NVA. YARINA	152
					DOMINGOCOCHA	51
		P.S. I-1	DOMINGO COCHA		PUERTO BELEN	91
					NVO. HUAMBRACOCHA	64
		P.S. I-1	BARRANQUILLO		PTO. BARRANQUILLO	169
					NVO. LIMONCOCHA	53
		P.S. I-2	MUSHACARUSHA		MUSAKARUSHA	84
					PTO. PIRUMBA	111
					PTO. REQUENA	122
					UWIJINT	333
			WISUM	176		
			SANCHIK	209		
			WAMPINTSA	229		
			CHUINTAR	215		
			SHANSHOCOCHA	262		
			LIMONCOCHA	238		
			PANKINTSA	150		
			NVO. PERU	277		
			NVO. PROGRESO	107		
			SANTA ROSA	56		
			PTO. PIJUAYAL	160		
			NVO. UCAYALI	81		
			NVO. PURAGUA	51		
		CHAMBIRA	147			
		HORTENCIA COCHA	192			
		SAN FERNANDO	115			
		LOBOYACU	359			
		SUNGACHE	175			
		NVA. ESPERANZA	105			
		PTO ALEGRE	223			
		SANTA MARIA M.	153			
		SAN JUAN M.	288			
	ANDOAS	P.S. I-2	LOBOYACU	III	A. CRISTIANA	586
		P.S. I-2	ALIANZA			

			CRISTIANA		COCHA PURAHUA	237
		P.S. I-1	TZEKUNZA		BOLOGNESI	203
		P.S. I-1	WASHIENTZA		TZEKUNZA	260
		P.S. I-1	NUEVO ANDOAS		WASHIENTZA	607
				PTO RUBINA	281	
				NVO ANDOAS	844	
				PORVENIR	247	
				LOS JARDINES	339	
		P.S. I-1	ANDOAS VIEJO		TITIYACU	167
				HUAGRAMONA	502	
				ANDOAS VIEJO	347	
				ALIANZA TOPAL	208	
				CAPAHUARI	293	
		P.S. I-1	SABALOYACU		PANAYACU	182
				SABALOYACU	285	
				SOPLIN	260	
					SIWIN	257
						13,321

Cronograma de Rutas socializado a los APUS – Datum del Maraón

EE.SS	COMUNIDADES	MES DE NOVIEMBRE																								
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
	SAN LORENZO - NUEVO LIMONCOCHA	X	X																							
P.S I-1 BARRANQUILLO	NUEVO LIMONCOCHA			X																						
	BARRANQUILLO				X	X	X																			
P.S I-1 NUEVA YARINA	NVA. YARINA							X	X	X																
P.S I-1 DOMINGOCOCHA	PTO. BELEN										X	X														
	NUEVO HUAMBRACOCHA												X	X												
PS I-2 MUSAKARUSHA	MUSAKARUSHA															X										
	PTO. REQUENA																X									
	PTO. PIRUMBA																	X	X	X						
CS I-3 ULLPAYACU	ULLPAYACU																			X	X	X				
PS I-1 TRUENOTROCHA	NVO. MAMBOYACU																							X		
	NVO. MAMBOYACU - SAN LORENZO																								X	

ANEXO N°2
TRAZADO DE LA HOJA DE RUTA DE LAS BMA



ANDOAS

ANEXO N° 3
EXTRACTO DE SOLICITUD DE INSUMOS A LA RED DE SALUD

Materiales	Presentación	Cantidad Unidad
Prueba Rápida de Hepatitis B	Caja x 50	3000
Prueba Rápida de VIH	Cajas x 30	3000
RPR	Cajas x 100	3000
Condomes	Unidades	3000
Tubos de <u>Vacutainer</u> con anticoagulante EDTA 6ml	UNIDAD	500
Agujas de <u>vacutainer</u> N° 21 C/A 21 x !/2	UNIDAD	10000
Capilares	CAJAS X 100	1000
Frasco De Plástico Para Muestra Bk	UNIDAD	400
Laminas portaobjetos	UNIDAD	1500
Laminas cubreobjetos	UNIDAD	1500
Alcohol de 96%	LITRO	6
Algodón	1 gramo	6
Agua Destilada	GALON	5
<u>Hemoglobinómetro</u>	Unid	3
Medicamentos básicos		A determinar
Otros insumos de la estrategias		A determinar

ANEXO N° 4 BITÁCORA DE COMBUSTIBLE

PATHFINDER INTERNATIONAL

R.U.C. 20142786304

PROYECTO: "Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú"

NOMBRE DEL EVENTO: Trabajo de Campo río Nieva

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: Motorista Brigada Movil Amazonica

PARTIDA PRESUPUESTAL:

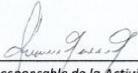
BITACORA Para Motores de Transporte Fluvial

Código del Vehículo o Motor: Embarcación de aluminio Modelo CX-27

Descripción: Yamaha de 60 HP

Nº de Serie: Motor: 1055140 / Código: 6K5KJ

Fecha	Pto de Partida	Pto de Llegada	Horas de Viaje	Galones Utilizados	Nº de Pasajeros	Tipo de Combustible	Nº de Documento	Total Galones Comprados	Precio por Galones	Costo de Compra
26/10/2016	Santa Maria de Nieva	Ideal	45 minutos	3,0	5	Gas. Lubricada				
27/10/2016	Idial	Shimpu	15 Minutos	1,5	5	Gas. Pura				
29/10/2016	Shimpu	Ideal	30 Minutos		5	Gas. Lubricada				
29/10/2016	Ideal	Atsakus	1 Hora	2,0	5	Gas. Lubricada				
31/10/2016	Atsakus	Santa Rosa de Pankinsa	35 Minutos	2,0	5	Gas. Lubricada				
03/10/2016	Santa Rosa de Pankinsa	Santa Maria de Nieva	35 Minutos	13,0	5	Gas. Lubricada				
TOTAL GALONES GASTADO				21,5						
TOTAL GALONES COMPRADO				27,0						
Saldo				5,5						


Responsable de la Actividad
HENRY ARROBO MENDOZA

Director o Coordinador


Felipe Vargas Chipana
Médico Cirujano
C.M.P. 40990

ANEXO N° 5
ACTORES INVOLUCRADOS EN LA INTERVENCIÓN (hasta la fecha 23 de octubre de 2016)

Actor institucional y/o comunitario	Actividades en las que han participado (COLOCAR SEGÚN CORRESPONDA: información, sensibilización, capacitación, análisis, toma de decisiones)	Total de participantes (por cada actor)
Autoridades de los Gobiernos Regionales	Amazonas (Gerencia de Desarrollo Social) Loreto (Gerencia de Desarrollo Social, Dirección de Poblaciones Indígenas, Planeamiento y Presupuesto)	4
Autoridades de las Regionales de Salud	DIRESA Amazonas 9: (Director, DIGIES, ESNITSS, Laboratorio, Medicamentos, Atención Integral, Planificación Familiar, Inmunizaciones, Presupuesto) y DIRESA Loreto 5: (Director General, ESNITSS, Laboratorio, Medicamentos, Atención Individual, DIGIES)	14
Jefaturas de Redes y Establecimientos en las zonas de intervención	Amazonas 11 (Redes de Salud Bagua y Condorcanqui y Micro Redes Imaza, Nieva, Chipe, Chiriaco, Túpac Amaru, Huampami, Galilea, Putuyakat, Kingis) Loreto 5 (Red de Salud Datem del marañón y Micro Redes Pastaza, Morona, Manseriche, San Lorenzo)	16
Profesionales de las zonas de intervención	De diversos EESS.	32
Líderes comunitarios (APUS, Chamanes y otros)	45 organizaciones (ver tabla abajo)	104
Miembros de los equipos de Diálogo Intercultural (laborando desde el 1° de setiembre del 2016)	Datem del Marañón y Condorcanqui	6
Miembros de las Brigadas Móviles Amazónicas (ya contratados desde el 1° octubre del 2016)	Datem del Marañón y Condorcanqui	30
Representantes del Ministerio de Cultura	Álvaro Gálvez, Juan Reátegui y Ximena Xocolic	3
Miembros de organizaciones civiles o No Gubernamentales que están colaborando con la intervención	Salud Sin Límites, Dirección Descosentara Cultura	4
Otros (especificar):	Defensoría del Pueblo, Dirección regional de Educación, Fiscalía de la Nación, Alcalde Provincial de Condorcanqui y Datem del Marañón, UGEL, Internado San Lorenzo	7
TOTAL DE PERSONAS INVOLUCRADAS EN LAS ACTIVIDADES		216

N°	ORGANIZACIONES INDÍGENAS CONDORCANQUI	ORGANIZACIONES INDÍGENAS DATEM DEL MARAÑÓN
1	ORPIAN	Federación ORPISEM
2	NACION AWAJUN	Federación CHAPISHIWAG
3	CONSEJO AGUARUNA WAMPIS	Federación FENARA
4	FECORSA	Federación ORPASY
5	FECAS	Federación FECIDIP
6	ORGANIZACIÓN DE MUJERES DEL RIO SANTIAGO	Federación FECHARA
7	FAD	Federación FECHAMSEP
8	FECONARIN	Federación ORCHASIM
9	ODECOFROP	Federación FENADEM
10	ODISINAC	Federación OSHDEM
11	GOBIERNO AUTONOMO TERRITORIAL NACION WAMPIS	Federación FAWABAM
12	ODECA	Federación FASAM
13	ODECUAC	Federación FECOSHAM
14	FISH	Federación FECONACADIP
15	Alcalde Cenepa	Federación ORKAMUKADIP
16	Alcalde de Santiago	Federación ORKASEC
17	Micro Red Huamami	Federación ORKAQUEPEDIP
18	Micro Red Santiago	Federación OCAHUIT
19	Micro Red Putayakat Nieva	Federación FEDIQUEP
20	Micro Red Kinkis Nieva	Federación FEQUEBAP
21		Federación FEINQUECUM
22		CORPI SL
23		Federación FENAP
24		Federación ATI
25		Federación ORACH