

Madre de Dios: Una iniciativa para todos

Madre de Dios: An initiative for all

Sr. Editor:

Con respecto a las líneas de investigación planteadas por el Instituto Nacional de Salud del Perú, se priorizan las de enfermedades infectocontagiosas y tropicales¹. Por lo que se han iniciado intervenciones en salud pública y epidemiología a cargo de diversas instituciones nacionales e internacionales (MINSA, NAMRU-6, URP, CIDEAM, etc.) en la región de Madre de Dios, con el fin de desarrollar proyectos para contribuir con datos sensibles y estadísticamente significativos que muestren la realidad epidemiológica y la situación de riesgo de enfermedades infecto contagiosas, teniendo en cuenta la población de alta vulnerabilidad en las comunidades nativas en las zonas fronterizas entre Perú-Bolivia.

Diversos estudios han mostrado la situación de epidemia de Hepatitis viral B, Sífilis y VIH en comunidades nativas de la amazonía peruana^{2,3}. Zavaleta et al, manifiestan que en la población amazónica de Loreto ninguno de los participantes del estudio reportó haber usado condón. Los condones no son parte de las normas de la cultura en este grupo indígena, aunque el MINSA ofrece condones gratuitos a esta comunidad. Además encontraron una seroprevalencia de 7,5% y 6,3% para VIH y sífilis respectivamente solo en adultos³. Siendo antecedentes relevantes para el desarrollo de hipótesis y objetivos de investigación aparentes en comunidades nativas.

En este contexto, el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas se encuentra realizando una línea de base de seroprevalencia de enfermedades infecto contagiosas en comunidades vulnerables de la amazonía. Evaluando en reportes preliminares la prevalencia de éstas enfermedades en mujeres en edad fértil en la comunidad, teniendo resultados preliminares del real impacto de las enfermedades de transmisión sexual en comunidades nativas Esejeja en Madre de Dios⁴, con el fin de promover estrategias de salud adecuadas en este grupo étnico. Por otro lado, la minería informal ha originado la migración de poblaciones de diversas regiones del país, siendo vectores de nuevas enfermedades en la epidemiología de la región⁵.

Estas condiciones crean una situación de multifactorialidad para el desarrollo de múltiples patologías. La ausencia de servicios básicos que predisponen a la aparición de enfermedades endémicas; el nivel de pobreza que imposibilita un acceso a una educación de calidad y

por tanto, un nivel cultural limitado reflejado en las costumbres no saludables de la población; disminución de atención médica, falta de apoyo del estado por su calidad de ilegalidad, el ambiente de desconfianza y depresión autogenerado en la comunidad, conducen al desarrollo de un subregistro de enfermedades seroprevalentes en la comunidad.

El común denominador en las comunidades nativas es la escasez de agua potable, por lo que es fácil advertir la presencia constante de trastornos gastrointestinales, sobre todo en niños; la preocupación de éstas radica en las altas tasas de mortalidad que traen consigo. Estas comunidades presentan elevada prevalencia de parasitosis, enfermedades metaxénicas e infecto-contagiosas debido al hacinamiento en el que residen dichos pobladores. Así como la convivencia entre distintas especies sin buenas normas de salubridad. Por lo que nos vemos en obligación de determinar de manera sensible una línea de base en comunidades nativas así como determinar perfiles epidemiológicos en diversas patologías prevalentes en la región de Madre de Dios.

J. Antonio Grández- Urbina^{1,2,a}, J. Gonzalo-Rodríguez^{1,b}

¹Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

²Hospital Central Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

*Médico; ^bInterno de medicina

*Correspondencia a: José Antonio Grández Urbina.

Correo electrónico: jagrandez@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud- Ministerio de Salud. Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso, 2007.
2. Cabezas C. Hepatitis virales B y delta: epidemiología y prevención en el Perú. *Rev Per Med Exp Salu Publica* 2002; 19(3): 150-61.
3. Zavaleta C, Fernandez C., et al High Prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am. J Trop Med Hyg* 2007; 76(4):703-705
4. Grández J, Fernández J. Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país. *Rev Med Hered* 2012; 23(1):70-71.
5. Osoreo F, Grández J, Fernández J. Mercurio y Salud en Madre de Dios, Perú. *Acta Med Per* 2010; 27(4): 310-14.

Derechos humanos de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables en Bolivia y la equidad en salud

Human Rights of Indigenous Peoples in Bolivia Highly Vulnerable and health equity

Sr. Editor:

Según el encuentro regional sobre Determinantes Sociales de la Salud, realizado el 2008, los pueblos indígenas constituyen la base económica y cultural de la mayor parte de los países de las Américas, su historia, costumbres, saberes y concepciones perduran a pesar de la globalización¹.

En Bolivia, la población indígena representa el 62% (cerca de 3,9 millones de personas), de estos casi el 80% carece de acceso a servicios de salud. Entre los 36 pueblos indígenas que viven en Bolivia, existen grupos especialmente vulnerables que enfrentan serias dificultades para mantener su bienestar físico y su cultura frente a la sociedad nacional, éstos son los Pueblos Indígenas Altamente Vul-

nerables (PIAV) y representan menos del 0,2%². Según Ely Linares³, para definir la vulnerabilidad de un pueblo se consideran los siguientes parámetros: vulnerabilidad demográfica, territorial, geopolítica, por agresión física, cultural y ambiental, vulnerabilidad en salud e inmunológica, decantación de la cultura y la desestructuración del tejido social.

Como se pondrá en evidencia, a pesar de la extensa normativa que los protege, su situación es de vulnerabilidad, presentan problemas de salud derivados de la carencia de la tierra y territorio y de la falta de participación real en los espacios de decisión del Estado. Si bien, se han ratificado convenios internacionales sobre la temática, se ha avanzado poco en la adecuación y producción de la normativa interna y la implementación de políticas de prevención y sanción de la discriminación, esto ocasiona la negación de sus derechos humanos como individuos y como pueblos.

En el caso de Bolivia, actualmente se atraviesa un proceso de cambio, reflejado en la reforma de la Constitución Política del Estado (CPE) que se apoya en tres pilares fundamentales: la formación del Estado Plurinacional, las autonomías y el nuevo modelo de desarrollo socioeconómico. El Estado Plurinacional reconoce a los pueblos

indígenas como sujetos colectivos y ha incorporado sus estructuras colectivas o comunitarias en la organización del Estado. Las autonomías consolidan la propiedad sobre sus territorios, mediante la titulación de tierras comunitarias de origen (TCO's) y de su gestión territorial como el fundamento mismo de sus derechos⁴.

A pesar de aquello, aún existen fallas estructurales del Estado –el divorcio entre el aparato del Estado y los pueblos indígenas, la desarticulación en relación con las regiones y una estructura económica heterogénea, además de conflictos en el manejo de la cuestión nacional, la cuestión regional y la pérdida de control sobre el excedente económico que generan relaciones de intercambio desigual–.

Las demandas de los pueblos indígenas pueden ser seguidas a lo largo de la historia a través de las crónicas de los historiadores y más recientemente gracias a la sistematización de la información recopilada por los medios masivos de comunicación. Desde fines del siglo XIX se continuó el mito racista iniciado por los europeos, que concibe al indígena como estorbo al progreso y justifica el genocidio como plataforma para la consolidación de la economía.

A pesar de aquello, después de múltiples luchas sociales, en la actualidad, los PIAV son parte de un importante proceso de reforma social, político, jurídico y económico. Como prueba de aquello tenemos la conformación de la “Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia” (CIDOB) en 1982 y la posterior marcha indígena denominada “por el territorio y la dignidad” el año 1990, donde participaron dirigentes del movimiento indígena⁵. Dicha marcha generó un movimiento social que posicionó a la CIDOB, a nivel nacional e internacional por apoyar y contribuir en la consolidación del derecho propietario de los pueblos indígenas.

En ese contexto se lograron avances importantes, en políticas de atención a los PIAV con actividades enfocadas a la atención en salud, derecho a la identidad, y fortalecimiento organizativo. Se inició un trabajo de consolidación de tejidos institucionales con la participación de diferentes actores locales y regionales, públicos y privados, buscando respuestas institucionales de emergencia flexibilizándose así estructuras y procedimientos conservadores e intolerantes. Y cuando se pensaba que el panorama legal y jurídico estaba consolidado con la promulgación de la nueva CPE el problema nuevamente se evidenció, esta vez vinculado a la expansión de la frontera agrícola, la construcción de una carretera interdepartamental que atraviesa el corazón de su territorio y la explotación petrolera. Como años atrás, los indígenas vuelven a ser considerados como un escollo al desarrollo y el etnocidio continúa. Por tanto, se hace evidente que, a pesar de existir una base jurídica para la protección de sus derechos, aún persisten las prácticas colonizadoras, fundamentadas en discursos políticos contradictorios al marco legal y jurídico establecido, además existe aún falta de protección física y territorial con riesgo de etnocidio en los pueblos más vulnerables.

Esta lucha histórica, social, política y jurídica, que han desarrollado los pueblos indígenas es mundial. A nivel internacional se han logrado que estos derechos queden plasmadas en declaraciones, jurisprudencia e instrumentos normativos, como la Ley N° 1257 de 1991 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre del 2007, mediante Ley de la República N° 3760.

La importancia de esto último, es que la CPE declara que: “Los tratados e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos que hayan sido firmados, ratificados o a los que se hubiera adherido el Estado, que declaren derechos más favorables a los contenidos en la Constitución, se aplicarán de manera preferente sobre ésta” (art. 256.1). He ahí que los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos tienen un valor tan constitucional que pueden prevalecer sobre la Constitución misma. Que la disposición se refiera a instrumentos además de tratados resulta clave para los

pueblos indígenas puesto que la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas es instrumento y no tratado⁶.

Los derechos de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos han quedado inscritos en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia⁷, con la inserción del Capítulo Cuarto, Derechos de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos, que considera los siguientes parámetros, Derecho a la autodeterminación, Derecho a la tierra y territorio, Derecho a la cultura, Derecho a la salud. De esto último, cabe mencionar, que el sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos⁸. La inclusión de los pueblos indígenas en la CPE, coloca a Bolivia en la vanguardia de los países americanos en el campo del reconocimiento democrático constitucional de sus derechos.

La salud, en el caso de los PIAV, está intrínsecamente ligada al entorno natural y al territorio, de primar el respeto a la propiedad territorial, su cultura y cosmovisión. Los PIAV, debido a su aislamiento, no poseen los anticuerpos que los proteja de las enfermedades de la sociedad “civilizada” la cual les ha sumado patologías agravadas por la exclusión social: ambiente insalubre, hacinamiento, carencias alimentarias, desnutrición y la pérdida de la medicina tradicional. Para muchas de estas patologías la ciencia ha dado grandes avances y sin embargo ha postergado sus esfuerzos debido a su baja rentabilidad, un hecho totalmente injusto si consideramos el avance actual de la investigación.

Por otro lado la dispersión poblacional y la inaccesibilidad geográfica dificultan la incorporación de estos pueblos a las redes de atención de salud, se han intentado estrategias de atención periódica mediante equipos de salud itinerantes, con costos elevados y una falta de continuidad en la atención. En la zona tropical los costos de transporte fluvial hacen difícil el acceso y la referencia hospitalaria. La cantidad de la población muchas veces no alcanza los mínimos exigidos para asegurar los recursos y el personal necesario para su atención.

En esta precaria situación es más difícil el acceso a los medicamentos. A pesar de la capacidad de la ciencia, vivimos en la civilización del mercado, donde los medicamentos son una estrella de primer nivel⁹. De la gran cantidad de moléculas que se desarrollan, sólo unas cuantas son para las enfermedades de los pobres, que a pesar de ser la gran mayoría, no son redituables y no justifican su producción en el mercado. En el mundo el 90% de los pobladores son pobres, y esas enfermedades que admiten como trasfondo la pobreza continúan casi sin investigación.

Se hace necesario intervenir en esta situación, según Germán Velásquez⁹, existen tres “fallas del mercado” que justifican la intervención del sector público en el mercado de los servicios de salud y de los productos farmacéuticos.

El mercado en si no es eficiente. Las enfermedades de los sectores empobrecidos son económicamente rentables para la industria farmacéutica. El Estado debe equilibrar el acceso a los medicamentos y consolidar los derechos humanos y la equidad en salud. El acceso a medicamentos está determinado por la capacidad adquisitiva.

El Estado debe defender el interés público frente al comportamiento individual. La salud es un derecho fundamental de la población, el Estado debe encontrar mecanismos para el financiamiento de medicamentos y servicios de salud. Varios países optaron por el uso de medicamentos esenciales como la mejor opción terapéutica y los medicamentos genéricos como la mejor alternativa comercial, las políticas sobre el acceso a medicamentos deben articularse con los procesos de reforma de la Salud¹⁰. Se recomienda compatibilizar la Ley del medicamento con los artículos de la nueva CPE, donde se garantiza el acceso de la población a los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y/o su importación.

En conclusión existe aun falta de protección física y territorial con riesgo de etnocidio en los pueblos más vulnerables. Existe una base jurídica para la protección de sus derechos, sin embargo persisten las prácticas colonizadoras, fundamentadas en discursos políticos contradictorios al marco legal y jurídico establecido. El respeto a la autodeterminación, territorio, cultura y salud son los pilares fundamentales para que los pueblos indígenas asuman el verdadero ejercicio de sus derechos humanos.

Deberá respetarse su cultura, cosmovisión y su fuerte vínculo con la naturaleza y la preservación de la biodiversidad. Hoy se habla mucho sobre pueblos indígenas y desarrollo, pero el “desarrollo” de los pueblos indígenas en contra de su voluntad –en el fondo, para que otros puedan apropiarse de sus tierras y recursos– no es más que colonialismo del siglo XXI y viste ahora, el disfraz de lo “políticamente correcto”. Las políticas públicas deberán ser participativas, coordinadas, ejecutadas y supervisadas para el cumplimiento de las leyes, así disminuir el etnocidio. Para garantizar el ejercicio del derecho a la salud y acceso a medicamentos como derecho humano, deben buscarse estrategias creativas y efectivas para solucionar la falta de acceso a la atención en salud, respetando la diversidad cultural y las concepciones indígenas sobre salud, asignar personal médico permanente, que sea capaz de implementar la Atención Primaria en Salud y analizar la determinantes sociales de la salud.

En conclusión, es importante continuar con los esfuerzos de visibilización de esta problemática para generar debate, propuestas e iniciativas en diferentes ámbitos. La lucha de los PIAV ha logrado evidenciar la exclusión social sanitaria, ha reivindicado y profundizado la importancia de la participación social verdadera y efectiva en la gestión de la salud, que además debe ser diferenciada según la realidad de estos pueblos.

Karla Yolanda Patiño Ramírez^{1,a}

¹Unidad de Investigación y Difusión, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

^aMédico, magister en Salud Pública.

*Correspondencia a: Karla Yolanda Patiño Ramírez.
Correo electrónico: karla_cbba@yahoo.com

Referencias bibliográficas

1. José Luis Di Fabio. Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Informe del encuentro regional. OPS/OMS. Quito Ecuador. 2009.
2. Grupo del Banco mundial. América Latina y el Caribe. Bolivia-Datos destacados. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004.
3. Ely Silvia Linares. Sistematización de la Experiencia de Trabajo con el Pueblo Yuqui. OPS/OMS Bolivia. 2010
4. José Carlos Mariategui. Los derechos de los pueblos indígenas. Agencia de cooperación de Dinamarca en Bolivia. 2009
5. Ismael Guzmán. Los Recuerdos de La Marcha Indígena de 1990. CIPCA Beni Bolivia.
6. Clavero Bartolome. Bolivia: Distorsión de la Constitución por el Proyecto de Código de Procedimientos Constitucionales Sevilla España. 2006. Pag 1
7. Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Versión oficial aprobada por la Asamblea Constituyente - 2007 y compatibilizada en el Honorable Congreso Nacional – 2008
8. Ginés González García. Medicamentos: Ese raro objeto entre la ciencia, el mercado y la magia, En: Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado = Acesso a medicamentos direito fundamental, papel do Estado. / Organizado por Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Maria Auxiliadora Oliveira e ÂngelaEsher. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. 274p., ilus, tab., graf. Texto em espanhol e português.
9. Germán Velásquez . El papel del Estado en el financiamiento de los medicamentos. En: Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Antonio Zepeda Bermudez, Maria Auxiliadora Oliveira e ÂngelaEsher. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. 274p., ilus, tab., graf. Texto en español y portugués
10. Francisco Rossi. Experiencias en Formulación e Implementación de Políticas Nacionales de Medicamentos. Bolivia y Colombia. En: Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. 274p., ilus, tab., graf. Texto en español y portugués.