
Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios

Jaris Mujica



Jaris Mujica (Lima, 1981). Es antropólogo, Maestro en Ciencia Política y Candidato a Doctor en Ciencia Política por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Autor de varios libros y numerosos artículos científicos, es investigador especializado en temas de crimen, violencia y corrupción. Ha sido Comisionado de la Unidad Anticorrupción del Ombdusman en el Perú, Jefe de la Oficina de Asuntos Internos del Sistema Penitenciario, Jefe de la Unidad de Información e inteligencia de la Procuraduría Anticorrupción. Actualmente es Investigador del Laboratorio de Criminología Social y Profesor del Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios

Jaris Mujica

PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos


anesvad
por el derecho a la salud


**Organización
Panamericana
de la Salud**


**Organización
Mundial de la Salud**
EL PARA LAS **Américas**

Para levantar con los libros los árboles caídos por el rayo de la violencia

Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios.

Jaris Mujica

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX
Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460
www.promsex.org

© Jaris Mujica

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Impresión: Lettera Gráfica S.A.C.
Jr. Emilio Althaus N° 460 Lince T: 471-0700 F: 471-6164

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-03462
Primera edición, Marzo de 2014.
Lima, Perú

1000 ejemplares.

Mujica, Jaris

Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios.

1a. ed. - Lima, Perú: Promsex, Anesvad, 2014

ISBN: 978-612-4106-18-7

Palabras clave:

Trata de personas. Explotación laboral. Explotación sexual. Salud.
Minería ilegal. Oro. Adolescentes. Amazonía. Perú.

Este estudio ha atravesado un proceso de revisión por pares y arbitraje.

Índice

Prefacio	7
----------	---

Consideraciones preliminares	9
------------------------------	---

1. La “fiebre del oro” en Madre de Dios: la movilidad humana y la precariedad en una economía extractiva no formal	17
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

2. Los servicios de salud y la cobertura sanitaria en el contexto de la extracción minera no formal en La Pampa	33
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3. La trata de personas para la explotación laboral y explotación sexual en La Pampa: datos sobre enfermedades prevalentes	51
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

4. Diferencias en las consecuencias a la salud en víctimas de trata de personas para la explotación sexual y explotación laboral en La Pampa	69
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

5. La trata de personas y los servicios de salud. Problemas de cobertura, identificación y atención a víctimas	83
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Conclusiones	99
--------------	----

Consideraciones finales	107
-------------------------	-----

Bibliografía	111
--------------	-----

Prefacio

Cada caso de trata de personas es una violación a los derechos humanos y un infierno individual que requiere urgente abordaje humanitario, incluyendo a las prestaciones de salud en todas sus dimensiones.

A través del estudio “Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios” se pone en relieve la naturaleza interrelacionada entre una realidad compleja y sus consecuencias en salud.

La complejidad subyacente en la minería ilegal de oro en Madre de Dios y las múltiples actividades ilícitas asociadas a la misma requerían un abordaje como el que se plantea en este trabajo para atacar con urgencia una de las consecuencias más tristes y desgarradoras de nuestras debilidades como sociedad.

Este trabajo seguramente será un aporte de evidencia y un llamado a la acción para acelerar los procesos emprendidos por el Perú para controlar la minería ilegal, erradicar la trata de personas y avanzar en la cobertura universal de salud , por ello, desde la OPS/ PMS felicitamos al autor, a PROMSEX y a ANESVAD.

Fernando Leanes
Representante de la OPS/OMS en el Perú

Consideraciones preliminares

La trata de personas es un fenómeno que parece intensificarse en espacios en donde existen economías extractivas y en donde hay escasa presencia del Estado. Esto se debe al tipo de actores y formas de producción asociados a aquellos escenarios y al escaso control y garantía de derechos que la ausencia del Estado permite. Este fenómeno afecta a los sujetos más vulnerables —las niñas, los niños y los adolescentes, por ejemplo— y sus derechos fundamentales: el acceso a la educación, a la justicia, y también, en gran medida, el acceso a la *salud*.

La definición sobre la trata de personas mantiene cierto consenso y refiere a la figura construida en el Protocolo de Palermo (Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Trata de Personas, que define el concepto en las cláusulas a), b), c) y d) del artículo 3). Este Protocolo ha sido la base para la construcción de las definiciones penales latinoamericanas y de la definición peruana (en el Perú la Ley N° 28950, de enero del 2007, modificó el artículo 153 del Código Penal que regulaba la trata de personas desde 1991) (Montoya, 2012; Cortés, 2006).

Por *trata de personas* se entenderá la captación, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos; (UNODC, 2000)

[La definición penal peruana de trata de personas se refiere a] El que promueve, favorece, financia o facilita la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de otro, en el territorio de la República o para su salida o entrada del país, recurriendo a: la violencia, la amenaza u otras formas de coacción, la privación de libertad, el fraude, el engaño, el abuso del poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión de pagos o beneficios, con fines de explotación (venta de niños) para que ejerzan la prostitución, someterlo a esclavitud sexual u otras formas de explotación sexual, obligarlo a mendigar, a realizar trabajos o servicios forzados, a la servidumbre, la esclavitud u prácticas análogas a la esclavitud u otras formas de esclavitud laboral o extracción o tráfico de órganos o tejidos humanos, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de ocho ni mayor de quince años. La captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de niño, niña o adolescente con fines de explotación se considerará trata de personas incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios señalados en el párrafo anterior. (Artículo 153° del Código Penal peruano)

De este modo, la trata implica al menos “captación”, “recepción” y “explotación” de un sujeto. Y si bien tiende e implica una forma de explotación, “la trata” y “la explotación” (laboral o sexual, por ejemplo) no son el mismo fenómeno. Debe quedar claro que en términos criminológicos existen sujetos-víctimas que, estando en condiciones de explotación, no son necesariamente víctimas de trata de personas (más allá de la consideración penal peruana). ¿Por qué interesa esta diferencia? Pues porque la investigación que presentamos implica determinar la diferencia en muestras de estudio, en el que hay sujetos que son víctimas de trata de personas para la explotación laboral y para la explotación sexual, y sujetos que estando en condiciones de explotación laboral o sexual, no son necesariamente víctimas de trata.

Aquella diferencia se circunscribe en los elementos que delinear el objetivo central de esta investigación: *comprender el impacto de la trata en la salud de las víctimas de trata para la explotación sexual y para la explotación laboral entre los 16 y 17 años en el contexto de extracción no formal de oro en La Pampa, Madre de Dios* (y las brechas de atención en salud que ello implica). Para lograr esto es necesario entender i) la situación contextual de la extracción de oro en Madre de Dios, ii)

la situación de la atención en salud en la zona, iii) la situación de las víctimas de trata de personas, iv) los impactos diferenciados entre las muestras de estudio, v) la cobertura sanitaria a las víctimas de trata.

Ahora, existen varios elementos a considerar respecto al trabajo de campo y a este estudio. *Primero, es necesaria una consideración sobre los límites de la información:* no existe cuantificación rigurosa del universo de población en el territorio y no es posible determinar una muestra cuantitativa representativa. La escasa literatura sobre el fenómeno va de la mano con la dificultad de la construcción de datos epidemiológicos y los severos problemas de medición: los actores migran con rapidez debido al carácter estacional del trabajo y los campamentos se desplazan en pocos meses:

Las cifras que hay son en base a los casos conocidos. No hay cifras globales ni exactas porque es un delito de difícil visibilización por diversos motivos. Primero, porque a menudo las víctimas o sus familiares no denuncian por temor a las represalias. Segundo, porque muchas personas consideran *naturales* las formas más frecuentes de explotación (sexual y laboral) y no ven, o ignoran, o desconocen, la coacción mediante la que se asegura la sumisión de las víctimas. [...] Tercero, porque en el Perú la tipificación del delito de trata es relativamente reciente [...], sumando a ello, el desconocimiento de los jueces y fiscales de encuadrar los casos como trata como tales y más bien como los delitos conexos: explotación de la prostitución ajena, explotación sexual comercial, infantil, secuestro no extorsivo, reducción a servidumbre, tráfico ilícito de inmigrantes, amenazas, etc. [...] Así, tanto en el Perú como en el resto del mundo, las cifras sobre víctimas de trata de personas son estimaciones. (OIM, 2012)

Segunda consideración: por lo expuesto, se ha optado por trabajar con una muestra cualitativa de informantes seleccionados en terreno (que implica un sesgo de acceso) pero que permite información profunda de cada individuo. De manera que el estudio muestra una exploración profunda, pero requiere complementarse con estudios cuantitativos futuros para determinar la extensión de los resultados.

Tercera consideración: las herramientas de campo. Para poder aplicar los instrumentos de campo se ha considerado cuatro tipos

de informantes centrales. Se ha trabajado con cuatro muestras de individuos varones y mujeres entre 16 y 17 años: i) una muestra de 10 informantes mujeres víctimas de trata para la explotación sexual, ii) una muestra de 10 informantes varones víctimas de trata para la explotación laboral, iii) una muestra de 10 informantes varones que trabajan en condiciones de explotación laboral pero cuya situación no está determinada por la trata de personas, iv) una muestra de 10 informantes mujeres que trabajan en condiciones de explotación sexual pero cuya situación no está determinada por la trata de personas. La muestra se ha tomado a través de un mecanismo de conexión de redes (bola de nieve) y en condiciones de respeto al informante, con el conocimiento pleno de los elementos de la investigación, sin coacción, sin sometimiento involuntario y fuera del horario de trabajo. Si bien hubo un largo proceso de acercamiento al entorno para la construcción de espacios de relación empática con el espacio y el conjunto de informantes, el instrumento se aplicó una sola vez por cada uno de ellos en un lapso de una hora aproximadamente.

Cuarta consideración: principios éticos de investigación. Las condiciones de precariedad e inseguridad de la zona han generado diversos problemas para la aplicación de instrumentos que han sido superados en campo mediante la aplicación del protocolo ético elaborado para este estudio. Así, las aplicaciones se han realizado en condiciones de aceptación voluntaria del sujeto, pero sin la firma de un consentimiento informado (debido a la expresa voluntad de estos a no firmarla, por no tener un tutor, o a que no cuentan con un documento de identidad, o indican que esto podría implicar riesgos de seguridad para sí mismos). Si bien se lograron algunos consentimientos informados firmados por familiares (en el caso de víctimas de explotación pero no de trata), el recojo de datos se hizo a través de un protocolo ético de protección al informante, consentimientos verbales, información del objetivo del estudio y no revictimización, siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Antropología (1998: A4). Finalmente, el trabajo con menores de 18 años representa un problema relevante en

tanto las consideraciones éticas de trabajo de campo, sin embargo, el estudio planteado y el protocolo construido y los criterios aprobados por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos permitieron generar mecanismos de recolección y ordenamiento de datos respetando los estándares, integridad y no maledicencia (Wood, 2006; Weisburd, 2003; Kovats-Bernat, 2002; Chambers & Trend, 1981).

Quinta consideración: sobre la categoría “trata de personas”. Si bien la definición penal de trata de personas, implica una casuística específica en los procesos que lleva la fiscalía, es difícil iniciar el estudio a través de estos casos debido a que no representan una muestra consistente (son menos de dos decenas de casos en el archivo del fiscal de Madre de Dios), de los cuales gran parte de los casos han sido archivados. La definición penal y el criterio penal no determinan la muestra ni el universo de lo estudiable. Se ha utilizado indicadores básicos para poder determinar criterios de inclusión y exclusión de las muestras de víctimas de explotación y trata de personas (lo que es registrable en la observación y como criterio de discriminación de la muestra): i) desplazamiento del lugar de residencia, ii) consentimiento viciado, engaño, fraude o uso de la fuerza, iii) trabajo en condiciones de coacción, deuda o engaño, iv) sometimiento a una persona que tiene control del tiempo, recursos, desplazamiento.¹

¹ ¿Quiénes son las personas explotadas y/o sometidas a condiciones de explotación y trata para la explotación? Pues se trata sustancialmente de trabajadores varones jóvenes, migrantes de las zonas alto andinas y altiplánicas del país, que llegan a) por una oferta de empleo temporal, b) por la atracción de la fiebre del oro, c) persiguiendo la idea de la posibilidad de ahorro en la zona. ¿Cuál es la dinámica económica que se produce en la zona? La complejidad de los campamentos evidencia formas de extracción no coordinadas entre sí, se trata de campamentos de no más de 10 personas cada uno, que se desdoblaron en 2 grupos de 5. Cada grupo se encarga de la explotación durante 24 horas continuas y descansa las siguientes 24 horas (mientras el segundo grupo lo releva en un sistema de rotación). El 60% del oro extraído se queda en posesión del dueño del motor y de los instrumentos de trabajo (que implican una inversión considerable que puede llegar a los \$8mil). El resto se divide en partes iguales entre los trabajadores, de modo que cada uno obtiene menos del 10% del total extraído (aproximadamente entre 2 y 10 gramos de oro en una jornada de trabajo buena). Este monto es pagado *in situ* en una partición del oro en gramos. ¿Qué se hace con el oro? a) Se utiliza para comer, beber y para el consumo de la prostitución en los puntos de asentamiento de negocios en las afueras de los lugares de extracción, b) si hubiera un excedente se vende en el mismo lugar o en la ciudad, entre \$20 y \$40 por gramo. ¿Quiénes son los explotadores? En muchos casos aparecen como explotadores locales que tiene parcelas de tierra, negocios de venta de

Sexta consideración. Se ha trabajado con tres instrumentos centrales en el recojo de datos de campo, que se realizó durante 60 días de trabajo entre enero y abril del 2013 con un equipo de tres personas. i) Observación directa participante (en la explotación laboral) y no participante (en la explotación sexual), que ha implicado acercarse al terreno y construir un vínculo con el entorno (Vandana & Potter, 2006), y el aprendizaje del trabajo minero y el recorrido a pie por la zona minera de La Pampa. ii) Entrevistas semi estructuradas para la reconstrucción de una trayectoria de vida (dispuesta en una línea de tiempo como soporte del registro). Solo unas pocas entrevistas con víctimas se registraron en audio (por lo que no se reproducen los testimonios en el cuerpo de la investigación), sin embargo, las 42 entrevistas a víctimas de trata y explotación fueron registradas en el cuaderno de campo (2 de las entrevistas fueron invalidadas por criterios de cumplimiento completo de la guía de registro) (Evers & Boer, 2012; Seidman, 1998). Lo importante de las entrevistas, sin embargo, era el instrumento complementario: un tablero de control de enfermedades declaradas y la reconstrucción de la trayectoria de vida (ver Sección 4). iii) Entrevistas semi estructuradas (21) con proveedores de salud, proveedores de insumos, proveedores de gasolina, traficantes, transportistas y autoridades, las que sí fueron registradas en audio.

Séptima consideración: sobre la zona de estudio. Para realizar el trabajo de campo, se ha seleccionado la zona minera de La Pampa (a una hora y media de recorrido en auto desde la ciudad de Puerto Maldonado y a tres horas de recorrido de río), ubicada entre los kilómetros 98 y 127 de la Carretera Interoceánica oeste (rumbo a Inambari) y paralela al río Tambopata. Esta parte del territorio implica alrededor de 29km de largo

alimentos, negocios de prostitución, venta de combustible, y casas de cambio de moneda (además de ser dueños de motores, equipos y maquinaria de extracción de oro). Estos negocios configuran una cadena de producción-extracción y bienes necesarios en un círculo de consumo regular (de modo que tener el control de estos elementos permite tener el control de la dinámica económica de la extracción del oro y de los sujetos que participan de ella). Ello sugiere que los explotadores generan una ganancia económica considerable al construir cercos de consumo inmediato, se trata de organizaciones familiares y de una cadena complementaria de actividades que permiten retener los recursos en varias partes de la dinámica de consumo de los explotados.

y 6km de ancho (entre la carretera y el río). Los accesos por tierra y por río no son formales, pero abunda el transporte a la zona de carretera. Sin embargo, para desplazarse del punto de carretera al punto de trabajo de campo en los estancos mineros hay que recorrer una hora en motocicleta o tres horas a pie por trochas de entre 1m y 2m de ancho.

Los campamentos están ubicados en esos puntos e implican cientos de carpas de plástico azul armadas rudimentariamente. No hay policía ni ninguna autoridad en la zona, no hay telecomunicación, ni accesos formales por ninguna vía. No se reconoce presencia de ninguna autoridad, ni intervención, operativo o capacitación en la zona. Las personas trabajan armadas y el comercio de municiones, armas y drogas es recurrente. Hay también un sobreprecio y usura recurrente, precios de 300% o más, respecto al costo en la ciudad.² Así, es evidente que las condiciones de ingreso a terreno han sido difíciles y se ha tenido que utilizar contactos previos al trabajo para poder entrar. Se ha ingresado con proveedores de gasolina y enseres para la minería, y desde ese espacio se ha desplegado el acceso a los informantes clave (y la bola de nieve) para generar un espacio permeable al estudio. Ese proceso ha implicado un largo y lento mecanismo de acceso y contacto previo a iniciar la aplicación de instrumentos (entre noviembre de 2012 y enero del 2013).

La trata de personas genera diversas consecuencias en sus víctimas, entre ellas afecta a la salud física y mental de estas. El problema es que no conocemos con precisión si existen o no indicadores excluyentes de las afecciones y sintomatología específica producto de la trata de personas en la población en general, y en la población adolescente en particular. Asimismo, no se conoce la situación específica y las

² La zona minera tiene precios propios, que no están regulados por el mercado oficial. Los costos de la alimentación, residencia, pero también del alcohol, las drogas y la prostitución, están inflados respecto al del resto de la región y del país. Así, una docena de cervezas que en Lima, la capital del país, puede costar \$15, cuesta en la zona minera \$70; un paquete de 2 gramos de pasta básica de cocaína que cuesta \$0.5, cuesta en la zona \$10. ¿Quién regula los precios? Parece haberse generado una dinámica de sobrecostos para poder retener los excedentes de la extracción del oro en el propio campamento y en las zonas aledañas, lo que ha generado un desfase de precios y un diferencia considerable.

capacidades del sistema de salud para abordar este problema en la zona de intervención.

Así, en función del objetivo de estudio y tomando las consideraciones descritas, este estudio se divide en cinco secciones: la primera busca describir el contexto de campo sobre el que se dispone la investigación (un contexto de debilidad de Estado, de precariedad en la seguridad y de alta movilidad humana); la segunda sección se dirige a estudiar la situación de los servicios de salud en ese contexto; la tercera sección muestra criterios generales de impacto de la trata de personas víctimas, sostenidas en literatura antecedente; la cuarta sección muestra el contenido central de los datos de campo con víctimas y los criterios de diferenciación de esas muestras; la quinta sección, finalmente, muestra los problemas de los servicios de salud en relación a la atención de víctimas de trata de personas.

1.

La “fiebre del oro” en Madre de Dios: la movilidad humana y la precariedad en una economía extractiva no formal

1.

La “fiebre del oro” en Madre de Dios: la movilidad humana y la precariedad en una economía extractiva no formal

El precio del oro ha crecido a un ritmo acelerado desde los primeros años del siglo XXI. En el año 2003 la onza de este mineral costaba US\$ 363.62, pero el 2009 alcanzó la cifra de US\$ 973.62 (MINEM, 2011). En un nuevo reajuste entre abril de 2011 y abril de 2013 el precio oscilaba entre US\$ 1500 y US\$ 1800 (KITCO, 2013), y aunque se registran ciertas caídas del precio en a finales de 2013 e inicios de 2014 (a US\$ 1,316 en febrero de 2014) es claro que se mantiene un precio alto. En este marco de incremento relativo del precio del oro, el Perú ha sido uno de los principales exportadores. El año 2012 el Perú ocupó el sexto puesto como exportador mundial después de China, Australia, Estados Unidos, Rusia y Sudáfrica (U.S. Geological Survey, 2013). Sin embargo, los precios altos y el gran volumen de exportación no se refieren solamente a formas de extracción formal, sino también a una gran presencia de la minería no formal (informal e ilegal).

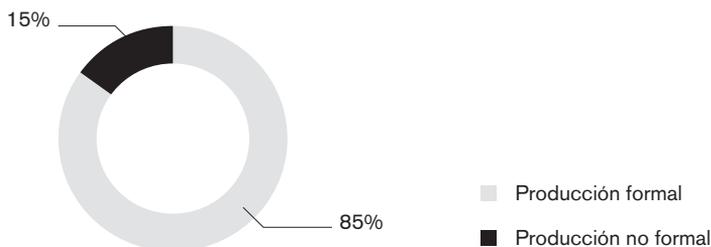
La minería formal en el Perú es aquella que se desarrolla en zonas declaradas “aptas para la actividad extractiva”, y que implica diversos trámites: presentación de solicitud de la concesión, obtención de un título de concesionario minero, y elaboración y aprobación de un instrumento de gestión ambiental (Ipenza Peralta, 2012: 18). El

2011, este tipo de minería produjo aproximadamente 4550 miles de onzas de oro que, de acuerdo a cifras oficiales, conformó el 85% de la producción total de oro en el país (MINEM, 2012: 29). La mayor parte de esta producción formal está ligada a las empresas dedicadas a la extracción industrial: la gran y mediana minería.

La categoría “minería no formal” requiere diferenciar la minería “ilegal” e “informal”. La minería ilegal es definida como aquella actividad que se desarrolla en zonas no aptas y prohibidas para su ejercicio, por ejemplo las áreas naturales protegidas, sean estas reservas nacionales, parques nacionales o zonas de amortiguamiento (Ipenza Peralta, 2012: 32). Por otro lado, la minería informal es definida como aquella actividad minera que, si bien se desarrolla en zonas aptas para llevar a cabo dicha actividad, no ha cumplido con los trámites necesarios exigidos por la ley para su operación formal (2012: 32). La suma de la producción de la minería ilegal e informal en el Perú implica aproximadamente 723 miles de onzas finas (MINEM, 2012: 29), que representan el 15% de la producción total de oro del país (este dato, sin embargo, es una cifra referencial, pues existen indicios que permiten pensar que esta producción sería considerablemente mayor).

Gráfico 1

Producción de oro en el Perú en el 2011



Fuente: MINEM, 2012. Elaboración propia.

Gran parte de la extracción no formal proviene de los miles de pequeños lavaderos de oro existentes en Madre de Dios, Región donde solo el 3% del oro extraído es formal (CHS Alternativo, 2012: 16). Por lo tanto, es evidente que la extracción no formal de oro representa una actividad importante en la Región; tanto que el Valor Bruto Agregado (VBA) regional del 2011 —última cifra oficial disponible— muestra que el valor total de lo producido por la minería alcanza S/. 357 millones y es la actividad de mayor valor relativo (43%) en toda la Región, muy por encima de rubros como “servicios” (13.4%) y “comercio” (9%) (BCRP, 2013: 2). ¿Qué es lo relevante de aquellos datos? Que casi toda la producción minera es aurífera (99%) y ha sido generada por la minería no formal (en un 97%).³

Tabla 1
Madre de Dios: Valor Bruto Agregado 2011 (Miles de nuevos soles)

Actividades	VBA	Estructura %
Minería	357 460	43.2
Otros Servicios	111 239	13.4
Comercio	74 162	9.0
Servicios Gubernamentales	73 077	8.8
Agricultura, Caza y Silvicultura	63 894	7.7
Transportes y Comunicaciones	52 136	6.3
Restaurantes y Hoteles	40 015	4.8
Manufactura	32 196	3.9
Construcción	20 519	2.5
Electricidad y Agua	2 486	0.3
Pesca	547	0.1
Valor Agregado Bruto	827 731	100,0

Fuente: BCRP, 2013.

³ Es importante advertir que las cifras del VBA son datos oficiales. En contraste, existen estimados que sostienen que el valor añadido de la minería aurífera no formal en Madre de Dios podría ser mucho mayor, incluso hasta alcanzar los 1,600 millones de soles al año (SPDA, 2012). Asimismo, debemos tener en cuenta que muchas de las actividades en el marco del VAB se relacionan con la minería no formal (el comercio, la manufactura, la construcción y el transporte, etcétera).

¿Qué dinámicas de extracción del oro se producen en Madre de Dios? El contexto de la Región muestra que se trata de miles de trabajadores sin una industria central ni una coordinación territorial especializada. Si bien existe evidencia —sobre todo periodística— que sugiere la presencia de centros de acopio y de reventa de oro (El Comercio, 2012; INFOREGION, 2012; Ipenza Peralta, 2012), la extracción en terreno no parece obedecer a mecanismos institucionales regulados por estructuras verticales. Por el contrario, hay evidencia en las exploraciones de campo preliminares y en el trabajo de campo de esta investigación, para referirse a un contexto de alta volatilidad de la extracción, de migración intermitente, de alto movimiento territorial de los centros de extracción y de pequeñas economías extractivas (que en suma configuran un importante conglomerado de individuos, pero que incluso compiten entre sí).

La minería no formal del oro en Madre de Dios ha implicado así un importante fenómeno migratorio. Es evidente que Madre de Dios es la Región que mayor movilidad humana ha tenido el país (tanto en cifras absolutas como en cifras relativas) y también donde hubo un importante incremento en la población. La “ola” migratoria tiene que ver en gran medida con la presencia del oro, de tal manera que es una evidencia que durante los últimos diez años —el mismo lapso en el que se ha dado el notable crecimiento del precio internacional del oro— Madre de Dios se constituyó como la región con el mayor número de población migrante de todo el Perú. De acuerdo a cifras del Censo 2007 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al consultar a las personas presentes en Madre de Dios en qué lugar vivían cinco años atrás, el 21% respondió que en otro departamento del Perú y 1% en el extranjero. El porcentaje de población migrante de otros departamentos del Perú es el resultado de la migración proveniente de Cusco (10%), Arequipa (2%), Lima (2%), Puno (2%), Apurímac (1%), Huánuco (1%), Lambayeque (1%), Pasco (1%) y Ucayali (1%) (INEI, 2007).

Tabla 2

¿En qué departamento vivía hace cinco años?

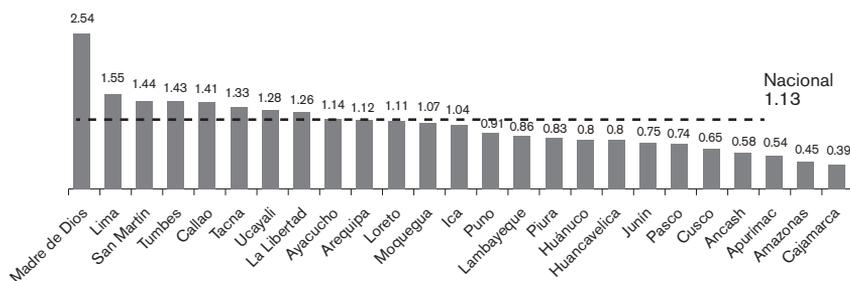
Departamento	En el mismo departamento que en el que estoy ahora	En otro departamento del Perú	En el extranjero
Madre de Dios	78%	21%	1%
Callao	87%	13%	0%
San Martín	89%	11%	0%
Tacna	89%	11%	0%
Moquegua	90%	10%	0%
Tumbes	90%	10%	0%
Ucayali	91%	9%	0%
Arequipa	92%	8%	0%
Lima	92%	7%	1%
Lambayeque	93%	7%	0%
Pasco	93%	7%	0%
Amazonas	94%	6%	0%
Ica	94%	6%	0%
Junín	94%	6%	0%
Ayacucho	95%	5%	0%
La Libertad	95%	5%	0%
Ancash	96%	4%	0%
Apurímac	96%	4%	0%
Cusco	96%	4%	0%
Huánuco	96%	4%	0%
Cajamarca	97%	3%	0%
Huancavelica	97%	3%	0%
Loreto	97%	3%	0%
Piura	97%	3%	0%
Puno	98%	2%	0%

Fuente: INEI, 2007.

Este fenómeno de movilidad humana continúa en la actualidad con la misma vitalidad que la registrada en el Censo 2007. Según estimaciones del INEI, Madre de Dios habría tenido el mayor crecimiento poblacional de todo el Perú entre el 2012 y el 2013, con una tasa de crecimiento interanual del 2.54%, muy por encima del 1.55% de Lima (que se encuentra en segundo lugar) y del promedio nacional (1.13%). Asimismo, hay un aumento claro de la densidad poblacional que creció de 0.99 h/km² para el año 2000 a 1.30 h/km² para el año 2010 (se prevé que para el 2015 se alcanzará el 1.45 h/km², manteniendo la desigual distribución que actualmente tiene) (INEI, 2012). La composición de este crecimiento es atribuida en gran medida a la migración interdepartamental, y se atribuye este volumen de población al trabajo en la minería no formal o en actividades asociadas. Sin embargo, más allá de los datos oficiales del censo, no hay un cálculo riguroso sobre la cantidad de personas que se han desplazado hacia Madre de Dios por la actividad minera, aunque algunos indican que existirían entre 30,000 y 60,000 personas dedicadas a la actividad minera no formal (SPDA, 2012; IIAP-MINAM, 2011).

Gráfico 2

Tasa de crecimiento poblacional promedio anual, según departamentos, 2012-2013



Fuente: INEI, 2012.

De tal manera, el escenario se configura como un terreno de alto riesgo: un contexto de gran movilidad humana para realizar una actividad no formal (e ilegal), un contexto geográfico difícil en la selva amazónica, y en condiciones de extracción precarias (por el tipo de trabajo en draga, por el uso de mercurio y químicos tóxicos, por la inseguridad en la dinámica de extracción) (CHS Alternativo, 2012). Asimismo, la minería no formal del oro en Madre de Dios implica condiciones severas de contaminación ambiental, tanto de los terrenos en los que se produce la extracción como en las zonas adyacentes, flujos de río, etcétera (CAMEP, 2013; Osores, Rojas, & Manrique, 2012). Se trata además de un terreno en el que la presencia del Estado es escasa y muchas veces inexistente, y en el que la violencia, el comercio y consumo de sustancias ilegales, el tráfico de drogas, la prostitución ilegal y la trata de personas son parte de la economía local.

¿Cuáles han sido los mecanismos de intervención del Estado peruano frente a la minería informal e ilegal? Respecto a la minería informal de Madre de Dios, el Gobierno peruano ha aprobado una serie de normas en las que se ha planteado un proceso de formalización. Así, el Gobierno nacional ha emitido, en marzo del año 2012, el Decreto Supremo N° 006-2012-EM, y posteriormente otras normas modificatorias y complementarias a esta (Decreto Supremo N° 023-2012-EM, N° 004-2012-MINAM y N° 003-2013-EM). De acuerdo a esta normatividad el Gobierno Regional de Madre de Dios, a través de su Dirección Regional de Energía y Minas (DREM), es quien está a cargo de este proceso de formalización, y quien deberá conducirlo y culminarlo “como máximo hasta el 19 de abril del 2014”. ¿Pero en qué situación se encuentra este proceso de formalización delineado por la normatividad? El proceso se encuentra afectado por un conjunto de dificultades que hacen peligrar su desarrollo y culminación exitosa.

La DREM [no] cuenta con personal, tampoco cuentan con logística, simplemente están en la oficina y viendo qué se puede hacer para solucionar estos problemas [...] hay carencias de ese tipo que limitan el avance de la formalización. (Funcionario del MINEM responsable del tema de minería no formal en Madre de Dios durante el año 2013)

La política del Estado peruano frente a la minería ilegal se centra en la erradicación. Así, para articular las acciones del Estado para la erradicación de la minería ilegal, se ha creado el cargo de “Alto Comisionado en Asuntos de Formalización de la Minería, Interdicción de la Minería Ilegal y Remediación Ambiental” (Resolución Ministerial N° 116-2013-PCM), el cual ha desarrollado una serie de operativos dirigidos a destruir motobombas, grupos electrógenos y motores (con el objetivo de eliminar los medios de producción de esta forma de minería). Posteriormente, a principios del 2014, se publicó la Estrategia Nacional para la Interdicción de la Minería Ilegal (Decreto Supremo N° 003-2014-PCM), con el mismo tenor de articular y guiar las diversas acciones que el Estado ha realizado para erradicar la minería ilegal.⁴ No obstante, es claro que las instituciones encargadas de la lucha contra la minería ilegal no tienen aún la capacidad práctica para controlar y garantizar la seguridad de estos territorios (Defensoría del Pueblo, 2013).

Los ilegales no están ellos permitidos a que trabajen, están trabajando sin ningún tipo de autorización, sin ningún título, en donde las autoridades competentes para que estos no puedan seguir trabajando son el Ministerio Público, la policía, la DICAPI, y ellos son los responsables y la misma DREM, para que ellos no puedan seguir trabajando; pero entendemos de que el Estado no tiene esa fuerza como para poderlos detener a que sigan trabajando, ejemplo es La Pampa, [...] es un poco difícil de controlarlos a ellos [...] no solamente el sector minería controla eso, sino también hay otros sectores que deberían estar allí, pero sin embargo en la práctica se ven que no se está controlando nada. Esa es la realidad. (Funcionario del MINEM responsable del tema de minería no formal en Madre de Dios durante el año 2013)

⁴ La estrategia cuenta con cuatro objetivos estratégicos. Primero, conducir operaciones de interdicción para la erradicación de los principales enclaves de minería ilegal y para la reducción de la minería ilegal en el territorio nacional. Segundo, realizar acciones disuasivas y de consolidación de las operaciones de interdicción para la erradicación de los principales enclaves de minería ilegal o la reducción de la minería ilegal, según corresponda. Tercero, realizar acciones multisectoriales de control, fiscalización y sanción a los infractores de los delitos conexos de la minería ilegal en los principales enclaves. Y, cuarto, reforzar y mantener las acciones multisectoriales de control, fiscalización y sanción para la erradicación o reducción de los delitos conexos de la minería ilegal.

Esta situación demarca otra característica de la región y del fenómeno del oro en Madre de Dios: la ausencia del Estado y la precariedad de las instituciones. La concentración de las instituciones del Estado, los servicios, la seguridad y la presencia del sistema bancario en Puerto Maldonado, contrastan con la ausencia o precariedad sistemática de estos elementos en el resto del territorio. En las zonas de extracción de oro, la ausencia y precariedad son más agudas, tan es así que en muchos de estos escenarios nunca hubo una intervención de ninguna institución del Estado.

Así, parece configurarse un escenario con las características de una “fiebre del oro” (*golden rush*) (Harvard University, 2014; Wilson, 2013; Reeves, Frost & Fahey, 2010; Rawls & Orsi, 1999). Aunque el término no es preciso en términos de una delimitación científica, permite un marco heurístico para referirse a aquellos fenómenos que implican una gran ola migratoria hacia una región determinada, proveniente de regiones adyacentes e incluso de otros países, y atraída por la difusión de la noticia de la existencia del oro; evento que se produce de una manera desordenada en medio de la existencia de estructuras estatales débiles que ejercen un control y orden limitado (Reeves, Frost & Fahey, 2010), y que ha llevado a convertir el oro en el principal recurso económico de la Región. ¿Qué elementos permiten pensar en la figura de una “fiebre del oro”? Pues al menos tres elementos configuran este escenario: una “gran ola” migratoria, la ausencia de mecanismos de control estatal o regulación institucional, y la presencia de una explotación informal de pequeñas economías en competencia (White, 1998; Reeves, Frost & Fahey, 2010).⁵

⁵ Existen fenómenos con una dinámica similar a lo que sucede en la “fiebre del oro” de Madre de Dios a inicios del siglo XXI y que pueden permitir pensar en estructuras de organización económica, economías extractivas y organización social con características propias. Por ejemplo, el fenómeno de extracción de diamantes en África del sur y en Sierra Leona (Powlick, 2005) o las “fiebres del oro” en Sacramento (Tierney, 2010), Klondike (Allen, 2007), Melbourne (Blainey, 2010), y Ghana (Agbesinyale, 2003). El estudio comparado de estos fenómenos y lo que ocurre actualmente en Madre de Dios permitiría comprender una dinámica más precisa y con elementos conceptuales más claros sobre el fenómeno. Así, sería posible pensar que el modelo comparado de Madre de Dios está más cercano al fenómeno del oro que ocurre en Ghana que al fenómeno minero de Cajamarca y de otras partes del Perú (lo permitiría un estudio comparado con precisión de las variables).

Aquella configuración resulta relevante, pues no parece disponerse en esta economía extractiva una presencia industrial *stricto sensu*, es decir, no parece haber ni la presencia de una inversión empresarial sistemática (salvo ciertos espacios), ni concentración de la extracción, ni una cadena central de control de la dinámica comercial (salvo acopiadores y comerciantes de maquinaria). Por el contrario, parece configurarse una zona en la que existen miles de trabajadores individuales buscando oro, un alto desplazamiento de los campamentos y altos niveles de incertidumbre respecto a la dinámica económica, sin control y sin una dinámica organizada por actores centrales.

Esta “fiebre del oro” y el desarrollo de la minería no formal (informal e ilegal) en Madre de Dios ha implicado un territorio amplio de extracción y de presencia de campamentos mineros. Existen diferentes zonas en la Región donde se practica la minería informal e ilegal, aunque se carece de estudios sistemáticos que recojan con precisión todas las zonas afectadas, ello a causa de lo difícil y peligroso que resulta obtener esta información. Los lugares identificados donde se desarrolla la minería informal se sitúan principalmente en el margen izquierdo de la Carretera Interoceánica Sur que conecta Cusco en dirección a Puerto Maldonado, precisamente en las cuencas del río Madre de Dios y del río Inambari (esta zona es conocida como el “Corredor Minero”); también se registran estas actividades en los alrededores de la ciudad de Puerto Maldonado. En cuanto a la minería ilegal, se ha identificado que esta actividad se desarrolla principalmente en el margen derecho de la Carretera Interoceánica, en el tramo que conecta Cusco a Puerto Maldonado, en la zona que corresponde a la Reserva Nacional de Tambopata y su zona de amortiguamiento, entre los ríos Malinowsky y Tambopata; asimismo, se ha registrado que estas actividades ilegales se desarrollan en los linderos del Parque Nacional del Manu.

En el Mapa 3 podemos identificar la zona conocida como La Pampa (círculo punteado), ubicada entre los kilómetros 98 y 127 de la Carretera Interoceánica, en donde la minería informal e ilegal es la

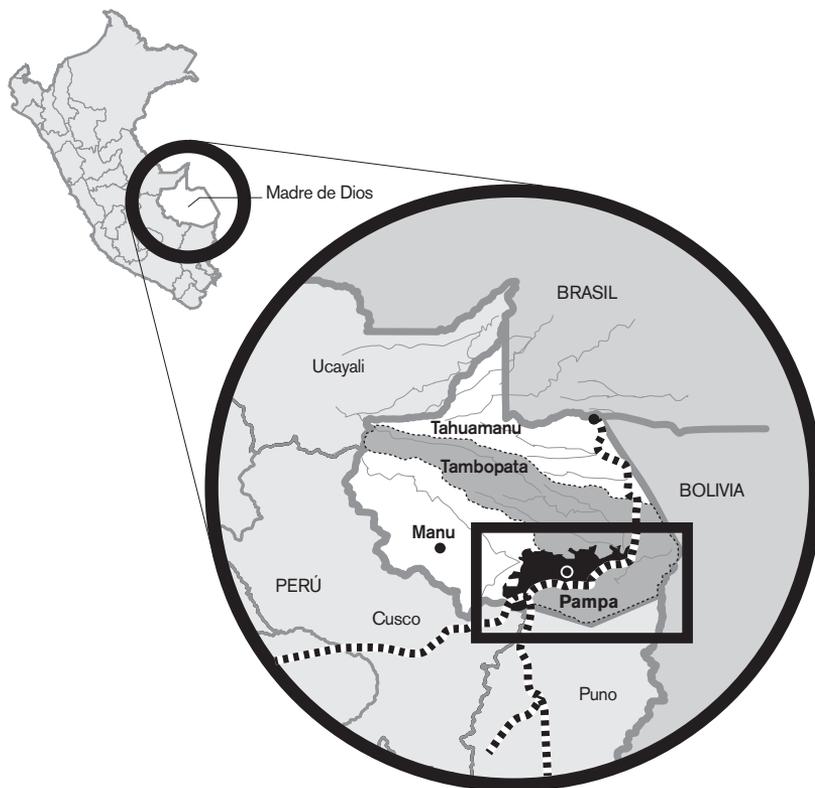
actividad económica central. En la parte norte, sombreado de color oscuro, están los lugares identificados donde se practica la minería informal; y en la parte sur se identifican las zonas de amortiguamiento donde se realiza la minería ilegal.

Mapa 1

Ubicación de Madre de Dios en el territorio peruano

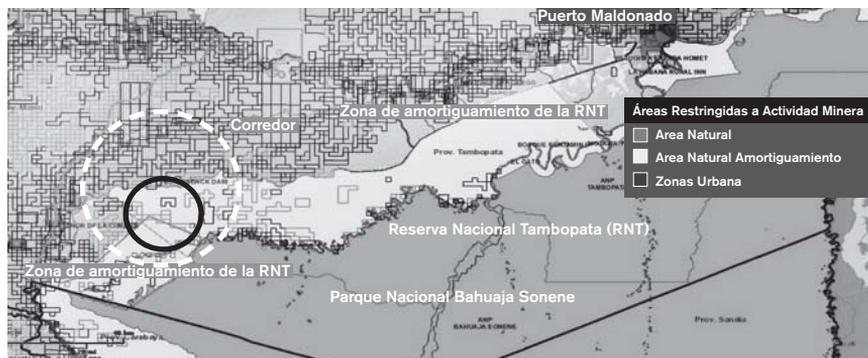
Mapa 2

Ubicación de La Pampa en el territorio de Madre de Dios



Mapa 3

Corredor minero y áreas naturales protegidas en Madre de Dios



Elaboración propia con información del Sistema Geológico Catastral Minero (GEOCATMIN)

Ahora, nuestro interés y trabajo de campo se concentró en una zona específica de minería ilegal: la “zona de amortiguamiento” de la Reserva Nacional de Tambopata, precisamente aquella que comprende la zona de La Pampa. Esta “zona de amortiguamiento” fue dispuesta con el objetivo de minimizar las repercusiones de las actividades humanas que se realizan en los territorios inmediatos a la Reserva, la cual está demarcada entre el límite norte de la Reserva y el trazado de la Carretera Interoceánica (círculo negro del Mapa 3). Se trata de un espacio ilegal para la extracción de oro, pero donde se observa la presencia de miles de trabajadores mineros que durante 24 horas al día, durante los 7 días de la semana, en diferentes turnos, extraen oro con dragas hidráulicas y mercurio.

Localizada a una hora y media de recorrido en un transporte privado colectivo desde la ciudad de Puerto Maldonado (aproximadamente a 120 km/h), la línea de carretera que inicia en el kilómetro 98 de la Interoceánica Sur en dirección a Inambari

está poblada por cientos de pequeños negocios de comida y bebidas alcohólicas, prostitución, venta de combustible y repuestos para la maquinaria minera. Desde este punto de carretera hasta nuestra zona de investigación en La Pampa (campamentos mineros), es necesario hacer un recorrido en motocicleta o a pie que demora entre una y tres horas. La otra manera de llegar a este punto es desde el río. Se puede tomar una lancha particular y navegar por el río Tambopata al punto paralelo al kilómetro 98 y hacer un recorrido a pie de entre tres y cuatro horas. La mayoría de los trabajadores utilizan la vía terrestre para llegar a la zona de extracción. Los campamentos están ubicados en esos puntos e implican cientos de carpas de plástico azul armadas rudimentariamente. No hay policía, ni autoridad local alguna en la zona, no hay telecomunicación, ni accesos formales por ninguna vía. No se reconoce presencia de ninguna autoridad, ni intervención, operativo o capacitación en la zona. La mayor parte de los grupos de extracción están en competencia entre sí y casi todos estos grupos suelen tener una persona que porta un arma de fuego.

¿Qué es lo relevante de este contexto? Mientras el precio internacional del oro ha aumentado y la demanda se ha hecho mayor, en el Perú un porcentaje importante de la extracción de oro responde a una economía y una dinámica no formal. Esta dinámica está concentrada, en gran medida, en Madre de Dios, tan es así que en esta Región la actividad minera soporta la mayor parte de su estructura económica. Sin embargo, se trata de un fenómeno diferente al de la dinámica industrial local aurífera de otras partes del país, y se asemeja más bien a la dinámica de una “fiebre del oro”. Esto está asociado directamente a una ola migratoria para la extracción del oro, pero también a la ausencia o precaria presencia de las instituciones del Estado en los territorios de extracción. El contexto muestra un escenario de alto riesgo, no solo por las consecuencias ecológicas de la extracción, sino también por el escenario de ausencia de control y regulación formal del Estado y la presencia de actividades delictivas asociadas a esta dinámica.

2.

**Los servicios de salud y la
cobertura sanitaria en el contexto
de la extracción minera no formal
en La Pampa**

2.

Los servicios de salud y la cobertura sanitaria en el contexto de la extracción minera no formal en La Pampa

La Región Madre de Dios y, específicamente, La Pampa representan un territorio de alta vulnerabilidad y riesgo evidente. Uno de los elementos que configura este escenario es la precariedad del Estado, o su ausencia, en la mayoría de las áreas de la región. ¿Cuál es la situación local respecto a la presencia del Estado, y, en este caso particular, respecto a la presencia de los servicios de salud?⁶

⁶ Si entendemos la *capacidad del Estado* como “el ejercicio efectivo de la autoridad y la aplicación de la política en todo su territorio nacional” (Soifer, 2012), es posible identificar tres tipos de Estado, diferenciados por su capacidad: los Estados capaces, los Estados fallidos y los Estados débiles (Burt 2009). Esta diferenciación parte de la evaluación sobre el nivel de aplicación de tres tareas a lo largo del territorio: i) administración de un conjunto básico de servicios, entendida como la capacidad para proveer servicios básicos como salud y educación a su población; ii) provisión de seguridad, entendida como capacidad para la persecución de delitos, la cual está a cargo comúnmente de los operadores de justicia y de la Policía; y iii) la extracción, entendida como la capacidad de extraer impuestos de la sociedad que se encuentra en su jurisdicción. Así, un Estado es identificado como capaz cuando desarrolla las tres funciones arriba descritas de manera completa a lo largo de todo el territorio nacional. Los Estados fallidos son identificados como tales porque desarrollan todas estas funciones de una manera mínima y solo en una zona pequeña de su jurisdicción. Mientras que los Estados débiles desarrollan estas funciones de manera desigual territorialmente, en algunas zonas el Estado desarrolla todas las funciones con mucha eficacia (principalmente en las capitales subnacionales), mientras en otras zonas estas tres funciones no se desarrollan adecuadamente o se desarrollan solo algunas. Dado este marco, la “debilidad” del Estado peruano en Madre de Dios es evidente, y con excepción de Puerto Maldonado, en el resto del territorio de Madre de Dios las tres “tareas” no parecen cumplirse con precisión.

Existen cuatro escenarios territoriales respecto a la situación de la salud en Madre de Dios: el primero, altamente disperso, con una presencia significativa de comunidades nativas, las cuales se concentran en varias áreas del sur de la Región; el segundo, donde se desarrolla la actividad minera, que comprende la zona central y suroeste de la Región (Corredor Minero, Reserva Nacional de Tambopata y su zona de amortiguamiento); el tercero, ubicado en distritos de frontera (Iñapari, Tahuamanu, Las Piedras y el sureste de Tambopata); y el último, la capital Puerto Maldonado, altamente poblada, con un gran movimiento comercial y turístico, y punto central de la Carretera Interoceánica (Ipenza Peralta, 2012; SPDA, 2012; IIAP-MINAM, 2011; FENAMAD, 2009).

Aunque Madre de Dios no está considerada como una región con alta pobreza (15.6%) y solo registra oficialmente 1.8% de pobreza extrema (INEI, 2007), lo real es que las condiciones de vida parecen no reflejar dichos indicadores. La precaria condición local se refleja en enfermedades prevalentes y en los problemas de acceso a diversos servicios (por ejemplo los servicios de salud). Así, la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios estableció los cinco problemas más importantes en la Región: a) la elevada incidencia de VIH/SIDA (DIRESA Madre de Dios, 2012a), b) la elevada contaminación por mercurio (Osore, Rojas & Manrique, 2012; IIAP-MINAM, 2011), c) niveles preocupantes de alcoholismo, drogadicción y violencia familiar (DEVIDA, 2012), d) baja disponibilidad de médicos especialistas (RENAES, 2014), y e) el incremento de embarazos en adolescentes (MINSA, 2012).

Las enfermedades endémicas en la Región implican también un problema relevante. La *malaria*, causada por el parásito *Plasmodium vivax*, presenta la tasa más alta del país (41.4 casos por cada 1000 habitantes) (DIRESA Madre de Dios, 2012b), tendiendo a una mayor acentuación en la zona minera (Rojas Jaimes, 2013). También se reporta *dengue*, aunque en menor proporción (DGE MINSA, 2012).

Esta enfermedad se concentra principalmente en Tambopata, tanto que en el 2010 representó el 63.6% de los casos del total de la región. La *fiebre amarilla* es otra de las enfermedades endémicas, se concentra principalmente en Huepetuhe, Inambari, Laberinto, Madre de Dios y Las Piedras. Los más afectados son los transeúntes y la población migrante que no ha recibido tratamiento preventivo o vacunación alguna. En cuanto a la *leishmaniosis* (uta), especialmente la cutánea, se ha observado un incremento principalmente en las zonas madereras y mineras. Respecto a la *tuberculosis*, Madre de Dios está entre las regiones más afectadas por esta enfermedad, en el 2011 se registró 201.8 casos por cada 100,000 habitantes cuando el promedio nacional era de 89.9 casos (DGE MINSA, 2011).

Por otro lado, según los datos de la DIRESA, en los últimos siete años hubo un aumento sustantivo de la cifra de casos de VIH, pasando de aproximadamente 19 casos en el 2005 a cerca de 60 en el 2009 y más de 50 en el 2011 (DIRESA Madre de Dios, 2012); y como ocurre en zonas de alta vulnerabilidad, pobreza y deficiente acceso a los servicios, la mayoría son diagnosticados en la fase de SIDA (DIRESA Madre de Dios, 2012: 2).

En un contexto como este, ¿cuál es la situación de los servicios sanitarios? La Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, la cual depende actualmente de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Madre de Dios, inició sus funciones el año 2007 en el marco del proceso de descentralización de funciones de la salud a nivel nacional (MINSA, 2011). Actualmente, esta dirección tiene a su cargo un hospital en Puerto Maldonado (“Santa Rosa”, de clasificación II-2) y una red de salud denominada “Red de Salud de Madre de Dios”.

La Red está constituida por 9 microredes (Jorge Chávez, Nuevo Milenio, Laberinto, Mazuko, Manu, Iberia, Colorado, Huepetuhe y Planchón) que agrupan a 108 establecimientos de salud de diversa clasificación (entre puestos de salud, centros de salud y hospitales) y

de diversas categorías (I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2 y II 3).⁷ Es preciso resaltar que Madre de Dios se encuentra en el sexto puesto a nivel nacional como una de las regiones que tiene mayor concentración de establecimientos de salud de categoría I-1 (74.52%), es decir, *cerca de las tres cuartas partes de la oferta fija de salud de la Región son puestos de salud sin médico, la categoría más baja (I-1)* (RENAES, 2014).

Tabla 3
Establecimientos de salud de la red de salud “Madre de Dios”

Clasificación	Puesto de Salud		Centro de Salud		Hospital		
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
Categorías							
Jorge Chávez	12	1	0	1	0	0	0
Nuevo Milenio	10	0	1	1	0	0	0
Laberinto	9	1	0	1	0	0	0
Mazuko	12	0	0	1	0	0	0
Manu	5	4	0	1	0	0	0
Microredes							
Iberia	14	1	1	1	1	0	0
Colorado	6	1	0	1	0	0	0
Huepetuhe	5	3	0	1	0	0	0
Planchón	11	1	0	2	0	0	0
Total	96		12		1		

Fuente: MINSA, 2013.

Respecto al personal de salud de la Región, se ha identificado que el mayor número lo conforma el personal técnico asistencial (técnicos en enfermería), quienes alcanzan la cifra de 489. En cuanto a los médicos, estos suman 121, los enfermeros 149 y los obstetras 94 (Ministerio

⁷ Según la norma técnica “NTS N° 021-MINSA I DGSPN.03”, los establecimientos de salud están clasificados en el Perú en tres grandes rubros: puestos de salud, centros de salud y hospitales. A su vez, cada uno de estos está categorizado por su nivel de complejidad. Los primeros están categorizados como I-1 (puestos de salud sin médico) y I-2 (puestos de salud con médico); los segundos están categorizados como I-3 (centro de salud sin internamiento) y I-4 (centro de salud con internamiento); finalmente, los hospitales están categorizados como II-1 (Hospital 1), II-2 (Hospital 2) y III-1 (Hospital 3).

de Salud del Perú, 2012), todo esto para una población, según cifras oficiales, de más de 130 mil habitantes. Esto constituye, en términos de las recomendaciones internacionales (OMS)⁸ y las cifras oficiales, una situación adecuada. Sin embargo, la investigación de campo sugiere que esta cifra oficial de habitantes podría ser muchísimo mayor, debido a la gran ola migratoria que atrae la “fiebre del oro”, lo que generaría un problema de cobertura. Asimismo, se observa que el personal médico se concentra principalmente en la ciudad de Puerto Maldonado, mientras que las zonas alejadas de la ciudad son principalmente atendidas por personal técnico y por personal profesional de la salud no médico (obstetras y enfermeros).

Tabla 4

Personal de atención de salud en Madre de Dios 2012

Personal de atención de salud	Absoluto	(%)
Médico	121	13.1
Enfermero	149	16.2
Odontólogo	26	2.8
Obstetra	94	10.2
Psicólogo	11	1.2
Nutricionista	1	0.1
Químico farmacéutico	2	0.2
Tecnólogo médico	4	0.4
Otros profesionales de salud	24	2.6
Técnico asistencial	489	53.1
Total	921	100.0

Fuente: MINSA.

⁸ La OMS considera que para alcanzar tasas de cobertura adecuadas se necesita que al menos se cuente con 23 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y obstetras) por cada 10,000 habitantes (OMS, 2009). En Madre de Dios se cuenta con 28 profesionales de atención de salud por cada 10,000 habitantes, ello en razón a cifras oficiales que no necesariamente representan la cantidad real que habita en la Región.

En relación al aseguramiento público en salud, el Seguro Integral de Salud (SIS) cubría al 34,2% de la población según información al año 2011, algo menor al promedio nacional (36.2%). La tendencia de aseguramiento público ha sido sostenida en el tiempo (INEI, 2012), de acuerdo a los registros SIS, este cubre, a marzo de 2012, a un poco más de 42,500 asegurados, de los cuales 6,569 son niños de 0 a 4 años, 7,896 son niños de 5 a 11 años, 5,117 tienen entre 12 y 17 años, 10,658 tienen entre 18 y 29 años, 10,104 tienen entre 30 y 59 años y 2,242 tienen más de 60 años. Alrededor del 60% de los asegurados registrados viven en una zona urbana. De este modo, de acuerdo a la información administrativa del SIS y a las estimaciones poblacionales del INEI-MINSA para el año 2012, la cobertura de aseguramiento sería de 33.4%, porcentaje muy cercano al proporcionado por la ENAHO en 2011.

Tabla 5

Cobertura de aseguramiento en el SIS por grupos de edad en Madre de Dios 2012

Grupo de edad	Población	Asegurados SIS	%
0 a 4 años	13,218	6,569	49.7%
5 a 11 años	18,322	7,896	43.1%
12 a 17 años	13,581	5,117	37.7%
18 a 29 años	27,795	10,658	38.3%
30 a 59 años	48,847	10,104	20.7%
60 a más	5,876	2,242	38.2%
Total	127,639	42,586	33.4%

Fuente: Estimaciones de población INEI –MINSA 2012 y SIS.

Los asegurados al SIS en el régimen subsidiado se afilian principalmente en centros de salud públicos de la Región, 67.3% lo hacen en dichos establecimientos y cerca del 30% en puestos de salud y a través de los Equipos o Brigadas de Atención Integral de Salud a la Población Excluida y Dispersa (AISPED). Estos establecimientos constituyen los primeros lugares de acceso de los habitantes más pobres y de las zonas más dispersas de la Región.

Tabla 6

Asegurados al SIS Subsidiado según lugar de afiliación en Madre de Dios 2012

Departamento	Total	III.- Hospitales Regionales y locales	II.- Centros de Salud	I.- Puestos de Salud y Equipos AISPED
Madre de Dios	47,118	1,347	31,731	14,040
Porcentaje	100%	2.9%	67.3%	29.8%

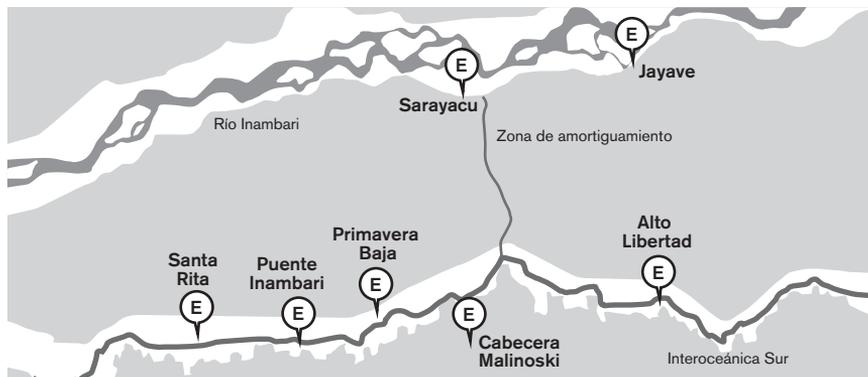
El nivel del establecimiento es el resultado de la recategorización por parte de la DGSP y la DIRESA.
Fuente: Base de Datos SIS-Central.

Sin embargo, es necesario entender que estos datos responden a porcentajes calculados respecto a la cantidad de personas que oficialmente residen en Madre de Dios según el censo y que están acreditadas como residentes. Eso quiere decir que hay un sobre-cálculo del porcentaje, pues es muy probable que la cantidad de habitantes reales sea considerablemente mayor a los datos del censo (debido a la movilidad humana por el oro) y que, por lo tanto, el porcentaje de asegurados sea considerablemente menor al oficialmente registrado. En líneas generales, la Región cuenta con una oferta limitada de servicios de salud, pero si esto es así en términos generales, ¿cuál es la situación en La Pampa?

En la zona de La Pampa, que comprende las áreas de las inmediaciones de la Carretera Interoceánica Sur desde el kilómetro 98 hasta el 127, se encuentran 7 establecimientos de salud, los cuales están a cargo de la microred de Mazuko. Cinco de estos establecimientos ubicados a lo largo de la misma Interoceánica: Alto Libertad, Cabecera Malinoski, Primavera Baja, Puente Inambari, Santa Rita; y dos de ellos ubicados al margen del río Inambari: Sarayacu y Jayave. Es decir, para toda la zona minera de La Pampa, donde se estima que (según los datos más conservadores) hay una población aproximada de 14,000 mineros no formales, solamente se dispone de 7 puestos de salud.

Mapa 4

Establecimientos de salud en la zona de minería ilegal e informal La Pampa



Elaboración propia con información de MINSA (MINSA 2013)

Fuente: MINSA, 2013. Elaboración propia.

¿Cuáles son las características más resaltantes de estos establecimientos de salud? Todos estos establecimientos se encuentran ubicados en el distrito de Inambari, en la provincia de Tambopata. Ellos fueron construidos antes del año 2000: la mayoría, a excepción del establecimiento de salud de Santa Rita creado en 1962, fueron creados entre los años 1994 y 1996. Es decir, estos establecimientos fueron construidos antes de la explosión de la “fiebre del oro” y, por tanto, no tenían previsto la ola migratoria que posteriormente se desarrollaría en la zona. Todos estos establecimientos tienen la clasificación de puestos de salud, definidos según la norma como “establecimientos de primer nivel de atención, que desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales” (MINSA, 1997). Todos estos puestos pertenecen al nivel de categoría I-1, la categoría más baja, y deberían:

[...] satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, a través de atención ambulatoria, mediante acciones intramurales y extramurales, y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud así como las de recuperación y rehabilitación de problemas de salud [...] (MINSA, 1997)

De acuerdo a las normas técnicas, por su nivel, quienes atienden en estos establecimientos de salud “son personal de la salud no médico (obstetras, enfermeros y personal técnico), a quienes solo se les solicita una atención en la modalidad ambulatoria a usuarios que no estén en condición de urgencia y/o emergencia” (MINSA, 2011). Sin embargo, lo encontrando en la investigación de campo muestra que este personal de la salud recibe frecuentemente casos en condición de urgencia y/o emergencia, que requiere atención médica e instrumental especializado.

Según datos proporcionados por la propia DIRESA de Madre de Dios, en todos los establecimientos de salud que comprenden la zona de La Pampa hay 19 profesionales en total para el año 2013 (13 profesionales de la salud de planta: 3 obstetras, 2 enfermeros, 8 técnicos enfermeros) y 6 profesionales pertenecientes al régimen especial del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud SERUMS⁹ (2 obstetras, 2 médicos y 2 enfermeros). La DIRESA, basada en datos oficiales del INEI, considera que todos estos puestos de salud tienen a su cargo la atención de la salud de *1831 personas* de todas las edades (aunque, en la práctica, la cifra es considerablemente mayor y ello implica una severa brecha de personal y de cobertura).

⁹ El SERUMS es un programa, a cargo del MINSA, que están obligados a cumplir los recién graduados universitarios de cualquier especialidad de las ciencias de la salud por máximo de un año (LEY N° 23330). Este programa es un servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en centros y puestos de salud del MINSA, o en establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menor desarrollo del país.

Tabla 7

Establecimientos de salud en la zona de La Pampa en Madre de Dios al 2013

Nombre de establecimiento	Dirección	Distrito/ Provincia	Unidad ejecutora	Fecha de creación	Clasificación
Alto Libertad	Comunidad Alto Libertad Km. 98	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/09/1994	Puesto o Posta de salud
Cabecera Malinoski	Comunidad Malinoski	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/03/1995	Puesto o Posta de salud
Puente Inambari	Comunidad Puente Inambari Km 187 Carretera Interoceánica	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/06/1995	Puesto o Posta de salud
Primavera Baja	Comunidad Primavera Baja Km 119	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/07/1996	Puesto o Posta de salud
Santa Rita	Km 129 Carretera Pto. Maldonado-Cusco	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/06/1962	Puesto o Posta de salud
Sarayacu	Comunidad Sarayacu	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/03/1996	Puesto o Posta de salud
Jayave	Comunidad Jayave Rio Inambari	Inambari/ Tambopata	Mazuko	01/03/1995	Puesto o Posta de salud

Fuente: RENAES, 2014. Elaboración propia.

Categoría	Tipo de establecimiento	Profesionales según DIRESA	Número de ambientes	Población presente en la jurisdicción estimada por DIRESA	Grupo objetivo
I-1	Establecimiento sin internamiento	7 (2 obstetras, 1 obstetra SERUMS, 1 enfermero, 2 técnicos enfermeros y 1 Médico SERUMS)	4	220	Población general por ciclos de vida
I-1	Establecimiento sin internamiento	1 (1 técnico en enfermería)	4	232	Población en general
I-1	Establecimiento sin internamiento	1(1 técnico en enfermería)	1	256	Población general por ciclos de vida
I-1	Establecimiento sin internamiento	3 (1 enfermera SERUMS, 1 obstetra y 1 técnico en enfermería)	5	328	Población general por ciclos de vida
I-1	Establecimiento sin internamiento	2 (1 enfermera SERUMS y 1 técnica enfermera)	3	403	Población general por ciclos de vida
I-1	Establecimiento sin internamiento	4 (1 médico SERUMS, 1 obstetra SERUMS, 1 enfermera y 1 técnica enfermera)	6	295	Población general por ciclos de vida
I-1	Establecimiento sin internamiento	1 (1 técnico en enfermería)	3	97	Población en general

Aquí aparecen dos problemas en función a la atención de salud en La Pampa. Por un lado, el cálculo relativo a la “Población presente en la jurisdicción estimada por DIRESA” responde a una cifra muy por debajo de la realidad, pues solo consigna a la población censada y con residencia formal en la zona. Por otro lado, es evidente que el conjunto de establecimientos es (incluso con el cálculo poblacional oficial) de escasa cantidad y capacidad para el tipo de población, características productivas y tipos de enfermedades prevalentes en la zona.

La precaria presencia de los servicios de salud, la ausencia relativa de personal especializado en la zona y el carácter rural del escenario ha generado que el Estado disponga de otros mecanismos para complementar la existencia de postas médicas. Los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) son un grupo itinerante multidisciplinario, en términos oficiales, integrado (por lo menos) por 1 médico, 1 enfermero, 1 obstetra, 1 odontólogo y 1 técnico en enfermería. Estos equipos trabajan como oferta complementaria a la oferta fija de salud existente en los establecimientos de salud, y tienen por objetivo atender periódicamente la demanda de salud de forma gratuita a poblaciones que habitan en localidades consideradas “excluidas y dispersas”. Las poblaciones son beneficiadas con los servicios de este equipo cuando presentan los mayores índices de dispersión poblacional en el ámbito regional y se encuentran ubicadas a más de cuatro horas por camino de herradura o vía fluvial.¹⁰

¹⁰ El trabajo de este tipo de equipos se encuentra regulado por la Norma Técnica AISPED RM. N° 478-2009/MINSA. Esta norma técnica vigente (NTS N° 081-MINSA/ DGSP V.01) es la actualización de la anterior Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) (NT N°028 - MINSA/DGSP -V.01) aprobada en junio del 2005 (MINSA, 2005). La normatividad sostiene que el Ministerio de Salud, a través de su Dirección General de Salud de las Personas conjuntamente con otros órganos competentes, es responsable de proponer políticas y estrategias nacionales para fortalecer la intervención en las poblaciones excluidas y dispersas y son los encargados de elaborar el Registro Nacional de Poblaciones Excluidas y Dispersas. Mientras que los Gobiernos regionales, a través de la Dirección Regional de Salud, son los encargados de conformar y hacer funcionar (contratación, monitoreo, capacitación y reconocimiento) los equipos AISPED, al mismo tiempo son los encargados de elaborar el Registro de Poblaciones Excluidas y Dispersas en el ámbito regional. Mientras que las redes de salud son las encargadas de asegurar el soporte técnico-administrativo que permita realizar las actividades de los equipos AISPED, las microredes son las encargadas de coordinar las intervenciones de los Equipos AISPED en su jurisdicción. Por otro lado, el establecimiento de salud es responsable de brindar la información necesaria para la ejecución de actividades a cargo de los Equipos

El 2012, en el Perú, se conformaron 165 equipos AISPED en 17 regiones del país. Ese mismo año fueron identificados como población dispersa y excluida 768,520 personas en todo el Perú. Para el 2013 se conformaron 153 equipos AISPED en todo el país y se presume que la población dispersa y excluida se mantuvo en el mismo número que el año anterior. Para el año 2013 Madre de Dios contaba con 6 equipos AISPED: 5 equipos regulares y 1 equipo adscrito al proyecto “Caravana de la Vida” (que más adelante será descrito). Cada uno de los cinco equipos regulares tiene una ruta establecida por la cual deberán atender a la población identificada. Estas cinco rutas son Huepetuhe, Colorado, El Manu, Las Piedras y Mazuko. Esta última ruta cubre parcialmente la zona de La Pampa, específicamente las zonas de Mazuko, Malinoski y Yarinal. Ahora, queda claro que el modelo AISPED está diseñado para una atención con enfoque intercultural en zonas rurales, pero no necesariamente como un equipo de intervención para zonas de riesgo como son las zonas de minería no formal.

Por otro lado, en complemento a estos modelos apareció recientemente el proyecto “Caravana de la Vida”, una experiencia piloto desarrollada en Madre de Dios con el objetivo central de fortalecer la oferta móvil de salud existente en la región (los equipos AISPED) y con ello mejorar el acceso de la salud de las poblaciones vulnerables, incluyendo además, en estos, servicios y herramientas para identificar y derivar potenciales víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual y laboral. La experiencia nació como iniciativa de la Dirección General de Bienestar y Acción Social (DGBAS) del despacho presidencial, iniciativa que fue desarrollada técnicamente por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y puesto en marcha en conjunto con la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.¹¹

AISPED, y es responsable de dar conformidad a los informes de los Equipos sobre las actividades realizadas en su jurisdicción. Sin embargo, a pesar de toda esta estructura que pretende garantizar orden y coordinación, en la realidad se enfrenta a grandes problemas que dificultan la adecuada atención y cobertura de estos equipos en la Región Madre de Dios.

¹¹ Esta experiencia piloto fue puesta en marcha en julio del año 2012 y consiste en la visita a poblaciones vulnerables de la región de Madre de Dios de un camión donado por la OIM (VolksWagen Worker

¿Cuál es el problema de estas iniciativas? *Per se*, representan una iniciativa importante respecto a carencias y brechas de atención, pero también evidencian esta brecha y la escasa cobertura en un territorio de difícil acceso y en un contexto de violencia, ausencia del Estado e inseguridad latente y patente.

¿Qué tipo de problemas genera la precariedad de los servicios de salud en la zona? El derecho a la salud juega un rol preponderante en el ejercicio de los demás derechos y su efectividad solo es posible si existe en la base un conjunto de condiciones, entre las que se incluyen el goce de las libertades y la capacidad de tomar decisiones sin padecer ningún tipo de injerencias, cooptación o violencia, permitiendo así “el nivel de vida adecuado que le asegure [a las personas], así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 1948). Estas condiciones no son fortuitas e implican el cumplimiento de obligaciones por parte del Estado, que deben estar expresadas en medidas que aseguren dichas condiciones, pero que también erradiquen aquellas barreras que dificulten su alcance. Ello se expresa en garantizar la disponibilidad de servicios y recursos tanto en número como en acceso real y que sean aceptables en términos financieros, geográficos y culturales, eliminando las formas de discriminación ya sea por acción o por omisión, sin perder de vista la corrección de la desventaja estructural de género, a la que se suma la pobreza, edad, etnia, migración, orientación sexual o de identidad, entre otras (PNUD-PERÚ, 2012; PNUD, 2010).

1580) que funciona como “hospital móvil”, el cual se encuentra acondicionado con herramientas médicas tecnológicas necesarias para el desarrollo de actividades preventivas, de atención primaria, aseguramiento y derivación en las especialidades médicas de odontología, obstetricia, laboratorio y medicina general. Cuenta además con una moto y dos carpas para realizar campañas de salud. El equipo médico — conformado y financiado por la DIRESA— a cargo de este “hospital móvil” está compuesto de 1 médico, 1 obstetra, 1 enfermera, 1 odontólogo y 1 técnico en laboratorio. Finalmente, la provisión de medicinas, insumos e indumentaria médica, combustible y mantenimiento del camión se encuentra a cargo de la DIRESA, mientras que la OIM ha brindado apoyo técnico a la experiencia (GOREMAD, 2012). Hasta junio del 2013 este proyecto no había visitado la zona de La Pampa.

Es evidente, sin embargo, que en condiciones contextuales de riesgo (altos niveles de migración, economías extractivas no formales, etcétera) y en espacios de ausencia o precariedad de servicios del Estado, en especial de los servicios de salud, como en la zona de La Pampa, la garantía práctica de derechos implica severos problemas. Es claro, como se indica en el Informe del Relator de Naciones Unidas sobre el Derechos a la Salud, Anand Grover, que la mayoría de los trabajadores de la economía informal, como el caso de la minería no formal, afrontan graves dificultades sociales y económicas debido a la falta de protección jurídica y a la falta de seguridad en el trabajo. Padecen, asimismo, condiciones extremas: mayor riesgo de enfermedades y lesiones en comparación con otros trabajadores (Ramírez, 2008; CNTPE, 2008).¹²

La disponibilidad de una mano de obra barata y la prevalencia de una normativa ambiental y laboral precaria [...] son los motores que impulsan la migración [...] y menoscaban o imposibilitan la aplicación de las normas destinadas a proteger los derechos de los trabajadores, incluidas las relacionadas con la salud ocupacional [...]. Los trabajadores informales son víctimas de horarios imprevisibles, inestables y de jornadas muy largas y usualmente tienen que desarrollar prácticas inseguras [...] la mayoría de personas que están inmersos en este tipo de trabajo, provienen de niveles de pobreza y de marginalidad. (Grover, 2012: 3)

¹² Como muchas veces es difícil separar informalidad de la ilegalidad asociada a la explotación laboral, un juez de un tribunal argentino propuso el uso de un “Coeficiente de abuso” a fin de evaluar la admisión de una demanda por trata de personas. Dicha valoración consistió en un cálculo matemático entre las horas de jornada laboral a las que estaban sometidas estas personas, el salario que percibían, cuyo índice fue comparado con el pago estándar de dicha actividad. El juez señaló como un indicador de “relación abusiva” laboral, al pago menor del 60% del pago estándar, lo que le permitió aceptar la demanda, que luego fue evaluada con otros indicadores como el engaño, las condiciones de insalubridad, etcétera (Ministerio Público de Argentina, 2013).

3.

La trata de personas para la explotación laboral y explotación sexual en La Pampa: datos sobre enfermedades prevalentes

3.

La trata de personas para la explotación laboral y explotación sexual en La Pampa: datos sobre enfermedades prevalentes

El contexto de precariedad producido por la extracción no formal de oro, las severas condiciones de inseguridad y la ausencia del Estado han hecho de Madre de Dios un escenario propicio para el desarrollo de economías delictivas que trasgreden sistemáticamente la normativa en materia laboral, ambiental y fiscal (PCM, 2014; IIAP-MINAM, 2011). Aquí la explotación sexual comercial, la explotación laboral y la trata de personas para estas formas de explotación son una práctica recurrente (PCM, 2014; CHS Alternativo, 2012; Novak & Namihas, 2009).

La escasa documentación científica disponible sobre el tema contrasta con la evidencia penal y las denuncias de organismos de la sociedad civil y de derechos humanos. Según la información disponible en documentación precedente, existe una situación extendida y recurrente de la trata de personas para la explotación sexual comercial, concentrada en víctimas mujeres (muchas de ellas adolescentes), quienes provienen de regiones aledañas a Madre de Dios (Cusco, Moquegua, Puno y Arequipa). Atraídas por la oferta de trabajo como ayudantes de cocina o vendedoras (Verité, 2013; CHS Alternativo, 2012; Novak & Namihas, 2009), muchas de estas mujeres terminan trabajando en la prostitución y brindando servicios sexuales en rudimentarios

establecimientos de venta de bebidas alcohólicas y comida a lo largo de la Carretera Interoceánica y en los alrededores de los campamentos de extracción de oro (conocidos como “prostibares”) (CHS Alternativo, 2012: 33).¹³

Por otro lado, la trata para la explotación laboral es también una práctica recurrente y está asociada en gran medida a las dinámicas de explotación en la extracción directa del oro (Verité, 2013; Novak & Namihas, 2009: 43). La trata para la explotación laboral concentrada en varones jóvenes se evidencia en las zonas de extracción y los campamentos. Las víctimas provienen principalmente de regiones como Cusco, Puno, Apurímac y Arequipa; llegan a Madre de Dios debido a la oferta laboral con anuncios de altas remuneraciones que luego se convierten en mecanismos de enganche y explotación laboral (Verité, 2013: 54; Novak & Namihas, 2009: 10) y dinámicas de trabajo riesgoso como “obreros mineros”, sometidos a largas jornadas de trabajo en condiciones de inseguridad y severos riesgos para la salud (Verité, 2013: 99-116; Novak & Namihas, 2009: 53-54; CHS Alternativo, 2012: 21).

¿Cuál es la situación en el caso de la trata de niños, niñas y adolescentes? Existe muy poca data disponible sobre el tema para la Amazonía peruana (Mujica, 2013; Mujica & Cavagnoud, 2012; 2011; Mujica, Zevallos & Vizcarra, 2013) y menos aún en Madre de Dios. La poca información existente indica que se trata de mecanismos de captación similares a las descritas antes, aunque a esas modalidades generales se agregan varios casos en el que las víctimas son llevadas por sus propios familiares (tíos, tías, primos, primas, apoderados, padrastros, madrastras, padrinos, madrinas, etcétera) (CHS Alternativo, 2012: 29; Novak & Namihas, 2009: 46). En algunos casos, los niños permanecen trabajando en esta zona por cerca de tres meses (periodo que coincide con los meses de vacaciones escolares de enero a marzo),

¹³ La retención de los documentos de identidad de la víctima por parte de los tratantes, el reclamo por los gastos de traslado, alimentación y vivienda que supuestamente ha incurrido el tratante, y la existencia de una red de vigilancia impide la huida de las víctimas (Hurtado & Pereira-Villa, 2012; OIM, 2006; GTZ, 2003).

pero existen casos en los que estos permanecen por más tiempo (Novak & Namihas, 2009: 49-50).

Los escenarios de explotación parecen estar concentrados en los “prostibares” (en el caso de las adolescentes) y en el trabajo de extracción de oro (en el caso de los adolescentes). Algunas referencias generales indican que la población de niños, niñas y adolescentes víctimas de trata con fines de explotación laboral en la región de Madre de Dios constituye aproximadamente el 20% del total de personas en estas condiciones, el rango de edad parece concentrarse entre 12 y 17 años (Novak & Namihas, 2009: 43); y provienen de ciudades y poblados del Cusco (Canchis, Quispicanchis, Espinar, Paruro, Acomayo, La Convención, etcétera), Puno (Sicuani, Azángaro, Carabaya, Juliaca, etcétera), Apurímac (Curahuasi) y Arequipa, pero también de ciudades como Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Tingo María, Satipo, Moquegua, Tacna, Chimbote, Ica, Callao y Lima (CHS Alternativo, 2012: 31; Novak & Namihas, 2009: 43). Sin embargo, los datos no responden a información exhaustiva y, por lo tanto, deben ser considerados de manera referencial.

Ahora, es evidente que el fenómeno de la trata de personas para la explotación sexual y para la explotación laboral genera consecuencias negativas en las víctimas. Es evidente también que los contextos de severas condiciones de inseguridad generan afecciones a la salud física y afecciones psicológicas. Así, algunos estudios en otros contextos (McClain & Garrity, 2011; Williamson, Dutch & Clawson, 2010) han mostrado que la trata de personas puede generar problemas físicos y psicológicos, además del estigma y la discriminación. Según Zimmerman y Borland (2009)¹⁴ los riesgos y consecuencias en la salud

¹⁴ Zimmerman et. al. (2006) estudió los efectos de la salud en una muestra de 207 mujeres víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual —la mayoría de ellas provenía de países de Europa del Este como Maldivia, Bulgaria y Ucrania, y fueron traficadas en Europa occidental, principalmente en Reino Unido, Italia, República Checa y Bélgica—. En otros de sus estudios investigó sobre los efectos en la salud por explotación laboral sufrido por migrantes víctimas de trata en Gran Bretaña (2013). En base a estos trabajos ha elaborado una guía orientada al personal de la salud para la atención de víctimas de trata (por explotación laboral y sexual) (Zimmerman & Borland, 2009). Evidentemente, estos estudios y esta guía son un gran avance en un contexto de escasas investigaciones sobre la situación y atención de

de la trata de personas (tanto para la explotación sexual y laboral) pueden organizarse de la siguiente manera:

Tabla 8

Riesgos para la salud y consecuencias probables en víctimas de trata de personas (para explotación sexual y laboral)

Riesgos para la salud	Consecuencias probables
Abuso físico, privaciones	Problemas de salud física, como la muerte, contusiones, cortaduras, quemaduras y fracturas
Amenazas, intimidación, abuso	Problemas de salud mental, como pensamientos e intentos suicidas, depresión, ansiedad, hostilidad, recuerdos repentinos de su experiencia y el volver a experimentar síntomas
Abuso sexual	Enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH), enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, fistulas vaginales, embarazo no deseado, abortos riesgosos, quebranto en la salud reproductiva
Abuso de sustancias: drogas (legales e ilegales), alcohol	Sobredosis, alcoholismo o drogadicción
Restricciones sociales: manipulación y abuso emocional	Angustia psicológica e incapacidad de acceso a cualquier tipo de cuidado
Explotación económica: servidumbre por deudas, ajuste de cuentas engañoso	Desnutrición, falta de control ambiental, mala higiene, riesgos a la hora de saldar deudas, falta de fondos para pagar cualquier tipo de cuidado necesario



las víctimas de trata en general. Sin embargo, a pesar de la relevancia de estos trabajos, estos no resultan del todo útil como marco de investigación y de políticas para estudiar y combatir los efectos en la salud en las víctimas de trata en el contexto de la Región Madre Dios (especialmente en La Pampa), un contexto caracterizado por la presencia del fenómeno de la “fiebre del oro” (gran ola migratoria, debilidad del Estado y economías informales e ilegales), contexto muy diferente al europeo. Por otro lado un estudio de Long Sieber & Brain (2014: 66-68) muestra el impacto de la minería artesanal en la salud de las personas tomando casos generales documentados previamente en América Latina, pero no se estudian los casos específicos de las víctimas de trata en esos escenarios.



Riesgos para la salud	Consecuencias probables
Inseguridad legal: actividades ilegales forzadas, confiscación de documentos	Dudas o restricciones para acceder a los servicios necesarios que pueden conllevar al deterioro de la salud y la exacerbación de sus condiciones
Riesgos ocupacionales: condiciones de trabajo peligrosas, capacitación deficiente o falta de equipo, exposición a químicos, peligros físicos o exposición a bacterias	Deshidratación, lesiones, infecciones bacterianas, sobreexposición a calor o frío, heridas o extremidades amputadas
Marginación: barreras sociales y estructurales, como aislamiento, discriminación, barreras culturales y de idioma, dificultades logísticas, por ejemplo: transporte, procesos administrativos	Infecciones o lesiones sin cuidado apropiado, condiciones debilitantes, problemas de salud psicosociales

Fuente: Zimmerman & Borland, 2009: 17.

En la misma línea, es importante entender que muchas de las afecciones producidas en las víctimas de trata para explotación laboral, presentan dichas afecciones debido al contexto en el que se realiza la explotación y a la propia situación de precariedad en la que se desarrolla este fenómeno.

Tabla 9

Riesgos para la salud en contextos de explotación laboral

Industrias	Riesgos de salud de la explotación laboral	Consecuencias de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Construcción • Manufactura (por ejemplo de textiles, metal, madera) • Industria pesquera y pesquerías • Agricultura • Servidumbre doméstica • Trabajo de mina y/o canteras • Procesamiento de alimentos • Silvicultura • Cuero y tinturado • Tejido de alfombras • Ganadería 	<ul style="list-style-type: none"> • Malas condiciones de salubridad, ventilación y nutrición • Falta de sueño, largas horas de trabajo • Actividades con movimientos repetitivos, por ejemplo, movimientos de espalda, carga • Falta de capacitación para el uso de equipo pesado o de alto riesgo • Peligros químicos • Falta de equipo de protección personal, por ejemplo, sombreros, cascos, guantes, gafas de protección • Estrés causado por exceso de calor o frío • Contaminantes transportados por el aire, por ejemplo, gases, polvo, partículas • Contaminantes bacterianos, por ejemplo, agua, comida, tierra 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Desnutrición • Deshidratación • Síndromes causados por movimientos repetitivos, dolores y lesiones musculares • Insolación, hipotermia, congelación, estrés • Lesiones accidentales como amputaciones, fracturas y contusiones • Problemas respiratorios, cáncer pulmonar • Contaminación por exposición a endotoxinas o asbestos • Infecciones, enfermedades, cáncer de la piel, dermatosis • Infecciones gastrointestinales (relacionadas al consumo de agua y alimenticio)

Fuente: Zimmerman & Borland, 2009: 19.

¿Qué es lo importante hasta aquí? i) Existe evidencia suficiente para indicar que hay severos problemas de explotación sexual, explotación laboral y trata para la explotación sexual y laboral en Madre de Dios, en particular en las zonas de extracción de oro.

ii) Existe literatura precedente que muestra afecciones en la salud relevantes en las víctimas de trata de personas (para explotación sexual y laboral). Sin embargo, estos elementos permiten replantear las preguntas respecto al propio contexto de Madre de Dios: iii) *¿es posible establecer una sintomatología y cuadros clínicos específicos y diferentes de las víctimas de trata con respecto a otros actores que habitan también en el contexto de explotación del oro?*

Para responder esta pregunta es necesario desarrollar un ejercicio de dos etapas. Primero, es necesario determinar la lista de enfermedades prevalentes registradas por los establecimientos de salud de La Pampa, que corresponden principalmente a la atención de trabajadores dedicados a la extracción de oro (muchos de ellos en situación de explotación) y de aquellas personas que ofrecen servicios varios en ese contexto. Segundo, es necesario establecer la lista de enfermedades que padecen las personas víctimas de trata en ese mismo contexto de extracción de oro; lista que será comparada con la anterior. Ello permite saber si hay listas de enfermedades diferenciadas entre actores del contexto de extracción no formal del oro y de las víctimas de trata de personas que habitan el mismo contexto.

El registro oficial de los establecimientos ubicados en La Pampa muestra datos completos de las afecciones que atienden en sus establecimientos de salud (ver Sección 2). Según los profesionales de estos establecimientos, los cinco tipos de afecciones prevalentes en las áreas mineras son las afecciones estomacales, problemas respiratorios, enfermedades de transmisión sexual, contusiones y traumatismos, y enfermedades en la piel.

Como siempre los mineros vienen con problemas de la piel, con micosis, diarreas, tos, bronquitis, esos son los problemas. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

[Los mineros no formales tienen] accidentes... enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y accidentes [...] Accidentes de trabajo y accidentes de moto [...] Las niñas sufren pues de infecciones, hongos, dermatitis. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Lo declarado por el personal de salud de La Pampa se confirma con la sistematización del registro de enfermedades prevalentes detectados en los siete establecimientos de salud localizados en la zona, tanto de la población en general (Tabla 10) como de los niños y adolescentes entre 0 y 17 años (Tabla 11), es precisamente esta última población la que nos interesa estudiar. Veamos a continuación las tablas:

Tabla 10
Enfermedades prevalentes en la población de los establecimientos de salud de La Pampa, Madre de Dios, 2012

N°	Santa Rita		Jayave		Malinoski		Puente Inambari		Alto Libertad		Sarayacu		Primavera Baja	
	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	176	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	109	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	21	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	711	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	242	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	350
2	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	103	Dorsopatías (m40 - m54)	81	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	5	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	16	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	366	Dermatitis y eczema (r20 - r30)	105	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	201
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	93	Micosis (b35 - b49)	63	Sintomas y signos generales (r50 - r69)	3	Micosis (b35 - b49)	16	Sintomas y signos generales (r50 - r69)	178	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	92	Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo (o20 - o29)	86
4	Micosis (b35 - b49)	43	Sintomas y signos generales (r50 - r69)	54	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (k20 - k31)	1	Sintomas y signos generales (r50 - r69)	14	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	167	Sintomas y signos generales (r50 - r69)	59	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	83
5	Traumatismos de la rodilla y de la pierna (s80 - s89)	42	Otras enfermedades del sistema urinario (n30 - n39)	30	Artropatías (m00 - m25)	1	Dermatitis y eczema (r20 - r30)	12	Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo (o20 - o29)	155	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	46	Traumatismos del tobillo y del pie (s90 - s99)	64



ELEMENTOS COMPARADOS DEL IMPACTO DE LA TRATA DE PERSONAS EN LA SALUD DE VÍCTIMAS ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE LA MINERÍA ILEGAL DE ORO EN MADRE DE DIOS



N°	Santa Rita		Jayave		Malinoski		Puente Inambari		Alto Libertad		Sarayacu		Primavera Baja	
	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total	Morbilidad	Total
6	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	40	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	23	Traumatismos del tobillo y del pie (s90 - s99)	1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	8	Otras enfermedades del sistema urinario (n30 - n39)	143	Dorsopatías (m40 - m54)	33	Síntomas y signos generales (f50 - f69)	63
7	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (j40 - j47)	34	Enfermedades de la cavidad bucal, infecciosas intestinales (a00 - a09)	21	Otros efectos y los no especificados de causas externas (t66 - t78)	1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (k00 - k14)	4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	110	Micosis (b35 - b49)	31	Otras enfermedades del sistema urinario (n30 - n39)	57
8	Dermatitis y eczema (i20 - i30)	32	Obesidad y otros de hiperalimentación (e65 - e68)	20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	4	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	109	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	28	Traumatismos de la rodilla y de la pierna (s80 - s89)	53
9	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	31	Helminitiasis (b65 - b83)	17	Tuberculosis (a15-a19)	3	Micosis (b35 - b49)	3	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	109	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	27	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	51
10	Otras enfermedades del sistema urinario (n30 - n39)	30	Enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y de los maxilares (k00 - k14)	17	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	3	Traumatismos de la cabeza (s00 - s09)	3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (j40 - j47)	78	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (j40 - j47)	20	Micosis (b35 - b49)	51

Fuente: DIRESA MDD, 2012.

Tabla 11
Enfermedades prevalentes en los niños y adolescentes (0-17 años) habitantes de La Pampa, Madre de Dios, 2012

N°	Santa Rta		Jayave		Malinoski		Puente Inambari		Alto Libertad		Sarayacu		Primavera Baja	
	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	103	59	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	14	Síntomas y signos generales (r50 - r69)	8	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	499	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	153	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	223	
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	92	34	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	8	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	8	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	244	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	68	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	127	
3	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	65	18	Síntomas y signos generales (r50 - r69)	3	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	6	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	110	Dematitis y eczema (l20 - l30)	56	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	49	
4	Micosis (b35 - b49)	19	15	Otros efectos y los no especificados de causas externas (t66 - t78)	2	Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	6	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	96	Síntomas y signos generales (r50 - r69)	27	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	46	
5	Dermatitis y eczema (l20 - l30)	16	7	Síntomas y signos generales (r50 - r69)	1	Micosis (b35 - b49)	4	Síntomas y signos generales (r50 - r69)	71	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	25	Helminitiasis (b65 - b83)	39	





N°	Santa Rita		Jayave		Malinoski		Puente Inambari		Alto Libertad		Sarayacu		Primavera Baja	
	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17	Morbilidad	0-17
6	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	15	7	1	1	3	43	15	23	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00 - K14)	Dermatitis y eczema (E20 - E30)	Micosis (B35 - B49)	Desnutrición (E40 - E46)	
		Artropatías (M00 - M25)	1	Dermatitis y eczema (I20 - I30)	3	Helminitiasis (B65 - B83)	43	Micosis (B35 - B49)	15					Desnutrición (E40 - E46)
7	Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)	9	6	1	1	1	38	11	21	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00 - K14)	Dermatitis y eczema (E20 - E30)	Helminitiasis (B65 - B83)	Dermatitis y eczema (E20 - E30)	
		Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)	6	Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)	1	Dermatitis y eczema (I20 - I30)	38	Helminitiasis (B65 - B83)	11					Dermatitis y eczema (E20 - E30)
8	Enfermedades debidas a protozoarios (B50 - B64)	9	5	1	1	1	33	8	20	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	Desnutrición (E40 - E46)	Micosis (B35 - B49)	
		Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51 - T65)	5	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	1	Micosis (B35 - B49)	33	Desnutrición (E40 - E46)	8					Micosis (B35 - B49)
9	Otros efectos y los no especificados de causas externas (I66 - I78)	8	5	1	1	1	30	7	18	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	Helminitiasis (B65 - B83)	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (A50 - A64)	Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)	
		Traumatismos de la cabeza (S00 - S09)	5	Traumatismos de la cabeza (S00 - S09)	1	Traumatismos de la cabeza (S00 - S09)	30	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (A50 - A64)	7					Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)
10	Traumatismos de la cabeza (S00 - S09)	7	4	1	1	1	20	7	17	Enfermedades de los intestinos (K55 - K63)	Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo (I08 - I14)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	Síntomas y signos generales (F50 - F69)	
		Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)	4	Otras enfermedades de los intestinos (K55 - K63)	1	Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo (I08 - I14)	20	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (I00 - I08)	7					Síntomas y signos generales (F50 - F69)

Fuente: DIRESA MDD, 2012.

Así, la primera etapa del ejercicio da como resultado las listas anteriores, en las que se puede ver las enfermedades prevalentes de la población en general y de los niños y adolescentes en particular. Ambas tablas se compararon con la lista de enfermedades prevalentes de las personas que han sido víctimas de trata o que tienen indicios de haberlo sido (personas que han migrado recientemente, que no tienen un tutor en la zona, personas a quienes se les han retenido sus documentos, etcétera).

En base a las muestras tomadas con los informantes de campo y a los reportes de los establecimientos de salud, se ha elaborado una lista de enfermedades prevalentes de víctimas de trata o de personas con indicios de haberlo sido (Tabla 12). La lista indica resultados relevantes pues no hay una diferencia sustancial entre las enfermedades y síntomas prevalentes declarados por los actores de las diferentes muestras (población en general y víctimas de trata). Así, de la comparación de la lista de enfermedades reportadas por víctimas y personas que tienen indicios de haberlo sido, con la lista de los usuarios de los establecimientos de salud en general, aparecen elementos comunes entre i) víctimas de trata, ii) víctimas de explotación pero no de trata y iii) datos de control con listas médicas tomadas en los establecimientos de salud de la zona.

¿Existen enfermedades diferenciadas entre aquellas personas que son víctimas de trata y las que no? *No parece haber diferencias entre los listados.* Así, la lista de enfermedades de personas que han sido víctimas o que tienen indicios de haberlo sido, está incluida en la lista de enfermedades registradas de la población general (tanto adultos como menores de edad).

Tabla 12

Tipos de afecciones detectadas en personas entre 16 y 25 años que han sido víctimas de trata de personas, o tienen indicios de haberlo sido, para la explotación laboral o sexual en La Pampa en 2012¹⁵

Clasificación general	Tipos de afecciones
Afecciones a las vías respiratorias	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00 - J06)
	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20 - J22)
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40 - J47)
	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (J30 - J39)
	Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio (R00 - R09)
Afecciones estomacales	Influenza (gripe) y neumonía (J09 - J18)
	Enfermedades infecciosas intestinales (A00 - A09)
	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20 - K31)
	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen (R10 - R19)
Traumatismo	Otras enfermedades de los intestinos (K55 - K63)
	Traumatismos de la cabeza (S00 - S09)
	Traumatismos del tobillo y del pie (S90 - S99)
	Traumatismos de la rodilla y de la pierna (S80 - S89)
	Traumatismos del hombro y del brazo (S40 - S49)
	Traumatismos de la muñeca y de la mano (S60 - S69)
	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00 - T07)
	Traumatismos del tórax (S20 - S29)
Traumatismos del antebrazo y del codo (S50 - S59)	



¹⁵ Es evidente que las enfermedades detectadas obedecen a una sintomatología actual, y que en potencia se trata de enfermedades que pueden desarrollarse a largo plazo debido a las condiciones del terreno: efectos de la exposición derivada de la manipulación e inhalación directa y constante al mercurio (los efectos no son inmediatos, pero sí muy graves); el alto riesgo derivado del uso de maquinaria sin el equipo de seguridad y entrenamiento adecuado, la exposición al calor extremo durante horas o el riesgo constante propio de las actividades en la minería aluvial.



Clasificación general	Tipos de afecciones
Afecciones a la piel	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (L00 - L08)
	Quemaduras y corrosiones (T20 - T32)
	Dermatitis y eczema (L20 - L30)
	Infecciones virales por lesiones de la piel y de las membranas mucosas (B00 - B09)
	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (L80 - L99)
Afecciones asociadas a parásitos	Urticaria y eritema (L50 - L54)
	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas (A90 - A99)
	Enfermedades debidas a protozoarios (B50 - B64)
	Pediculosis, acariasis y otras infestaciones (B85 - B89)
Enfermedades de transmisión predominantemente sexual	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (A50 - A64)
	Otras enfermedades del sistema urinario (N30 - N39)
	Micosis (B35 - B49)
	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (N70 - N77)
	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos (N80 - N98)
Otros	Enfermedades de los órganos genitales masculinos (N40 - N51)
	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51 - T65)
	Enfermedad renal tubulointersticial (N10 - N16)

Elaboración propia.

Fuente: Archivo de enfermedades de los establecimientos de salud de la y entrevistas semi estructuradas en La Pampa.

Los datos de campo muestran entonces que no hay una diferencia entre las enfermedades registradas y declaradas por las personas víctimas de trata y por quienes no lo son. Eso puede deberse a las propias condiciones del terreno y a la precariedad de la situación de la extracción

de oro, violencia cotidiana y ausencia de mecanismos de seguridad. Así, un contexto en donde las condiciones son precarias en general, tenderá a ocasionar las mismas enfermedades a quienes habitan la zona —tanto a víctimas de trata como a los que no lo son—. Sin embargo —aunque no en los tipos—, sí existen diferencias relevantes entre ambos grupos (víctimas y no víctimas de trata) en términos de intensidad y gravedad de las enfermedades detectadas como prevalentes.

4.

Diferencias en las consecuencias a la salud en víctimas de trata de personas para la explotación sexual y explotación laboral en La Pampa

4.

Diferencias en las consecuencias a la salud en víctimas de trata de personas para la explotación sexual y explotación laboral en La Pampa

Los datos sobre la lista de enfermedades prevalentes en sujetos víctimas de trata de personas no ofrecen información diferenciada entre quienes son víctimas de trata y entre quienes están en condiciones de explotación. Sin embargo, es importante abrir la muestra para establecer otro tipo de comparaciones relevantes y determinar diferencias.

Las dificultades de cuantificación de una muestra en un terreno con un universo no preciso, y las condiciones de seguridad del espacio de La Pampa, obligaron a disponer límites metodológicos. En esa situación se ha recolectado muestras direccionadas de 4 tipos de informantes: i) una muestra de 10 informantes mujeres víctimas de trata para la explotación sexual; ii) una muestra de 10 informantes varones víctimas de trata para la explotación laboral; iii) una muestra de 10 informantes varones que trabajan en condiciones de explotación laboral pero cuya situación no está determinada por la trata de personas, y iv) una muestra de 10 informantes mujeres que trabajan en condiciones de explotación sexual pero cuya situación

no está determinada por la trata de personas.¹⁶ Se consideró, además, algunos elementos comunes de estos informantes: i) que tengan entre 16 y 17 años, ii) que realizaran labores constantemente y no como una dinámica ocasional, y iii) que realizaran labores por lo menos durante los 12 meses del año 2012. Las muestras se han tomado a través de un mecanismo de conexión de redes (bola de nieve), en una sola aplicación a través de una entrevista semi estructurada y un tablero de control de eventos, para el registro de trayectorias.

Los resultados que permite mostrar el trabajo de campo se concentran en tres elementos. Por un lado, hay una diferencia entre las víctimas de trata y las víctimas de explotación, sobre todo en la intensidad y recurrencia de las enfermedades que declaran. Por otro lado, hay diferencias entre el tipo de afección respecto al tipo de explotación. De manera que aquellas personas víctimas de trata para la explotación laboral y aquellos explotados laboralmente pero que no son víctimas de trata tienden a tener más prevalencia de contusiones y traumatismos, por ejemplo. Finalmente, hay una diferencia clara en el tiempo de atención respecto de una enfermedad detectada: mientras las víctimas de trata tardan mucho tiempo en ser atendidas, el tiempo es considerablemente menor en quienes no están en condiciones de coacción efectiva. Veamos los datos de campo:

¹⁶ Si bien la categoría “trata de personas” tiene una definición penal clara, la búsqueda de informantes en terreno no se guió por la casuística fiscal y no requería de una denuncia efectiva ante el sistema de justicia, debido a la escasez de denuncias y a la distancia real del espacio de campo de investigación al espacio urbano. Se ha utilizado indicadores básicos para poder determinar una muestra de víctimas de explotación (lo que es registrable en la observación y como criterio de discriminación de la muestra) asociada a la trata de personas: i) desplazamiento del lugar de residencia; ii) consentimiento viciado, engaño, fraude o uso de la fuerza; iii) trabajo en condiciones de coacción, deuda o engaño, retención de documentos; iv) sometimiento a una persona que tiene control del tiempo, recursos, desplazamiento. A diferencia de las dinámicas de “explotación”, la “trata para la explotación” implica coacción clara respecto al sujeto, de su libertad de desplazamiento y control sobre el cuerpo. Así, si bien las formas de explotación implican la vulneración de derechos laborales, inseguridad en el trabajo, condiciones precarias y peligrosas para la realización de labores, no necesariamente implican coacción de la libertad. Un desarrollo relevante de indicadores sobre la explotación laboral en el contexto de la extracción de oro en Madre de Dios se puede ver en el estudio de Verité publicado en 2013 (99-116).

Tabla 13

Tipo general de enfermedades por mes del 2012 (declarado) según tipo de muestra

Muestra / mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Casos registrados en campo de víctimas de trata para explotación sexual (TS)												
Caso TS1	ES	ERS			S	ES	R	T	ES			S
Caso TS2		ER	E		E	ER				E	ES	S
Caso TS3	S		S		R	E		ES	S		ERS	ES
Caso TS4	R	ERS	R			SP		RS	ES			E
Caso TS5	S	RS	ER			ST		E			RS	R
Caso TS6		ERS	RS		SP	ESP		SP	S	RS	ES	S
Caso TS7	R	RS	S			E	S	S	E	E		ES
Caso TS8	SP	E				E		EP				E
Caso TS9				S	S		RP	P			S	S
Caso TS10	E	RS	S		E			S	E			RS
Casos registrados en campo de víctimas de explotación sexual pero no de trata (ES)												
Caso ES1	E	S				ER	E	S				S
Caso ES2	RS		ES	ES			ER				S	RS
Caso ES3	S	ES	ER	R			E	S			S	
Caso ES4	E	ES	ES			S	ES	E				S
Caso ES5	ES				SP		R		S			E
Caso ES6		ER	RS		S		ES			RS		
Caso ES7		P	E	ST		RS	ERS	SP	R		R	RS
Caso ES8	RS	E			S	E	ES			SP	R	
Caso ES9	S	RS	ES					ES		EP	E	
Caso ES10		RSP	R			ES	ESP		E			R





Muestra / mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Casos registrados en campo de víctimas de trata para explotación laboral (TL)												
Caso TL1	E	ET	RT		ET		RT	R		T	P	SP
Caso TL2	ET	TP	P			ET		E	T		RT	RT
Caso TL3	RE	RE	T		T	RP	R	R		RT	T	S
Caso TL4	RT	R	ET			P	SP	T			ET	E
Caso TL5	RT	ER	T		P	E	P				ET	E
Caso TL6	T	RP	E	E	T	STP		E	TP		R	R
Caso TL7	RT	R	E	R	R	T	E	E	T		P	P
Caso TL8	R	E	RT				T	P	E			T
Caso TL9	S	S	T	ET	E		T	R		P	R	R
Caso TL10		E	T		T	T		P	P	R	R	R
Casos registrados en campo de víctimas de explotación laboral pero no de trata (EL)												
Caso EL1		E	ET		T	RS	S				SP	S
Caso EL2	R	RT		T	E		SP	ET				
Caso EL3		ST	EST	T	E	ES		T	R			
Caso EL4	E	EP	EST			RT	R	ST				SP
Caso EL5	S	ST		RT	T	E	SP		E		ET	
Caso EL6	ES	SP	P	ET			E		RT	R	S	S
Caso EL7	E	S	SP		T	ET		S		RP	R	R
Caso EL8		T		S	S	R					T	
Caso EL9	S	STP				SP	S	E	E			T
Caso EL10	T	T	EP			RS	RS			S	S	S

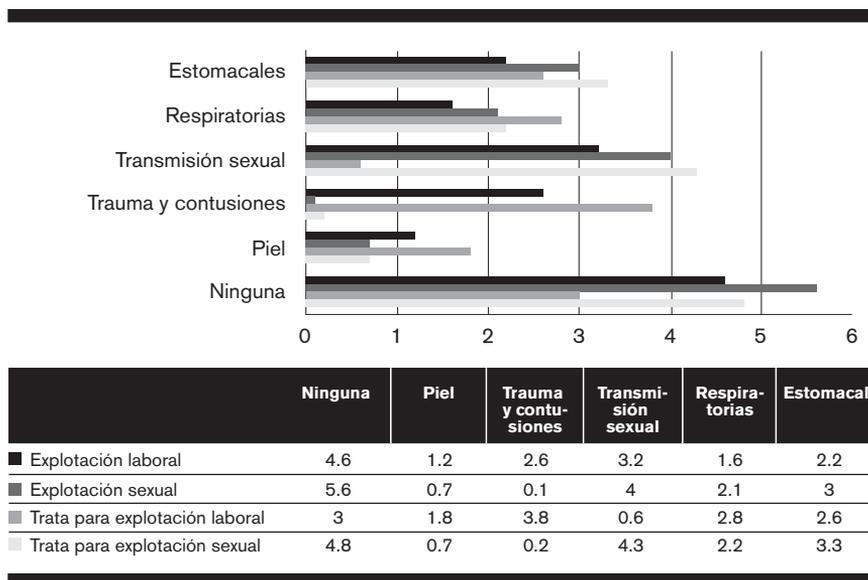
Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

E = Enfermedades estomacales; R = Enfermedades respiratorias; S = Enfermedades de transmisión sexual; T = contusiones y traumatismo; P = enfermedades a la piel

La sistematización de la trayectoria por cada uno de los casos permite mostrar ciertas tendencias por cada grupo en función de la recurrencia por meses de cada enfermedad. Si bien el indicador no es exhaustivo, pues se trata de datos recogidos en la perspectiva del informante y no de un diagnóstico médico, y no representa tiempo efectivo (si ocurrió o no un evento-enfermedad en un mes), sí permite mostrar ciertas tendencias:

Gráfico 3

Cantidad de meses promedio en los que se declara una enfermedad durante el 2012 (por tipo general de enfermedad y por tipo de muestra)



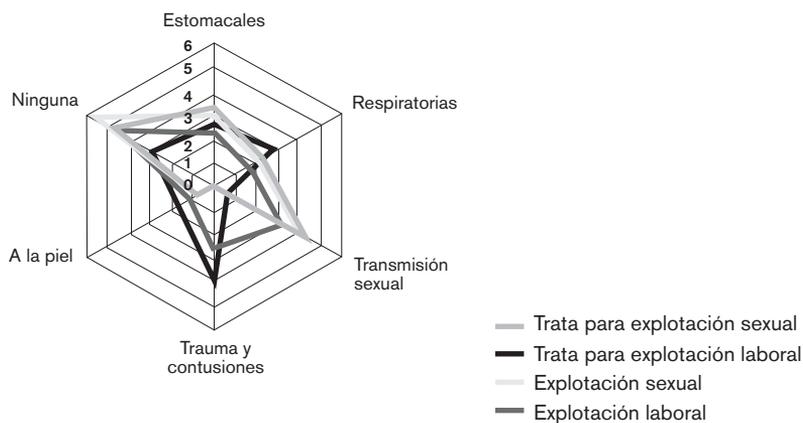
Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

Así, se desprenden varios elementos relevantes. *Primero*, es claro que son los casos de explotación sexual y trata para la explotación sexual las que representan más meses sin incidencias (5.6 y 4.8 meses), mientras que los casos de trata para la explotación laboral muestra solamente 3 meses en promedio sin incidencias declaradas (afecciones a la salud). Esto se puede deber a la situación de precariedad del trabajo minero. *Segundo*, es evidente también que —salvo algunas excepciones— hay una alta prevalencia y recurrencia de enfermedades (ver Tabla 13), pues cada individuo declara la aparición de diversos males a lo largo del año estudiado. *Tercero*, que la tendencia en el caso de incidencias asociadas a “trauma y contusiones” está concentrada en quienes son víctimas de trata para la explotación laboral y de explotación laboral, lo que contrasta claramente con quienes son víctimas de explotación sexual y trata para la explotación sexual, que presentan solo pocas incidencias.

Cuarto, en el caso de las incidencias asociadas a “enfermedades de transmisión sexual”, hay también una tendencia relevante: que quienes son víctimas de trata para la explotación sexual, y de explotación sexual, tienen una incidencia alta (pues registran incidencias en más de 4 meses en el año de estudio). Es relevante aquí que aquellos que son víctimas de explotación laboral (pero no de trata) declaran una incidencia alta, con 3.2 meses en promedio en los que se reportan incidencias de enfermedades de transmisión sexual. Eso se puede deber a que ellos serían los principales consumidores de los servicios sexuales y la principal demanda de estos servicios. A su vez, esto contrasta con la baja cantidad de meses en los que se declara incidencias en el caso de quienes son víctimas de trata para la explotación laboral (0.6 en promedio). Esto puede explicarse debido a que los trabajadores víctimas de trata para explotación laboral no tienen posibilidades de costear el consumo de prostitución, ni libertad para hacerlo.

Gráfico 4

Tendencia de cantidad de meses en los que se declara una enfermedad según tipo de muestra

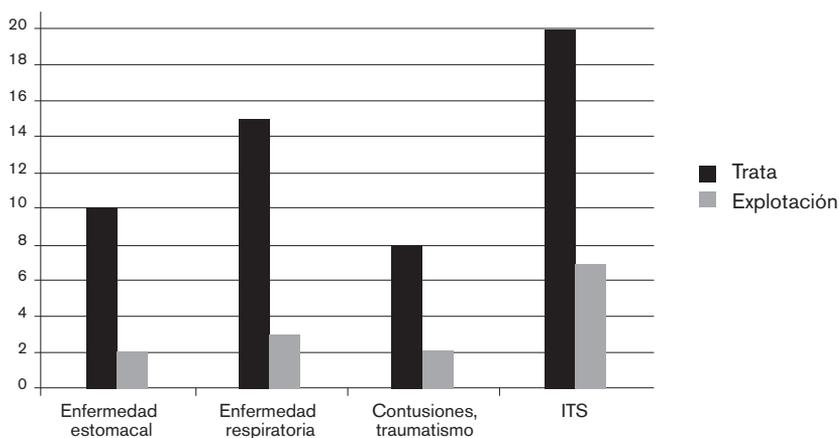


Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

¿Qué es lo relevante? La evidente exposición a diversas enfermedades, la recurrencia de estas, la vulnerabilidad de las víctimas y las severas condiciones en las que se encuentran. Además, los datos de los informantes permiten mostrar otros elementos. Así, tenemos diferencias importantes en cuanto al tipo de tratamiento que se recibe cuando se detecta una enfermedad o un síntoma. El siguiente gráfico muestra los datos acumulados de los 20 casos registrados de trata (para la explotación sexual o para la explotación laboral) y los 20 casos de explotación sexual o laboral pero que no registran indicios de trata de personas:

Gráfico 5

Tiempo promedio (en días) desde la detección individual del primer síntoma y la primera consulta a un proveedor de salud o medicina tradicional (declarado)



Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

El Gráfico 5 muestra una diferencia importante entre el tiempo de la primera consulta sobre su salud entre quienes son víctimas de trata

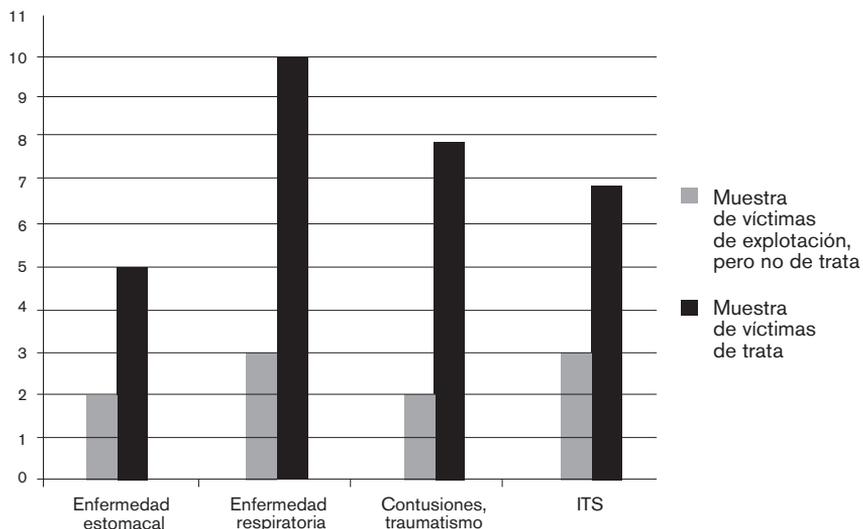
respecto a quienes están en condiciones de explotación. Así, es claro que quienes no son víctimas de trata acuden a una consulta médica formal o no formal más pronto de lo que una víctima de trata.¹⁷ Esto parece estar asociado al control sobre el desplazamiento que implica el fenómeno de la trata y a la coacción sobre el cuerpo que se tiene sobre las víctimas. Así, a diferencia de la trata, las condiciones de explotación implican precariedad, pero no necesariamente coacción radical sobre la libertad de desplazamiento.

Otra diferencia importante se ve reflejada en la cantidad de días que pasan sin trabajar las personas que son víctimas de trata por consecuencia de una enfermedad, que es un tiempo considerablemente mayor que en los casos en los que hay explotación pero no necesariamente trata de personas.

¹⁷ Para entender esta situación es importante indicar que i) la primera consulta puede implicar una atención de un médico tradicional, un chamán o una persona del campamento con algunos conocimientos sobre las enfermedades (*y no necesariamente una atención formal por parte de los servicios médicos del Estado*). ii) La primera atención registrada no implica un diagnóstico riguroso ni el inicio de un tratamiento, sino solamente el primer contacto con un tipo de asesoría sobre la enfermedad o síntoma.

Gráfico 6

Promedio mensual de días sin trabajar por consecuencia de una enfermedad en el 2012 (declarado)



Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

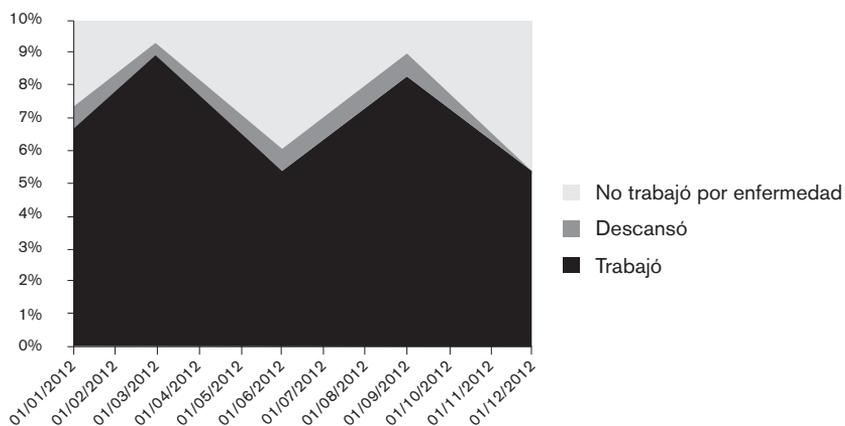
Esto se debe, en gran parte, al tiempo que dejan pasar entre la detección del primer síntoma, la primera consulta y la primera atención. Así, mientras más tiempo tarda un síntoma en ser tratado, es posible que la enfermedad asociada tenga mayor intensidad y se prolongue por más tiempo (lo que puede ocasionar severas consecuencias para el cuerpo, la vida y la salud del paciente).

En un contexto en donde la vida cotidiana está asociada casi totalmente al trabajo (debido a las condiciones de explotación), se requieren de causas muy relevantes para que un sujeto no realice sus labores: estas causas son, sustancialmente, las enfermedades y dolencias físicas diversas.

Así, vemos en el Gráfico 6 que son las víctimas de trata de personas quienes pierden más días de trabajo debido a las enfermedades. Ello tiene relación con los datos anteriores: es evidente que una mayor distancia del día del primer síntoma y la primera consulta médica y la primera atención, implica mayores complicaciones para el tratamiento y peores condiciones de salud del paciente-víctima. Las consecuencias de esta situación son aún mayores. Pues justamente son las víctimas de trata de personas las que tienen peores condiciones de trabajo, y las que más afectadas se ven por los síntomas de la enfermedad en términos de pérdida de días de trabajo. A ello hay que agregar que mientras más días perdidos de trabajo se tiene durante un periodo, menos tiempo de descanso relativo existe, por lo que se generan condiciones de saturación de actividades (lo que está relacionado también a las dinámicas de endeudamiento y enganche).

Gráfico 7

Tiempo de trabajo y enfermedad de una víctima de trata durante el 2012 (declarado)



Elaboración propia sobre los datos del trabajo de campo 2013.

Los datos de campo muestran diferencias relevantes, en las consecuencias a la salud, entre quienes son víctimas de trata de personas y aquellas que están en condiciones de explotación, pero también muestran diferencias entre quienes son víctimas de trata de personas para la explotación sexual y víctimas de trata de personas para la explotación laboral. Estas diferencias de intensidad, recurrencia, tiempo de atención, parecen explicarse por la dinámica de explotación y coacción del cuerpo de las víctimas y, por lo tanto, sugiere variables que pueden diferenciarse y caracterizar la situación de los sujetos. Ello permite pensar, por ejemplo, en la posibilidad de la estandarización de criterios para el tamizaje sanitario para identificación de víctimas potenciales.

Asimismo, es claro que las consecuencias para la salud de las personas víctimas de trata es un asunto relevante en el contexto de extracción de oro en La Pampa, y ello requiere revisar cómo es que la disposición de los servicios sanitarios en la zona generan o no mecanismos de acercamiento a estos espacios y qué problemas presentan para la detección, identificación y tratamiento de posibles víctimas.

5.

La trata de personas y los servicios de salud. Problemas de cobertura, identificación y atención a víctimas

5.

La trata de personas y los servicios de salud. Problemas de cobertura, identificación y atención a víctimas

¿Es posible atender a las víctimas de trata en aquel contexto? Cada uno de los operadores de salud identificados, y que tienen algún acceso a la zona de minería no formal de La Pampa, enfrenta dificultades para atender la demanda de salud de la población en general y de las víctimas de trata en particular.

La “fiebre del oro” en Madre de Dios ha hecho que la población de La Pampa crezca de manera exponencial en los últimos años. La estimación más conservadora —planteada por el Ministerio del Ambiente— sostiene que la población que habita La Pampa puede alcanzar las 14,000 personas (IIAP-MINAM, 2011; SPDA, 2012), mientras que las estimaciones maximalistas de algunos funcionarios locales sugieren que la población puede llegar hasta las 50,000 e incluso 60,000 personas (aunque no hay una metodología clara para dar cuenta de este número).

Sin embargo, y en contraste con los datos estimados, los datos proporcionados por la DIRESA indican que oficialmente la población total que habita en la jurisdicción de los siete puestos de salud ubicados en el área de La Pampa es de 1,831 personas. Existe una gran brecha

entre lo oficialmente cuantificado y las estimaciones más conservadoras sobre la población que realmente habita la zona. ¿Qué explica esta brecha? Las 1,831 personas son aquellas que oficialmente han registrado su residencia en sus documentos de identidad, en cambio, la población restante es la población migrante que oficialmente sigue como habitante de su región de origen pero que en realidad se encuentra en La Pampa.

Esta situación ha creado problemas a la DIRESA de Madre de Dios, debido a que al planificar el gasto público en salud se consideran las cifras oficiales (1,831) y no a la población que realmente habita la zona (aproximadamente 14,000 en las estimaciones más conservadoras), por ello la cobertura de salud está orientada a atender menos de la quinta parte del total de la población real de La Pampa. Es evidente que esto repercute negativamente en el acceso a la salud y en la calidad de los servicios ofertados (que además ya tienen problemas *per se*). Es también evidente que la cantidad de profesionales de la salud se torna insuficiente al solo existir 19 trabajadores de la salud para una población de más de 14,000 habitantes, de los cuales solo 2 profesionales son médicos.

Existe el otro problema que es la limitación de presupuestos y recursos, porque estadísticamente Madre de Dios tiene la menor población a nivel nacional, sin embargo, en los hechos no es así. Usted puede, con una simple verificación, decir que no es así, porque por ejemplo en La Pampa [...] hay personas trabajando en todo, porque hay restaurantes, hoteles, tiendas, mineros e infinidad de centros de comercio, [...] en el caso de Delta 1 igual, en el caso de Huetupe igual, en el caso de Boca Poderosa, San Juan Grande hay bastante cantidad de personas. Pero el detalle es que esa gente no tiene DNI de Madre de Dios, no cuentan para Madre de Dios, ellos son provenientes de otras regiones, Cuzco, Puno [...] entonces esta situación desborda la capacidad de respuesta de las instituciones públicas. (Funcionario de la Defensoría del Pueblo de Madre de Dios)

Sin embargo, ese no es el único problema. Existen evidentes problemas de infraestructura. No todos los establecimientos de salud tienen el tamaño necesario para la atención, son puestos de espacios pequeños, muchos de ellos de estructuras de madera (por ejemplo el

establecimiento Primavera Baja) y en mal estado de conservación, lo que genera que ciertos animales, como ratas y murciélagos, invadan y contaminen los establecimientos.

Y como verá arriba [señala el techo del establecimiento] en la parte de arriba tiene dos partes abiertas [...] entran los murciélagos y bastante ratas [...] limpiamos una vez a la semana el excremento [...]. También como es de madera el establecimiento, en el encofrado, ahí se han anidado las ratas en las propias paredes, ahí hay ratas. [...]. Hemos decidido ponerle metal porque en la farmacia donde está el medicamento se malogra todo cuando micciona la rata y deja todo amarillo, manchado el medicamento. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Ningún establecimiento de salud cuenta con desagüe, sino con pozo séptico; tampoco cuentan con servicios de agua ni de energía eléctrica de manera constante:

Desagüe no hay, son pozos sépticos, la luz tenemos de San Gabán, pero que en temporada [de lluvia] se caen las altas tensiones [...]. El agua también tenemos, pero es que funciona con bomba, y cuando no hay luz también el agua se va [...]. O sea, esa bomba que está de la población funciona pero no de todos los días, y ahí se bombea interdiario, por horas nomás, en la noche echamos agua en tacho para abastecernos un día, dos días, tres días. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

Nuestro pozo séptico, que por cierto ya está a punto de llenarse y colapsar otra vez [...], no dura mucho tiempo y ahora estamos viendo ya en las lluvias. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Por otro lado, existen severos problemas de accesibilidad a los establecimientos de salud desde las zonas donde se practica la minería no formal. La mayor parte de la población de La Pampa que vive en torno a la minería se encuentra a distancias considerables de los establecimientos de salud. El recorrido a pie desde los campamentos mineros más cercanos toma entre tres y ocho horas, y más de las veces, por lo agreste de la zona, es la única forma de llegar a los centros de salud, lo que dificulta el acceso a los servicios. Además, en caso de existir transporte (principalmente

motos) hacia los establecimientos de salud, las tarifas en los lugares donde se desarrolla la minería no formal son considerablemente altos (parte de los costos inflados por la “economía del oro”).

Los centros de salud hay en cada comunidad, pero las comunidades están al margen de la Carretera Interoceánica, y en cambio los centros mineros una tres horas adentro por lo menos, entonces uno que quiere ingresar, usted, tiene que tomar una moto, igual para que salga. Si no hay ese vehículo puede ingresar, pero demorará unas ocho o diez horas caminando, entonces es un poco complicado o restringido el acceso a la salud. Las víctimas o las personas que se ubican en estos lugares de extracción de la minería se exponen a cualquier riesgo en su salud porque la atención no va a ser inmediata. (Funcionario de la Defensoría del Pueblo de Madre de Dios)

Asimismo, los establecimientos de salud no cuentan con medios de transporte propios que les permitan acercarse a la población en la zona minera, lo cual les dificulta brindar atención extramural (que está permitido por la norma).

Vienen a nosotros porque para nosotros es bastante difícil entrar a esa zona minera porque son cuatro horas caminando. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

Existen experiencias en las que la propia comunidad (no dedicada a la minería) circundante al establecimiento de salud (por ejemplo Primavera Baja) se ha organizado para comprar una moto que sirva como medio de transporte al personal de salud del establecimiento para atender la demanda de salud de la población (principalmente emergencias). Sin embargo, surge un nuevo problema: el establecimiento de salud no cuenta con presupuesto fijo para costear el combustible. Y si bien algunas de las redes de salud brindan galones de combustible para hacer efectivo el uso del transporte, esto implica la realización de complejos trámites burocráticos en la DIRESA en la ciudad de Puerto Maldonado (lo que genera dificultades para el abastecimiento).

Nosotros tenemos que comprar, a veces, sí cierto mes yo pongo combustible [...] Y al siguiente mes le toca a la enfermera, y al siguiente mes a la técnica y por suerte uno que otro mes recogemos combustible del BEA. El BEA es el programa epidemiológico donde registramos los casos febriles, los casos de dengue, malaria, todas las atenciones registradas; entonces en la DIRESA nos dan dos galones pero para recoger esos dos galones de combustible se pierde toda una mañana y a veces dejamos pasar. Raras veces también recogemos esos dos galones pero en sí solamente son dos galones. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Un problema que agrava esta situación es el acceso deficiente a la comunicación telefónica. La cobertura de las redes de telefonía móvil es limitada (solo hay señal en aquellos puntos que son centros poblados), generando que la comunicación vía teléfono móvil sea difícil, pero para subsanar estas limitaciones tampoco los centros de salud cuentan con otros mecanismos alternativos de telecomunicación.

Pero ya pues gastamos en nuestra comida, en nuestros pasajes; que tenemos que llevar un informe a Mazuko, a Santa Rosa porque acá no entra la línea. Cualquier tipo de información tienes que ir directamente. (Trabajador del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

Por otro lado, existe el programa “promotores de salud” del Ministerio de Salud que busca reclutar a miembros de las propias comunidades para capacitarlos y prepararlos para brindar una atención rápida e inmediata. En La Pampa se ha intentado aplicar este programa, pero no ha funcionado. No se ha conseguido promotores constantes.

Sí, tenemos dos [promotores de salud], pero no se les incentiva con nada. Son *ad honorem*. No se les da ni un sol. Nada. Y ellos tampoco tienen tanto interés en colaborar. Si vienen, los capacitamos. Vienen a una capacitación pero después ya no vienen. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

Otro problema que presentan los puestos de salud de La Pampa es la carencia de medios de transporte propios que permitan derivar a los pacientes con complicaciones a establecimientos de salud de mayor

categoría (al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado). Así, si el paciente no presenta un cuadro grave se dirige con sus propios recursos al Hospital Santa Rosa; pero cuando el paciente se encuentra en una situación de emergencia, es acompañado por personal del establecimiento. Quien costea la movilidad del personal de la salud (que oscila entre los S/. 90 y S/. 140) es el propio paciente; esto siempre que se trate de puestos de salud ubicados en el eje de la Interoceánica Sur. Estos costos son más onerosos cuando se trata de establecimientos de salud alejados de la Carretera Interoceánica (Jayave y Sarayacu, por ejemplo).

Ahora lo que sí nos falta, acá, nos falta una ambulancia. Nadie nos quiere llevar a los pacientes heridos, nadie nos quiere llevar a las gestantes. Entonces ese es nuestro problema acá. Tenemos, como se dice, acá la vida es la época del oeste, [a pesar que] estamos en pleno siglo XXI. (Trabajador del Establecimiento de Salud Alto Libertad)

Nosotros no tenemos movilidad. Si nosotros tuviéramos una movilidad, ahí sí, pues, haríamos lo más posible, solo gasolina nomás aumentaría el paciente, ¿no? Pero como no tenemos movilidad, como carro o ambulancia, el paciente nomás tiene que cubrir su movilidad. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Santa Rosa)

Por otro lado, es evidente que existe una escasa coordinación entre los siete establecimientos de salud de La Pampa; y entre estos establecimientos con las autoridades locales, con la Dirección Regional de Salud y con las Microredes de salud a las que pertenecen. El principal efecto, entre otros, de esta descoordinación es que los establecimientos de salud no acceden rápidamente a instrumental médico e insumos necesarios para la atención.

Eso no lo vamos a cambiar. Hace años que trabajamos y siempre la DIRESA algunas cosas nos apoya y en otras cosas no [...] un requerimiento que hagas también tienes que estar un día, dos días porque también tienen que circular en otra administración, la logística [...] no las paga nadie [los pasajes que genera ir a Puerto Maldonado, donde se encuentra la DIRESA], sale de nuestros bolsillos. La verdad que a mí no me dan ganas de pedir nada porque tienen que estar peloteándote por allá, de allá acá,

que “el que firma no está” [...] y es cansancio porque nosotros de allá vamos y en la tarde nosotros nos tenemos que regresar, no vamos a estar quedándonos dos o tres días para una cosa, más gastamos en pasaje, en estadía [...] por ejemplo, uno puede hacer por dos galones de gasolina, así dos días quedarse [...] mejor prefiero gastarme en gasolina que en el pasaje. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Asimismo, la forma cómo la burocracia regional ha venido funcionando (que no ha sido adecuada al contexto geográfico ni a las dificultades de telecomunicación de la zona) ha generado diversos efectos negativos en la atención a la población que reside en La Pampa. Entre los principales efectos negativos encontramos problemas en el abastecimiento y la provisión de medicamentos, así como precariedad y falta de una adecuada conservación de las instalaciones de los diversos establecimientos de salud.

En caso un paciente necesite alguna medicina que el establecimiento de salud no tenga en stock, el personal envía a comprar a los pacientes aquel medicamento en alguna “botica” de la zona (las que son escasas y tienen visos de informalidad), donde los precios son considerablemente altos debido al sobreprecio que genera la “economía del oro” (y muchas veces tienen que ir hasta Puerto Maldonado para comprar las medicinas).

En realidad, hay carencia de muchos medicamentos porque lo que hacemos es que los pacientes compren [sus medicamentos] en farmacias, en boticas particulares, entonces nuevamente regresan con sus medicamentos acá. (Trabajador del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Además de los problemas logísticos, de infraestructura y coordinación, el servicio médico en concreto se enfrenta también a otras deficiencias. Por ejemplo, barreras como el idioma. La población de La Pampa es, en gran parte, población migrante proveniente de regiones donde el quechua tiene amplia presencia, como en Cusco. Los servidores de salud señalan que hablar este idioma se hace necesario debido a que muchos pacientes hablan básicamente el quechua.

Claro, debería haber porque por ejemplo mis compañeros no saben el idioma [quechua] pero sí tenemos muchos pacientes quechua-hablantes, inclusive mis pacientes foráneos, ellos son de comunidades de Cusco [...]. Vienen y muchas veces no se les entienden. (Trabajador del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Los problemas de los servicios de salud itinerantes son similares a los que presentan los establecimientos de salud (oferta fija). Así, como hemos visto, la Región de Madre de Dios tiene cinco rutas de equipos AISPED, uno de los cuales visita parcialmente La Pampa (ruta Mazuko). Este equipo está compuesto de cinco profesionales de la salud y es el encargado de visitar varios de los poblados alejados de la Carretera Interoceánica (Mazuko, Yarinal y Malinoski), el cual es evidentemente insuficiente para el extenso territorio minero (sin contar los altos costos que implica desenvolverse en un terreno de sobreprecios y de alto riesgo). ¿Cuáles son los otros problemas que enfrenta este equipo? Hay problemas de coordinación entre el equipo AISPED y los establecimientos de salud de La Pampa, lo que genera tensiones, problemas logísticos y de cobertura.

Hay personal AISPED que entra y sale, es para nosotros un apoyo. ¿Pero qué sucede? que ellos deben coordinar con nosotros [...]. Coordinan primero con la microred Mazuko. La microred no sabe el problema que nosotros vivimos aquí plenamente en La Pampa, porque la coordinadora de la microred no viene, no entra a la zona, ella no conoce la zona [...] entonces acá la coordinación debe ser cuando ellos vienen acá [...]. Para ingresar deben coordinar con nosotros porque nosotros conocemos la realidad donde está la gente. Ellos [personal AISPED] hacen caso a la coordinación de Mazuko, ¿Mazuko qué sabe? Mazuko no sabe nada. [...] La coordinadora, no conoce nada [...] es una turista, no conoce. Que ella me diga dónde están los burdeles, dónde están las cantinas, ella no conoce. (Trabajador del Establecimiento de Salud Alto Libertad)

Por otro lado, el proyecto “Caravana de la Vida” tiene también dificultades para poder ingresar a la zona. El coordinador de la Organización Internacional para las Migraciones de este proyecto durante el 2013, indica que durante ese año el hospital móvil no ha

visitado ninguna de las zonas en donde se desarrolla la minería no formal, y por ende tampoco ha visitado La Pampa. La principal razón es que el Estado no garantiza al camión y a la tripulación AISPED la suficiente seguridad para ingresar a la zona.

Dentro del proyecto aún no hemos ingresado a esa zona. Nos gustaría ingresar a esas zonas, pero parte todo de una decisión del Estado que tome la decisión de ingresar a esas zonas, por el mismo hecho de que es una zona convulsionada, entonces sería irresponsabilidad someter a los profesionales a los riesgos que acarrea a la actividad minera. (Coordinador del proyecto “Caravana de la Vida”)

Sin embargo, incluso si hubiese una decisión técnica de ingresar a La Pampa, el área de acceso para el hospital móvil es restringida, las trochas y caminos son rudimentarios y angostos. Así, el problema es que el terreno de las zonas más profundas —donde están la mayor cantidad de víctimas de trata con fines de explotación laboral y sexual— es de difícil acceso porque está compuesto de pantanos y lodazales. Ello hace que solo una pequeña parte —los que están más cerca de la carretera— sea tentativamente beneficiaria de este proyecto.

¿Cuál es la situación de estos servicios de salud en relación al contexto? i) Hay problemas de cobertura debido a la escasez de personal en proporción a la población realmente existente; ii) hay problemas severos de infraestructura, equipamiento, abastecimiento, logística, coordinación y personal; iii) hay problemas de acceso a los espacios locales y a los espacios mineros, debido a las condiciones geográficas, a la ausencia de vías para el transporte de las unidades móviles y al riesgo que implica una zona sin presencia del Estado. En esas condiciones ¿qué tipo de medidas se han tomado desde las instituciones de salud respecto a la trata de personas?

Hasta el año 2012, la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios no había considerado la trata de personas como un problema a enfrentar, a través de líneas de acción. A pesar de que el Gobierno Regional de Madre de Dios fue el primero en el Perú en diseñar y aprobar una

estrategia regional contra la trata de personas (plan que ha sido utilizado como referencia para la elaboración de estrategias en otras regiones), y que este proceso implicó diversas reuniones de trabajo y talleres entre el 2009 y 2010 con la presencia de la DIRESA que asumió una relevante participación (GOREMAD, 2010), no necesariamente se incorporó un enfoque de salud. Así, no se tenía en el Plan Operativo Anual (POA) objetivos, metas, actividades o sub-actividades relacionadas al tema de la trata y aún se asume el fenómeno desde un enfoque sustancialmente policial y penal (PNP, 2008; CHS Alternativo, 2010).

El tema de la trata de personas empieza a aparecer en la agenda de salud en Madre de Dios en el segundo semestre del 2012, con las propuestas de algunas organizaciones no gubernamentales. En ese marco, se planteó a la DIRESA la necesidad de integrar objetivos, metas o actividades dentro del POA 2013 en torno a esa problemática, sin embargo, debido a problemas de cronograma no se concretaba por entonces.

Así, hay dos elementos que aparecen como asuntos relevantes en la relación entre “trata de personas” y “salud”: en condiciones de precariedad o ausencia del Estado, son los servicios de salud los que tienen la primera frontera respecto a los fenómenos criminales y frente a las víctimas (CHS Alternativo, 2012). De ahí la importancia de pensar en instrumentos de tamizaje para la identificación de posibles víctimas y en protocolos de atención y tratamiento. Lo evidente es que no había hasta entonces el desarrollo de instrumentos de identificación, medición, registro, protocolo, tratamiento o atención de víctimas de trata desde los servicios de salud.

El protocolo de salud que queremos construir [junto con los funcionarios de la DIRESA] tiene por objetivo señalar el procedimiento de atención que el profesional de salud deberá realizar cuando detecte a una víctima de trata [...] en este documento se señalará cómo el profesional de salud atenderá a la víctima, cómo la buscará, cómo se acercará a ella, cómo se enterará realmente que es una víctima de trata, y qué preguntas realizarle. Y luego hacia donde se derivará a la víctima para que no haya revictimización. (Miembro de organización no gubernamental en Madre de Dios)

Los funcionarios de la DIRESA también indican que los instrumentos de tamizaje y protocolos de atención son instrumentos necesarios para la identificación y atención de estas víctimas por parte de los profesionales de la salud de la región:

Una de las cosas que falta, a nivel regional, es el tema de la derivación de las personas víctimas de trata, porque, por ejemplo, nosotros las podemos detectar [...] pero después ¿qué hacemos con ellas? ¿A dónde las tenemos que derivar? Ese es el problema. (Funcionario de la DIRESA)

En realidad, no fui capacitada [sobre el tema de trata de personas]. Pero sí las he visto en las visitas que hacemos o realizamos en las diferentes estrategias de salud materna. Hemos visto que hay trata de personas porque encontramos menores de dieciséis años en las cantinas. No tenemos una regla [en caso de detectar una víctima de trata]. No sabemos qué hacer. (Trabajadora del Establecimiento de Salud Primavera Baja)

Los profesionales de salud de la región son conscientes que los establecimientos de salud son un punto central al que arriban un número importante de víctimas de trata. Sin embargo, reconocen que no saben cuáles son los pasos a seguir para atender este tipo específico de casos, ni cómo detectarlos.

Sería conveniente [...] a propósito de esto que no hay documento técnico, que a nivel regional se elabore uno, más aun considerando las prioridades de la región, y los problemas que aquí tenemos que son muy diferentes de otras zonas donde hay trata como puede ser Ananea (Puno), La Rinconada (Puno); o la zona de la costa donde también la minería ilegal sirve de contexto para este tipo de caso. O sea, aquí tenemos nuestras diferencias y sería interesante que se elabore un documento técnico teniendo en cuenta estas diferencias. (Personal de salud del Hospital Santa Rosa)

Aquí, al hospital se derivan los casos que son encontrados *in fraganti* por la fiscalía, pero tenemos una gran deficiencia. Llega el documento, pero nunca el paciente víctima de trata. Llega el documento de derivación señalando “la fiscalía provincial de menores, o el juzgado de menores, deriva a fulana de tal para su atención”. Llega a nuestra dirección el documento. Así en bloque, el otro día, han llegado diecisiete documentos pero no ha llegado ni un solo paciente. ¿Por qué sucede esto?, porque no hay seguimiento. No hay seguimiento adecuado que se le pueda hacer a

la víctima [...]. No hay nadie quien haga eso: llega el papel, no llega el paciente. (Personal de salud del Hospital Santa Rosa)

¿Por qué es relevante pensar el tema de trata desde los servicios de salud? ¿Por qué es importante pensar las brechas de cobertura de salud en relación a fenómenos como la trata? Pues porque en estos tipos de contextos y escenarios de inseguridad, en los que sucede el delito de trata de personas, se tienden a bloquear el acceso a las instituciones del Estado que cumplen funciones represivas, o de investigación policial o del sistema de justicia (Kuramoto, 2001; Pachas, 2013). Sin embargo, los servicios de salud y el personal médico son recibidos con cierta benevolencia y apertura. Así, en la práctica, en esta parte del país, en donde no hay instituciones estatales, en donde la policía y la fiscalía no pueden entrar, en donde no hay derechos laborales ni organizaciones de la sociedad civil, son los servicios y el personal de salud quienes representan y llevan el Estado a los espacios locales, y por lo tanto, son el primer (y muchas veces único) frente de contacto con las víctimas.

Los mineros no formales y sus mecanismos de vigilancia en los espacios de extracción de oro impiden o hacen muy riesgoso el ingreso a las zonas donde estos operan (incluso con el uso de la violencia y amenazas directas). Esta situación es común en el caso de los operadores de justicia (fiscalía), de los actores coercitivos (policía), así como de otros actores estatales encargados de ejercer algún orden de tipo administrativo. Uno de los pocos sectores estatales que tiene el consentimiento para poder ingresar a estas zonas por parte de los mineros no formales, es el de los operadores de los establecimientos de salud (oferta de salud fija), así como de los equipos itinerantes (oferta de salud móvil).

Estas personas [los mineros no formales] están bien organizadas. No puede entrar fácilmente un tercero y menos un policía [...]. Ellos inmediatamente se comunican por teléfono satelital, entonces esas son las dificultades que tiene la función de la lucha contra la trata de personas, tanto la policía como el Ministerio Público. (Presidente de la Junta de Fiscales Superiores de Madre de Dios)

Ellos [los mineros no formales] reciben gratamente al personal de atención a la salud porque de alguna manera ellos tienen un servicio a su alcance que les pueda ayudar a cuidar su salud [...], al menos en el ámbito de salud son temas que les interesan a ellos, y les benefician directamente. Entonces, eso hace que no muestren ningún rechazo contra estos servicios, ni mucho menos contra los servidores; al contrario, ellos estarían más satisfechos si habría más servicios de esta naturaleza, con mayor disponibilidad de personal, más medicamentos y más continuidad en el tiempo de la provisión de servicios de salud. (Funcionario de la Defensoría del Pueblo de Madre de Dios)

Este es un asunto relevante, pues a pesar de la precariedad de los servicios y de la situación de la cobertura, es claro que la “salud” es un asunto necesario para la vida y para la manutención del orden, incluso en un escenario de tensiones y de violencia estructural (como en las fiebres del oro en general). Lo importante de este asunto es que antes que la presencia policial del Estado, *se demanda y se permite la presencia sanitaria del Estado*.

Conclusiones

Primera conclusión. El contexto de la minería no formal en Madre de Dios muestra un espacio en el que no hay presencia del Estado. Evidentemente, también es clara la ausencia de la sociedad civil organizada y de las instituciones regionales en el terreno. En Madre de Dios, si bien hay acercamientos en términos de provisión de servicios, se trata de acciones sustancialmente urbanas y en zonas de carretera ligadas al tronco urbano de la Región y no a las zonas mineras. ¿Qué tipo de espacio es el que se ha construido en La Pampa? Es una zona de confluencia del tráfico de cocaína, oro y contrabando diverso. Esta disposición se parece más a una zona de excepción, a un espacio liminar, que a una industria extractiva de alta competencia. La dinámica de extracción del oro se configura por la presencia de miles de trabajadores que, sin un único director central, han producido una economía de pequeños campamentos de alta volatilidad, sostenida por mano de obra que proviene de la migración estacional (muchos de la cual es víctima de explotación y trata de personas). Una “fiebre del oro”, en la que no parece haber una cadena y organicidad de la producción coordinada y uniforme que organice toda la dinámica. Esta situación ha configurado un espacio inseguro donde la violencia, la ausencia de servicios y autoridades de seguridad y justicia, los altos costos de los productos, las economías ilegales, la prostitución, la venta de drogas y alcohol, la presencia de personas armadas sin autorización, y la trata de personas son parte de la económica local en este contexto.

Segunda conclusión. Las zonas de extracción de oro en Madre de Dios son espacios de alta rotación y tránsito de personas (asociadas a la

itinerancia en la extracción del oro y a ocupaciones estacionales), y ligadas a una alta migración local y a desplazamientos constantes. Así, los asentamientos son inestables y los mineros se desplazan después de pocos meses de instalados (junto con los negocios de comida, alcohol, combustible y prostitución). Ello evita condiciones de socialización estable y del establecimiento de patrones de organización local. Esa dinámica de movilidad humana en espacios sin control ni regulación ha implicado una estructura de movimientos en donde casi todos los trabajadores realizan labores sin seguridad, sin derechos laborales y sin regulación alguna. Y de este gran contingente, hay una población considerable y no cuantificada de varones adolescentes, jóvenes y adultos en condiciones de “explotación laboral” y otras personas que son víctimas de “trata para la explotación laboral”. Asimismo, la dinámica migratoria alrededor de la “fiebre del oro” ha generado la llegada a la zona minera de una gran cantidad de negocios: venta de alimentos, bebidas alcohólicas, drogas, repuestos y gasolina para las máquinas de extracción, centros de entretenimiento, prostitución, etcétera; y en esa misma dinámica es evidente la presencia de una gran cantidad de mujeres adolescentes y adultas víctimas de “explotación sexual” y de “trata para la explotación sexual”.

Tercera conclusión. En el grupo de trabajadores del espacio de extracción hay varios tipos de actores: un grupo que está en condiciones severas de explotación laboral y que encaja en la categoría “trabajo peligroso”. Pero también hay un grupo que, estando en condiciones de explotación, ha sido y es sometido a mecanismos de trata de personas (engaño o coacción para ser llevado al espacio de trabajo, retención de documentos, control de su desplazamiento, etcétera); y otros que son sometidos a condiciones de semi-esclavitud. Así, en la práctica, los elementos se encuentran entremezclados e interpenetrados, por lo que no se puede pensar en estos fenómenos de manera aislada. Incluso es posible reconocer trayectorias de vida que movilizan las propias condiciones de explotación: en donde los actores pasan de

ser explotados a semi-esclavos, de semi-esclavos a víctimas de trata, de víctimas de trata a tratantes. Todos estos fenómenos aparecen en conjunto: trata, semi-esclavitud, explotación, trabajo forzoso. Así, si bien los conceptos que intentan demarcar sus límites teóricos y jurídicos son importantes, no se debe olvidar el carácter heurístico de su disposición.

Cuarta conclusión. A pesar de los estudios iniciales y de los censos y estimaciones locales, no se conoce la cantidad real de población en la zona minera. La migración estacional, las condiciones de explotación y trata y la economía delictiva, no permiten un dato certero del número de personas en ese territorio. De manera que las estimaciones más conservadoras calculan 14,000 personas en La Pampa. Sin embargo, las cifras oficiales han determinado que los establecimientos de salud ubicados en esta zona tienen una cobertura para 1,831 personas. Es evidente una brecha entre estos números y en la cobertura de servicios. Así, es necesario establecer una metodología adecuada para estimar la cantidad de la población y el desplazamiento en la zona, y para calcular la presión de los servicios requeridos y la cobertura sanitaria.

Quinta conclusión. En el contexto local del Perú los equipos AISPED (brigadas sanitarias) que, sin duda, han sido una iniciativa importante en el intento del Estado peruano por brindar salud en contextos rurales y de distancias relevantes de los centros urbanos, resultan un modelo útil e importante para acercar la salud oficial a contextos en los cuales son características las diferencias culturales, las distancias físicas y las diferencias de idioma. Sin embargo, el modelo no está pensado necesariamente como brigadas para zonas de riesgo como La Pampa. Es importante considerar que el escenario de la extracción del oro en Madre de Dios es un contexto particular, en términos de geografía, migración, contexto social y de seguridad. Ello implica pensar en modelos de intervención con brigadas cuyo diseño sea adecuado a los territorios de riesgo latente y desconfianza social.

Sexta conclusión. La explotación laboral y la trata asociada a la explotación laboral de adolescentes es una práctica recurrente en Madre de Dios. En el caso de la zona de La Pampa, implica a varios miles de trabajadores, muchos de los cuales trabajan en condiciones infrahumanas. Hemos podido registrar durante el trabajo de campo casos de adolescentes entre los 14 y 15 años, pero sobre todo entre los 16 y 17 años en condiciones de trabajo riesgoso y bajo el sometimiento por deuda y explotación constante. Las labores se realizan en repeticiones de 24 horas continuas, con un descanso relativo de otras 24 horas. Y si bien las funciones rotan, la mayor parte del tiempo el trabajo implica tener la mitad del cuerpo sumergida en el agua, manipular mangueras de alta presión y mezclar agua con mercurio. Las consecuencias para la salud física declaradas por los sujetos de la muestra estudiada (víctimas de trata) no difieren de la muestra de control (personas en condiciones de explotación, pero no necesariamente víctimas de trata). Así, si bien el inventario de enfermedades reconocidas es amplio (malaria, dengue, uta, tétano, pulmonía, neumonía, infecciones estomacales, además de la contaminación por mercurio, etcétera), la lista de síntomas que los sujetos logran identificar representan elementos similares a ambas muestras. Así, es posible pensar que si bien las condiciones de trabajo de aquellas víctimas de trata de personas implica control sobre sus desplazamientos y el modo en que han llegado al espacio de trabajo, no difieren de contexto con aquellos que llegan bajo otras condiciones y tienen posibilidades de desplazamiento y movimiento en el entorno.

Séptima conclusión. Sin embargo, sí es posible identificar una diferencia en la estructura de síntomas y enfermedades declaradas por los sujetos de la muestra de víctimas de trata para la explotación laboral y de aquellos que siendo víctimas de explotación laboral no son víctimas de trata. La intensidad y recurrencia de las enfermedades declaradas es diferente entre las muestras (de “trata” y de “explotación”) y homogénea dentro de cada muestra. Así, entre los que son víctimas de trata de personas, las enfermedades aparecen de manera más recurrente y en periodos

más prolongados que en los que no lo son. Esto se puede explicar por la ausencia o precariedad del tratamiento de aquellos sujetos, asociada a las medidas de coacción y restricción de su desplazamiento (y por lo tanto de asistencia a los servicios de salud). También porque los tratantes esperan a las condiciones más radicales de intensidad de la enfermedad para iniciar un tratamiento (debido a la sobreexplotación de la mano de obra).

Octava conclusión. En el caso de la explotación sexual y la trata asociada a la explotación sexual las condiciones son diferentes. Es posible encontrar en alrededor de 29 kilómetros de la Carretera Interoceánica (entre los km 98 y 127), paralelo al río Tambopata, decenas de puestos de comida, venta de enseres para la minería, gasolina y bares. En estos espacios hay mujeres adolescentes entre 14 y 17 años ofreciendo servicios sexuales, además de la atención en los restaurantes. Si bien muchas de estas se han desplazado estacionalmente para ofrecer servicios sexuales en la zona, hay un grupo cuyo destino y origen no es preciso y que tiene restricciones de desplazamiento, coacción por deudas y que cumple criterios asociados a la trata de personas.

Novena conclusión. Las enfermedades prevalentes entre la muestra de adolescentes que son víctimas de trata para la explotación sexual no difiere mucho de aquella que está en el escenario por otras razones. Así, la gonorrea, infecciones vaginales y urinarias, infecciones estomacales, incluso hepatitis, aparecen como enfermedades comunes en la trayectoria de vida durante el periodo de estancia en la zona de las adolescentes. Esto puede deberse —en la misma línea que en el caso de los varones trabajadores— a que si bien las condiciones de llegada y control son diferentes, las condiciones de trabajo y seguridad no difieren mucho y, por lo tanto, la exposición al mismo ambiente y a las mismas actividades puede explicar esta situación. Sin embargo, también hay un asunto relevante. Pues sí hay una diferencia evidente entre aquellas que son víctimas de trata y aquellas que no lo son: la intensidad y recurrencia de

las enfermedades. Así, en los casos de trata, las enfermedades aparecen de manera más constante y llegan a picos de intensidad mayores que en los casos en donde no hay control del desplazamiento y coacción. Esto puede deberse también a las condiciones de tratamiento de salud, de libertad de acceso al tratamiento de salud y a la propia libertad sobre la salud del cuerpo. Mientras en los primeros casos una enfermedad, como una infección vaginal, puede convertirse en una infección mayor y requerir tratamiento más especializado —e incluso poner en riesgo la vida de una persona—, en los otros casos, los tratamientos son más rápidos (lo que no quiere decir que tengan estándares de calidad adecuados).

Décima conclusión. Por lo tanto, es razonable pensar que —en el contexto de minería no formal de La Pampa— si bien no hay síntomas y una lista diferenciada de enfermedades entre las víctimas de trata y entre las que no lo son, sí podemos encontrar diferencias sustanciales en intensidad y tiempo de atención, gravedad y complicaciones de las enfermedades. Ello se debe menos a la situación de *explotación* laboral o sexual (que afecta a una amplia cantidad de personas), y *más a la condición de coerción y control del desplazamiento y del cuerpo de las víctimas, propios del delito de trata.*

Décima primera conclusión. Los servicios sanitarios aparecen como elementos necesarios en el escenario de la explotación minera, y uno de los pocos servicios que son permitidos por los actores no formales e ilegales. Esto sugiere que en contextos de precariedad, riesgo y contextos criminógenos, el Estado parece tener mejores posibilidades de penetración y aceptación cuando se trata de la prestación de servicios de salud y no de la coerción o medidas de seguridad punitiva. Un enfoque sanitario en la atención de víctimas de trata de personas podría permitir un escenario de acercamiento más profundo a las propias víctimas y un camino permeable a los mineros no formales. Asimismo, la posibilidad de la presencia del personal de salud y las brigadas

médicas, las características de intensidad y gravedad diferenciadas de las enfermedades en casos de víctimas de trata de personas, y otros elementos sugieren que es posible establecer criterios de tamizaje de víctimas a través de la atención en salud. Ello puede permitir detectar posibles víctimas a través de variables básicas (que necesitan estandarizarse) y construir protocolos de atención y derivación.

Consideraciones finales

Primera consideración. La ausencia del Estado o la precariedad de su presencia es una evidencia en la zona minera de La Pampa. En una mirada sanitaria, la precariedad del Estado se manifiesta en la demora o en la ausencia en el acceso a los servicios de salud a las personas, lo que tiende a generar severas consecuencias. Ello se debe a la precaria infraestructura, a la ausencia de personal competente y escaso equipamiento. Servicios en esas condiciones no solo son poco eficientes, sino que generan desconfianza en el Estado y sus instituciones, y hacen difícil generar avances en términos de asistencia. En este sentido, es importante pensar en la focalización de ciertos servicios, que se garantice su equipamiento, que se dote de personal necesario, y que se garantice un sistema de comunicación y evacuación efectivo. Es importante recordar que Madre de Dios dispone de un análisis de Establecimientos Estratégicos en el Marco de Redes de Servicios de Salud (Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA), en donde fueron seleccionados 11 establecimientos que constituirán la Red Sanitaria de Madre de Dios (entre los que se encuentran Huepetuhe, Iñapari, Mazuko, Laberinto, Jorge Chávez y Nuevo Milenio).

Segunda consideración. La infraestructura sanitaria representa un severo problema en la zona. Instalaciones físicas que aseguren confidencialidad, privacidad, confort en los momentos de espera, agua y servicios higiénicos, son imprescindibles tanto para los y las usuarias de los servicios como para los propios profesionales y trabajadores de salud. Un análisis de la infraestructura, mayores recursos para su mejora y la rehabilitación, al menos de los establecimientos estratégicos, es una tarea de gran importancia y urgencia.

Tercera consideración. La situación de los medicamentos representa un problema severo en la zona minera y en La Pampa en particular. La falta de fuentes seguras de medicamentos, tanto por parte de los servicios de salud como por las “boticas” locales representa un asunto serio de seguridad sanitaria. Es muy importante que la institución estatal encargada de la supervisión de medicamentos tome en cuenta medidas de calidad de los servicios y medidas para garantizar el aseguramiento del control de medicinas y la erradicación de medicamentos de baja calidad o de origen incierto en la zona.

Cuarta consideración. Las condiciones de terreno y la violencia estructural en la zona requieren de equipos de salud con capacitación especializada, no solamente en la dinámica regular del tratamiento médico y la asistencia sanitaria, sino en las implicancias y características de la trata de personas para la explotación laboral y sexual y en el modo de detectar otros delitos; de manera que puedan identificar posibles víctimas y atenderlas correctamente. Es necesario entonces desarrollar metodologías e instrumentos de trabajo que promuevan la atención disminuyendo los riesgos para víctimas y proveedores de la salud. Ello podría traducirse en el desarrollo de un protocolo local de atención basado en estándares de calidad, adecuado al contexto y con respeto de los derechos humanos. Dicho protocolo podría incluir una lista de chequeo que ayude a identificar y tamizar a las posibles víctimas, y rutas establecidas para la derivación de víctimas.

Quinta consideración. Es muy importante estudiar la capacidad efectiva de los equipos AISPED respecto de situaciones como la de la minería no formal en Madre de Dios. La disponibilidad de un teléfono satelital, especialmente para las situaciones de emergencia, podría mejorar la comunicación y hacer llegar ayuda oportuna. Es importante que estos equipos dispongan de medicamentos, algunos medios de diagnósticos no complejos, tratamientos para enfermedades endémicas y equipos de emergencia. Del mismo modo, es relevante considerar la necesidad

de establecer una estrategia coordinada entre los equipos itinerantes, el proyecto “Caravana de la Vida”, y los agentes locales y regionales de salud.

Sexta consideración. Es necesario considerar la posibilidad de la suspensión de barreras a causa de los requisitos del SIS en contextos como el de La Pampa: por ejemplo, exigir el documento de identidad y el lugar de residencia que figura en este documento. En zonas de alta migración estacional, sería relevante considerar el acceso universal al servicio, tomando en cuenta la alta presencia de personas indocumentadas o de personas cuya dirección no coincide con el área de influencia o que carecen de domicilio fijo. Esto, evidentemente, no implica menguar los esfuerzos para que más personas estén documentadas e identificadas, o para construir mecanismos de detección e individualización de actores que han cometido delitos.

Bibliografía

Agbesinyale, P. K.

2003 *Ghanas gold rush ans regional development: the case of Wassa West District*. Dortmund: University of Dortmund.

Allen, D. W.

2007 “Information Sharing During the Klondike Gold Rush”. En *The Journal of Economic History*, pp. 944-967.

Amable, M., Benach, J. & González, S.

2001 “La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos”. En *Arch Prev Riesgos Labor*, pp.169-184.

Asociación Americana de Antropología

1998 *Código de ética*. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/96033798/Codigo-de-Etica-Antropologico> [última consulta: 01 de diciembre del 2013].

BCRP Banco Central de Reserva del Perú

2013 *Caracterización del Departamento de Madre de Dios*. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Cusco/madre-de-dios-caracterizacion.pdf> [última consulta: 09/05/2013].

Blainey, G.

2010 “The Momentous Gold Rushes”. En *Australian Economic History Review*, 209–216.

Burt, J. M.

2009 *Violencia y Autoritarismo en el Perú: bajo la sombra de Sendero y la Dictadura de Fujimori*. Lima: Asociación SER - IEP.

CAMEP Carnegie Amazon Mercury Ecosystem Project

2013 *Mercurio en Madre de Dios. Concentraciones de mercurio en peces y seres humanos en Puerto Maldonado*. Disponible en: http://www.rapaluru.org/agrotoxicos/COPs/Mineria_contamina_con_mercurio_en_Madre_de_Dios.pdf [última consulta: 01/02/2014].

Chambers, E., & M. G. Trend

1981 "Fieldwork ethics in policy-oriented research". En *American Anthropologist*. 83(3), pp.626-28.

CHS Alternativo

2012 *La trata de personas en la región de Madre de Dios*. Lima: Capital Humano y Social Alternativo.

2010 *Segundo balance de la implementación de la Ley 28950 contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes y su reglamento*. Lima: Capital Humano y Social Alternativo.

s/f *Sistema de Registro y Estadística del delito de Trata de personas y afines (RETA-PNP)*. Disponible en: <http://www.chsalternativo.org/contenido.php?men=S&pad=14&hij=20&pla=3&sal=2&id=E> [última consulta: 05/02/2014].

CNTPE Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo

2008 *Caracterización y problemática de los trabajadores de la economía informal en el Perú*. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/CNTPE/caracterizacion_problematika_trabajadores_de_la_economia_informal_en_el_peru.pdf [última consulta: 01/02/2014].

Cortés, D.

2006 *El concepto de la trata de personas y su lugar en la agenda migratoria: el caso de los países andinos*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Defensoría del Pueblo

2013 *Gestión del Estado frente a la Minería Informal e Ilegal en el Perú. Supervisión a la implementación de los Decretos Legislativos promulgados al amparo de la Ley N° 29815*. Lima: Defensoría del Pueblo.

DEVIDA Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

2012 *IV Estudio Nacional: prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Lima: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.

DGE MINSA Dirección General de Epidemiología

2012 *Mapa de incidencia de dengue por distritos Perú 2012*. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2012/SE41/dengue.pdf> [última consulta: 04/02/2014].

2011 *Indicadores de morbilidad en Madre de Dios 2011*. Disponible en: www.dge.gob.pe [última consulta: 04/02/2014].

DIRESA Madre de Dios

2012 *Registros electrónicos sobre morbilidad*. Puerto Maldonado: Inédito.

2012a *Situación del VIH/SIDA ITS, Madre de Dios. I semestre-2012*. Disponible en: <http://www.diresamadrededios.gob.pe/contenidos/BOLETIN%20VIH%20I%20SEMESTRE.pdf> [última consulta: 04/02/2014].

2012b *Diagnóstico Situacional y Análisis Estratégico de los Daños Priorizados, Madre de Dios 2012*.

El Comercio

2012 “De la selva a Ginebra”. *El Comercio*. Lima, 31 de julio de 2012.

Evers, Jeanine & Boer, Fijgje de

2012 *The Qualitative interview: Art and Skill*. Utrecht: Eleven International Publishing.

FENAMAD Federacion Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes

2009 *Ubicación de comunidades nativas de la region Madre de Dios*. Disponible en: <http://fenamad.org.pe/mapas-fenamad/ubicacion-de-comunidades-nativas-mdd.pdf> [última consulta: 01/02/2014].

GOREMAD Gobierno Regional de Madre de Dios

2012 *El Gobierno Regional de Madre de Dios y la Organización Internacional para las Migraciones “Juntos por la Salud de la Región”*. Noticias institucionales, 06 de Noviembre de 2012. Disponible en: http://www.regionmadrededios.gob.pe/goremad/index.php?option=com_k2&view=item&id=885:el-gobierno-regional-de-madre-de-dios-y-la-organizaci%C3%B3n-internacional-para-las-migraciones-%E2%80%9Cjuntos-por-la-salud-de-la-regi%C3%B3n%E2%80%9D&Itemid=140 [última consulta: 11/05/2013].

2010 *Plan Regional de Acción contra la Trata de Personas de Madre de Dios 2011-2016* (aprobado por el Consejo Regional de Madre de Dios en la Sesión Ordinaria N° 013). Puerto Maldonado: GOREMAD.

Grover, A.

2012 *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*. 20° período de sesiones, Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/>

RegularSession/Session20/A-HRC-20-15_sp.pdf [última consulta: 04/01/2014].

GTZ Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

2003 *La Lucha contra la Trata de Mujeres en Centro América y El Caribe*. Eschborn: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Harvard University

2014 *Immigration to the US. Retrieved from California Gold Rush (1848–1858)*. Disponible en: <http://ocp.hul.harvard.edu/immigration/goldrush.html> [último acceso: 04/02/2014].

Hurtado, M. & Pereira-Villa, C.

2012 “Dinámica del comercio ilícito de personas: el caso de Colombia-Oriente Asiático”. En *Colombia Internacional* 76, pp. 167-194.

IIAP-MINAM Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana; Ministerio del Ambiente

2011 *Minería aurífera en Madre de Dios y contaminación con mercurio, una bomba de tiempo*. Lima: Ministerio del Ambiente.

INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática

2012 *Información SocioDemográfica - Compendio Estadístico 2012*. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/> [última consulta: 05/05/2013].

2007 *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/RedatamCpv2007.asp?id=ResultadosCensales?ori=C> [última consulta: 05/05/2013].

2007b *La pobreza en el Perú en el año 2007*. Lima: INEI.

INFOREGION

2012 “Exportadoras de oro a Suiza financiaron a clanes de minería ilegal en Madre de Dios”. Lima, 31 de julio. Disponible en: <http://www.inforegion.pe/portada/139648/exportadoras-de-oro-a-suiza-financiaron-a-clanes-de-mineria-ilegal-en-madre-de-dios/> [última consulta: 04/02/2014].

INGEMMET Instituto Geológico Minero y Metalúrgico

2013 *Sistema Geológico Catastral Minero*. Disponible en: <http://geocatmin.ingemmet.gob.pe/geocatmin/> [última consulta: 05/05/2013].

Ipenza Peralta, C.

2012 *Manual para entender: La pequeña minería y la minería artesanal y los decretos legislativos vinculados a la minería ilegal*. Lima: SPDA.

KITCO

2013 *Gold In US Dollar per ounce (GOLD)*. Disponible en: <http://charts.kitco.com/KitcoCharts/index.jsp> [última consulta: 10/05/2013].

Kovats-Bernat, J. C.

2002 “Negotiating dangerous fields: Pragmatic strategies for fieldwork amid violence and terror”. En *American Anthropologist* 104(1), pp. 208-22.

Kuramoto, J.

2001 *La minería artesanal e informal en el Perú*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).

McClain, N. M., & Garrity, S. E.

2011 “Sex Trafficking and the Exploitation of Adolescents”. En *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, pp. 243-252.

MEF Ministerio de Economía y Finanzas

2013 *Consulta Amigable*. Disponible en: <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx> [última consulta: 09 de Mayo de 2013].

MINEM Ministerio de Energía y Minas del Perú

2011 *Evolución Histórica de los Precios de los Principales Minerales*. Disponible en: <http://www.minem.gob.pe/descripcion.php?idSector=1&idTitular=2309&idMenu=sub151&idCateg=639> [última consulta: 01/04/2013].

2012 *Anuario Minero 2011*. Disponible en: <http://www.minem.gob.pe/publicacion.php?idSector=1&idPublicacion=426> [última consulta: 01/04/2013].

Ministerio Público de Argentina

2013 *La Procuraduría de Trata elaboró un índice que permitió demostrar la explotación laboral*. Disponible en: <http://fiscales.gob.ar/trata/un-calculo-de-remuneraciones-elaborado-por-la-procuraduria-de-trata-determino-la-existencia-de-explotacion-laboral/> [última consulta: 05/02/2014].

MINSA Ministerio de Salud

2013 *MINSA: Mapa de Establecimientos de Salud*. Disponible en: <http://200.24.7.19/geominsa/> [última consulta: 02 de mayo de 2013].

2012 *Situación del Embarazo Adolescente. Avances y Desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes*. Disponible en: <http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/PRESENTACION-VICEMINISTRO-DE-SALUD.pdf> [última consulta: 10 de mayo de 2013].

2012b *Personal del Ministerio de Salud y gobiernos regionales por grupos ocupacionales*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/recursos/RRHHMacros.asp?17> [última consulta: 11/05/2013].

- 2011 *El proceso de descentralización de la función de la salud a los gobiernos locales*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/01DescentralizacionLocal-EventoCLAS.pdf> [última consulta: 11 de mayo de 2013].
- 2005 *Norma técnica AISPED*. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/304_DGSP228.pdf [última consulta: 11 de Mayo de 2013].
- 1997 *Nomas técnicas para el mantenimiento y conservación de la infraestructura física de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_22/Norma%20Mantenimiento%20Primer%20Nivel.pdf [última consulta: 11 de mayo de 2013].

Montoya, Y.

- 2012 *Manual de capacitación Para operadores de justicia durante la investigación y el proceso penal en casos de trata de personas*. Disponible en: http://www.oimperu.org/oim_site/documentos/Manual%20de%20capacitacion.pdf [última consulta: 02 de diciembre del 2013].

Mujica, J.

- 2013 “The microeconomics of sexual exploitation of girls and young women in the Peruvian Amazon”. En *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, Routledge, Volume 15, Supplement 2, 2013, pp. 141-S152.
- 2011 *Micropolíticas de la corrupción: redes de poder y corrupción en el Palacio de Justicia*. Lima: Asamblea Nacional de Rectores.

Mujica, J. & Cavagnoud, R.

- 2012 “Prostitution adolescente et économie domestique dans le contexte portuaire de Pucallpa (Amazonie péruvienne)”. En *Cahiers des Amériques latines*, 68, pp. 145-160.

2011 “Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa”. En *Anthropologica*, pp. 91-110.

Mujica, J., Zevallos, N. & Vizcarra, S.

2013 *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*. Lima: Promsex.

Novak, F. & Namihás, S.

2009 *La trata de personas con fines de explotación laboral: El caso de la minería aurífera y la tala ilegal de madera en Madre de Dios*. Lima: IDEI (PUCP)-OIM.

OIM Organización Internacional para las Migraciones

2012 *Documento de trabajo OIM*. Disponible en: http://www.oimperu.org/oim_site/areas-de-trabajo/prevencion-y-lucha-contra-la-trata-de-personas-y-trafico-ilicito-de-migrantes-i/72 [última consulta: 11 de mayo de 2013].

2006 *Estudio exploratorio sobre trata de personas con fines de explotación sexual en Argentina, Chile y Uruguay*. Organización Internacional para las Migraciones.

OMS Organización Mundial para la Salud

2009 “Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales”. En *OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2009*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, pp. 95-105. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf [última consulta: 04 de febrero de 2014].

ONU Organización de las Naciones Unidas

1948. *Declaración universal de los derechos humanos*. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [última consulta: 04 de febrero de 2014].

Osores, F., Rojas, J. & Manrique, C.

2012 “Minería informal e ilegal y contaminación con mercurio en Madre de Dios: Un problema de salud pública”. En *Acta Médica Peruana*, pp. 38-42.

Pachas, V. H.

2013 *Conflictos sociales en Madre de Dios: El caso de la minería en pequeña escala de oro y la ilegalidad*. Lima: Catholic Relief Service - CRS.

PCM Presidencia del Consejo de Ministros

2014 *Estrategia Nacional para la Interdicción de Minería Ilegal*. Lima: PCM.

PNP Policía Nacional del Perú

2008 *Cuadros Estadísticos del Delito de Trata de Personas*. Disponible en: http://www.pnp.gob.pe/documentos/trata_personas.pdf [última consulta 05/02/2014].

PNUD Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo

2010 “Los componentes de la densidad del Estado”. En *PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente*. Lima: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, pp. 64-105.

PNUD-PERÚ

2012 *Estrategia de igualdad de género*. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/peru/docs/Empoderamiento/Estrategia%20de%20Igualdad%20de%20Genero%20de%20PNUD%20Peru.pdf> [última consulta: 04 de febrero de 2014].

Powlick, K.

2005 *Natural Resources and Conflict: Diamonds in Sierra Leone*.

Disponible en: http://www.peri.umass.edu/fileadmin/assets/pdfs/UM-S_Workshop/MaevePowlick.pdf [última consulta: 04/02/2014].

Ramírez, A.

2008 “Exposición a plomo en trabajadores de fábricas informales de baterías”. En *Anales de la Facultad de Medicina*, pp. 104-107.

Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n2/a07v69n2.pdf>
[última consulta: 04 de febrero de 2014].

Rawls, J. J., & Orsi, J. R.

1999 *A golden state: mining and economic development in gold rush California*. Los Angeles: University of California Press.

Reeves, K., Frost, L. & Fahey, C.

2010 “Integrating the history of the nineteenth-century gold rushes”.
En *Australian Economic History Review*, pp.111-128.

RENAES

2014 *Registro Nacional de Establecimientos de Salud*. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://intranet5.minsa.gob.pe/renaes/views/Inicio.aspx> [última consulta: 04 de febrero de 2014].

Rojas Jaimes, J.

2013 “Frecuencia de casos de Malaria y los factores contribuyentes en el distrito de Huepetuhe, Madre de Dios, Perú”. En *Revista Médica Herediana*, pp. 131-135.

Seidman, Irving

1998 *Interviewing as Qualitative Research. A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. New York: Teachers College Press.

Long Sieber, N. & Brain, J.

2014 “Health Impact of Artisanal Gold Mining in Latin America”.
En: *Revista. Harvard Review of Latin America*. Winter 2014.
Vol XXIII, N°2. pp. 66-69.

SPDA Sociedad Peruana de Derecho Ambiental

2012 *Minería ilegal en Madre de Dios en cifras*. Lima: SPDA –
Actualidad Ambiental. Disponible en: [http://www.spda.org.
pe/_data/publicacion/20120919122522_MdD%20en%20
Cifras.pdf](http://www.spda.org.pe/_data/publicacion/20120919122522_MdD%20en%20Cifras.pdf) [última consulta: 01/02/2014].

Soifer, H.

2012 “Measuring state capacity in contemporary Latin America”. En
Revista de Ciencia Política (Santiago), pp. 585-598.

Tierney, K. A.

2010 *Argonauts and Indians in the California Gold Rush: An Analysis
of the Sacramento-Region Press 1848-1860*. Sacramento:
California State University.

Turner-Moss, E., Zimmerman, C., Howard, L. & Oram, S.

2013 *Labour Exploitation and Health: A Case Series of Men and
Women Seeking Post-Trafficking Services*. New York: Springer
Science and Business Media New York.

UNODC

2000 *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas,
especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención
de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada
Transnacional*. Viena: Oficina de Naciones Unidas contra la
Droga y el Delito.

U.S. Geological Survey

2013 *Gold*. Disponible en: <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/commodity/gold/mcs-2013-gold.pdf> [última consulta: 01/04/2013].

Verité

2013 *Risk Analysis of Indicators of Forced Labor and Human Trafficking in Illegal Gold Mining in Peru*. Disponible en: <http://www.verite.org/research/goldminingperu> [última consulta: 01/04/2014].

Vandana Desai & Potter, Robert (eds.)

2006 “Ethnography and Participant Observation”. En *Doing Development Research*. London: Sage Publications, pp. 180-188.

Weisburd, D.

2003 “Ethical practice and the evaluation of interventions in crime and justice”. En *Evaluation Review* 27(3), pp. 336-54.

White, R.

1998 “The Gold Rush: Consequences and Contingencies”. En *California Historical Society*, pp. 42-55.

Williamson, E., Dutch, N. & Clawson, H. J.

2010 *Evidence-Based Mental Health Treatment for Victims of Human Trafficking*. Disponible en: <http://aspe.hhs.gov/hsp/07/humantrafficking/mentalhealth/index.pdf> [última consulta: 04/02/2014].

Wilson, K. S.

2013 “Seeking America in America: The French in the California Gold Rush”. En *Southern California Quarterly*, pp. 105-140.

Wood, E.J.

2006 “The Ethical Challenges of Field Research in Conflict Zones”.
En *Qual Sociol*, No. 29, pp. 373–386.

Zimmerman, C.

2003 *The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents. Findings from a European Study*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Zimmerman, C. & Borland, R.

2009 *Caring for trafficked persons. Guidance for Health Providers*. Geneva: IOM, UNGIFT, LSHTM.

Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Roche, B., Morison, L. & Watts, C.

2006 *Stolen smiles: The physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe*. London: The London School of Hygiene & Tropical Medicine.

*Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud
de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en
Madre de Dios de Jaris Mujica se terminó de imprimir
en marzo 2014 en Lettera Gráfica
Lima, Perú*

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



anesvad
por el derecho a la salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



ISBN: 978-612-4106-18-7



9 786124 106187

El contexto de extracción de oro en Madre de Dios, en el sureste de la Amazonía peruana, ha generado una ola migratoria en un territorio de escasa presencia del Estado. La economía ilegal y la extracción no formal de oro en la región han generado un escenario de condiciones precarias en donde la trata de personas para la explotación laboral y la explotación sexual son un fenómeno constante y sistemático. Este estudio se dirige a comprender un asunto específico en ese contexto: el impacto de la trata en la salud de las víctimas. Sostenida en un amplio abanico de herramientas y recolección de información de primera mano, la investigación muestra las diferencias de intensidad y duración de las enfermedades declaradas en las víctimas de trata y en quienes no lo son, y los severos problemas de cobertura y atención de los servicios de salud de la región.

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



anesvad

por el derecho a la salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**
