



EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO INICIAL

PONENCIAS PRESENTADAS EN LA REUNION INTERNACIONAL EN QUITO, ECUADOR. 19-20 DE OCTUBRE DE 2007

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO INICIAL

Ponencias presentadas
en la reunión internacional en Quito, Ecuador
19-20 de octubre de 2007

Copenhague 2007

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO INICIAL

Ponencias presentadas en la reunión internacional en Quito, Ecuador
19-20 de octubre de 2007

Copyright: Los autores, el Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA), el Instituto de Promoción de Estudios Sociales (IPES) y la Fundación Biodiversidad.

Edición: Beatriz Huertas Castillo

Producción editorial: Alejandro Parellada

Cubierta: Jorge Monrás

Impresión: TAREA Asociación Gráfica Educativa – Lima, Perú

Título: *El derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial*

Autores: Antonio Iviche Quique. Christine Beier. Beatriz Huertas. Neptalí Cuevas Maza. Diego Henao. Hilton Nascimento. Lucía Ibarra de Terol. Sergio Servín. Jieun Kang. Benno Glauser. Noly Fernández. Aimé Tillet. David Martín Castro. José Parra. Julian Burger. Eduardo Aguiar de Almeida.

Número de páginas: 145

ISBN: 9788791563492

ISSN: 0108-9927

Serie: Documentos de IWGIA

Idioma: castellano

Index: 1. Pueblos Indígenas – 2. Amazonía y Gran Chaco – 3. Pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial – 4. Salud

Área geográfica: América Latina – Amazonas – Gran Chaco

Editorial: IWGIA

Fecha de publicación: abril de 2008



**GRUPO INTERNACIONAL DE TRABAJO
SOBRE ASUNTOS INDÍGENAS**

Classensgade 11 E, DK 2100 - Copenhague, Dinamarca
Tel: (45) 35 27 05 00 - Fax: (45) 35 27 05 07
E-mail: iwgia@iwgia.org - Web: www.iwgia.org

Instituto Promoción Estudios Sociales
IPES
EL KARTEA



**MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN**



**AGENCIA
ESPAÑOLA DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL**



Fundación Biodiversidad

*Este libro ha sido realizado gracias al financiamiento de la Fundación
Biodiversidad y la Agencia Española de Cooperación
Internacional para el Desarrollo.*

CONTENIDO

Presentación	
<i>Antonio Iviche Quique</i>	8
Introducción	10
Perú	
El caso de los Nantis del sureste del Perú	
<i>Christine Beier</i>	16
Autodeterminación y salud	
<i>Beatriz Huertas</i>	36
Una norma para la salud de los pueblos aislados y en contacto inicial	
<i>Neptalí Cueva Maza</i>	46
Colombia	
Los Nükák: un pueblo nómada, aislado y reducido fuera de su territorio	
<i>Diego Henao</i>	56
Brasil	
Los pueblos indígenas aislados de la “Tierra Indígena Valle del Yavari” y la epidemia de malaria y hepatitis B y D	
<i>Hilton S. Nascimento</i>	72
Paraguay	
El caso de los Ayoreo Totobiegosode en el Chaco Paraguayo	
<i>Lucía Ibarra de Terol y Jorge Servín</i>	80



¿Qué significa proteger de riesgos a la salud
en situaciones de contacto?
Propuestas para nuestra percepción y actuación futura
Jieun Kang y Benno Glauser.....88

Venezuela

Una estrategia para armonizar
las políticas de salud para los pueblos y comunidades
indígenas de Venezuela
Noly Fernández y Aimé Tillett.....98

Organismos internacionales

Aplicación de la Declaración sobre los derechos
de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial
David Martín Castro, José Parra y Julian Burger 110

Asegurando la integridad física y la vitalidad
de los pueblos indígenas aislados.
Eduardo Aguiar de Almeida 122

Declaración de Quito 126

Lista de participantes 142

PRESENTACION

En noviembre de 2006, organizaciones indígenas de Ecuador, Colombia, Brasil, Paraguay, Bolivia y Perú, reunidas en el Seminario Internacional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, realizado en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, acordaron por unanimidad crear una instancia de coordinación y ejecución de acciones, a nivel de Sudamérica, con el objetivo de promover el respeto de los derechos fundamentales y el bienestar de estos pueblos hermanos. Fue así como se creó el Comité Indígena Internacional para la protección de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, CIPIACI.

Los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial son expresión del rechazo frente a las negativas consecuencias que la expansión de la sociedad dominante ha generado sobre sus derechos, sus territorios y su bienestar, en un contexto de ausencia de políticas de Estado y medidas que garanticen su sobrevivencia. Su condición de sobrevivientes de procesos históricos genocidas, y su decisión de aislarse de la sociedad envolvente para garantizar su integridad física y socio cultural, debería haber motivado una profunda reflexión, de parte del sector gobernante y la sociedad civil, sobre los efectos que ha tenido la política estatal orientada a la “conquista de la Amazonía y el Gran Chaco” en nuestros países, así como la necesidad de asumir políticas que antepongan el respeto de los derechos humanos a los intereses económicos de los grupos de poder.

Lamentablemente, la oportunidad de aprender y corregir errores no ha sido aprovechada por los Estados y, aun hoy que vivimos la era de las declaraciones internacionales que promueven el respeto de los derechos fundamentales, los pueblos indígenas en general afrontamos uno de los momentos más difíciles de nuestra historia al ver que nuestros territorios son puestos a disposición de empresas inversionistas sin considerar que para nosotros significan la vida. En este contexto, la situación de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial es particularmente grave por cuanto son extremadamente vulnerables a enfermedades foráneas que se vienen expandiendo con la presencia externa fomentada por el propio Estado; su existencia depende exclusivamente del aprovechamiento de los recursos naturales proporcionados por sus territorios, hoy mayormente entregados en concesión a empresas extractivas; y, en su mayoría, carecen de una protección efectiva de parte del Estado.

Es precisamente esta preocupante realidad, la que ha motivado la creación de CIPIACI que, coherente con la rapidez y eficacia que la situación demanda actuar, viene avanzando en el entendimiento y análisis de la problemática de estos pueblos en cada país; el respaldo, difusión y canalización de las propuestas de protección que vienen siendo planteadas o ejecutadas por sus organizaciones miembros, hacia las instituciones nacionales competentes; el planteamiento de propuestas y recomendaciones para garantizar su protección a nivel de organismos supranacionales; y, en este caso, la celebración de reuniones que congreguen a los actores involucrados en la protección de estos pueblos, en el ámbito de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, con el objetivo de plantear propuestas de políticas públicas y planes de acción concretos, conducentes al respeto de sus derechos.

La delicada situación que atraviesan nuestros hermanos indígenas en aislamiento y en contacto inicial exige la aplicación de políticas y acciones de protección adecuadas y efectivas, de parte de los Estados, así como la vigilancia permanente y la exigencia del respeto de sus derechos por las organizaciones indígenas, la sociedad civil y los organismos internacionales de defensa de los derechos fundamentales. Hoy, los Estados tienen la oportunidad de demostrar que, tal como lo señalan en sus leyes nacionales, la persona es el fin supremo de la sociedad y que tal como lo pregonan, son realmente respetuosos de los derechos humanos por encima de subalternos intereses económicos.

Antonio Iviche Quique
Coordinador General
CIPIACI

INTRODUCCION

La presente publicación reúne las ponencias expuestas por especialistas, funcionarios y representantes de organizaciones internacionales de defensa de los derechos humanos, congregados en la reunión internacional denominada “Hacia el diseño de políticas públicas y planes de acción para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial”, llevada a cabo en la ciudad de Quito, el 19 y 20 de octubre de 2007.

La reunión fue organizada por el Comité Indígena Internacional para la protección de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay, CIPIACI, el cual integra a organizaciones indígenas de Perú, Bolivia, Paraguay, Ecuador, Brasil y Colombia. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, con la cual CIPIACI mantiene una relación de comunicación y colaboración mutua, co-organizó el evento.

El objetivo general de la reunión fue promover el diseño y adopción a nivel de los gobiernos y organismos internacionales, de una política de prevención, atención y mitigación de impactos a la salud, que pudieran afectar a los pueblos en aislamiento y contacto inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay, respetando su derecho a la autodeterminación, lo cual implica no forzar el contacto. En este sentido, el principio fundamental que orientó las propuestas de la reunión fue el respeto del derecho a la autodeterminación de los pueblos mencionados, entendido como su derecho a decidir libre y voluntariamente la forma de vida que desean tener.

Otros objetivos de la reunión fueron: 1. analizar y plantear mecanismos de fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales, regionales e internacionales, con el fin de garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas aislados y en contacto inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay; 2. participar en la formulación de una guía que dé cuenta de un análisis integral de la problemática, de las buenas prácticas y de un protocolo de actuación para garantizar los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial; 3. profundizar y actualizar el conocimiento sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial; 4. profundizar el conocimiento sobre las amenazas actuales contra el derecho a la salud de los pueblos en aislamiento y contacto inicial; 5. establecer un espacio de intercambio de información, diálogo y acuerdo de políticas, estrategias y

acciones entre los representantes de los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil, para la protección de su derecho a la salud.

En efecto, “la alta vulnerabilidad a enfermedades externas es una de las condiciones que caracteriza a gran parte de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial. De acuerdo a informes desarrollados por instituciones especializadas como la Oficina General de Epidemiología, del Ministerio de Salud del Perú (2003), esta situación respondería a la carencia de defensas inmunológicas de parte de estas poblaciones. Así, enfermedades infecciosas y virales exógenas, como la gripe, pueden causar epidemias, prolongados periodos de enfermedad, muertes masivas y, en el mejor de los casos, largos periodos de convalecencia. La misma institución señala que, de acuerdo a diversos especialistas, cualquiera que sea la causa de vulnerabilidad frente a determinadas enfermedades, poblaciones indígenas que en el pasado han sido sensibles a enfermedades virales exógenas, requerirían de 3 a 5 generaciones (90-150 años) para estabilizar su respuesta ante determinado agente infeccioso”.

El contagio de enfermedades fue una de las causas más importantes de la debacle poblacional de los pueblos indígenas durante la conquista y, en la actualidad, lo es de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. Por ejemplo, la población Yora del río Urubamba, en el Perú, fue diezmada en los años 80, ante la expansión de enfermedades respiratorias transmitidas tras el contacto directo con agentes externos que ingresaron a sus territorios; en la misma época la población Nukak Maku, de la Amazonía colombiana, fue reducida a la mitad a raíz del contagio de gripe y sarampión, transmitidos por los colonos de zonas vecinas. El pueblo Nanti del río Camisea, también en Perú, viene siendo afectado por infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS), desde que estableciera el contacto sostenido, en los años 1990. De otro lado, recientemente se supo de la muerte de decenas de indígenas de la Tierra Indígena del Yavarí, Brasil, debido al contagio de hepatitis B, C y D y malaria. Son numerosos los casos de contagio de epidemias que se pueden mencionar.

Al hablar de salud y pueblos indígenas, es fundamental tomar en cuenta que ésta no se encuentra limitada al campo biomédico. Cada pueblo indígena tiene su propia percepción de salud, la cual basa en su cosmovisión, en el bienestar individual (emocional, psíquico), colectivo (social, organizativo, político, económico, territorial, demográfico) y en su relación con el entorno natural. La vulnerabilidad inmunológica de los pueblos en aislamiento y contacto inicial, así como la amenaza que significa el avance de diferentes sectores de la sociedad hacia sus territorios, demandan la urgente adopción de una política específica de prevención y atención de salud a nivel del Estado, para estos pueblos; que tome en cuenta su propia concepción de salud, los factores internos y externos que influyen en ésta, la preparación técnica y ética adecuada de profesiona-

les y técnicos en salud, responsables de brindarles atención especializada, entre otros.

La delicada situación que atraviesan los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial ha motivado acciones de defensa de parte de las organizaciones indígenas representativas, las cuales han consistido principalmente en alertar a los gobiernos y a las empresas privadas sobre los riesgos que implica la presencia externa y la ejecución de actividades de diverso índole, en los territorios habitados por estos pueblos hermanos.

En esta ocasión, las organizaciones indígenas de la Cuenca Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay damos un paso adelante, cristalizando nuestro objetivo de avanzar hacia el planteamiento de propuestas de políticas y planes de acción concretos, para la protección del derecho a la salud de los pueblos mencionados. Tales propuestas se encuentran plasmadas en la "Declaración de Quito", documento concensuado entre los participantes en la reunión que motiva esta publicación, con setenta planteamientos vinculados específicamente a la prevención de enfermedades, atención de emergencias en salud, mitigación de impactos por el contagio de enfermedades que afecten a los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, así como compromisos que esperamos sean asumidos por los organismos internacionales que vienen abordando la temática.

El análisis de la problemática de estos pueblos hermanos, el mismo que dio lugar a la Declaración de Quito, se encuentra sistematizado en las diferentes ponencias que forman parte de este libro que, esperamos, sea leído por los funcionarios de cada uno de los países involucrados, así como por la sociedad civil interesada en apoyar tan importante causa.

Es importante señalar que en el ámbito internacional, recientemente el tema de salud fue tratado, junto con otros aspectos, en el "Seminario Regional sobre pueblos en aislamiento y contacto inicial", realizado en noviembre de 2006, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, y organizado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH, el Gobierno de Bolivia, la Confederación Indígena del Oriente Boliviano, CIDOB, y el Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA.

En este marco, y en seguimiento a las recomendaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas en su informe de 2007, la OACNUDH está promoviendo la elaboración de guías para poderes locales y estados para la protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

El Comité Indígena Internacional para la Protección de los Pueblos en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, expresa su agradecimiento al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, al Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA, la Agencia Española de Cooperación Interna-

cional, AECI, la Fundación Biodiversidad y la Fundación Tukuishimi, por su apoyo en la realización de la reunión.

Corresponde ahora velar por la implementación de las propuestas planteadas, en el marco del cumplimiento de las normas y tratados nacionales e internacionales, que garantizan el derecho a la vida y la salud, en este caso, de nuestros hermanos indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial.

Consejo Directivo de CIPIACI

PERU

EL CASO DE LOS NANTIS DEL SURESTE DEL PERU

Christine Beier

1. Introducción

Este documento ofrece un breve estudio de caso sobre las tres primeras décadas del proceso de contacto inicial entre el pueblo Nanti y el mundo no Nanti y las consecuencias concomitantes en cuanto a la salud. Los primeros contactos *no voluntarios* ocurrieron aproximadamente entre 1974 y 1977 con la llegada de los misioneros dominicos. La subsecuente historia de contacto *voluntario* entre una parte del pueblo Nanti y el mundo no Nanti empezó en 1987 y aún está en curso en la Amazonía del sureste del Perú, en el departamento de Cusco. La concomitante propagación de las enfermedades introducidas por los forasteros ha tenido un grave efecto en la salud y el bienestar de toda la población Nanti.

Este estudio se basa en diez años de trabajo de campo y proyectos humanitarios llevados a cabo por la autora juntamente con la ONG Cabeceras Aid Project (Proyecto de Apoyo 'Cabeceras').¹ A continuación, se presentan algunos datos y observaciones sobre el caso específico del pueblo Nanti, a partir de lo cual luego se hacen ciertas generalizaciones y recomendaciones que podrían ser útiles para otros casos de grupos en aislamiento voluntario y contacto inicial en la Amazonía.

2. La identidad etnolingüística y la ubicación de los Nantis

El grupo étnico actualmente conocido como Nanti habita la zona de las cabeceras de las cuencas de los ríos Camisea y Timpía, ubicada en el departamento de Cusco, Perú. En esta zona se inician las estribaciones de los Andes y como consecuencia es un terreno accidentado surcado por ríos caudalosos de agua cristalina. Los territorios de uso de los Nantis² se ubican dentro de la Reserva Kugapakori Nahua,³ el Santuario Nacional Megantoni y el Parque Nacional Manu. Todos los territorios de los Nantis son colindantes con los territorios Matsigenkas (ortografías alternativas: Machiguenga, Matsiguenka).

El nanti es una lengua de la rama kampa de la familia arawak, junto con las lenguas asháninka, ashéninka, caquinte, matsigenka y nomatsigenka. El más parecido al nanti es el matsigenka y existe un cierto nivel de intercomprensión entre ambos.

Hasta el presente, la mayoría de los Nantis son monolingües, aunque algunos hombres tienen además un conocimiento básico de matsigenka y castellano.

Antes del establecimiento de relaciones amistosas con la gente Matsigenka, el pueblo Nanti era denominado por gente no Nanti con el nombre despectivo de “Kogapakori”, palabra que quiere decir “asesino” o “persona amoral” en la lengua matsigenka y entendida así por los Nantis. Este nombre es usado por los Matsigenkas cuando se refieren a gente “no contactada”, a quienes temen. La denominación Nanti fue establecida por el misionero evangélico Matsigenka Ángel Díaz, aproximadamente en 1997, pues él fue sensible a la gran ofensa que causaba el otro término. Como es común en muchas sociedades amazónicas, las personas ahora denominadas Nanti o Nantis históricamente no usaban un nombre étnico específico para referirse a sí mismas, antes del contacto con gente forastera; más bien, suelen referirse a personas y grupos según el sitio donde viven.⁴

A partir de entrevistas con Nantis así como del censo de la población de Montetoni que Cabeceras registra desde 1997, calculamos que, al presente, la población total no sobrepasaría los 500 individuos. De este total, estimamos que aproximadamente 260 Nantis viven en la cuenca del río Camisea y unos 100 en la cuenca del río Timpía. Al mismo tiempo, sabemos que el tamaño del pueblo Nanti ha disminuido mucho en las últimas tres décadas. Como se describe a continuación, calculamos que entre el 30% y el 50% de la población ha muerto desde el primer contacto ocurrido en los años setenta, debido a enfermedades introducidas por gente no Nanti.

En el río Camisea, actualmente⁵ existen cinco asentamientos Nantis. Comenzando por la parte baja del río y avanzando hacia las cabeceras,⁶ los asentamientos son los siguientes (el cálculo de población por comunidad se ofrece entre paréntesis): Sakontoari⁷ (20), Malankseari (50), Montetoni (170), Piriasánteni (10) y Shinksebe (10). Practican la agricultura itinerante (*shifting agriculture*) y las chacras (*swidden gardens*) están relativamente cerca de cada asentamiento. A la vez, es importante tomar en cuenta que, aparte de tener asentamientos fijos, muchas familias se ausentan de estos varias veces al año y/o por largos períodos de tiempo. Por ejemplo, visitan a sus familiares que habitan en otros sitios y hacen muchos viajes de caza, pesca y recolección de recursos. Esto implica tres hechos importantes: primero, que un solo recuento de la población presente en un asentamiento no es indicador fiable de la población que lo habita; segundo, que la población es muy dinámica en cuanto al uso del terreno de la zona; y tercero, que durante el año hay muchos casos de contacto entre los diversos asentamientos por todo el territorio.

Además de la población ubicada en asentamientos, sabemos también de unos 10 Nantis que actualmente viven en el asentamiento Matsigenka de Inaroato, cerca del lindero de la Reserva Kogapakori Nahua con el territorio de la comunidad Matsigenka de Segakiato. También tenemos conocimiento de que alrededor de 20 Nantis -la mayoría jóvenes varones- se han ido río abajo con los Matsigenkas (véase las secciones 3 y 4) y nunca han vuelto con sus familias.

En las partes altas del río Timpía, actualmente hay por lo menos dos asentamientos relativamente grandes: Marientari (el más río abajo) e Inkónyeni (el más río arriba). A través de los años, varios Nantis del Camisea han relatado acerca de estos dos asentamientos y también de otros más pequeños en la cuenca del Timpía, y afirman que los Nantis que habitan esos lugares evitan el contacto con la gente no Nanti. Mucho más río abajo, se ubica el asentamiento Kimaroari, que mantiene lazos permanentes con la misión dominica ubicada en la boca (o desembocadura) del Timpía.⁸

3. Una breve historia del pueblo Nanti desde la década de los años 70⁹

Hasta fines de los años ochenta, todos los Nantis vivían en las cabeceras de la cuenca del río Timpía.¹⁰ Habitaban en asentamientos pequeños y dispersos, usualmente ubicados en la boca de alguna quebrada, donde se encuentran terrenos relativamente llanos, aptos para el cultivo agrícola. Típicamente, cada asentamiento era habitado por una familia extendida con una población de 20 a 50 personas.

Aproximadamente entre 1974 y 1977, los Nantis de río abajo experimentaron una serie de contactos involuntarios con representantes de la misión dominica con base permanente en la desembocadura del Timpía. En esos años, la misión intentó establecer un nuevo asentamiento para los Nantis (llamado Pakitsaari en matsigenka; Ibakichaá en nanti) con una escuela y un maestro Matsigenka. Sin embargo, los Nantis no tenían interés en trasladarse hasta allí. Con la finalidad de conseguir alumnos para la escuela, durante un tiempo, el maestro recurrió al secuestro de los niños del seno familiar, pero los Nantis siguieron resistiéndose hasta que finalmente la escuela fracasó y el maestro volvió río abajo. Cabe mencionar que la mayoría de las actividades de la misión fueron llevadas a cabo por individuos Matsigenkas de la comunidad de Timpía, respaldados por los curas de la misión.

Estos primeros contactos tuvieron dos consecuencias importantes en la vida de los Nantis. Primero, sufrieron numerosas oleadas consecutivas de epidemias severas de enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) (véase la sección 4). Segundo, llegaron a conocer la existencia de herramientas de metal, lo cual provocó un impacto enorme en las prácticas de subsistencia. Algunos obtuvieron unas cuantas herramientas de metal y empezaron a compartirlas con gente de otros asentamientos. Este proceso de compartir las herramientas no sólo aumentó la producción de las chacras, sino también consolidó la amistad y la confianza entre asentamientos; consideramos que influyó mucho en la consiguiente formación de la comunidad de Montetoni.

A fines de los años 80, los primeros grupos de Nantis decidieron trasladarse de la cuenca del Timpía a la cuenca del Camisea. Según su explicación, los motivos principales para este traslado fueron dos: el primero fue buscar nuevas fuentes de herramientas de metal (sin dirigirse hacia la misión) y el segundo fue apro-

vechar el terreno fértil y llano, la buena pesca y la abundancia de caza que encontraron en las cabeceras del río Camisea.

Aproximadamente en 1987, un grupo que estaba realizando una excursión de recolección río abajo, se encontró por primera vez con un grupo de Matsigenkas, quienes a su vez estaban realizando una excursión de recolección río arriba. Al notar los machetes de los Matsigenkas, los Nantis decidieron iniciar una interacción con ellos. En ese momento, se inició el contacto voluntario de los Nantis con el mundo no Nanti. A través de las nuevas relaciones amistosas con los Matsigenkas, los Nantis lograron obtener las cotizadas herramientas de metal. Al mismo tiempo, estas nuevas relaciones provocaron otras consecuencias, incluyendo muchos brotes severos de enfermedades (véase la próxima sección).

Desde fines de la década de los 80, grupos de Nantis se han ido trasladando gradualmente hacia río abajo en el Camisea. Esta serie de migraciones hacia la zona de río abajo se debe a dos factores: primero, los patrones de uso de la tierra y la agricultura itinerante (*shifting agriculture*) de los Nantis; y segundo, las presiones de los forasteros sobre los Nantis para que vivan en comunidades más grandes y en zonas más accesibles desde río abajo. La actual distribución de los asentamientos a lo largo del Camisea, así como los diversos tamaños de población de éstos, reflejan claramente las diferentes actitudes que se dan entre los distintos grupos de Nantis hacia el nivel y la frecuencia de contacto que desean desarrollar con otra gente.

Hoy en día, la población se divide entre las cuencas de los ríos Camisea y Timpía. Los Nantis del Camisea opinan que los del Timpía han elegido voluntariamente vivir allí y que muchos de ellos están evitando el tipo de vida social -y especialmente el contacto con los forasteros- que se experimenta en la cuenca del Camisea. Los Nantis del Camisea afirman que los del Timpía tienen conocimiento de la existencia del mundo no Nanti pero no les interesa contactarse con él. Los Nantis del Camisea muestran respeto por la autonomía y las decisiones de las personas del Timpía, pues para ellos la situación es muy clara: aquellos interesados en el mundo no Nanti se trasladan a vivir al Camisea; aquellos que no tienen interés, simplemente no lo hacen.

4. Un breve resumen de los impactos de los contactos con los no Nantis en la salud de los Nantis

Los acontecimientos de las últimas décadas que han tenido un fuerte impacto en la salud de la población Nanti son numerosos. Aquí presentamos solo un breve resumen de ellos. Es importante mencionar que hay varias fuentes de información sobre la situación de salud de los Nantis y muchas de ellas están disponibles en la Internet; véase la página web: www.cabeceras.org/pueblosvulnerables.htm.

De la década de los años 70 hasta el presente: los contactos no voluntarios

Debido a los contactos con los representantes de la misión dominica en el territorio Nanti, río abajo en el Timpía, aproximadamente entre 1974 y 1977, toda la población Nanti de la cuenca del Timpía sufrió epidemias severas de IRA y EDA, que se propagaron desde río abajo hacia río arriba. Los sobrevivientes cuentan que sufrieron tantas epidemias que llegó un tiempo en que, si una persona se enfermaba, los demás huían de sus hogares y se escondían en el bosque por unas semanas para evitar el contagio –o para esperar su propia muerte. Calculamos que entre el 30% y el 50% de la población murió a causa de esta primera oleada de epidemias. Por consiguiente, los Nantis siempre expresan su preocupación por las enfermedades externas cuando hablan de sus decisiones sobre dónde establecerse. Como ya se mencionó, hasta hoy en día varios grupos del alto Timpía –a pesar de su interés en las herramientas de metal– habitan allí específicamente para intentar evitar contagiarse de enfermedades.

A pesar de que los habitantes del alto Timpía no muestran interés por entrar en contacto con el mundo no Nanti, aproximadamente en 2001 la misión dominica volvió a hacer visitas de evangelización a dicha zona. Sabemos que los representantes de esta misión han realizado múltiples visitas, llegando hasta los asentamientos Marientari e Inkónyene. Estas incursiones se han dado tanto por vía terrestre como por vía aérea, mediante helicópteros proporcionados por las empresas petroleras.¹¹ Aunque el personal de salud ha participado en las visitas, parece que el brote de enfermedades ha ocurrido tras éstas. Los Nantis del Camisea en contacto con habitantes del Timpía han reportado varias epidemias en los últimos años que han ocasionado muchas muertes en los asentamientos del Timpía. Dicen que las últimas epidemias han sido muy severas, tanto que Migzero, el actual líder de Montetoni, indicó que hay muy pocos adultos que han logrado sobrevivir.

De 1992 a 1998: la presencia del maestro Matsigenka

En 1992, la unidad regional de servicios escolares mandó a un maestro Matsigenka, Silverio Araña Gómez, a la zona de los Nantis en el Camisea. A pesar de ser Matsigenka, Araña mostró actitudes claramente racistas hacia los Nantis. En múltiples oportunidades nos comunicó su opinión de que ellos vivían “como animales” y que era su deber “conquistarlos” y “civilizarlos”. Efectivamente, estableció un dominio político sobre los Nantis e intentó explotarlos para su beneficio económico. Él solía viajar río abajo varias veces al año, muchas veces llevando consigo a jóvenes Nantis para exponerlos a la sociedad Matsigenka.¹² Como resultado, el período de la presencia de Araña se caracterizó por muchos brotes de enfermedades (tanto IRA como EDA) y por un bajo nivel de bienestar en general. Cuando finalmente Araña huyó de la zona bajo cargos legales de violación

de menores Nantis, la frecuencia de los brotes de enfermedades disminuyó y el nivel de bienestar de la población Nanti se incrementó considerablemente.

De 1997 a 2002: las actividades del Instituto Lingüístico de Verano (ILV) y Ángel Díaz

En 1997, la organización misionera ILV inició el proyecto de traducción de la Biblia al idioma nanti. La metodología principal que utilizó el ILV fue llevar hombres Nantis a Yarinacocha (Pucallpa) para hacer el trabajo de traducción. El contacto directo entre el ILV y los Nantis fue el pastor Matsigenka Ángel Díaz. Además de coordinar los viajes de los Nantis a Yarinacocha, Díaz también facilitó el traslado de varios jóvenes Nantis a comunidades Matsigenka para que asistan a las escuelas. Desde entonces, sólo algunos de estos jóvenes han retornado con sus familias.

En el año 2000, dos hombres Nantis que habían viajado a Yarinacocha con Díaz se enfermaron al día siguiente de regresar a Malankseari. Como consecuencia, los Nantis sufrieron una epidemia de IRA tan severa que dos hombres adultos murieron. Ese mismo año, el ILV cerró el proyecto de traducción de la Biblia al nanti. En 2002, Díaz entregó una versión impresa de las partes traducidas del Nuevo Testamento a la comunidad de Malankseari. Desde entonces (y hasta donde sabemos), Díaz no ha vuelto a visitar el alto Camisea.

Desde 1993 hasta el presente: la participación de Cabeceras Aid Project

La relación de Cabeceras Aid Project con el pueblo Nanti empezó en 1993, cuando Lev Michael visitó Montetoni por primera vez. Durante su breve visita, los comuneros realizaron una asamblea en la que los líderes Nantis informaron a Michael que podría volver en otra ocasión con la condición indispensable de llevar consigo apoyo médico y bienes materiales para el pueblo Nanti. Esta solicitud lo conmovió profundamente y prometió intentar regresar con apoyo. Desde entonces, nos hemos comprometido a brindar a los Nantis todo el apoyo que nos fuese posible en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud que les afectan. Así, en 1996 fundamos la ONG Cabeceras Aid Project para formalizar nuestro trabajo humanitario y científico en la Amazonía peruana. Desde 1997 Cabeceras ha entregado anualmente medicamentos básicos¹³ y apoyo material¹⁴ a las comunidades Nantis del Camisea para promover su bienestar y su autodeterminación. Al mismo tiempo, hemos trabajado en varios ámbitos -local, regional, nacional e internacional- para buscar soluciones eficaces a largo plazo ante los problemas de salud que afectan al pueblo Nanti.

En esta oportunidad sólo mencionaremos algunas de las soluciones locales más eficaces que Cabeceras ha implementado. En 1997, construimos la primera letrina en Montetoni, con la finalidad de mostrar a los Nantis qué es y cómo fun-

ciona. Al parecer adoptaron el concepto, pues, desde entonces, ellos mismos han construido muchas letrinas y la frecuencia de epidemias de EDA ha disminuido considerablemente.

Luego, en 1999, Cabeceras empezó a capacitar a Bisálota, un joven elegido por los líderes de la comunidad, en los principios básicos de la atención médica.¹⁵ Posteriormente, Bisálota también participó en capacitaciones oficiales del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en los Centros de Salud de Camisea y Kirigueti. En esta misma línea, en 2003 a solicitud de la comunidad, Cabeceras donó una radio de comunicación a Montetoni para ser usada en casos de emergencia y se capacitó a Bisálota y algunos otros Nantis en su uso. Él trabajó como promotor de salud hasta su propia muerte a causa de EDA en 2005.¹⁶ Sin duda, Bisálota tuvo un impacto muy positivo en las condiciones de salud de la comunidad de Montetoni.

Desde 2004 hasta el presente: la presencia continua de la misión dominica

Después que el ILV dejara de trabajar con los Nantis, la misión dominica¹⁷ comenzó a involucrarse en la comunidad de Montetoni. Su objetivo principal era establecer una escuela allí. Al principio, los Nantis rehusaron categóricamente esta oferta de la misión y, especialmente, rechazaron la idea de aceptar otro maestro Matsigenka en la comunidad. Después de varias visitas de los dominicos a Montetoni, la comunidad aceptó la escuela, un maestro Matsigenka y una pista de aterrizaje. En la actualidad, la escuela está funcionando, pero hasta enero de 2007, no habían terminado de despejar el terreno para la pista de aterrizaje.

Con la presencia de la misión, ha aumentado el contacto entre los Nantis y la gente no Nanti. Los contactos han sido de tres tipos. Primero, más forasteros han realizado visitas cortas a las comunidades -por ejemplo, para construir la escuela. Segundo, más Nantis se han ido, o han sido llevados, río abajo, a asentamientos no Nantis. Por ejemplo, desde 2004 representantes de la misión han llevado río abajo a muchos Nantis, en muchos casos para proveerlos de atención médica en Camisea, Kirigueti o Lima. En 2005 o 2006, la misión donó un motor peque-peque¹⁸ a la comunidad de Montetoni para que los Nantis puedan viajar río abajo por sí mismos. Las visitas de Nantis a asentamientos no Nantis constituyen un vector preocupante de transmisión de enfermedades a la población Nanti (véase la sección 5). Tercero, ahora hay un maestro Matsigenka que vive parte del año en Montetoni para enseñar en la nueva escuela. En vista del impacto de la estancia del maestro anterior en la salud de los Nantis, tanto la presencia del nuevo maestro en la comunidad como sus viajes río abajo son motivo de preocupación.

Diciembre de 2006: la epidemia más reciente

En diciembre de 2006 ocurrió una epidemia de EDA que afectó a por lo menos el 60% de la población de Montetoni y mató a cuatro adultos. Por lo que pudimos averiguar, la población de Montetoni se contagió debido al contacto de un hombre Nanti con algunos Matsigenkas río abajo en el Camisea. Los detalles de esta epidemia se encuentran en el informe del proyecto Cabeceras sobre el tema (Cabeceras, 2007). En resumen, desde nuestro punto de vista, la magnitud de la epidemia -y, en consecuencia, también las muertes- se debe a la ignorancia, las actitudes racistas y los errores por parte del personal del Ministerio de Salud que respondió a la emergencia (véase la sección 5.3). El principal problema es que ellos no tomaron en serio la gravedad de la situación ni la vulnerabilidad de la población y demoraron mucho en atender a los enfermos a pesar de los numerosos indicadores del riesgo de una epidemia.

Algunas observaciones generales sobre la historia de la salud de los Nantis

Las enfermedades externas que han ocasionado más daño a la población Nanti son de dos tipos. En términos epidemiológicos, se trata de las EDA, enfermedades diarreicas agudas, y las IRA, infecciones respiratorias agudas. Una tendencia clara que hemos observado en la población Nanti es que las EDA se propagan muy rápidamente y causan muchas muertes entre los infantes (menores de 2 años), pero no persisten por mucho tiempo entre la población. Por el contrario, las IRA, al propagarse, persisten por mucho tiempo y causan más muertes entre los adultos, especialmente los ancianos.

Es razonable afirmar que las enfermedades externas constituyen una de las preocupaciones más serias y uno de los miedos más difundidos entre el pueblo Nanti. Reiteramos que la razón principal por la cual los Nantis solicitaron y siguen solicitando el apoyo de Cabeceras Aid Project es que desean apoyo para luchar contra estas enfermedades y las consecuentes epidemias desastrosas. Muchos adultos en Montetoni y Malankseari cuentan con detalles sobre las epidemias que ellos y sus familias han sufrido desde los primeros contactos con gente no Nanti en los años 70. Igualmente, varias personas nos han contado que el motivo principal por el que muchas familias permanecen en el Timpía, rehusando trasladarse al Camisea, es evitar enfermedades contagiosas. Es una ironía lamentable que las enfermedades lleguen hasta allí de todos modos, ya sea por el contacto con los representantes de la misión dominica que llegan desde río abajo o por el contacto con los Nantis que viven en la cuenca del Camisea.

La población Nanti ha sufrido grandes epidemias durante las primeras décadas de su contacto con el mundo no Nanti y la tasa de mortalidad es muy desalentadora. Más aún, vemos que después de treinta años, y a pesar de los numerosos contactos con gente ajena y los numerosos brotes de enfermedades que han experimentado, hoy en día los Nantis siguen siendo una población con

una salud muy vulnerable. Este caso confirma, sin duda, que el período de ‘contacto inicial’ es muy extenso en términos inmunológicos. En términos concretos, una enfermedad que no se considera grave para una persona no Nanti puede ser *mortal* para un Nanti.

5. Las amenazas más graves para la salud de la población Nanti

A continuación ofrecemos unos breves comentarios sobre las tres amenazas más graves que deberían encararse para mejorar la situación de salud de los Nantis.

Los vectores sutiles de transmisión a través del tiempo y el espacio

Es cierto que, en algunos casos, el vector de transmisión de enfermedad entre dos individuos es muy obvio –por ejemplo, cuando uno está mostrando síntomas de una enfermedad y tiene contacto físico con el otro. Sin embargo, si observamos los historiales de las epidemias en la población Nanti, vemos que, en su mayoría, los momentos de transmisión de una enfermedad *no* son obvios, ni para los individuos involucrados ni para los observadores. De hecho, hemos detectado que muchos brotes de enfermedades se han difundido entre los Nantis en ‘cadenas retardadas de contacto’. Es decir, debido a que hay un periodo de tiempo entre el contagio y la enfermedad, la persona responsable del contagio no sabe que ha sido contagiada hasta que es demasiado tarde para prevenir la propagación a los otros. En muchos casos, hemos documentado que un hombre Nanti se contagió, sin saberlo, en un asentamiento lejano a su hogar; luego volvió a casa sin mostrar ningún síntoma; y entonces, después de unos días, cayó enfermo. Así, un solo individuo Nanti ha llegado a contagiar a todas las personas con quienes ha tenido contacto –incluyendo toda su familia y/o toda la población de su asentamiento. Una observación lamentable acerca de ‘las cadenas retardadas de contacto’ es que la mayoría de las epidemias han tenido como vínculo crítico el contacto entre *un Nanti* y otros Nantis, después de su retorno a casa, ya contagiado a través del contacto con gente de otro sitio. Las conclusiones prácticas de estas observaciones son dos: primera, que debemos prestar más atención a los movimientos de los mismos Nantis a otros asentamientos para entender mejor los vectores de transmisión; y segunda, que sería útil sensibilizar a todos los involucrados –incluyendo a los mismos Nantis– sobre el riesgo de esta modalidad de transmisión.

Enfatizamos en este punto porque hemos observado que la mayoría de personas tiene la idea de que una epidemia que afecta a un pueblo vulnerable normalmente resulta de la ‘invasión’ de su asentamiento remoto por forasteros, obviamente enfermos y contagiosos, que estornudan sobre las víctimas sin defensas. De hecho, los vectores de transmisión normalmente son mucho más sutiles y difíciles de identificar y, por tanto, mucho más complicados de controlar.

Dificultades y demora del viaje

Una vez que las personas Nantis manifiestan los primeros síntomas de la enfermedad, surge el gran problema logístico de armar un equipo médico para atenderlas rápidamente. El tiempo es de suma importancia. Los problemas más graves siempre son la escasez de gasolina para viajar por bote y motor, así como el tiempo necesario para alistar el quipo y hacer el viaje desde río abajo hasta la comunidad. El río Camisea, en la zona de las comunidades Nantis, es difícil de transitar en las mejores condiciones, y es muy peligroso de transitar en las peores. Otros problemas que surgen, pero con menor frecuencia, son la falta de bote y/o motor, la ausencia del personal médico y la carencia de medicamentos necesarios. Afortunadamente, con un plan de acción previamente establecido y los recursos necesarios en reserva, estos problemas pueden solucionarse.

Las actitudes del personal de salud que impiden la atención médica

La atención médica que los Nantis suelen recibir del personal del Centro de Salud en Camisea ha sido, en muchos casos, de muy baja calidad. Atribuimos esta situación a varios factores. Primero, muchos de los empleados del MINSA (Ministerio de Salud) destacados a este lugar no quieren estar en la selva; por consiguiente, tienen una actitud muy negativa hacia su puesto de trabajo y se marchan de la zona tan pronto como les es posible. En consecuencia, en general, hay poca continuidad y poca capacidad en los equipos de salud locales.

Segundo, muchos de estos empleados muestran una profunda falta de respeto por las normas culturales que guían las interacciones sociales entre Nantis. Desde la perspectiva Nanti, el personal de salud suele mostrar un tipo de comportamiento grosero e inapropiado. Esto puede ser resultado de la ignorancia, de prejuicios simplistas o de un profundo racismo; sea cual fuere la causa, hemos notado que las actitudes del personal de salud impiden tanto los diagnósticos como los tratamientos de casos de enfermedad en Montetoni. Lo que es aún peor, los equipos médicos han ofendido tanto a la gente Nanti a través de los años que ahora muchos de ellos simplemente se ausentan de la casa o de la comunidad para evitar tratar con los equipos de salud durante sus visitas; e incluso rehúsan informarles cuando están enfermos. Esta situación puede provocar más epidemias.

Por el contrario, según hemos observado, la atención médica que los Nantis han recibido de los equipos médicos itinerantes ELITES ha sido de mejor calidad, especialmente en cuanto a la actitud de los equipos hacia su cultura y estilo de vida. La sensibilidad que han mostrado da una idea de lo que sería posible lograr también entre los equipos locales.

6. Factores de fondo que impactarán en cualquier estrategia que se busque implementar en la Amazonía peruana

En el intento de elaborar políticas públicas a favor de los grupos en aislamiento voluntario y contacto inicial, se presentan ciertos obstáculos y fuentes reales de oposición que debemos reconocer y abordar en el proceso de elaboración de políticas y planes realistas.

Datos imprecisos

Si repasamos las cifras sobre los grupos en aislamiento voluntario y contacto inicial en el Perú, descubrimos que no hay un consenso sobre cuántos grupos existen ni sobre quiénes son ellos. Solamente en relación a los grupos 'en aislamiento voluntario', los cálculos que encontramos en la Internet oscilan entre 30 grupos (Rainforest Foundation US, 2007) 15 grupos (Survival International, 2007) y cero (PerúPetro citado por Survival International, 11 de julio de 2007). Otros expertos, refiriéndose a todos los grupos 'en aislamiento voluntario y en contacto inicial', calculan 10 grupos o más (Huertas, 2007; Zarzar, 2000). La OGE/MINSA (2003) indica 13 poblaciones en aislamiento voluntario y contacto inicial. AIDSESEP, por su parte, indica en su sitio web que hay 10 territorios que necesitan ser protegidos a favor de poblaciones vulnerables.¹⁹ ¿Cómo vamos a elaborar políticas y planes realistas si no contamos con los datos básicos? ¿Cómo vamos a convencer a otras entidades de la gravedad de los problemas que enfrentan los pueblos vulnerables si no podemos hablar de ellos con exactitud? Para mejorar esta situación, debemos recopilar, mantener y utilizar datos precisos y actuales.

Los distintos criterios para reconocer y defender la autodeterminación

Una política que valora la 'autodeterminación' tiene que ser sensible ante los conflictos inevitables que surgirán cuando la autodeterminación de un grupo se contraponga a la autodeterminación de otro. Por ejemplo, consideremos el caso de los Nantis y los Matsigenkas, cuyos territorios se superponen en la zona del medio Camisea. En el área de superposición, ambos grupos consideran que ciertos recursos naturales (especialmente la madera) son 'suyos' y desean excluir al otro grupo del acceso a ellos. Por lo tanto, la voluntad política de estos Matsigenkas está en conflicto directo con la voluntad de los Nantis.

¿Cómo defendemos éticamente la decisión de reconocer la autodeterminación de un grupo indígena por encima de otro? ¿Cómo conciliamos las diferentes maneras de emplear e imponer el concepto de autodeterminación? ¿Qué criterios usamos para decidir en casos de conflicto? Es necesario, entonces, afinar nuestro entendimiento de la *aplicación* del principio de autodeterminación.

Las prioridades del Gobierno nacional

El Gobierno peruano actual prioriza y fomenta la explotación de los recursos naturales para sustentar la economía del país. De hecho, es por decisión del propio Gobierno que se vienen abriendo los territorios de grupos indígenas a las industrias y empresas extractivas. Frecuentemente se escucha que la protección de los grupos en aislamiento voluntario y contacto inicial constituye un deber del Estado. En la práctica, sin embargo, en la Amazonía peruana el Estado mayormente ha desatendido este deber, entregando la responsabilidad a las empresas privadas y a los misioneros. Más aún, en términos prácticos, es evidente que las empresas privadas y la Iglesia católica muchas veces tienen más interés, más voluntad, más poder y más control que el Estado en aquellas áreas donde habitan las poblaciones más vulnerables.

Entonces, en vista de las prioridades del Gobierno nacional, ¿cómo podemos diseñar políticas públicas para la protección de grupos vulnerables que sean efectivamente exitosas? ¿Qué vías legales existen para presionar a los funcionarios del Gobierno a respetar y reforzar tales políticas? ¿Es razonable esperar que el Estado reemplace sus prioridades económicas con prioridades humanitarias contrapuestas a aquellas?

El poder de la Iglesia católica y otros grupos misioneros

Al igual que en otros países de Latinoamérica, en el Perú, la Iglesia católica tiene un gran poder en la sociedad civil. De hecho, en ciertas partes remotas de la selva peruana –como en el valle del bajo río Urubamba, por ejemplo– esta institución brinda más servicios de educación y salud que el Gobierno. A la vez, la evangelización es un aspecto fundamental de la Iglesia, especialmente en la Amazonía peruana, la cual considera “la Evangelización de los pueblos indígenas” como su derecho histórico y legal.²⁰ Así, la Iglesia católica, al mismo tiempo que suministra servicios ‘seculares’, también exige que la gente no cristiana cambie sus creencias y prácticas fundamentales y adopte las cristianas.

Además de la Iglesia católica, otros grupos misioneros han tenido y siguen teniendo un fuerte impacto en las sociedades indígenas, incluyendo los Nantis. Al igual que los católicos, los evangélicos (protestantes) cuentan con abundantes recursos, así como con aliados locales y mucha infraestructura institucional²¹ y tal como los católicos, el motivo fundamental de los evangélicos es cambiar las creencias y las prácticas de los que evangelizan. Por lo tanto, a pesar de cualquier beneficio que los misioneros pretendan proporcionar a los pueblos aislados, su ideología entra en conflicto con el principio de autodeterminación.

Las diferencias culturales entre los participantes

En el campo ideológico que enmarca el tema de los pueblos indígenas, existe toda una gama de culturas en contacto. No se refiere aquí solamente a los grupos indígenas, sino también a las culturas de las ONG nacionales e internacionales, de las federaciones indígenas, de las instituciones de salud, de las Iglesias, de los académicos, del Gobierno nacional, de la sociedad civil, entre otros. Las diferencias culturales e ideológicas entre los diferentes actores sí importan, porque cada uno se guía por sus propias prioridades e intereses. Si no podemos elaborar políticas públicas y planes de acción que tomen en cuenta estas diferencias y sus consecuencias prácticas, entonces cualquiera de ellos va a fracasar.

No obstante, si entendemos cabalmente las diferencias entre los participantes, éstas pueden transformarse en fortalezas en vez de ser un punto de debilidad. Los participantes del ámbito internacional tienen mayor facilidad de acceso a recursos materiales para apoyar los planes de acción. Otros, en el ámbito nacional, pueden participar en el diseño de los programas y planes de acción, así como en el manejo del personal. A su vez, aquellos participantes del ámbito local tienen los conocimientos detallados sobre cómo implementar los planes de acción. Es evidente que *un* grupo que trabaje de manera aislada, sin la colaboración de los otros, no podrá tener éxito; por el contrario, un equipo colaborativo con la participación de varios grupos, y adecuadamente administrado, cuenta con mayores probabilidades de tener éxito.

7. Generalizaciones relevantes para otros grupos indígenas en aislamiento voluntario o contacto inicial

Las informaciones detalladas que tenemos acerca del caso de los Nantis nos permiten hacer ciertas generalizaciones que pueden orientar la elaboración de políticas públicas y planes de acción para otros pueblos en situaciones semejantes.

- La diferencia de actitud entre los Nantis del Camisea, quienes han optado por *mantener* un nivel de contacto con gente no Nanti, y aquellos del Timpía, que han optado por *evitarlo*, refuerza el argumento de que una población que ha logrado continuar viviendo en aislamiento hasta el presente lo hace deliberadamente y con plena voluntad. El argumento, arraigado en varios sectores, de que la gente aislada vive así debido a su ignorancia de otras alternativas simplemente no tiene sentido. Vivir en una situación independiente de la sociedad matriz es un logro tan difícil de conseguir que tiene que ser producto de una decisión deliberada.

A su vez, la decisión de ‘mantener cierto nivel de contacto con gente ajena’ *no* constituye una invitación para que los forasteros se hagan cargo del grupo en contacto inicial. Es de suma importancia que salvaguardemos la

- libertad de los grupos en contacto inicial de determinar el *nivel* de contacto que desean experimentar y de controlar el proceso para establecer relaciones voluntarias con gente ajena.
- Debido a las cadenas de contacto entre individuos, es muy probable que las *enfermedades* lleguen a los asentamientos de las poblaciones aisladas antes de que llegue la misma gente ajena. Por tanto, es de suma importancia que el personal local de salud tenga toda la información necesaria para saber cómo responder de manera apropiada a las noticias de una epidemia en un sitio remoto.
 - Resulta obvio que el índice de mortalidad entre los pueblos en contacto inicial seguirá siendo muy elevado si no preparamos una serie de ‘planes de acción para casos de emergencia’ que tengan en cuenta cada una de las diversas situaciones. Por lo tanto, es de suma importancia que se concreten estos planes de acción y que reunamos los recursos necesarios *antes* de la próxima epidemia.
 - El mismo hecho de que un pueblo se encuentre aislado geográficamente implica que una respuesta médica en caso de emergencia demorará en llegar hasta donde ellos habitan. Por lo tanto, reiteramos que es de suma importancia que se concreten estos planes de acción y que reunamos los recursos necesarios *antes* de la próxima epidemia.
 - Vemos que muchos terceros ya establecidos en la zona –como, por ejemplo, empresas petroleras, madereros y entidades misioneras– cuentan con gran poder, mucha influencia y, en general, mejores recursos materiales y financieros que los organismos gubernamentales y no gubernamentales. Por lo tanto, sin una estrategia deliberada –a largo plazo, con aliados locales y con recursos materiales suficientes– ni el Estado ni las federaciones indígenas ni las ONG van a poder ejercer control sobre los procesos de contacto entre estos pueblos.

8. Recomendaciones concretas

A partir de las experiencias de la ONG Cabeceras en torno a la situación de salud entre los Nantis del alto Camisea, ofrecemos las siguientes recomendaciones:

Realizar un estudio minucioso en la zona de cada supuesto grupo vulnerable

Sin informaciones fiables no es posible prepararnos para una emergencia. Por tanto, un grupo pequeño interinstitucional debería realizar una visita de investigación a cada zona –llegando hasta los márgenes pero sin ingresar en el territorio del pueblo en cuestión– para recoger una serie predeterminada de datos esenciales sobre la situación.

Manejar y difundir los datos relevantes

Las informaciones de los estudios deben difundirse para ser utilizadas por aquellos participantes comprometidos en el esfuerzo por defender a los pueblos vulnerables. Por tanto, necesitamos a un(a) coordinador(a) central y una fuente digital central que mantenga datos actuales, mapas precisos y documentos de coordinación para solucionar problemas a corto plazo.

Elaborar un plan de acción en caso de emergencia para cada zona donde exista una población vulnerable

Sabemos que la próxima epidemia en una población vulnerable es una cuestión de 'cuándo' y no de 'quizás'. Por lo tanto, debemos prepararnos para responder de manera rápida y eficaz. Tal plan incluiría un sistema práctico de comunicación que llegue a todos los niveles necesarios; los fondos reservados para transporte; los compromisos explícitos de personal específico –del sector de salud, de las federaciones indígenas y de las ONG– y los recursos médicos reservados específicamente para tales situaciones.

Priorizar la capacitación de los participantes locales

Las prioridades, la ignorancia y los prejuicios acerca de los grupos indígenas aislados, de parte de ciertos participantes en el ámbito local, fácilmente pueden obstaculizar cualquier plan de acción elaborado por entidades no locales. Por lo tanto, debemos implementar un sistema de capacitación para los participantes locales –preparado por el personal de salud y dirigido principalmente a éste– que los sensibilizaría sobre la situación especial de estas poblaciones. Más aún, debemos diseñar un sistema *permanente* para poder capacitar a los equipos locales cada vez que cambien (algo que sucede con mucha frecuencia en la zona del bajo Urubamba).

Capacitar a promotores locales tanto como sea posible

Mientras más próxima se encuentre la gente capacitada para intervenir en casos de emergencia, más rápido llegaría una respuesta médica al lugar de la emergencia. Por lo tanto, es necesario implementar programas de capacitación local con el fin de aumentar el número de promotores de salud indígenas en la zona que puedan responder en situaciones de emergencia. Cada programa debería ser diseñado en forma adecuada a cada situación local, considerando factores culturales y lingüísticos, entre otros.

9. Algunos temas prácticos que debe abordar un plan de acción para casos de emergencia

Coordinación central

¿Cuál sería el perfil del coordinador central en un caso de emergencia en un sitio remoto? ¿Qué institución debería asumir esta responsabilidad? ¿Quién podría ser la persona más idónea y cómo se elige tal individuo?

Coordinación local

¿Qué punto geográfico puede servir de nexo para la comunicación entre todo el equipo de acción? ¿En qué lugar está el Centro de Salud más próximo a cada pueblo vulnerable, desde donde podría partir un equipo médico?

Comunicación

¿Cuáles son los recursos comunicativos del área? ¿Cómo circulan las noticias locales habitualmente? ¿Existen sistemas de radiofonía? ¿Hay personas que puedan servir de traductores?

Transporte

¿Cuáles son las alternativas de transporte: a pie, bote, avioneta, helicóptero? ¿Dónde se puede obtener el combustible? ¿Las condiciones varían radicalmente en diferentes temporadas del año? ¿Con quién se hacen las coordinaciones para realizar un viaje en caso de emergencia?

Infraestructura local

¿Cuál es la infraestructura local disponible para atender los casos de emergencia entre la población vulnerable? ¿Qué nivel de capacitación sobre el tema tienen los participantes locales? ¿El personal de salud es local y estable o vienen todos de lejos?

Capacitación

¿Quiénes desean y/o necesitan sensibilización y capacitación en el entorno local? ¿Cuáles son las creencias y/o prejuicios previsibles en relación a las poblaciones vulnerables? ¿Cómo podemos capacitar a personas locales como promotores de salud y/o traductores competentes para prevenir y responder a emergencias?

10. Trabajos de Cabeceras Aid Project acerca de otros grupos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial

Además de los trabajos con el pueblo Nanti, Cabeceras Aid Project ha hecho investigaciones de campo sobre otras poblaciones vulnerables de la Amazonía peruana. Así, en 1999, 2000 y 2005 hicimos estudios de campo acerca de la situación de los Matsigenkas de la zona alta del río Paquiría (a veces llamados 'Kirineri'), quienes han sido afectados por actividades de madereros y misioneros de la zona. Asimismo, en 1998 y 2005 llevamos a cabo investigaciones de campo sobre las poblaciones en aislamiento voluntario de la zona alta del río Purús. Los informes sobre estos casos, y otros, pueden ser ubicados a través de la página web de Cabeceras, www.cabeceras.org

Fundada en 1996, Cabeceras Aid Project es una organización humanitaria sin fines de lucro, registrada con estatus 501(c)(3) en el Estado de Texas, EE.UU. A través de los años, Cabeceras Aid Project ha realizado y/o ha colaborado en varios proyectos de investigación sobre diversos aspectos de la vida y el bienestar del pueblo Nanti. Así, ha colaborado con la OGE/MINSA, AIDSESP, las ONG Wildlife Conservation Society y Shinai así como con el Comité de Coordinación para la Defensa de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua (Shinai, 2004), entre otros.

Notas

- 1 La autora quiere reconocer el aporte y la colaboración intelectual de Lev Michael de Cabeceras Aid Project en la elaboración de este documento. Para mayor información sobre la autora y la ONG Cabeceras, el lector puede referirse a las últimas secciones del presente documento. Materiales adicionales y suplementarios al presente documento están disponibles en www.cabeceras.org/pueblosvulnerables.htm.
- 2 Cuando se refiere a un grupo de personas, la política de Cabeceras es usar el etnónimo en forma plural: *el peruano, los peruanos; el francés, los franceses; el Nanti, los Nantis*. Para distinguir el etnónimo de un grupo del nombre de su lengua, escribimos el etnónimo con letra mayúscula: *el pueblo Nanti; la lengua nanti*.
- 3 Nombre completo: Reserva Territorial del Estado a favor de los grupos étnicos en aislamiento voluntario y contacto inicial Kugapakori, Nahua, Nanti y otros, según el Decreto Supremo 028-2003-AG del 26 de julio de 2003, con una extensión de 456.673 ha.
- 4 En la lengua nanti, la palabra *nanti* quiere decir 'yo soy' y la palabra *matsigenka* quiere decir 'ser humano' o 'persona moral'. Por tanto, el uso de estos términos como nombres propios ha ocasionado muchas confusiones.
- 5 Es decir, hasta la fecha de nuestra última visita al alto Camisea entre diciembre de 2006 y enero de 2007.
- 6 Para la gente Nanti, la orientación geográfica principal es la dirección del flujo del río. La fuente del río (o las cabeceras) es el punto más río arriba mientras la desembocadura (o boca) del río es el punto de referencia más río abajo. Por consiguiente, en este documento describimos las ubicaciones con relación a los ríos.
- 7 Hay diversas maneras de escribir estos nombres. Usamos aquí la ortografía más fácil para los hispanohablantes.

- 8 A lo largo del bajo río Urubamba, hay tres misiones establecidas y dirigidas por curas dominicos: Sepahua, Kirigueti y Timpía.
- 9 Para mayor información sobre la historia del pueblo Nanti, véase el informe de Cabeceras (2004).
- 10 Algunas fuentes mencionan que hay o había asentamientos de Nantis en las cabeceras de los ríos Tigompanía y/o Manu (MINSA/OGE, 2003; Zarzar, 2000). Después de conversar con los Nantis del Camisea, creemos que se trata de Matsigenkas porque los Nantis del Camisea no los reconocen como *noshaninka* 'mi paisano.'
- 11 Para mayor información, ver el artículo del padre Santiago Echeverría (2003) de la misión de Timpía.
- 12 La estrategia de llevar río abajo a algunos Nantis para impresionarlos con 'el mundo moderno' ha sido usada también por los misioneros dominicos y evangélicos; véase más abajo.
- 13 Destacamos que Cabeceras proporciona medicamentos básicos exclusivamente a los promotores de salud que han sido reconocidos por el Centro de Salud del Ministerio de Salud en Camisea. Además, las actividades de Cabeceras de proveer apoyo médico a las comunidades Nantis han sido supervisadas por los médicos del mismo Centro de Salud.
- 14 Es decir, donamos bienes básicos que los Nantis solicitan, como machetes, ollas de metal, mantas, ropa, etc.
- 15 En vista de las condiciones especiales de la situación, Cabeceras recibió la autorización del médico del Centro de Salud de MINSA en Camisea para iniciar la capacitación de Bisálota.
- 16 Lamentablemente, Bisálota murió de EDA poco después de regresar a Montetoni, tras retornar de un curso de capacitación para promotores de salud en Kirigueti en 2005.
- 17 Las actividades de la misión dominica entre los Nantis del Camisea han sido dirigidas por el cura de la misión de Kirigueti, mientras las actividades entre los del Timpía siguen siendo dirigidas por el cura de la misión de esta última.
- 18 Un peque-peque es un tipo de motor estacionario usado con botes y canoas en la selva baja.
- 19 Varios mapas relevantes para el tema se encuentran en www.cabeceras.org/pueblosvulnerables.htm.
- 20 Para mayor información sobre las actividades de la misión dominica dentro de la Reserva Kugapakori Nahua y las expectativas de la Iglesia ante el Gobierno nacional, véase la carta de Mons. Juan José Larrañeta, obispo del Vicariato de Puerto Maldonado, al presidente de INDEPA (Larrañeta, 2005) y las respuestas del INDEPA al respecto (Huarcaya, 2007; INDEPA, 2007).
- 21 Para mayor información sobre las actividades de los misioneros evangélicos en el territorio del grupo Mashco Piro en el sureste del Perú, véase el informe de Cabeceras (2005).
- 22 Las direcciones de Cabeceras Aid Project son: 1303 Karen Avenue, Austin TX 78757, EE.UU.; www.cabeceras.org; cabeceras@cabeceras.org.

Bibliografía

- Cabeceras Aid Project, 2007:** *ONG Cabeceras: Informe de campo: Visita a Montetoni en 2006.* http://www.cabeceras.org/cap_nantis_feb2007.pdf
- Cabeceras Aid Project, 2005:** *Los Mashco Piro de la región del río Purús: Factores que afectan a su bienestar y autodeterminación en un mundo que cambia* (por Catherine Clark, Lev Michael y Christine Beier). http://www.cabeceras.org/cabeceras_mashcopiro_2005.pdf
- Cabeceras Aid Project, 2004:** *Una breve historia del pueblo Nanti hasta el año 2004.* http://www.cabeceras.org/cabeceras_nanti_histor_2004.pdf
- Echeverría, Santiago, O.P., 2003.** *Expedición a Inkonene.* Boletín Selvas Amazónicas, n.º 181. marzo-abril 2003. Fecha de acceso: 20 de junio de 2003 en www.dominicos.org; ahora archivado en <http://www.cabeceras.org/pueblosvulnerables.htm>
- Huarcaya Alzamora, Luis, 2005:** "Sobre el impedimento del ingreso de misioneros en territorios de los pueblos indígenas para realizar labores de evangelización." *Revista Palabra Viva* n.º 7. Fecha de acceso: 29 de septiembre de 2007. <http://www.parroquiapurus.org/palabraviva7.pdf>

- Huertas Castillo, Beatriz, 2007:** *Autodeterminación y protección*. Actas del Seminario Regional de Santa Cruz. Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA.
- INDEPA. 26 de abril de 2007:** "Indepa y Clero realizan coordinaciones para atención de nativos de la Reserva Kugapakori Nahua y Nanti." Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2007. <http://www.indepa.gob.pe/index.php?xid=484>
- Larrañeta Olleta, Juan José, O.P., 2005:** *Carta de Mons. Juan José Larrañeta, Obispo del Vicariato Apostólico de Puerto Maldonado, a INDEPA*. Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2007. http://www.selvas-peru.org/documents/C_Indepa.pdf.
- Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología, 2003:** *Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva territorial Kugapakori Nahua-Río Camisea, Cusco. PERU/MINSA/OGE 04/009. Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias*. http://www.oge.sld.pe/publicaciones/pub_asis/asis12.pdf
- Rainforest Foundation US, 2007:** "Tala y concesiones petroleras en Perú incitan campaña para proteger a los indígenas en aislamiento." Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2007. <http://www.rainforestfoundation.org/?q=es/node/11>.
- Shinai, 2004:** *Aquí vivimos bien. Kamyeti notimaigzi aka. Territorio y uso de recursos de los pueblos indígenas de la Reserva Kugapakori y Nahua*. Proyecto para la Defensa y Fortalecimiento de la Reserva Kugapakori y Nahua. Lima.
- Survival International, 2007:** *Isolated Indians*. Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2007. <http://www.survival-international.org/tribes/isolatedperu>.
- Survival International, 11 de julio de 2007:** "Uncontacted tribes compared to 'Loch Ness monster'." Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2007. <http://www.survival-international.org/news/2473>.
- Zarzar, Alonso, 2000:** *Tras las huellas de un antiguo presente. La problemática de los pueblos indígenas amazónicos en aislamiento y en contacto inicial. Recomendaciones para su supervivencia y bienestar*. Documento de trabajo n.º 3. Defensoría del Pueblo. Lima.

Christine Beier es antropóloga y lingüista. Es investigadora de campo, secretaria y tesorera de la ONG Cabeceras Aid Project (Proyecto de Apoyo 'Cabeceras').²² En 2001 obtuvo su maestría en Antropología Lingüística en The University of Texas at Austin. Actualmente está cursando el doctorado en la misma disciplina y en la misma universidad. Su tesis de doctorado se centra en las formas del habla en la comunidad Nanti de Montetoni. chris@cabeceras.org

AUTODETERMINACION Y SALUD

Beatriz Huertas

Hasta donde sabemos, los pueblos indígenas denominados en aislamiento son una realidad de diferentes países de la cuenca amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, en América del Sur, y otros continentes, como Asia. El Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas menciona también la presencia de estos pueblos en África central y occidental y en la región del Pacífico¹.

La Amazonía peruana alberga más de una decena de pueblos o segmentos de pueblos indígenas en aislamiento, cuya presencia ha sido confirmada a través de estudios antropológicos y del testimonio de segmentos de estas poblaciones que se han integrado a comunidades indígenas vecinas. Habitan en las zonas más alejadas e inaccesibles de la región amazónica, sobre todo en los bosques de la frontera con Ecuador y Brasil, los cuales se han convertido en sus refugios.

Si bien es cierto que la imprecisión de la terminología “pueblos en aislamiento” o “aislados” continúa motivando interminables discusiones², la necesidad de avanzar en el tratamiento de su problemática ha dado lugar al empleo cada vez más frecuente y extendido de esta denominación, estando presente en informes, declaraciones, resoluciones y otros instrumentos internacionales relacionados con la defensa de sus derechos. Es importante tener en cuenta que, dependiendo del país, existen también determinados términos que vienen siendo utilizados oficialmente para referirse a los pueblos aislados; por ejemplo, en Paraguay son mayormente llamados silvícolas; en Ecuador, pueblos ocultos o libres; y en Bolivia, pueblos vulnerables.

Lo que sí es común a todos los países es que estos pueblos o segmentos de pueblos rechazan el establecimiento de relaciones de interacción sostenida con miembros de la sociedad envolvente, repeliendo el ingreso de agentes externos a sus territorios u ocultándose de estos. Cuando estas poblaciones abandonan su condición de aislamiento, lo cual se ha venido produciendo mayormente de manera forzada por foráneos, se dice que se encuentran en situación de “contacto inicial”³, condición que mantienen en tanto conserven su vulnerabilidad ante los desestabilizadores y traumáticos efectos del proceso que han atravesado.

Hasta el momento, a partir de investigaciones históricas y antropológicas realizadas, podemos afirmar que la razón por la que muchas de estas poblaciones rechazan el contacto es el temor a lo que consideran, sin equivocarse, que serán

sus consecuencias: traslados forzados, pérdida territorial, relaciones de dominación, genocidio y etnocidio. Ciertamente, sus temores están basados en trágicas experiencias de contacto vividas tanto por sus antecesores -las cuales forman parte de su memoria colectiva- como por las actuales generaciones. En otras palabras, el aislamiento se presenta como una estrategia de defensa para garantizar su sobrevivencia y lleva implícito el ejercicio del derecho a la libre determinación o autodeterminación.

La vulnerabilidad a enfermedades externas es otra característica común entre pueblos en aislamiento y en contacto inicial. Ésta se debería a su carencia de defensas inmunológicas para combatirlas. De allí que enfermedades comunes en nuestro medio como la gripe puedan desencadenar epidemias y muertes masivas entre estas poblaciones. En este sentido, diversos autores coinciden en señalar que cualquiera sea la causa de la susceptibilidad a determinadas enfermedades, poblaciones indígenas que en el pasado han sido vulnerables a las enfermedades virales exógenas, requerirían de tres a cinco generaciones (entre 90 y 150 años) para estabilizar su respuesta ante determinado agente infeccioso⁴. La recurrencia y frecuencia con que se producen brotes de enfermedades virales e infecciosas en estas poblaciones impide que dispongan de tiempo suficiente para recuperarse y afrontar de mejor manera las nuevas epidemias, agravando aun más su situación. Las altas tasas de mortandad existentes en varios de estos pueblos han llevado a ubicar a algunos de ellos en lo que se denomina el “umbral de su sobrevivencia”, que los podría llevar al riesgo de la extinción.

Las enfermedades a través de la historia de los pueblos indígenas

Las enfermedades han sido una de las principales causas de despoblamiento e incluso desaparición de pueblos indígenas desde la conquista de América, en el siglo XV, al haber significado la introducción de enfermedades provenientes del Viejo Continente desconocidas para la población aborigen. Al respecto, estudiosos como Noble David Cook⁵ presentan a las enfermedades introducidas como el aliado más importante de los conquistadores europeos por el rol que tuvieron en la debacle poblacional. El mismo autor anota cómo, en ese entonces, líderes indígenas incas y aztecas sucumbieron ante enfermedades como el sarampión y la viruela.

Poblaciones amazónicas, aunque de manera más tardía, corrieron la misma suerte, lo cual produjo considerables modificaciones en el panorama demográfico y étnico de la época. Acercándonos a los posibles antecesores de un pueblo que hoy se encuentra en aislamiento, como los Mashco Piro, podemos mencionar la siguiente cita del padre José Álvarez⁶ con relación a la llegada de los caucheros a la región suroriental del Perú: “En el primer viaje de Fitzcarrald al Manu, en el que fue sembrando terror, tuvo que enfrentarse a los Piro Mashco del Sepahua y

Mishagua, que le hicieron justa resistencia, en una batalla en la que perdieron por la superioridad de las armas del invasor... los Piro Mashco... alarmados ante aquella multitud de hombres del Ucayali, que invadían sus dominios, enviaron, llenos de soberbia, una selecta embajada de sus más feos y fieros capitanes, a pedir a los wiracochas no seguir adelante del río Manu porque les espantarían la caza del mono y les traería *contagio de catarro*".

Se sabe incluso que antes que hubiera un contacto directo entre foráneos e indígenas, estos ya habían empezado a ser diezmos por la rapidez con que se expandían las enfermedades. La aglomeración de población indígena en torno a misiones religiosas también facilitaba el contagio de enfermedades; de esta manera tenemos la despoblación de los Huachipaeri, que hoy no pasan de 100, debido al contagio de viruela, primero en 1920 y luego en 1946; los Toyoeri perdieron a la mayor parte de su población en 1935, tras haber sido llevados a la misión del lago Valencia, en Tambopata, donde fueron contagiados de sarampión. Los Harakmbut a su vez fueron reducidos a una mínima parte de su población (1.500) tras el contacto.

Los mortales efectos de las enfermedades externas se presentan ahora entre la población en aislamiento y en contacto inicial, básicamente a través de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas. Este ha sido el caso de los Yora del alto Manu y Mishagua; de grupos Matsiguenka de las cuencas del Manu y Urubamba; de los llamados Chitonahua del río Inuya; de los Nanti de la cuenca del Urubamba, entre otros.

La percepción de salud para los pueblos indígenas

No obstante, reducir la explicación de la vulnerabilidad inmunológica de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial a aspectos eminentemente biomédicos, significaría limitar peligrosamente nuestro conocimiento sobre su situación, su percepción de salud y, por lo tanto, nuestro proceder en el momento de formular e implementar políticas y acciones orientadas a garantizar su salud.

En efecto, si bien es cierto que los virus y bacterias desconocidas han demostrado su letalidad en estas poblaciones, no es menos cierto que el fuerte impacto psicosocial generado a raíz de una situación tan traumática como el temido contacto, predispone a la población hacia las enfermedades, acrecentando su vulnerabilidad.

Las muertes masivas causadas por las enfermedades tienen un efecto emocional y psicológico muy profundo entre la población que logra sobrevivir. Se han dado casos en que, en este contexto, poblaciones afectadas y desmoralizadas desarrollaron una visión apocalíptica de las enfermedades externas y dudaron sobre su continuidad tanto individual como del conjunto. El extremo al que llega la desmoralización del grupo a causa de las enfermedades adquiridas tras el con-

tacto es graficado por Erikson⁷, quien con relación a los Matis o Matsés del oriente peruano, señala: “Es fácil imaginar la desmoralización subsecuente experimentada por los Matis, como resultado de lo cual, la mayor parte de los rituales y aun el mismo deseo de reproducirse fueron dejados de lado durante algunos años de duelo”⁸. La dimensión espiritual se presenta en la medida que las distintas nociones de enfermedad mueven los aspectos más profundos de las culturas; en este sentido, citando la experiencia de los Yora del Manu-Mishagua, Shepard⁹ señala: “Los Yora tradicionalmente enterraban a sus muertos adultos bajo sus viviendas y luego se trasladaban hacia otros asentamientos ubicados a cierta distancia para evitar el contacto con los espíritus. Debido a que el número de muertes fue tan grande a fines de los años ochenta (del siglo XX), muchos cadáveres simplemente fueron abandonados en el bosque o arrojados al río para ser devorados por los animales de carroña. Se piensa que el área esta intensamente poblada por espíritus y ahora los Yora han abandonado la región”. La falta de conocimiento frente al mundo que van a enfrentar los coloca también en una situación altamente vulnerable, que los lleva a someterse generalmente a quienes forzaron el contacto o a las poblaciones más cercanas.

A estos aspectos se suman factores materiales como la pérdida territorial y, con ello, la disminución de recursos naturales que les permitan continuar desarrollando sus prácticas de subsistencia y reproducir sus mecanismos de cohesión social. Las constantes afecciones a la salud de los pueblos indígenas tras el contacto tienen un impacto directo sobre la nutrición y, por ende, su derecho a la alimentación.

En conclusión, si bien es cierto que cada pueblo indígena tiene su propia percepción de salud, la mayor parte de ellos la basa en su cosmovisión, en el bienestar individual (emocional, psíquico), colectivo (espiritual, social, organizativo, político, económico, territorial, demográfico) y en su relación con el entorno natural. Es necesario, entonces, comprender la amplitud y articulación de la concepción de salud para los pueblos indígenas, solo así seremos capaces de plantear propuestas de políticas públicas y planes de acción adecuados a la realidad y, por lo tanto, eficientes.

El derecho a la salud de los pueblos aislados y en contacto inicial en foros internacionales

La delicada situación que afrontan los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial ha dado lugar a que ésta sea tratada en espacios internacionales, producto de lo cual existen una serie de resoluciones e informes. El Foro Permanente de las Naciones Unidas para Cuestiones Indígenas viene abordando la temática desde el año 2005 con continuidad y cada vez con mayor minuciosidad. Su posición y resoluciones se pueden encontrar en los Informes de sus IV, V y VI

Sesiones, realizadas en los años 2005, 2006 y 2007, respectivamente. En el aspecto de la salud, su último informe recomienda a las diferentes áreas especializadas de la ONU (OMS, OPS, UNICEF), a los Estados, a las organizaciones no gubernamentales y a las organizaciones de los pueblos indígenas, que aúnen sus esfuerzos a la hora de aplicar medidas adecuadas de atención médica experta para prevenir los desastrosos problemas causados por las enfermedades que afectan a estos pueblos, y consideren la posibilidad de adoptar procedimientos de emergencia de efecto rápido en los casos en que la situación de salud es crítica.¹⁰

En cuanto al tratamiento del tema en espacios internacionales que han congregado representantes de Estado y organizaciones de la sociedad civil, es importante mencionar el Congreso Mundial de Conservación de la Unión Mundial para la Naturaleza (UICN), realizado en Bangkok, en 2004; el Encuentro de Belem, organizado por la Fundación Nacional del Indio y organizaciones no gubernamentales de Brasil, en 2005; el Seminario Regional de Santa Cruz, realizado en Santa Cruz de la Sierra en el 2006 y organizado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Viceministerio de Tierras de Bolivia, la Confederación Nacional Indígena de Bolivia y el Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA) y la reunión internacional de Quito, específicamente dedicada al tema del derecho a la salud de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, organizada por CIPIACI y el Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos.

En el contexto de la defensa de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, en el escenario internacional, es de resaltar el reconocimiento cada vez más frecuente de su derecho a la libre determinación o autodeterminación, el cual está estrechamente ligado al mantenimiento de su salud. Este es uno de los principios rectores del orden político moderno que se traduce, en términos culturales, en el uso del idioma, la transmisión de conocimientos, la práctica de las costumbres y actividades diarias, el aprovechamiento de los recursos naturales y el uso de su territorio. En términos políticos, hablamos del respeto al derecho de los pueblos indígenas a ejercer su autonomía a través de su capacidad de decidir sobre su presente y futuro, dentro del marco de un Estado. De esta manera, libre determinación o autodeterminación, en la práctica para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, significa el derecho a decidir la forma de vida que desean tener y el grado de interrelación que quieren establecer con la sociedad envolvente. En consecuencia, este principio rechaza el contacto forzado o cualquier otra imposición externa que desconozca la voluntad de estos pueblos, los mismos que vienen exponiéndolos a situaciones que, como se ha visto, ponen en riesgo su sobrevivencia.

Hacia el planteamiento de propuestas de protección:

La situación de salud de la mayor parte de los pueblos en contacto inicial y las amenazas contra la integridad física de los pueblos en aislamiento, demandan el planteamiento, adopción y ejecución de políticas de Estado orientadas a garantizar su integridad física y sociocultural, que tome en cuenta la participación activa de las organizaciones indígenas que han asumido acciones de protección de estos pueblos. En ese sentido, a continuación, se plantean algunas propuestas.

En el ámbito de los Estados:

Respeto de derechos

- La protección del derecho a la salud de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial pasa necesariamente, y en primer lugar, por el respeto de sus derechos fundamentales.
- Los Estados deben reconocer oficialmente los derechos de estos pueblos sobre la integridad de sus territorios y recursos naturales, prohibir la superposición de derechos de aprovechamiento de los recursos a favor de terceros y el ingreso de agentes externos. Para hacer frente a las incursiones de agentes externos deben implementar mecanismos de control territorial efectivos.
- En cuanto al derecho a la autodeterminación, es necesario que la capacidad de estos pueblos de decidir libre y voluntariamente la forma de vida que desean tener, sea respetada por todos, sin excepción. Hasta el momento, los casos de expansión de enfermedades y muertes de poblaciones indígenas en aislamiento se ha dado en el contexto de invasión de sus territorios y la búsqueda de contactos forzados por agentes externos.

Manejo de información

- Es necesario que el Ministerio de Salud respectivo realice estudios epidemiológicos en las zonas aledañas a los territorios habitados por pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial e identifique las zonas de alto riesgo en este sentido.

Disponibilidad de recursos

- La identificación de zonas de alto riesgo epidemiológico debe dar lugar a la implementación de acciones que sean requeridas para evitar el contagio de enfermedades, como la implementación de las postas médicas con recursos humanos capacitados, recursos materiales, económicos, logísticos y de infraestructura.

Sistemas de comunicación

- Es preciso diseñar e implementar un sistema de comunicación que permita conocer la situación de salud de la población en contacto inicial y las amenazas contra la población en aislamiento, así como actuar de manera oportuna y eficaz en caso de emergencia epidemiológica.

Capacitación

- Se debe conformar un equipo de médicos especialistas en la prevención, atención y mitigación de impactos por expansión de epidemias que afecten a pueblos en aislamiento y en contacto inicial, que hayan sido suficientemente capacitados en el entendimiento de la situación de estos pueblos, su vulnerabilidad a las enfermedades, las propias percepciones de salud y los factores que condicionan su estado de salud. Igualmente, deben exhibir una actitud ética y responsable frente a las manifestaciones culturales de los pueblos indígenas.

El rol de las poblaciones circundantes

- Los planes de contingencia y otros instrumentos orientados a mitigar los impactos de un contacto, en caso de que éste fuera buscado por los pueblos aislados, deben ser elaborados por las mismas poblaciones circundantes junto con el personal especializado en la atención de estas situaciones. Ha quedado demostrado que los planes de contingencia elaborados en gabinete no son de utilidad y, por lo tanto, no garantizan que escenarios tan delicados como los de un contacto sean afrontados adecuadamente.

Respeto y aplicación de conocimientos médicos propios

- Los equipos de personal especializado para la atención de salud de los pueblos en contacto inicial deberían estar integrados tanto por médicos convencionales como por médicos indígenas.

Atención oportuna y eficaz

- Es preciso establecer un sistema de atención en caso de emergencias por contagio de epidemias que permita el traslado del personal especializado a la zona afectada, como máximo en el lapso de 24 horas.

Reducción de incidencia de enfermedades

- Para los casos de alta incidencia de enfermedades que afecten a una población en contacto inicial, se debe implementar planes de atención de salud interculturales, sistemáticos y eficaces, que se mantengan vigentes hasta que el riesgo de brotes de enfermedades se haya frenado.

La dimensión ambiental

- Se necesita incorporar la dimensión territorial-ambiental de la población indígena en aislamiento y en contacto inicial, a los planes de prevención, atención y mitigación de impactos a la salud para garantizar la integridad de los recursos naturales y fuentes de agua y, de esta manera, los sistemas alimenticios de la población.

Atención alimentaria en caso de epidemias

- Con la colaboración de las comunidades circundantes, se debe garantizar la provisión de alimentos para las poblaciones que se encuentren afectadas por epidemias y, por ello, incapacitadas de realizar sus prácticas de subsistencia.

En el ámbito internacional

- Es preciso establecer mecanismos de cooperación entre Estados para el diseño e implementación de políticas y planes de acción binacionales, orientados a la prevención, atención y mitigación de impactos ante la ocurrencia de episodios de enfermedades que pudieran afectar a pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial que habitan en zonas transfronterizas.

En el ámbito de la ONU:

- Se debe solicitar a los Estados involucrados el diseño e implementación de sistemas de salud específicos, que garanticen la integridad física y socio cultural de los pueblos en contacto inicial y prevengan el contagio de enfermedades entre la población en aislamiento, bajo el principio del respeto del derecho a la autodeterminación y el territorio.

Notas

- 1 Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Informe sobre el Quinto Período de Sesiones, mayo de 2007. Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, Suplemento n.º 23.
- 2 Debido a que no refleja a cabalidad la realidad de estos pueblos que tienen sistemas organizativos, sociales, económicos y simbólicos propios
- 3 Como lo he mencionado en publicaciones anteriores, es importante indicar que ninguna población vive al margen de procesos regionales; al contrario, tienen conocimiento de lo que pasa a su alrededor, si no es a través de un contacto directo, lo es a través del contacto visual. En este contexto, la denominación "contacto inicial" también es imprecisa.
- 4 Oficina General de Epidemiología, OGE, 2003. *Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua - Río Camisea, Cusco*.
- 5 David Noble Cook, 1998. *Born to die. Disease and New World Conquest, 1492-1650*, Cambridge University Press.

- 6 En: Álvarez R. (OPS), 1996. *Sepahua IV Misión: Campo antropológico*. Colección Antisuyo. Misioneros Dominicanos, Lima.
- 7 Erikson Philip, 1994, Los Mayoruna. En F. Santos y F. Barclay (eds.). *Guía etnográfica de la Alta Amazonía*, Vol. II, FLACSO - IFEA, Quito.
- 8 Haciendo un paralelo con la época de la conquista, podemos mencionar la siguiente cita de Noble David Cook, en su libro *Born to die. Disease and New World Conquest, 1492-1650* (1998: 2): "El shock de la conquista y la cruel explotación de los nativos también puede haber contribuido a la pérdida del deseo de sobrevivir. Las parejas no solo se abstendían de procrear, sino que a veces acudían al infanticidio para cortar el ciclo de la opresión".
- 9 En: Shepard, Glenn, 1999. *Pharmacognosy and the senses in two amazonian societies*. Tesis de doctorado (PhD). Dept. of Anthropology, University of California, Berkeley.
- 10 Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Informe sobre el Sexto Período de Sesiones, mayo de 2007. Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, Suplemento n.º 23.

Beatriz Huertas Castillo es antropóloga, miembro del equipo técnico de la Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes (FENAMAD) y del Comité Indígena Internacional para la Protección de los Pueblos en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay (CIPIACI).

UNA NORMA PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS AISLADOS Y EN CONTACTO INICIAL

Neptalí Cueva Maza

El Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI, del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud, en el Perú, elaboró tres documentos normativos que orientan el accionar del personal ante la inminente posibilidad de contacto con indígenas en aislamiento y la necesidad de un proceder adecuado en casos de interacción con indígenas en reciente contacto o en situación de contacto inicial.

Conceptos

El concepto de salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas tiene otras dimensiones, más allá de la biológica: la dimensión cultural que comprende el territorio, los dioses y espíritus que lo habitan, sus recursos; una dimensión social y económica en relación con la familia y la comunidad. El sentirse dueños y tener la seguridad de un territorio donde desplazarse para cazar, pescar, sentir y compartir sus recursos -y sus espíritus- les proporciona la tranquilidad que –a manera de comparación- nos proporciona en la ciudad el tener un techo donde cobijarnos y un trabajo con el que podamos tener ingresos para satisfacer nuestras necesidades básicas.

Conceptualizada así, la salud resulta ser un binomio indesligable: “salud-bienestar”, basado en esa continuidad equilibrada de naturaleza-humano, y cuyo desequilibrio no solo explica los malestares físicos, sino también los mentales, espirituales, sociales.

El territorio –sus recursos y sus espíritus- es el punto de partida para comprender el equilibrio y desequilibrio del estado biológico, mental, social y espiritual. Hay un pacto tácito para la relación armoniosa de lo biológico, lo mental, lo social y lo espiritual, que se torna explícito en el desajuste de alguno de sus componentes y que se traduce en los malestares físicos o mentales que tienen explicaciones en ese universo de espíritus y normas de conducta que los liga a la naturaleza, su territorio.

Cualquier documento referido a la salud de los indígenas debe contemplar estas otras dimensiones de la salud, a fin de abordar el tema con calidad técnica y humana.

Los pueblos aislados existen y las amenazas contra ellos también

Ante las evidencias de su existencia, los Estados han optado por reconocer territorios para indígenas en aislamiento e indígenas en contacto inicial, en un intento por otorgar la condición básica para el bienestar de estos pueblos.

Sin embargo, la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial se ve amenazada por la presencia de agentes externos en sus territorios: empresas petroleras, madereros, turistas, cazadores e investigadores, entre otros.

Los agentes externos introducen a estos territorios donde se desplazan los indígenas en aislamiento y en situación de contacto inicial, gérmenes que terminan desencadenando brotes epidémicos que pueden traducirse en muertes o en sobrevivientes en condiciones de alta vulnerabilidad biológica, social y económica.

Vulnerabilidad de los sistemas de salud

La medida más efectiva para evitar el contacto con indígenas en aislamiento, es impedir el ingreso de agentes externos a sus territorios. Si esto no se logra, lo más inmediato, importante y crítico que se compromete es la salud de los pueblos en aislamiento. Con el transcurrir de los años, los "indígenas en contacto inicial" no solo siguen siendo muy vulnerables a gérmenes, sino que también quedan desprotegidos por un Estado que resulta ineficaz para brindarles la protección y atención de salud necesaria en el marco del respeto a su cultura. A la vulnerabilidad biológica se suma la vulnerabilidad cultural, una consecuencia inevitable en esta relación asimétrica de culturas.

Aquí un escenario con dos componentes subyacentes: un sistema oficial hegemónico, geográfica y culturalmente inaccesible ya que sus medidas diagnósticas y terapéuticas no son entendidas, culturalmente inapropiadas y por ello poco aceptadas en estos pueblos indígenas. El otro, la persistencia de un sistema de salud tradicional como única arma disponible que tienen estos pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial para hacer frente a las amenazas a su salud por un posible contacto. Sin embargo, estas armas tradicionales no resultan eficaces ante las epidemias provocadas por la introducción de gérmenes para los cuales su aparato inmune aún no ha desarrollado las defensas apropiadas.

En este panorama de sistemas ineficientes luego de un contacto, lo ideal es evitar el contacto. Dado que los antecedentes históricos de colonización y explo-

tación de los recursos de la Amazonía apuntan a inevitables contactos, abandono y muerte, debemos estar preparados para afrontar este peligro.

Para que un sistema de salud responda adecuadamente ante un contacto, debe estar preparado para cuando éste se suscite; debe conocer las circunstancias especiales que se presentan en la atención a personas que no conocen ni entienden nuestros procedimientos de diagnósticos y terapéuticos. Y conocer que luego de un contacto, es posible que durante décadas, los indígenas contactados seguirán en condiciones muy particulares que nos deben obligar a actuar de manera muy especial, evitando muchas veces generalizar las normas de atención que el sector salud tiene a nivel nacional.

Los documentos, tanto la norma como las dos guías para el personal de salud, siguieron el largo proceso de construcción, que comprendió la consulta a profesionales de diversas ramas de las ciencias de la salud y ciencias sociales, así como el concurso de instituciones que velan por la defensa de los derechos de los pueblos indígenas. Especial mención merecen los representantes de las organizaciones indígenas. Se realizaron tres talleres –Lima, Cusco y Madre de Dios- de tal manera que pudimos contar con la participación de los representantes locales y regionales de las áreas donde se desplazan estos pueblos indígenas, así como de los integrantes de los equipos de salud que se encargan de viajar hacia lugares geográficamente inaccesibles, los llamados equipos de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

La norma y las guías han sido aprobadas mediante Resolución Ministerial (RM) y obliga a las diversas instancias y personal de salud, a viabilizar los mecanismos para su implementación:

- Norma Técnica de Salud “Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y contacto reciente” aprobada con RM 779-2007-SA.
- Guía Técnica “Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente” aprobada con RM 797-2007-SA.
- Guía Técnica “Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad” aprobada con RM 798-2007-SA.

La Norma Técnica de Salud aprobada con RM 797-2007-SA considera tres momentos importantes de la acción: uno anterior (prevención), la contingencia (acción durante el contacto) y uno posterior (mitigación de riesgos posteriores al contacto). Y en este enfoque fueron concebidas las dos guías técnicas para contribuir en los detalles que el personal de salud debe tener en cuenta para su trabajo con estos pueblos.

Los documentos son de aplicación en toda el área en donde se ha determinado la presencia de estos pueblos y se anticipa, al considerar también como ámbito de aplicación, áreas en que pudiera establecerse la presencia de indígenas en aislamiento o en contacto inicial : *“la presente norma se aplica además en todas aquellas áreas aún no identificadas o reconocidas por el Estado, pero que en algún momento se convierten en escenario de aparición, avistamiento o desplazamiento de indígenas en aislamiento, o en situación de contacto reciente o en contacto inicial”*.

La norma técnica de salud tiene como principios rectores la prevención y el de alta vulnerabilidad. El primero referido a la imposibilidad de intervenciones directas en los indígenas en aislamiento por lo que *“las acciones están orientadas a la preparación logística y financiera para actuar cuando sea necesario, además de evitar y denunciar cualquier intento de contacto”*. El principio de *alta vulnerabilidad*, refiere al alto riesgo de enfermar y morir que tienen los indígenas en aislamiento y en contacto inicial cuando se sucede un contacto o interacción física cercana; por ello considera el contacto como una situación de emergencia para la que debemos estar preparados, de tal modo de afrontarla a fin de mitigar los efectos negativos.

Las medidas preventivas, según la norma técnica, están orientadas a:

- *“Evitar que se promocióne o propicie un posible contacto con miembros de los pueblos indígenas en aislamiento, atendiendo a su derecho de libre determinación”* de mantenerse en esa situación de aislados.
- Estar preparados para actuar de manera eficaz y oportuna si se suscitara el contacto.

Dado que no se puede actuar directamente con los indígenas en aislamiento, se debe trabajar con las comunidades colindantes en los ámbitos donde existen indígenas en aislamiento o en contacto inicial. Así se deben implementar acciones de salud preventivas y prestaciones que permitan cortar una cadena de transmisión de enfermedades inmunoprevenibles u enfermedades transmisibles. De igual manera, contempla establecer un sistema de vigilancia comunal que *“permita contar con información oportuna de lo que ocurra en la zona colindante al lugar donde viven estos pueblos”*.

El estar preparados para afrontar una emergencia como el contacto significa contar con los recursos financieros disponibles para decidir la intervención y organizar el equipo que se desplazará hacia la zona del contacto. Esto obliga a una acción multisectorial del Estado, las agencias cooperantes, las organizaciones indígenas, la sociedad civil organizada a nivel local, regional y nacional, que permita contar con los recursos financieros y logísticos para la acción.

Parte de esta preparación comprende la información, sensibilización y capacitación del recurso humano que se desplazará a trabajar hacia estos ámbitos. Tarea que demanda una constancia y persistencia debido a que, por tratarse de zonas geográficamente inaccesibles y con condiciones laborales poco atractivas, existe un alto índice de recambio del recurso humano.

Para la contingencia durante el contacto, la norma técnica plantea como premisa fundamental que *“un contacto será considerado una emergencia que debe ser de notificación inmediata y obligatoria dentro del protocolo de vigilancia epidemiológica activa (VEA) del Ministerio de Salud; y las actividades de salud deben ser planificadas y ejecutadas en el marco de la interculturalidad.”*

El marco de la interculturalidad demanda la participación de los usuarios en la planificación del servicio que recibirá. Dada la imposibilidad de una planificación con los beneficiarios directos, en concordancia con el Convenio 169 de la OIT, obliga la participación de los representantes de las organizaciones indígenas para establecer las posibilidades y conductas durante la intervención.

La conformación de una mesa de trabajo multisectorial, con participación de los diversos actores sociales involucrados en el tema es un elemento cuya construcción y operatividad no depende única ni principalmente del Ministerio de Salud, sino sobre todo, de la sociedad civil y las representaciones indígenas. Su exigencia y participación activa y decidida contribuirán a la construcción de este espacio.

La guía de relacionamiento constituye para el personal de salud un documento nuevo en su arsenal de instrumentos normativos, ya que hasta antes de su aprobación no tenía establecido mecanismos de cómo actuar, de manera preventiva, frente a las evidencias directas o indirectas que nos señalan la presencia de indígenas en aislamiento.

El objetivo de esta guía es orientar al recurso humano de los servicios de salud, *“en los comportamientos y decisiones a tomar ante las diversas posibilidades de relacionamiento con indígenas en aislamiento, las mismas que pueden ser protagonizadas por el personal de salud u otros.”* Así permite:

- *“Describir las acciones que debe desarrollar y el comportamiento que debe adoptar el personal de salud ante la información proporcionada por personas que no pertenecen al sector salud, sobre evidencias de la presencia de indígenas en aislamiento, avistamientos o contactos directos.*
- *Describir y orientar las acciones y los comportamientos que debe adoptar el personal de salud cuando entra en contacto fortuito con indígenas en aislamiento, avistamiento o contacto directo.*
- *Generar información relevante que contribuya a identificar los probables grupos étnicos de indígenas en aislamiento o en contacto reciente que habitan determinadas áreas amazónicas.*

- *Generar información que contribuya a planificar futuras acciones de salud en los indígenas en contacto reciente que decidieran establecerse en algún lugar determinado y conocido.”*

Establece, para el personal de salud, las siguientes posibilidades de relacionamiento con indígenas en aislamiento:

A. Hallazgo de evidencias indirectas:

- *Información sobre hallazgos de evidencias proporcionada por terceros.*
- *Hallazgos de evidencias por personal de salud.*

B. Avistamientos:

- *Información sobre avistamientos de indígenas aislados proporcionada por terceros.*
- *Avistamientos de indígenas aislados por personal de salud.*

C. Contacto físico:

- *Información de contacto con indígenas aislados protagonizado por terceros.*
- *Contacto con indígenas aislados protagonizado por personal de salud.”*

Además, describe para cada una de estas situaciones las responsabilidades del personal de salud, de comunicar las situaciones a los niveles correspondientes y a las organizaciones indígenas con la finalidad de acordar las acciones pertinentes, considerando diversos escenarios pacíficos o violentos, incluyendo orientaciones de cómo actuar en caso de hallazgo de cadáveres de posibles indígenas en aislamiento.

Lo importante de esta guía de relacionamiento es que establece responsabilidades para el personal de salud en situaciones en las que aparentemente su accionar no estaba involucrado, como es el caso de los hallazgos de evidencias indirectas o el de avistamientos, ya que en la concepción tradicional, el personal de salud solo actuaba ante las enfermedades o muertes para brindar asistencia. Este documento establece responsabilidades en la prevención, ya que su notificación servirá para evitar posibles contactos que derivarían en brotes epidémicos y muerte.

La guía técnica de atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad y mortalidad, retoma lo que al inicio del presente documento mencionamos: la calidad técnica y humana de las intervenciones de salud para con estos pueblos. Llena ese vacío ante la situación de contacto,

situación no deseada pero que dadas las circunstancias actuales, cada vez son más posibles de presentarse.

Esta guía *“orienta al personal de salud en los comportamientos y decisiones para la prestación de servicios en el marco del respeto que merece la cultura de los pueblos indígenas de reciente contacto o en contacto inicial, desarrollando actividades y procedimientos culturalmente adecuados para la prevención, contingencia y mitigación del impacto negativo en salud.”*

La interacción con indígenas recién contactados o en situación de contacto inicial obliga a establecer una oferta de servicios de salud adecuada culturalmente según sus necesidades, con participación de los diversos sectores e instituciones comprometidas con el bienestar de estos pueblos, así como la participación de las organizaciones indígenas representativas y comunidades indígenas aledañas. Por otro lado, posibilita generar información relevante que oriente futuras acciones de salud en estos pueblos así como recoger información de su sistema de tratamiento y su medicina tradicional.

Proporciona orientaciones para el personal de salud en una interacción con grandes limitaciones para la comunicación fluida (idiomática, percepciones, creencias), con diversos móviles, intereses u objetivos de los que interactúan (personas, instituciones) y a los que, con seguridad, los indígenas recién contactados son totalmente ajenos. Tiene en cuenta que los indígenas en contacto reciente y en contacto inicial desconocen de nuestros procedimientos de diagnósticos y de tratamiento, y pueden ser interpretados de manera muy diferente a nuestras intenciones, según su cosmovisión y conceptualización de la salud-enfermedad. Es decir obliga a un enfoque intercultural de nuestras acciones como sector salud.

Enfatiza el peligro de una interacción cercana y prolongada ya que el contacto con ellos, al momento de la atención de salud o en cada interacción directa con ellos, los somete a exposición de nuevos agentes infecciosos que pueden manifestarse en brotes epidémicos durante nuestra visita o días y semanas después de ella.

Y que si bien la presencia de indígenas en reciente contacto es una emergencia y puede resultar en un desastre por la alta letalidad que caracteriza este tipo de eventos, no debe ser manejada como “desastre natural”, porque no lo es; y se debe evitar campañas indiscriminadas de reparto de alimentos, cortes de cabello, reparto de ropa u otros.

Estas y otras consideraciones muy especiales a tener en cuenta para las actividades de inmunización, valoración del crecimiento y desarrollo de los niños, enfermedades frecuentes, la atención de casos complicados, los cuidados para la atención de indígenas mujeres, y cómo actuar en casos de fallecimientos, son algunos aspectos tratados en esta guía.

Rescata además, el derecho de los indígenas en contacto reciente o en contacto inicial a decidir sobre la forma de tratamiento al que puede ser sometido ya que *“toda actividad de salud que se realice en ellos debe tener el consentimiento o asentimien-*

to de la persona que recibirá la atención, y del líder del grupo contactado o del representante de la institución indígena que acompañe al equipo de salud. Por tanto, todas las actividades de salud en niños o adolescentes, ancianos o en mujeres en general, deben ser consultadas con los padres, parejas o personas responsables de ellos.”

Por último, ningún documento tiene valor por su simple elaboración o aprobación de parte de la autoridad competente; lo importante es su implementación y ésta es una tarea que si bien debe encabezar el sector salud a través de sus instancias correspondientes, son las organizaciones indígenas como parte de la sociedad civil organizada las que marcarán el ritmo de su implementación. Esta responsabilidad compartida es una tarea a realizar en un corto plazo para el bienestar de los indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

Neptalí Cueva Maza es Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural –CENSI, Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud del Perú.

COLOMBIA

LOS NÜKÁK: UN PUEBLO NOMADA, AISLADO Y REDUCIDO FUERA DE SU TERRITORIO

Diego Henao

Resumen

Los pueblos indígenas en Colombia continúan siendo víctimas de la discriminación y la exclusión por obra del colonialismo interno. Dicha colonización se ha caracterizado por el uso desproporcionado de la fuerza, orientado al extractivismo y la esclavización indígena, propiciando la migración forzada y la extinción de numerosos pueblos. En nuestros días, algunos pueblos indígenas, como el Yuri, luchan por no ser exterminados, por sobrevivir a la extinción en condiciones de “aislamiento voluntario”, mientras nuestra sociedad se debate entre la guerra y el asistencialismo humanitario. El caso del pueblo Nükák Makú, cuya drástica reducción demográfica y geográfica, durante los últimos 20 años, es quizá la principal evidencia de los estragos del contacto con nuestra sociedad: su población se redujo en un 46%, y luego la tercera parte de su población (221 personas) fue obligada a abandonar su territorio (desplazados forzosamente entre 2002-2006). En este texto, antes que mostrar un diagnóstico especializado sobre su salud, pongo en evidencia el contexto de guerra y exterminio en que viven los indígenas colombianos, la desproporción de sus impactos, las graves consecuencias del contacto con nuestra sociedad (a raíz de la falta de información sobre su existencia), la carencia de una legislación que proteja a los pueblos indígenas en “aislamiento voluntario”, la indolencia estatal frente al irrespeto de los derechos de los pueblos indígenas, las distintas formas de discriminación de las que son objeto; en síntesis la ausencia de voluntad política para la protección estatal de sus vidas y territorios.

Introducción

Durante los últimos treinta años se ha intensificado y expandido el conflicto armado interno entre la fuerza pública, los grupos guerrilleros y los grupos paramilitares, especialmente en los territorios indígenas. Aunque el conflicto armado no ha obtenido el reconocimiento legal por parte del Estado, ha contribuido a la prolongación no explícita del Estado de excepción (primacía de lo militar sobre lo

político). Esta situación ha generado un escenario de vulneración múltiple y sistemática de los derechos de nuestros pueblos indígenas, que tiene como fondo común el despojo territorial. Los actores armados han recurrido a los cultivos de uso ilícito y al narcotráfico, o a favorecer la implantación de monocultivos agroindustriales y “megaproyectos” para su sostenimiento, alterando drásticamente el medioambiente y las condiciones de vida de la población.

Este fenómeno está cruzado por la corrupción administrativa estatal, la impunidad generalizada y el debilitamiento democrático por vía legislativa, en clara correspondencia con lo que han denominado la “estatalización del paramilitarismo”. Esto ha provocado la desintegración paulatina, tanto de los pueblos indígenas como de los ecosistemas donde están asentados, socavando al mismo tiempo sus logros históricos y ganancias políticas.

Durante este año, las bancadas “favorables” al gobierno nacional, aprobaron con una maratón de “pupitrazos”, las leyes más lesivas para los pueblos indígenas de Colombia: el Plan Nacional de Desarrollo, que pretende forzar la convivencia de las víctimas con los victimarios, mediante proyectos económicos que sólo favorecen a los grandes inversionistas: la Ley de Transferencias que centraliza nuevamente las decisiones y los recursos sobre la educación y la salud, favoreciendo a Medellín y Bogotá, y marginando mucho más a las regiones más abandonadas por el Estado; la Ley de Desarrollo Rural (Ley 30 de 2007), llamada estatuto sin que sea una ley estatutaria, con la cual se intenta borrar de plano las conquistas y la resistencia de los pueblos indígenas, las comunidades afrocolombianas y los campesinos del país (entre muchas otras).

Crisis humanitaria de los pueblos indígenas en Colombia

En este contexto, hoy avanza una crisis humanitaria y de derechos humanos de enormes proporciones, y nuestros pueblos son los principales afectados, mientras el Estado insiste en tratarla, exclusivamente, como un problema de orden público y asistencialismo humanitario. Esto es evidente desde que se implementó la política de “Seguridad Democrática,” en el marco del “Plan Colombia”, especialmente en los departamentos de Cauca, Caquetá, Guaviare, Putumayo, Nariño, Chocó y los departamentos que hacen parte de la Sierra Nevada de Santa Marta.¹

Se trata de un proceso de militarización, compuesto por una serie de estrategias bélicas y políticas, que han dado como resultado una recomposición demográfica de vastas proporciones a través del desplazamiento forzado y la implementación de extensos campos de confinamiento, controlados por bases o destacamentos militares que someten a la población indígena y la convierten en “escudos humanos” además de “objetivo militar”.

Las principales expresiones de dicho sometimiento son las siguientes: a) Acoso y abuso sexual por los actores armados, b) inseguridad alimentaria y aumento

de la morbi-mortalidad indígena, c) bombardeos y fumigaciones aéreas con glifosato por la Fuerza Pública, d) campos minados y muertes por minas antipersonales, e) Ausencia de una política diferencial e integral en materia de desplazamiento forzado indígena, f) persecución paramilitar de los defensores de los derechos humanos, g) criminalización de los movimientos sociales y sus derechos por parte del Estado (incluso desde los discursos presidenciales), y h) incremento de la violencia difusa y directa pagada por compañías multinacionales (vacunas, seguridad privada, financiación de operaciones militares).

El contexto de los pueblos indígenas colombianos nos muestra un panorama desgarrador que confirma lo precitado. La desproporción de la afectación de las violaciones, infracciones y de la vulneración de los derechos colectivos de nuestros pueblos, pone en evidencia el impacto también desproporcionado de las mismas.

De acuerdo con las cifras del último censo de población (2005), la proporción de población indígena en el país es del 3% sobre el total nacional. En contraste, el desplazamiento forzado interno de los pueblos indígenas alcanzó en el 2005 el 12,5% del total nacional, la cifra de desaparecidos indígenas de los últimos diez años (526) alcanzó el 7,5% del total nacional y los estimados sobre indígenas detenidos arbitrariamente (1.033) superaron el 11%. Sólo entre el 2000 y 2004 (según el Banco de Datos Noche y Niebla), ocurrieron en Colombia 17.897 asesinatos políticos; es decir, una tasa de 90,6 por cada 100.000 habitantes. El contraste de información revela que “la tasa global indígena para los años 2000-2004 es tres veces más alta que la tasa nacional”. Durante el mismo periodo “Los Embera Katío, con 477,2 por 100.000, y los Tule, 812,3 por 100.000, ambos en la región de Urabá, multiplican varias veces la tasa nacional”.²

Ahora bien, lo peor de todo es que en materia de violaciones, infracciones y vulneración de los derechos colectivos, el Estado constituye el principal responsable (por acción u omisión).

Cuadro 1.

Distribución porcentual de la responsabilidad por vulneración de los derechos de los pueblos indígenas de Colombia

Responsables	Derechos humanos	Derecho internacional humanitario	Derechos colectivos
Estado	39%	50%	88%
Guerrillas	12%	40%	3%
Paramilitares	10%	0%	3%
Desconocidos	36%	10%	6%

En este contexto, el Estado con su política de “Seguridad Democrática”, infringe cotidianamente los *Principios de proporcionalidad, limitación y distinción entre combatientes y población civil*, propios del Derecho Internacional Humanitario; viola el deber de protección, respeto y garantía de sus Derechos Fundamentales propios de la Constitución Política de Colombia (Artículos 1, 2, 17); de su derecho a la Diversidad étnica y Cultural (Artículo 7), de su derecho a la vida y la integridad, individual y colectiva (Artículo 11), del derecho a su autonomía territorial y administrativa (Artículos 286, 287, 329 y 330) y el derecho sobre el uso y control de los recursos naturales en sus territorios (Artículo 8). Además de lo anterior, se pasó por la faja los principios rectores para los desplazamientos, formulados y recomendados por el Sistema de Naciones Unidas, en especial, los Principios Rectores No. 4.1³ y No. 9.⁴

Desprotección estatal y desarrollo forzado

Hoy percibimos con tristeza como el trasfondo de la “economía de guerra” que ejecuta el Gobierno nacional, debilita el orden democrático por la falta de control sobre las actividades de inmensas corporaciones (transnacionales) que operan en los territorios indígenas. Desde los discursos y prácticas del desarrollo ejecutan megaproyectos extractivos, agroindustriales y montan obras de infraestructura que, por su enorme grado de articulación con proyectos continentales (IIRSA, ALCA, TLC, Plan Puebla Panamá, entre otros), constituyen una amenaza a la soberanía nacional.

Las más recientes investigaciones sugieren una correlación entre los contextos de vulnerabilidad aguda de la población indígena, con una presencia notable de compañías multinacionales y su implicación en la prolongación y aumento de los factores violentos que contribuyen al aumento de riesgos y amenazas (presentes y futuras), en contra del ejercicio pleno de los derechos individuales y colectivos, de los pueblos indígenas como de los sectores sociales más marginados y empobrecidos del país.⁵

Frente a dicha política, agenda legislativa y crisis humanitaria, las continuas luchas y movilizaciones de resistencia por la defensa de estos derechos y por la afirmación de la identidad cultural, son actualmente un sinónimo de riesgo para el Gobierno colombiano. Todo ello ocurre, no obstante las múltiples recomendaciones de académicos y del sistema de la ONU, para que sean reconocidos en sus necesidades y articulados desde sus cosmovisiones y autonomía.⁶ Esto se ha hecho más evidente con la negativa frente a la aprobación de la “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”;⁷ sin que se tome en cuenta la previa ratificación estatal de aproximadamente 114 convenios (entre ellos el 169 de la OIT, convertido en la Ley 91 de 1991) y el reconocimiento formal de nuestros pueblos en la Constitución Política de Colombia.

Impacto general del conflicto en la salud de los pueblos indígenas

En este contexto, pese a los esfuerzos realizados por instituciones y científicos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) continúa manteniendo estadísticas escandalosas en el campo de las enfermedades que podrían ser tratables y prevenibles. Un caso concreto es el de la re-estratificación de la población desplazada indígena, que se ha transformado en una política de urbanización e integración, por vía del asistencialismo, sin tomar en cuenta los sistemas de bienestar y salud-enfermedad indígenas.⁸ Un proceso en el cual se pierden los avances en materia de articulación entre ambos sistemas, por la falta de aplicación de mecanismos de “portabilidad”, en la acreditación y reconocimiento de la población indígena desplazada en los lugares de reasentamiento.

Un efecto de dicha desterritorialización ha sido la ruptura de los referentes culturales, expresada en cuatro quiebras específicas: 1. De los calendarios tradicionales en los que se enmarcan las actividades sagradas, productivas y políticas. 2. De la ruptura, disipación y/o parálisis de los procesos etnoeducativos y de salud, así como de los procesos de recuperación cultural. 3. Del cambio hacia la oferta cultural y material de las comunidades receptoras (consumismo y cambio de hábitos alimenticios), así como hacia patrones de alimentación y consumo mercantil o industrial. 4. De la ruptura de los mecanismos colectivos y solidarios de intercambio material y espiritual (minga y fogón, por ejemplo).

Estos elementos han dado como resultado, la ruptura violenta de redes familiares y parentelas, lo que provoca una desestructuración social irreversible. Es una situación que ha menguado la solidaridad comunitaria y ha aumentado los niveles de individualización, en especial de las generaciones más jóvenes, en su articulación con la población urbana. Dicha urbanización forzada de los pueblos indígenas ha producido el debilitamiento de los saberes tradicionales acerca de la medicina y especialmente de las formas tradicionales de manejo de los ecosistemas, tanto como de la agricultura de subsistencia.

Actualmente, la cobertura nacional de afiliación del régimen subsidiado del SGSSS no ha superado el 63% de la población indígena (desde el 2005). Los principales problemas se concentran en la desnutrición, los altos índices de morbimortalidad, el desconocimiento de la cultura médica y la dificultad para que los servicios de salud logren la cobertura necesaria de toda la población. Si bien en el país, la morbimortalidad descendió desde el año 2000 (de 28.1 por mil nacidos vivos a 26 en el 2001, logrando mantenerse hasta hoy), los departamentos con mayor proporción de población indígena conservan indicadores que señalan la enorme diferencia existente: en el departamento del Chocó asciende al 98.8, en el Caquetá al 70.9, en el Cauca al 64.1, en Arauca al 61.2, en Nariño al 59.8.⁹

Otros estudios señalan que la desnutrición crónica con retardo en el crecimiento, se ha convertido en un problema de enorme trascendencia (13,5%) po-

niendo en evidencia la situación de marginalidad y pobreza, e incluso de miseria en que viven.¹⁰ De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, para el año 2004 nuestras mujeres indígenas presentaban el mayor porcentaje de cáncer de cuello uterino en Colombia (30%).¹¹ Problemática que adquiere mayor impacto en el contexto de empobrecimiento estructural y la profunda recomposición demográfica, derivada del desplazamiento y confinamiento forzado indígena.

Esta situación ha provocado la emergencia de nuevas enfermedades o la reaparición de enfermedades que ya habían sido controladas, y es aún más grave cuando se emplean químicos para la erradicación aérea de cultivos de coca, amapola y especialmente de sus cultivos de *pancoger*. Las restricciones de la libre circulación dentro y fuera de los territorios, especialmente orientados a controlar la recolección, producción o entrada de alimentos; el bloqueo al ingreso de medicamentos y la deficiente presencia o ausencia total de los servicios de salud estatales (programas de salud mental, sexual y reproductiva, y servicios básicos de atención médica) para la población indígena, han aumentado dramáticamente los problemas de salud que afrontan los pueblos indígenas; sólo durante el último año, en el Chocó, 111 niños y niñas Embera fallecieron por desnutrición y por falta de atención médica.¹²

Pueblos indígenas amazónicos en vías de extinción

Ante una situación tan drástica, y como un compromiso adquirido por la Organización Nacional Indígena de Colombia frente a las recomendaciones del Relator Especial de la ONU sobre la situación de los derechos humanos y libertades fundamentales de los pueblos indígenas, el Sr. Rodolfo Stavenhagen, en su visita a Colombia; se propuso el desarrollo del proyecto “Comisión Corográfica a los Pueblos Indígenas de Colombia”, como un proceso de construcción colectiva para la identificación de necesidades, amenazas, problemáticas, oportunidades de futuro y estrategias de desarrollo y resistencia de los pueblos indígenas del país.¹³

A raíz de este trabajo, y debido a la campaña nacional e internacional sobre la necesidad de protección de los pueblos indígenas recién contactados y en aislamiento voluntario, en particular la realizada a favor del pueblo Nükák Makú, algunos líderes y lideresas indígenas han comenzado a visibilizar otras situaciones similares que requieren mayor estudio y apoyo gubernamental, frente a la avanzada de los “garimpeiros” brasileños (buscadores de oro) y el conflicto armado interno (guerrillas, grupos paramilitares y fuerza pública). Este es el caso de Clemencia Herrera Nemerayema, indígena Huitoto del Amazonas, quien divulgó la muy compleja situación de otros cuatro pueblos: 1. El pueblo Yujú (50 personas) del bajo Apaporis, municipio de Taraira en el departamento del Vaupés, frontera con Brasil; 2. el pueblo indígena Yauna (3 personas: dos mujeres y

un niño), que habita al occidente del departamento del Amazonas, en las cabeceras del río Mirití Paraná; 3. el pueblo Kabiari (7 personas). Río Quinché Meta, constituyen una familia indígena en medio de otros pueblos: Miraña-bora, Huitoto, quienes migraron del Vaupés, y, 4. el pueblo Yuri (Aroje o Caraballo) compuesto por 200 personas, nómada y en aislamiento voluntario, que habita las cabeceras del río Puré, al suroccidente del departamento del Amazonas¹⁴ dentro del recién creado Parque Nacional Natural Río Puré (999.980 hectáreas).

Para algunos investigadores,¹⁵ “aparentemente”, los Yuri constituyen el único pueblo indígena “en aislamiento voluntario” de Colombia. En sus palabras está “protegido más por el real aislamiento en plena selva amazónica que por la figura de parque que no tiene infraestructura de vigilancia”. En general no hay una respuesta estatal en materia de política pública para la protección de pueblos indígenas en aislamiento. La única existente, es de carácter coyuntural y específico, derivada de la Resolución 0764 (5 de agosto de 2002), del Ministro del Medio Ambiente,¹⁶ que le da origen legal al Parque.¹⁷ Según esta resolución:

El Convenio 169 de la OIT, ratificado mediante la ley 21 de 1991, el Estado colombiano se compromete a reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas que integran a la Nación, con miras a garantizar el respeto a su integridad. (...) Que la declaratoria de un área del territorio nacional como Parque Nacional Natural es compatible con la titulación de territorios a comunidades indígenas de manera posterior a la declaratoria de un área del Sistema. (...) es un “lugar donde posiblemente habitan indígenas seminómadas de la etnia Yuri, Arojes o Carabayo quienes no tienen ningún tipo de contacto con otras sociedades. (...) los procesos y avances de la colonización existentes en la Amazonía colombiana convierten la zona del Puré en vulnerable y pueden atentar contra la libre determinación del Pueblo Yuri, Arojes o Carabayo. (...) la categoría de Parque Nacional Natural es la que más se adecua a los intereses de conservación biocultural del área, ya que permite la protección de ecosistemas altamente diversos y la protección del territorio ancestral para el pueblo Yuri, Arojes o Carabayo, área de vital importancia para este pueblo, inseparable de su identidad y de su existencia como etnia. (...) la Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales del Ministerio del Medio Ambiente reconoce la importancia de proteger el territorio de la etnia Yuri, Arojes o “Carabayo” y, por tanto, la viabilidad de definir dentro del Parque Nacional Natural Río Puré, una zona destinada al uso y manejo de esta etnia sobre su territorio tradicional, como un instrumento de protección adecuado para garantizar el respeto a su decisión de no contacto con la sociedad mayoritaria. (...) respeta y reconoce el carácter público de las autoridades de los Pueblos Indígenas, para coordinar actividades de manejo en el área protegida, en consonancia con los sistemas regulatorios propios de las

comunidades involucradas, garantizando la supervivencia y conservación cultural, espiritual y física de estos pueblos.

Dicho de otro modo, cuando el pueblo Yuri reclame los títulos sobre sus territorios el Gobierno estará en la obligación de reconocerlos y transformar el parque en un nuevo resguardo. El problema que se deriva de ello es que para este proceso resultan necesarios requerimientos también legales: un estudio socio-económico, un censo poblacional, una demarcación territorial y una solicitud expresa de los Yuri. El parque constituye el puente de un gran "corredor biológico", ubicado en la zona fronteriza con Brasil, integrado por un complejo de áreas protegidas en consonancia con la realidad biológica y cultural de la Amazonía, el mismo que ha sido objeto de protección (principalmente por parte de un conglomerado de ONG medioambientalistas) y que hoy es amenazado por el megaproyecto IIRSA.¹⁸

Ni salvajes, ni esclavos, ni raspachines

Desde el siglo XVIII, no ha sido raro escuchar a los viajeros, cronistas, investigadores y funcionarios sobre aquellos grupos que capturaban indígenas para ser esclavizados. Aún se escuchan los recuerdos de algunas personas de la Amazonía sobre aquellos días, cuando se llevaban a cabo las "cuibiadas" o cacería de personas indígenas en los llanos orientales colombianos. Así mismo, de las "jaramilladas", aquellas prácticas de esclavización de la población indígena (especialmente guayabero) destinadas a la producción de hoja de coca, mismas que se hicieron hasta hace poco más de una década, en el norte de la Amazonía colombiana.¹⁹

Por estos días, escuchamos historias sobre la manera en que algunos "cocineros"²⁰ recorrían las comunidades indígenas haciendo tratos verbales con los ancianos para que le dejaran llevar a sus hombres y mujeres más jóvenes (40 años en promedio), con el propósito de recoger la cosecha de hoja de coca. Después de esto los retenían por 10 ó 12 meses, con la promesa de obtener lo ganado al final de la temporada, para recibirlo todo en un solo pago; lo cual en ocasiones no se realizaba porque cerca de la mitad de ellos morían en circunstancias extrañas o entraban a engrosar la lista de desaparecidos de la región. Algunas personas afirmaron que es por ello que los grupos Nükák Makú han estado "saliendo" a las cuatro cabeceras municipales del departamento del Guaviare.

En el 2003, después de haber llegado a la comunidad "vinieron los blancos y se llevaron varios compañeros... a raspar... lejos de nosotros" afirmaba Manuel. De las 51 personas solo quedaron 40, la mayor parte de ellos menores de edad, cuyo desequilibrio en la proporción de mujeres y hombres es abismal. Las mujeres del grupo no alcanzaban la cuarta parte, situación que además de

transformar los roles internos por sexo en cada grupo, los está llevando a la extinción por medio de nuevas relaciones de parentesco, pues es de todos conocido que hay familias indígenas compuestas por mestizos y mujeres Nükák Makú, provenientes de Charras, Charrasquera y Guanapalo, que viven en San José del Guaviare desde comienzos de 2003.²¹

El pueblo Nükák: contacto, enfermedad y muerte

El pueblo Nükák Makú²² está compuesto por una población que no supera las 600 personas, que habitan entre los ríos Guaviare e Inírida, entre el Alto Aporis y el Alto Isana. Es un pueblo nómada que comparte su territorio con otros siete pueblos del Gran Resguardo del Vaupés: Sikuaní, Tukano, Piratapuyo, Siriano, Guayabero o Guahibo²³, Curripaco, Piaroa, además de una gran dispersión de grupos familiares (pertenecientes a otros ocho pueblos) que han migrado forzosamente hacia el departamento del Guaviare.²⁴

“En su tradición oral y su lengua se evidencian relaciones con otros pueblos indígenas sedentarios y en la actualidad con diversos sectores de la sociedad nacional, como colonos, misioneros evangélicos, funcionarios e investigadores”.²⁵

En su organización socio-política se distinguen dos unidades: los grupos domésticos y los grupos locales. Los primeros están conformados por un matrimonio como mínimo y pueden albergar a parientes solteros o viudos de cualquiera de los cónyuges. Estos grupos son unidades de producción y consumo autónomas que conviven juntas compartiendo los recursos que cada uno consigue manteniendo entre sí niveles de reciprocidad que le dan estabilidad al grupo local. Estos últimos son las unidades residenciales cuya población oscila entre 9 y 45 personas, y están conformados por varios grupos domésticos cuyos miembros están emparentados por relaciones de afinidad y consanguinidad. Cada grupo local tiene un territorio propio. Hasta el momento se conocen trece grupos locales.²⁶

La situación demográfica y geográfica de los Nükák-makú, es bastante preocupante, durante los últimos 20 años, su población se redujo en un 46%, pasaron de ser 1.300 personas a unas 600 aproximadamente.

En síntesis, de los 600 Nükák Makú que sobreviven actualmente, por lo menos 221 fueron desplazados forzosamente entre septiembre de 2002 y agosto de 2006, es decir, la tercera parte de su población.²⁷ Desde entonces, este pueblo ha declarado su interés por volver al resguardo Nükák-Makú, donde habitaban antes de desplazarse. Algunas de estas familias ya iniciaron su regreso.

Cuadro 2.
Contacto, éxodos y muerte de los Nükák Makú

Periodo	Situaciones Críticas y éxodos
1965-1966	Choque con los colonos de Charras
1988	Choque con los colonos de caño Danta, éxodo y llegada de 43 Nükák (4 hombres, 12 mujeres y 26 niños) a Calamar.
1989	Traslado de 26 Nükák desde Calamar hasta Mitú y de allí a Laguna Pabón
1990-1993	Gran epidemia de gripa, éxodos a Mapiripán, Puerto Alvira (caño Jabón) y San José.
1992	Exploración petrolera, muertes masivas por IRA, EDA y otras afecciones
1995	Fumigación que afectó al grupo de caño Grande, caño Macú y éxodo por dermatitis a Calamar
1996-1998	Gran ola de epidemias, muertes masivas por IRA, EDA y otras afecciones, y éxodos de todos los grupos Nükák hacia Tomachipán, Caño Jabón y San José.
2002	Enfrentamiento entre paramilitares (éxodo masivo)
2003	Choque de paramilitares y ejército contra las FARC en Charrasquera, y éxodo de 51 Nükák, 60% de los cuales eran niños entre los 0 y 12 años.
2005	Éxodo de 160 Nükák desde Araguato por temor a la guerrilla y a inminentes enfrentamientos con el ejército.
2006	Reubicación temporal de 160 Nükák cerca de Puerto Ospina en los límites con su resguardo
2007	Retorno voluntario de 50 personas sin acompañamiento

Fuente: Héctor Mondragón. Informe Araguato: Memorando, Fondo Mixto de Cultura del Guaviare. 11 de abril de 2007.

Confinamiento y desnutrición de los Nükák

Los Nükák han sido afectados enormemente debido a que se les ha limitado la alta movilidad (nomadismo)²⁸ que los caracteriza, pese a que su territorio comprende alrededor de 930.000 hectáreas.²⁹ En la actualidad, los conflictos con los colonos y otros pueblos indígenas están aumentando; el hambre es cada vez mayor y la desnutrición está incrementándose.³⁰

Es de anotar que buena parte de dichos problemas se derivan del contacto con la población campesina (colono-mestiza) y las enfermedades generadas en este proceso; sobre todo por la pérdida de inmunidad biológica frente a la enorme reducción de la oferta ambiental en materia de recursos alimentarios. Los diversos estudios consultados coinciden en afirmar que la oferta de recursos del territorio Nükák es bastante diversa y bien distribuida, lo que les ha permitido la recolección y caza de muchas especies simultáneamente. Hasta el momento se sabe que este pueblo consume por lo menos 243 especies vegetales y animales diferentes (83 especies vegetales (43 identificadas), 9 especies de primates, 7 de otros mamíferos, 2 de reptiles, más de 10 especies de aves, 39 de peces, algunos batracios y crustáceos y diversos insectos como 43 especies de abejas productoras de miel y sus larvas (22 identificadas), 14 de avispas y 16 de orugas).

La caza, pesca y tumba de árboles son actividades masculinas; la recolección de vegetales, miel e insectos y la siembra y cosecha de los huertos son actividades compartidas por ambos sexos. De la preparación de los alimentos se encargan las mujeres que cocinan las carnes, los vegetales y elaboran los jugos de frutos.³¹

Las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud (INS) entre 1993 y 1996, determinaron que más del 40 % de los Nükák padecía de filariasis, enfermedad que aún los afecta. Pese a los avances, durante el periodo 1996-1998, las omisiones graves del Estado provocaron una nueva ola de epidemias, después de lo cual se tomaron medidas para frenar la extinción de este pueblo, posibilitando una rápida recuperación demográfica (habían descendido a 400).³² De las muertes sobre las cuales se tienen datos acerca de su causa y ubicación temporal, cerca del 2% ocurrieron antes de 1987, y el 98.07% restante después de este año. De este último porcentaje, el 91.66% corresponde a decesos causados por la "gripe", mientras que el 6.41% se ubica entre "otras causas".³³

Esto se debió a siete factores principales: 1. la instalación y avance de nuevos colonos dentro del recientemente creado y luego ampliado Resguardo Nükák; 2. la suspensión del Instituto Lingüístico de Verano y su aparente labor misionera, en una estación llamada Nuevas Tribus, que los proveía de atención en salud; 3. la cancelación de la licencia de operación de la pista de Laguna Pavón por parte de las autoridades aeronáuticas y de control de estupefacientes; 4. la no aceptación de propuestas para el establecimiento de centros de atención médica y cultural por parte de ONG ambientalistas; 5. la falta de sustitución del servicio de

atención por parte del Estado; 6. las fumigaciones aéreas con glifosato de los cultivos de coca ubicados a orillas del río Guaviare y dentro del resguardo; 7. el avance del control militar y paramilitar y de los enfrentamientos con las FARC dentro de su territorio.³⁴

De acuerdo con informaciones de la Secretaría Departamental de Salud, contaban con un médico que los atendía durante tres días cada dos semanas, los niños entre los 11 y 15 años padecen desnutrición y requieren de apoyo alimentario con una mayor base nutricional. Según esta entidad, las condiciones de las viviendas donde residen (carpas de vara en tierra) no son adecuadas; las condiciones de saneamiento ambiental son mínimas y hasta hace muy poco padecían escasez de agua potable.

Esta situación se ha hecho más evidente con el aumento de las quejas de los vecinos sobre los daños producidos por la presencia de los Nükák, porque algunos toman lo que necesitan donde lo encuentran. Esto se debe a que los asentamientos de desplazados Nükák entraron en crisis fruto del agotamiento de los recursos naturales utilizados (presas de caza como los micos, materia prima para las artesanías como palmas de moriche y cumare, etc.), especialmente de los recursos para su alimentación. Esto es así porque a pesar de la asistencia humanitaria y su relación con la población campesina (cuya mayor fuente de alimentos proviene de sus labores agrícolas), los Nükák no han abandonado sus mecanismos y estrategias para proveerse de sus alimentos tradicionales, como tampoco han renunciado a sus hábitos alimentarios.

Durante los dos últimos años, la ONIC lleva a cabo una campaña nacional e internacional para evitar la extinción de este pueblo, lo que ha contribuido a sensibilizar a algunos sectores gubernamentales. Sin embargo, y no obstante la realización de una misión internacional de verificación, en el marco de estas labores, no ha logrado un compromiso efectivo y eficaz del Estado para garantizar y proteger dentro de su territorio, el ejercicio de los derechos que tiene el pueblo Nükák. Hoy la ONIC implementa un proyecto de acompañamiento de este pueblo, mediante la contratación de un médico (por cinco meses), que inició sus labores dentro del territorio Nükák, una campaña de comunicación, divulgación y sensibilización, además de la adquisición de una lancha para facilitar la entrada o salida del territorio, según las necesidades que demande su pervivencia en medio del conflicto armado en la región.

Conclusiones

El contacto, la proliferación de enfermedades y la desprotección estatal ha generando la disminución demográfica del pueblo Nükák Makú. El continuo contacto con la población urbana del Guaviare los está exponiendo a nuevas enfermedades que podrían provocar su extinción.

Tanto el desplazamiento como el confinamiento decretado por los actores armados (fuerza pública, paramilitares y guerrilleros) y las acciones del Estado en materia de su política de "Seguridad Democrática", especialmente las fumigaciones aéreas de los cultivos de coca y de vastas áreas selváticas del territorio Nükák, han provocado la disminución de la oferta de recursos para su alimentación, la desnutrición de sus nuevas generaciones, la pérdida de inmunidad biológica, la transformación de los roles entre hombres y mujeres, la pérdida de conocimientos tradicionales y una emergencia humanitaria de enormes proporciones.

Frente a dicha emergencia humanitaria, la política asistencialista del estado ha contribuido directa e indirectamente a la sedentarización del pueblo Nükák y por tanto, a formar parte del control externo del territorio Nükák.

En este sentido, la ONIC ha entendido que la desinformación es un instrumento de dominación del Estado y el Gobierno Nacional, y por tanto el primer escollo que deben vencer nuestros pueblos indígenas al momento de generar acciones, programas, planes y proyectos para la protección de la comunidad indígena nacional. Del mismo modo ha comprendido que los problemas indígenas no se pueden tratar de manera seria y digna cuando se les desconoce, deslegitima e invisibiliza a los protagonistas, los pueblos indígenas.

De allí que sea necesario entonces, generar nuevas competencias para nuevas realidades dentro de los sistemas de información indígena, con el fin de facilitar las decisiones pertinentes para su protección.

Notas

- 1 Esta situación ha afectado principalmente a los pueblos Wounan y Embera, del litoral pacífico; Curripaco, del Guainía; Wayúu, de la Guajira, y otros grupos del departamento de Putumayo. *Ibíd.*, CERD, 1998, 9
- 2 Villa, William. Houghton, Juan. *Violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia. 1974-2004*. Altovuelo Editores. Medellín. 2005. Pp. 11.
- 3 "Estos principios se aplicarán sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión o creencia, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico o social, condición jurídica o social, edad, discapacidad, posición económica, nacimiento o cualquier otro criterio similar".
- 4 "Los Estados tienen obligación específica de tomar medidas de protección contra los desplazamientos de pueblos indígenas, minorías, campesinos, pastores y otros grupos que tienen una dependencia especial de su tierra o un apego particular a la misma".
- 5 Kanoui, Vanesa. (2001) *Globalización, multinacionales y poblaciones en peligro*. Médicos Sin Fronteras. Barcelona.
- 6 Symonides, Janusz. *Derechos culturales: una categoría descuidada de derechos humanos*. En *Revista Internacional de las Ciencias Sociales*. No. 158. 2000. <http://unesco.ias.unu.edu/issj/rics158/symonidesspa.html#js10>
- 7 Aprobada por una inmensa mayoría, el 13 de septiembre de 2007, en el seno de la Asamblea General de Naciones Unidas
- 8 *Sistemas indígenas que son condición y producto histórico de los procesos que han vivido nuestros pueblos, en tanto adquieren o pierden calidad de vida humana, dependiendo de sus propios factores sociales, culturales, ecológicos, psicológicos, familiares y comunitarios.*

- 9 Sánchez Botero, Esther. Los pueblos indígenas de Colombia: derechos, políticas y desafíos. UNICEF. Bogotá. 2004.
- 10 Estudio con 800 familias indígenas de todo el país, realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, citado en Sánchez Botero, Esther. Ibid.
- 11 Monsalve, luz helena; (Delegada del Ministerio de protección Social), Foro: Compromisos internacionales para alcanzar la equidad de género. Bogotá. 8 de marzo de 2004.
- 12 Según la Defensoría del Pueblo y la Diócesis de Quibdó, durante los dos últimos meses han fallecido 37 niños por desnutrición, paros cardio-respiratorios, diarreas, gastroenteritis, nacimientos prematuros, entre otros. El ICBF anuncia instalación de dos centros de recuperación nutricional en Chocó. El tiempo. Junio 7 de 2007. Bogotá.
- 13 El objetivo estratégico del proyecto, fue establecer una caracterización general de cada uno de ellos y una línea de base para la atención integral de todos respecto de sus condiciones de existencia cultural, social, política y económica; teniendo en cuenta sus atributos y fortalezas colectivas, necesidades, problemáticas, amenazas y los planes de vida, además de caracterizar sus necesidades y obstáculos para su pervivencia, con el propósito de diseñar políticas indígenas para su protección e influir en las políticas públicas del Estado colombiano.
- 14 Herrera Nemerayema, Clemencia. "Voces y sonidos de la madre tierra". Programa de la Emisora Virtual "Dashi Debea: Nuestra Voz". ONIC. Emisión del Miércoles, 13 de Junio de 2007, 12:51:00 p.m.
- 15 Brackelarie, V. Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela). Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección. Lima. 2006.
- 16 "Por la cual se reserva, alindera y declara el Parque Nacional Natural Río Puré", de acuerdo con el numeral 18 del artículo 5° de la Ley 99 de 1993.
- 17 Mediante oficio de 15 de mayo de 2002, la Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana "OPIAC", manifestó su total aceptación a la creación del Parque Nacional Natural Puré, en territorios del Pueblo Yuri, Arojes o "Carabayo.
- 18 Iniciativa de Integración Regional Suramericana
- 19 Henao Arcila, Diego Fernando. Los Nükák: un pueblo en vías de extinción. ONIC. Bogotá. 2005. www.onic.org.co
- 20 Remoquete con el que se distingue en la región a aquellas personas que manejan los laboratorios para la producción de Pasta Basica de Coca.
- 21 Henao Arcila, Diego Fernando. El Guaviare: una olla a fuego lento. Codhes. Bogotá. 2003. www.codhes.org
- 22 De acuerdo con algunos testimonios, el término "Makú" fue usado indiscriminadamente para referirse al tipo de subordinación que caracteriza las relaciones entre los pueblos indígenas sedentarios (ubicados en la riberas de los ríos) y aquellos grupos nómadas que viven de la caza y la recolección en las áreas boscosas (interfluviales).
- 23 La población indígena más numerosa del departamento pertenece al pueblo Guayabero (anteriormente denominados Guahibos).
- 24 Allí habitan también "cabucos", población fruto de diferentes mezclas étnicas y culturales con acentuada ascendencia indígena; campesinos-colonos, muchos de los cuales llegaron hacia 1950 y entre los que se encuentra también población Afrocolombiana originaria del Valle del Cauca y Chocó principalmente.
- 25 *Ibíd.* Sotomayor, Mahecha, Franky, Cabrera y Torres. Bogotá 1998. P. 3.
- 26 *Ibíd.* Sotomayor, Mahecha, Franky, Cabrera y Torres. Bogotá 1998. P. 5
- 27 Fueron ubicados en cuatro asentamientos (75 en Villa Eleonora desde 2003, 12 en la Casa Indígena, 38 en Agua Bonita, 96 en Tomachipán) y alrededor de 500 indígenas desplazados del pueblo Guayabero, ubicados en otros 5 asentamientos.
- 28 Ocupan unos 68.64 campamentos-año, con una permanencia de 5.31 días y una distancia promedio entre uno y otro de 6.9 kilómetros
- 29 Junta Directiva del Incora (hoy Incoder), resolución No. 136 del 23 de noviembre de 1993. Roldán, Roque. Aproximación histórica a la explotación de petróleo en territorios indígenas; en "Tierra profanada". 282-284. ONIC-Cecoin-GhK; Disloque editores. Bogotá. 1995.

- 30 Mondragón, Héctor. Informe Araguato: Memorando, Fondo Mixto de Cultura del Guaviare. San José del Guaviare. 11 de abril de 2007. Pp. 2
- 31 *Ibíd.* Sotomayor, Mahecha, Franky, Cabrera y Torres. Bogotá 1998. Pp. 8
- 32 *Ibíd.* Mondragón, San José del Guaviare. 2007. Pp. 3
- 33 Sotomayor Tribin, Hugo Armando; Mahecha Rubio, Dany; Franky Calvo, Carlos Eduardo; Cabrera Becerra, Gabriel; Torres Leguízamo, María Lucia. La nutrición de los Nukak: Una sociedad amazónica en proceso de contacto. Memorias del VII Congreso Nacional de Antropología en Colombia. Universidad Nacional. Bogotá. 1998. Pp. 3.
- 34 *Ibíd.* Mondragón, San José del Guaviare. 2007. Pp. 4

Diego Henao. Magister en antropología. Asesor de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC).

BRASIL

LOS PUEBLOS INDIGENAS AISLADOS DE LA “TIERRA INDIGENA VALLE DEL YAVARI” Y LA EPIDEMIA DE MALARIA Y HEPATITIS B Y D

Hilton S. Nascimento

Brasil es el país de la América del Sur que posee la mayor cantidad de pueblos indígenas aislados. Según un mapa producido recientemente por la Coordinación General de Indígenas Aislados CGII/FUNAI, existen en el Brasil 21 registros de pueblos aislados con presencia confirmada, 37 informaciones referenciales aguardando confirmación y 4 pueblos de contacto reciente. De estos registros oficiales del gobierno brasileño, 29 % de los registros confirmados, 22 % de las informaciones referenciales y 25 % de los grupos brasileños de contacto reciente, están concentrados en una sola tierra indígena: la “Tierra Indígena Valle del Yavari”, lo cual representa un tercio de los registros, confirmados o no, de pueblos aislados de Brasil.

Con 8.5 millones de hectáreas, la Tierra Indígena (TI) Valle del Yavari, es la segunda tierra indígena del Brasil en extensión, y fue reconocida oficialmente por el Gobierno brasileño en mayo de 2001. Está ubicada en el sudoeste de la Amazonía brasileña, en la frontera con Perú, e integra un “arco de conservación” que conecta varias unidades de conservación y tierras indígenas del departamento de Acre y del sudoeste del departamento de Amazonas de Brasil, con otras unidades de conservación y tierras indígenas peruanas, totalizando más de 24 millones de hectáreas de áreas protegidas. Dentro de ese “arco de conservación” que integra el área de frontera Brasil – Perú, también está la mayor concentración de pueblos aislados del hemisferio occidental.

Dentro de la TI Valle del Yavari viven cerca de 3.500 indígenas contactados de los pueblos Marubo, Matis, Mayoruna, Kulina y Kanamary. Los cuatro primeros pertenecen a la familia lingüística Pano, y el último pertenece a la familia lingüística Katukina. Además de esos pueblos existe un estimado oficial del gobierno brasileño, realizado por la CGII/FUNAI, sobre la existencia de por lo menos siete pueblos aislados. De estos probables siete pueblos aislados, la FUNAI tiene registros de 27 malocas y/o chacras reconocidas durante varios sobrevuelos. Siete de estos avistamientos de chacras y/o malocas son atribuidos a pueblos desconocidos, dos de ellos a un pueblo llamado Maya, ocho al pueblo Korubo, cuatro a un

pueblo de la familia Katukina o Arara, tres al pueblo llamado Flecheiro, y otros tres al pueblo Tsohom Djapá.

Aunque están dentro de un área protegida y reconocida por el gobierno brasileño, alejados de las áreas de gran deforestación del Brasil que siempre aparecen en los noticieros internacionales, y aunque no tengan grandes problemas de invasiones, estos pueblos indígenas contactados y también los pueblos indígenas aislados se encuentran amenazados. Desde 2001, las poblaciones indígenas contactadas que viven próximas al territorio de los aislados, en la TI Valle del Yavari, se están enfrentando a una fuerte epidemia de hepatitis B y D. Si bien Brasil cuenta con una política de protección de los territorios de los pueblos aislados, elaborada por la FUNAI y considerada modelo por todos los países vecinos, no se puede decir lo mismo con relación a la política de salud para esos pueblos. Desde julio de 1999, la atención de la salud de todos los pueblos indígenas del Brasil, aislados o no, no es más una responsabilidad de la FUNAI, sino de la Fundación Nacional de Salud – FUNASA.

Hoy, la mayor amenaza contra estos pueblos no es la invasión de madereros o el interés en sus recursos naturales, tampoco es la resistencia del Gobierno a reconocer su existencia. La gran amenaza es una epidemia de hepatitis B y D, agravada recientemente por un fuerte brote de malaria.

La hepatitis B es una enfermedad causada por un virus y transmitida principalmente por contacto sexual, por contacto con sangre contaminada o de la madre hacia el hijo durante el nacimiento. Es diez veces más contaminante que el virus del SIDA y es la novena causa de óbitos en el mundo (Varaldo, 2005).

El virus de la hepatitis D, también llamada Delta, es un virus que requiere la presencia de la infección por la hepatitis B para sobrevivir. Se transmite igual que la hepatitis B (Varaldo, 2005). La infección por la hepatitis B y D ocasiona las formas más graves de hepatitis, con intenso cuadro de hemorragia digestiva, ocasionando vómitos de coloración oscura (Brasil, 1999). Después de un período inicial de fiebre, vómitos y falta de apetito, surgen síntomas neurológicos como agitación, delirio, convulsiones y coma hemorrágico. La muerte generalmente ocurre entre cuatro y seis días después del inicio de los síntomas.

La región amazónica es considerada una de las principales áreas endémicas del virus de la hepatitis B y D en el mundo, y la TI Valle del Yavari está dentro de este área.

El grave contagio por hepatitis B en el Valle del Yavari es un problema antiguo. Desde hace más de quince años (1993) existen documentos registrando muertes por este tipo de hepatitis en la región (FUNAI, 1998). En 1995 hubo un brote con siete óbitos.

En junio de 2001 empezó un nuevo período de muertes causadas por la hepatitis B o síndrome febril íctero-hemorrágico agudo (SFIHA). El SFIHA es el nombre técnico que se da a la enfermedad que posee síntomas similares a los de la hepatitis B y fiebre amarilla, pero sin comprobación de laboratorio. Esta situación

se presenta en la mayoría de los casos de óbitos en el Yavarí, ya que muchos mueren en las aldeas sin tiempo de tratarse en las ciudades. Esta falta de confirmación de laboratorio está siendo utilizada como excusa por las autoridades competentes que alegan que no pueden afirmar que esos casos hayan sido todos causados por hepatitis B, aunque se trate de un área de alto endemismo de esta enfermedad y con grandes porcentajes de indígenas portadores.

El nuevo período de óbitos que se inició en 2001 empezó en una aldea Marubo llamada Río Novo con tres muertes en menos de un mes, dentro de la misma familia. En 2002 ocurrió una muerte más en esta aldea. En 2003, el peor año de esta epidemia de los últimos tiempos, diecisiete personas murieron (Centro de Trabajo Indigenista, 2004). El año 2003 fue especialmente trágico al producirse más de un óbito por mes, en cuatro de los cinco pueblos del Valle del Yavarí (Marubo, Mayoruna, Kulina y Matis), abarcando tres de los cuatro ríos principales de la tierra indígena (Ituí, Curuçá y Javari). Las noticias vía radio de personas vomitando sangre, entrando en coma terminal y falleciendo en menos de cinco días se tornaron frecuentes, y el miedo se apoderó del Valle del Yavarí. Pueblos que tenían rivalidades latentes empezaron a acusarse de brujería, familias que compartían la misma aldea también se acusaban, generando divisiones. Dos aldeas (Río Novo y São Sebastião) cambiaron de ubicación con la esperanza de huir de la enfermedad y el éxodo de jóvenes en dirección a la ciudad de Atalaia do Norte se intensificó en busca de tratamiento. Varias familias perdieron más de un miembro próximo en pocos meses o incluso días. Las consecuencias para la geopolítica de la región fueron enormes. Entre junio de 2001 y enero de 2004, fallecieron 22 personas, algunas con hepatitis B confirmada, otras con los síntomas y sospechas, pero sin confirmación (CTI, 2004), de estos, 68 % eran Marubo del Río Ituí y Curuçá.

Las tres nuevas aldeas fundadas por el pueblo Mayoruna (conocido como Matsés en Perú) que en 1995 abandonaron el área del Lameirão debido a seis óbitos causados por hepatitis B, sufrieron de nuevo, en 2003 varios óbitos causados por la misma enfermedad de la cual supuestamente habían huido.

En Acre, región brasileña vecina a la TI Valle del Yavarí donde la hepatitis B es el principal problema de salud pública, ésta también contribuye al abandono del campo, ya que sus habitantes no indígenas migran hacia la ciudad buscando tratamiento.

En 2004 una expedición de la FUNAI y del "Instituto Dunas e Ventos", patrocinada por Kodak, hizo lo que la FUNASA, institución gubernamental responsable de la salud indígena en Brasil, no había logrado hacer: la serología de todos los habitantes del Río Ituí.

Se realizaron 413 exámenes, que quedaron a disposición de la FUNASA. A petición de la revista brasilera "Isto É" (18/08/2004) el infectologista, Artur Tismerman, comentó:

“Solamente el 14% de la población desarrolló inmunidad al virus de la hepatitis B a partir de vacunas. Se trata de una inmunización a través de la vacuna, extremadamente baja para un área considerada endémica, pero que se muestra en una situación de epidemia. Otro 23% de los indios examinados desarrollaron inmunidad natural al virus. Por un lado, eso es bueno. Indica que el organismo produjo anticuerpos y eliminó el virus, convirtiendo al cuerpo en inmune. Por otro lado, alerta sobre la gran cantidad de personas en la región que tuvo contacto con el virus de la hepatitis B. En total, cerca del 37% de los habitantes de la región de las aldeas Marubo y Matis a lo largo del Río Ituí, entre vacunados y naturalmente inmunes, no corren riesgo de enfermarse. Pero, resta otro 55% de indígenas sin defensa contra el virus. La situación es todavía más grave para el 8% de los indígenas que poseen el virus de la hepatitis B en su forma crónica, o sea, con riesgo de desarrollar formas graves que causen daños, como la cirrosis. Eso puede tardar décadas o ser potencializado por la presencia de otros virus como el de la hepatitis Delta, por enfermedades como la malaria o por el alcoholismo, pudiendo desencadenar la forma fulminante de tal enfermedad”.

La FUNASA rehúsa aceptar estos resultados alegando desconocer el método utilizado, aunque éste haya sido el método denominado *ELISA*, llevado adelante por el Ministerio de Salud de Brasil.

Datos oficiales de la FUNASA, de 2004, comprueban la existencia de 78 indígenas portadores de hepatitis B (CTI, 2005). Como siempre, el número de la muestra nunca es divulgado, pero no llega a un tercio de los cerca de 3.500 habitantes del Valle del Yavarí. De éstos, 31 % son Marubo, 44 % Mayoruna, 10 % Matis, 9 % Kanamary, y 1 % Kulina; 34 % de los portadores tienen menos de veinte años de edad. Los Mayoruna constituyen casi la mitad de los casos registrados de portadores para esta fecha, y en una de sus aldeas 30 % de cerca de cincuenta habitantes son portadores. Empero estos datos ya no representan la situación actual, son registros del pasado. Hoy el número de portadores ciertamente es mucho más impactante.

¿Y la situación de los varios pueblos aislados de la TI Valle del Yavarí, en medio de este descontrol sanitario? Nadie sabe. Nadie sabe lo que puede estar pasando con ellos o si la epidemia de hepatitis B y D ya los alcanzó. Tal descontrol demuestra la extrema vulnerabilidad y amenaza a que estos pueblos están expuestos.

A pesar de todo lo ocurrido, hasta hoy la FUNASA no logró romper la cadena de transmisión de la enfermedad. Las nuevas generaciones de la TI Valle del Yavarí no están a salvo de la hepatitis y siguen siendo contagiadas. Desde 1995 ya se hablaba de que el incumplimiento del correcto período de tiempo entre las vacunas, podría comprometer su inmunidad, y en 2001, una vez más, el médico del Hospital de Medicina Tropical llamaba la atención por fallas en el cronograma de vacunas en la TI Valle del Yavarí (Lacerda, 2002).

Datos acumulados hasta el año 2002 demuestran que solamente el 3 % de los niños menores de un año recibieron las tres dosis necesarias para tener inmuni-

dad contra el virus de la hepatitis B. Un sistema de vacunas y de retorno para su tratamiento, realizado en cuarenta y cuatro pacientes portadores de hepatitis viral, que participaron del manejo clínico realizado en octubre de 2005, muestra claramente cómo fueron impartidas las vacunas entre los indígenas del Yavarí, durante esta última década. El intervalo entre la primera y la segunda dosis, que debe ser de un mes, fue, en promedio, de doce meses, con un caso extremo que tardó ¡cuatro años y medio!. Peor situación se presenta entre el intervalo de la segunda y la tercera dosis, que debe recibirse a los seis meses, y tuvo un promedio de veintidós meses, con extremos de dos indígenas que recibieron la tercera dosis solamente ocho años después de la segunda, y otros dos más que sólo fueron vacunados diez años después. Hoy día, la FUNASA no logra realizar más de dos programas de vacunación al año. Así ocurrió del 2002 al 2005. En 2007, por lo menos en el río Itacoaí, donde viven cerca de quinientos indígenas del pueblo Kanamary, y se tiene la mayor cantidad de pueblos aislados de la TI Valle del Yavarí, sólo dos campañas de vacunación fueron realizadas. Ésto aún cuando el propio Gobierno brasileño recomienda cuatro campañas de vacunación en áreas de difícil acceso.

El riesgo de que las personas contagiadas por hepatitis B adquieran la forma crónica es de 5 a 10 % en adultos, pero es de más del 90 % en casos de recién nacidos. La FUNASA todavía no tiene la serología de todas las mujeres en edad reproductiva del Valle del Yavarí para poder evitar el contagio vertical madre - hijo.

Los procedimientos para el tratamiento dirigido a portadores crónicos ha empezado, pero el medicamento, además de caro, provoca efectos colaterales fuertes como depresión, y requiere acompañamiento médico y psicológico constante. Así, los pacientes en condiciones de recibir el tratamiento son trasladados hacia alguna de las ciudades de la región. Para otros, la única solución es el trasplante, y algunos ya se encuentran en la larga y lenta cola de trasplante de hígado, en Brasil.

Actualmente la situación de la hepatitis en el Valle del Yavarí no ha cambiado mucho, sigue siendo una bomba de tiempo que puede volver a explotar en cualquier momento. La situación se agrava por el hecho de tratarse de un área con fuertes brotes de malaria en una población con el hígado ya debilitado por la hepatitis.

Los óbitos siguen ocurriendo durante estos últimos años. De acuerdo con una denuncia de la organización indígena "Conselho Indígena do Vale do Javari" (CIVAJA, 2007), entre los días tres y veintiocho de diciembre de 2007, ocurrieron seis óbitos de niños en la TI Valle del Yavarí. La ausencia de medicamentos y utensilios básicos como jeringas sigue ocurriendo, y el pueblo Marubo pide socorro debido al aumento del número de casos de malaria que causa desesperación en esta población.

La estrategia de la institución del gobierno brasileño responsable de la salud indígena es, siempre que sea posible, no afirmar que la muerte es causada por hepatitis y sí por otros factores, como malaria, accidentes por mordedura de ví-

boras, etc. Pero muchas de ellas han ocurrido debido a complicaciones en un paciente que tenía un hígado muy debilitado. Durante siete años, el Gobierno brasileño prefirió no reconocer el problema haciendo de todo para esconderlo. En este año (2008), tal vez debido a una actitud más positiva de la actual dirección de la salud indígena de la FUNASA, o mayor madurez del propio Gobierno, o incluso debido a las presiones causadas por innumerables denuncias hechas por la organización indígena CIVAJA y por la organización indigenista "Centro de Trabalho Indigenista" – CTI, el Gobierno brasileño despertó y considera la situación de salud de la TI Valle del Yavarí como una prioridad en su agenda. Todavía no se sabe qué significa esto en la práctica. Si realmente va a significar una solución al descontrol sanitario de la región, tampoco se sabe. El hecho es que la dramática situación de salud en la TI Valle del Yavarí es una grave amenaza para la supervivencia de los pueblos aislados que ahí viven.

La FUNASA empezó a realizar un análisis serológico de la hepatitis en todos los indígenas a inicios de 2007, y demostró una gran circulación del virus de la hepatitis B en la región. Se estima que, por lo menos, el 7 % de la población indígena contactada es portadora del virus. El mismo análisis también demostró la presencia del virus de la hepatitis C en la región, lo que representó una sorpresa. No se conocen mayores detalles de dicha investigación, ya que, temiendo las presiones que pueda sufrir, la FUNASA no divulga los resultados. Los detalles de los exámenes serológicos, es decir, la proporción del problema de la hepatitis B y D en la TI Valle del Yavarí es hasta hoy un secreto de la FUNASA, desconocido para los propios indígenas, los profesionales de salud que actúan localmente, la organización indígena CIVAJA, y las organizaciones de la sociedad civil que podrían ejercer alguna forma de control social de las acciones gubernamentales. La FUNASA se niega a hacer públicos los datos serológicos recolectados en 2007, incluso para sus propios funcionarios, que no tienen informaciones sobre el número de portadores, lo que impide que tales autoridades tengan mayor atención y cuidado para con los portadores. Por otro lado, los indígenas, cansados de participar de tantas colectas de sangre sin que ninguna presente resultados, y cansados de vivir con los óbitos constantes a pesar de tantas campañas de vacunación, empiezan a negarse a recibir las vacunas diciendo que éstas no impiden la muerte de sus parientes. Y lo que es todavía peor: empiezan a pensar que es la propia vacuna la que causa las muertes.

Siete años después del inicio de esta epidemia reciente de hepatitis B y D en la TI Valle del Yavarí, no se logró romper la cadena de transmisión. Hasta hoy el Gobierno brasileño no tiene control de la situación de las mujeres en edad reproductiva que son portadoras de hepatitis B para que sus hijos sean inmunizados en las primeras horas después del parto y así no se conviertan en portadores crónicos de hepatitis en la vida adulta. Una gran parte de la población no está inmunizada o se está inmunizando por el contacto con el virus. La FUNASA no cuestiona en ningún momento la eficacia y las deficiencias de sus campañas de vacu-

nación. Hoy en día, siete años después, los indígenas contactados de la TI Valle del Yavarí siguen siendo contaminados con hepatitis B.

Recientemente esta situación se agravó con un brote de malaria que está afectando la misma área. Ya son por lo menos tres años de un fuerte brote de malaria en una población donde las personas ya tienen el hígado debilitado por las hepatitis. La ausencia de medicamentos para el tratamiento de los portadores de malaria fue una constante en el año 2007.

Es en medio a ese desorden sanitario –que las autoridades brasileñas son hasta ahora incapaces de controlar– donde vive un tercio de los pueblos aislados del Brasil. Fue también en este contexto de descontrol que, en julio de 2007, un grupo de aislados del pueblo Korubo armó un campamento en la orilla de uno de los ríos e intentó hacer contacto con los indígenas Marubo y Matis. En diciembre de 2007, en otro río, un grupo de Korubo (o quizás el mismo) hizo al menos dos contactos rápidos con los Kanamary, donde hubo intercambio de objetos e incluso de ropa usada.

La cuestión final es: ¿Cuál será el futuro de estos pueblos aislados de la TI Valle del Yavarí en una región que vive un completo descontrol epidemiológico de hepatitis B y D, además de malaria? ¿Cuál es la protección sanitaria de un tercio de los pueblos aislados de Brasil que viven en la TI Valle del Yavarí? ¿Cuál es la preocupación que el Gobierno brasileño tiene con respecto a la supervivencia de esos pueblos aislados?

Bibliografía

- Brasil, L. M., 1999:** Epidemiologia das hepatites no Estado do Amazonas. En: Luisa Basilia Iñiguez Rojas e Luciano Medeiro de Toledo (orgs.). Espaço & Doença: um olhar sobre o Amazonas. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Editora Fiocruz.
- Centro de Trabalho Indigenista, 2004:** A grave situação das hepatites B e D no Vale do Javari. Disponible en www.trabalhoindigenista.org.br
- Centro de Trabalho Indigenista, 2005:** A grave situação de saúde no Vale do Javari continua, mesmo após um ano de denúncias. Disponible en www.trabalhoindigenista.org.br
- CIVAJA, 2007:** O Conselho Indígena do Vale do Javari – CIVAJA pede socorro das autoridades para intervir nos absurdos óbitos no Vale do Javari. Informe 008/2007.
- FUNAI, 1998:** Relatório de identificação e delimitação da Terra Indígena Vale do Javari, GT Portarias nº 174/95 e 158/96. Brasília.
- Lacerda, M. V. G., 2002:** Investigação de tres casos de óbito por síndrome febril íctero-hemorrágica aguda em Atalaia do Norte (AM) em 2001. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas.
- Varaldo, C., 2005:** Grupo Otimismo, disponible en la web de la Associação brasileira de Hepatologia www.sbhepatologia.org.br

Hilton S. Nascimento, es miembro del Centro de Trabalho Indigenista – CTI, con sede en Brasil.

PARAGUAY

EL CASO DE LOS AYOREO TOTOBIEGOSODE EN EL CHACO PARAGUAYO

*Lucía Ibarra de Terol
Jorge Servín*

Antecedentes

La apropiación del territorio indígena

Durante varias décadas del siglo XX, al igual que otros pueblos indígenas de la Región Oriental y Occidental del Paraguay, diferentes grupos locales del pueblo Ayoreo, de la familia lingüística Zamuco, fueron perseguidos y contactados por misioneros pertenecientes a diversas iglesias, en la zona noreste del Chaco paraguayo.

El interés de los misioneros por “salvar almas” traía consigo el cambio de vida de los indígenas, lo cual significaba “despejar” vastas zonas ocupadas por ellos según sus modos de vida tradicional. Con ello se facilitaba la ocupación legal o ilegal de sus antiguos dominios y, además, se permitía el acceso al usufructo de los recursos forestales de su territorio ancestral. Con esta acción también se facilitaba aún más la venta y reventa, con los indígenas dentro, de importantes pedazos de terreno en el Chaco. A juzgar por lo sucedido, pareciera que jamás importó la presencia de indígenas en estado de aislamiento (silvícolas) en la región; la transacción se realizó con ellos dentro.

Los grupos locales Ayoreode fueron contactados, sobre todo, a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, experiencia que no estuvo exenta de violencia y muerte. A pesar de la nefasta práctica de contacto forzoso, con el correr del tiempo, los indígenas lograron “legalizar” parte de sus antiguos dominios según las leyes nacionales.

Sin embargo, el cambio a un estilo de vida de mayor sedentarización ha obligado a varias familias, e incluso comunidades, a vivir de las llamadas “changas”, consistentes en trabajos temporales como jornaleros en establecimientos ganaderos de la zona y, hasta inicios de los noventa, como proveedores de leña para la usina eléctrica de los menonitas, fabricantes de carbón, vendedores de carnada para los “turistas” pescadores, entre otros. Esa situación hizo que muchas familias y sus descendientes vivieran en paupérrimas condiciones, en tanto que otras

familias indígenas migraran a los centros urbanos más cercanos, como Filadelfia, donde viven en condiciones infrahumanas y que varias mujeres jóvenes Ayoreode se dedican a la prostitución.¹

El reclamo territorial de los Ayoreo Totobiegosode

Pese a la situación descrita, no todos los indígenas fueron sacados del monte. Algunos, como los Ayoreo Totobiegosode, se refugiaron en el amplio y hostil (para los no indígenas) bosque chaqueño, determinando así su voluntad de aislarse y permanecer fuera del contacto de la sociedad nacional. Esta fuerte identidad territorial, de adaptación ambiental y económica, continúa hasta la fecha. No obstante, existen fuertes presiones sobre sus antiguos territorios por parte de colonos menonitas, ganaderos locales y extranjeros, principalmente brasileños, quienes con sus actividades amenazan de manera permanente la vida de la gente del monte y la integridad de los bosques de sus territorios. Esta situación hace que la frontera ganadera avance sin piedad sobre los últimos espacios territoriales indígenas, dado que, en el mercado de los negocios inmobiliarios, la tierra se compra, se vende y revende con los indígenas dentro.²

Ante esta fuerte presión externa, y visibilizando la pérdida permanente de sus tierras, en 1993 los Ayoreo Totobiegosode, sobrevivientes de contactos forzosos, solicitaron ante las autoridades pertinentes de los tres poderes del Estado paraguayo, el aseguramiento de una parte de sus antiguos dominios basados en los siguientes principios o criterios:

- Fortalecer su integridad sociopolítica
- Diversificar los riesgos económicos
- Escapar de la malnutrición
- Impedir el exterminio del subgrupo de la selva
- Proteger el medio ambiente

A más de 13 años de iniciado el proceso jurídico y administrativo, por los indígenas Ayoreo Totobiegosode, con el apoyo del Grupo de Apoyo a los Totobiegosode (entidad actualmente denominada Gente, Ambiente y Territorio- GAT), se obtuvo la legalización de poco más de 100.000 hectáreas correspondientes a una parte de su territorio, hoy reconocido como Patrimonio Natural y Cultural Ayoreo Totobiegosode (PNCAT), localizado en el Departamento del Alto Paraguay, Región del Chaco. El proceso continúa vigente hasta la fecha, hasta conseguir el aseguramiento de las fincas aún sin legalizar, en especial, las ubicadas en el núcleo de la Zona Sur de su Patrimonio Natural y Cultural.

En tanto continúa el reclamo de tierras, existen parientes muy cercanos que permanecen en el monte. Paralelamente al avance de las fronteras ganaderas, por

encima de los intereses y derechos de los Ayoreo Totobiegosode, lamentablemente el aseguramiento definitivo de las tierras se dilata cada vez más, mientras que la amenaza contra sus parientes en aislamiento se incrementa. No se debe perder de vista que en los últimos diez años se produjeron varios avistamientos e incluso encuentros, precisamente por la pérdida de espacio territorial. Basta recordar el contacto de Parojnai Picanerai y su familia en 1998, y el encuentro de los Areguedeurasade en marzo de 2004. Ambas experiencias fueron dispares y constituyeron un aprendizaje para todos los sectores³.

Avistamientos y el imparable avance de la ganadería

Durante el año 2006 y, recientemente, a fines de abril del 2007, hubo una fuerte presencia de gente “silvícola”, la cual fue avistada en las cercanías de la comunidad Ayoreo de Jesudi. Esto motivó la movilización de los líderes indígenas de la Organización Payipie Ychadie Totobiegosode (OPIT), cercanos parientes de los que siguen en estado de aislamiento y también la de otros líderes Ayoreode pertenecientes al grupo Guidaigosode, aglutinados en la Unión de Nativos Ayoreo del Paraguay (UNAP), tradicionalmente enemigos de los primeros. Al mismo tiempo, existen en la zona representantes de instituciones locales, tanto del sector público como privado, e indígena, que también muestran un interés creciente y desproporcionado, en prevenir la suerte de los últimos indígenas en estado de aislamiento. Existen diversas relaciones intra e interétnicas que se manifiestan durante los encuentros o contactos, de ahí la gran importancia de que estas situaciones sean atendidas adecuadamente y así evitar el reinicio o refuerzo de antiguas rivalidades entre parientes o grupos locales diferentes.

En tanto suceden estos eventos, los espacios para la explotación ganadera van conquistando terreno. Cada vez más, aparecen de la nada nuevos caminos y establecimientos ganaderos. El paisaje chaqueño con estancias se expande por toda el área, denotando una deforestación masiva y fuertes inversiones de recursos económicos para la introducción de instalaciones y grandes infraestructuras que requieren este tipo de iniciativas.

Predecible situación

Este contexto hace que exista un estancamiento en el proceso de asegurar las tierras solicitadas por los Ayoreo Totobiegosode. De no tomarse medidas urgentes por parte de las autoridades pertinentes, todo hace suponer que los indígenas en aislamiento ya no tendrán dónde refugiarse y se verán, lamentablemente, obligados a “contactarse”, al mermar considerablemente sus espacios de subsistencia y desplazamiento cíclico.

Aunque resulte preocupante, esta condición no deseada, en comparación a contactos anteriores, es un poco más favorable, dado que hoy día los indígenas Ayoreo Totobiegosode disponen, aunque no de modo óptimo, de un espacio territorial propio, área que junto con las que buscan cautelar – bajo titularidad indígena- posibilita un espacio de resguardo para sus parientes en el monte, en situación de aislamiento: los Jonoinerasade.

El encuentro y necesidad de resguardar la salud

En marzo del 2004, al norte de las polvorientas y áridas tierras chaqueñas, se producía un hecho poco común e inigualable: saludos e intercambio de presentes entre parientes indígenas de la etnia Ayoreo Totobiegosode y algunos no indígenas. Se trataba del subgrupo Ayoreo Totobiegosode denominado Areguedeurasade, compuesto por 17 personas (10 adultos, 2 jóvenes y 5 niños/as) que hasta ese entonces no había entrado en contacto con la sociedad nacional. Hasta ese momento los Areguedeurasade constituían unos de los últimos grupos que vivían en estado de aislamiento voluntario.

No se debe perder de vista que el Chaco paraguayo fue colonizado “exitosamente” recién muy a finales del Siglo XIX y, en consecuencia, la mayoría de las sociedades indígenas tuvieron que vivir innumerables padecimientos y muertes al entrar en contacto con los miembros connacionales y extranjeros que en el tiempo mencionado lograron afincarse en sus antiguos dominios.

Para el caso de la etnia Ayoreo, existe variada documentación que da cuenta de nefastas experiencias y muertes. Tal es el caso de los Ayoreo Totobiegosode, que en los años setenta y ochenta padecieron contactos forzosos, los que ocasionaron muertes y sufrimientos a varias personas de dicho grupo.⁴

En este orden, se quiere resaltar la experiencia desarrollada con el sub-grupo de los Areguedeurasade por parte de las entidades públicas y privadas encargadas de velar por su seguridad e integridad. Tras los sucesos del contacto con Parojnai y su familia, ocurrido en 1998, la Fiscalía General del Estado de Paraguay designó por Resolución no. 717/00 una Comisión Especial responsable de asistir a los Ayoreo Totobiegosode silvícolas que eventualmente contactasen con la sociedad envolvente. Ésta estuvo integrada por miembros de la Fiscalía General del Estado, del Instituto Médico Juan Max Boettner y de la organización GAT, entre otros. Se establecieron como funciones:

- Asegurar la asistencia integral en salvaguarda de los derechos humanos individuales y colectivos de los Ayoreode silvícolas que eventualmente contactasen con la sociedad nacional.

- Utilizar los medios necesarios para precautelar el Patrimonio Natural y Cultural, sea tangible o intangible.
- Proponer las medidas necesarias para el mejor cumplimiento de su cometido.

Cuando se produjo el encuentro con el sub-grupo Areguedeurasade, el 3 de marzo de 2004, dicha Comisión fue ampliada en su nómina de miembros mediante la Resolución n°. 474/00. Esta Comisión Especial de Emergencia se conformó para el acompañamiento jurídico, médico y antropológico. Se estableció como objetivo la cautela física y cultural de la gente del monte de reciente contacto, a fin de respetar sus derechos consagrados en la Constitución Nacional.

En este contexto, la Comisión mencionada se contactó con la XVII Región Sanitaria para solicitar los servicios de atención de salud del grupo indígena. La Región Sanitaria designa profesionales médicos y una enfermera para atender el caso en forma especial. Esta atención fue sostenida y contó con el apoyo de la Comisión Especial, del GAT (ONG que trabaja desde 1993, a favor del aseguramiento territorial reclamado por los Ayoreo Totobiegosode) y del grupo en situación de contacto inicial.

Recomendaciones realizadas por la Comisión Especial de Emergencia para la atención de la salud en la fase inicial

- Reducir al mínimo el contacto con personas de nuestra cultura, costumbres y hábitos.
- Restringir el acercamiento interesado de personas; establecer un control estricto de las personas que llegan hasta Chaidí. El contacto debe ser exclusivamente para la provisión de agua o medicamentos y para control de salud de los silvícolas.
- Reducir al mínimo el contacto con los Ayoreo de Campo Loro y otros asentamientos, en particular ante el conocimiento de que algunos de ellos padecen o padecieron de tuberculosis y otras enfermedades respiratorias.
- Control de radiografía de tórax y esputo a personas a quienes les sea imperioso entrar en contacto con los silvícolas.
- Administrar a todo el grupo de silvícolas suplementos vitamínicos, sobre todo vitamina C.
- Vigilancia y control a mediano plazo para la detección de enfermedades adquiridas a pesar de las medidas preventivas.
- Controles a la población Ayoreo de otras comunidades de la región a través de radiografías, análisis de esputo y sangre, ante la posibilidad de futuros contactos con los silvícolas, a largo plazo.

- Constituir una comisión de salud interinstitucional para trabajar coordinadamente.

Estas recomendaciones, que se dieron en el contexto chaqueño, son preocupaciones compartidas en otros contextos, como el amazónico peruano, donde también se dieron atenciones médicas a indígenas en aislamiento y contacto inicial señalados en una perspectiva amplia por el doctor Neptalí Cueva en su artículo “La vulnerabilidad de los indígenas en aislamiento” (Cueva, Neptalí, 2007:67-92).

La labor de la XVII Región Sanitaria

La XVII Región Sanitaria de Boquerón, en el marco de la iniciativa de “Atención Primaria de Salud e Interculturalidad en Pueblos indígenas del Chaco Central”, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y recursos financieros de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (AC-DI), ha realizado acciones de cobertura de salud a estas comunidades, incorporando la perspectiva intercultural en la gestión de la atención primaria de salud. Las acciones implementadas hasta la fecha han sido las siguientes:

- Provisión de servicio de salud en el área de promoción, prevención y atención de los problemas más prevalentes de las enfermedades a toda la población en riesgo. Las actividades principales fueron: vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Vacunaciones a la población infantil y adulta, atención de las enfermedades prevalentes de la población referida (enfermedades de vías respiratorias alta y baja, enfermedades diarreicas y problemas de salud oral)
- Incorporación al sistema de información, recolección y sistematización de las prestaciones ofrecidas en los establecimientos de salud
- Dotación de insumos y equipamiento básico a los servicios de salud, objeto del proyecto (balanzas, elementos de diagnóstico de laboratorio, etc.)
- Coordinación Institucional con otras entidades: INERAM, Hospital Villa Chóferes, la Organización Panamericana de la Salud y ONG relacionadas con el tema.

Desafíos y recomendaciones

- Mantener los mecanismos de coordinación interinstitucional en la región del Chaco Central para seguir apoyando a los indígenas en contacto inicial.

- Capacitación del recurso humano de salud del primer nivel de atención en análisis de situación de la salud local, elaboración de los planes locales y aplicación de los programas de salud prioritarios con un enfoque de riesgo y de interculturalidad, incorporando el tema de la salud de los pueblos indígenas en aislamiento o de reciente contacto.
- Fortalecer los servicios de salud que atienden a comunidades bajo esta situación (de reciente contacto) vinculándolos a la red de servicios de salud, al sistema de referencia y contrarreferencia de la región.
- Formular un plan de contingencia de salud para futuras acciones en caso de nuevos contactos con pueblos aislados.
- Fomentar el uso de protocolos de intervenciones de salud adecuadas desde el punto de vista cultural y lingüístico.
- Desarrollar indicadores de atención de salud de calidad prestados a las poblaciones indígenas.

Perspectivas

El caso descrito de la pérdida territorial indígena en la región del Chaco paraguayo, el caso concreto de los Ayoreo Totobiegosode y la atención de salud desarrollada por la XVII Región Sanitaria de Boquerón, luego del encuentro entre parientes del mismo grupo en el 2004, plantea aprendizajes y desafíos a todos los sectores involucrados. En primer lugar, un urgente llamado a las autoridades del sector para asegurar el espacio reclamado por los indígenaspues, en caso contrario, las probabilidades de avistamientos y contactos no deseados aumentan. Consecuentemente, el desarrollo de una “nueva” atención de salud a indígenas en aislamiento está “a la vuelta de la esquina”.

La construcción de una sociedad equitativa, con respecto a su diversidad cultural, no puede evadir la responsabilidad histórica del cumplimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas consagrados en la normativa nacional e internacional vigentes. El cumplimiento de estos derechos solo será posible con el esfuerzo y articulación entre los organismos públicos y privados, como una forma de resarcimiento del Estado paraguayo con los pueblos indígenas.

De lograrse, es decir, de “legalizarse” definitivamente estos espacios territoriales, se avencinan otros desafíos: el de la “soberanía alimentaria” y la “gobernanza territorial”, como plantean desde diversos ángulos Alberto Chirif y Pedro García.⁵ Pero como se comprenderá, la discusión de estos temas y otros que puedan surgir en el contexto local, será posible con mayor soltura, luego del aseguramiento territorial definitivo que vienen sosteniendo los Ayoreo Totobiegosode.

Notas

- 1 En la obra compilada por José Zanardini, denominada “Cultura del pueblo Mayoreo” se menciona un apartado sobre la situación laboral de los Ayoreode (2003:684-685).
- 2 Al respecto, es interesante el artículo “Chaco cuadrículado” de Bartomeu Meliá, publicado en el año 2006, en el diario Última Hora, luego de la visita realizada al Patrimonio Natural y Cultural Ayoreo Totobiegosode; conjuntamente con los integrantes de la Mesa Interinstitucional, conformada por representantes de organismos públicos y privados, vinculados al trabajo con pueblos indígenas en el Paraguay.
- 3 Ante la aparición del grupo silvícola Areguedeurasade, el 3 de marzo de 2004, por Resolución del Ministerio Público, se conformó una Comisión Especial de Emergencia para el acompañamiento jurídico, médico y antropológico de la población recientemente contactada (Resolución n° 474/04, de la Fiscalía General del Estado).
- 4 Ver trabajo de Gómez Perasso, José “Crónicas de cacería humana” Asunción 1987, “Misión Etnocidio” de Ticio Escobar, Asunción, 1988; Volker, von Bremen “Ayoreode cazado” Suplemento Antropológico, Vol. XXII n° 1, 1987, entre otros.
- 5 Ver “Marcando Territorio”, IWGIA, Copenhague 2007.

Bibliografía

- Cueva, Neptalí:** “La Vulnerabilidad de los Indígenas en aislamiento” publicado en el libro *“Hacia una reglamentación de la Ley N 28736 Régimen especial transectorial de protección a favor de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial”*, Lima, Perú, pp 67-92.
- Gamboá, César y Santillán, Asunta:** “Régimen transectorial de protección a favor de los pueblos en aislamiento y contacto inicial”, Lima, Perú.
- Gómez Perasso, José Antonio, 1987:** “Crónicas de cacerías humanas. La tragedia Ayoreo”, Asunción, Paraguay.
- Meliá, Bartomeu:** “Chaco cuadrículado”, Diario Última Hora, Suplemento semanal, Asunción, Paraguay.
- Von Bremen, Volker, 1987:** “Ayoreode cazado”, Suplemento Antropológico, Vol. XXII, n° 1, pp 75-94, Asunción- Paraguay.
- Zanardini, José, 2003:** “Cultura del pueblo Ayoreo”, Biblioteca Paraguaya de Antropología, Volumen 44, Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica (CEADUC), Asunción – Paraguay.

Lucía Ibarra de Terol es Directora de la XVII Región Sanitaria de Boquerón, Paraguay

Jorge Servín es antropólogo, asesor en salud intercultural de la XVII Región Sanitaria de Boquerón, Paraguay.

¿QUE SIGNIFICA PROTEGER DE RIESGOS A LA SALUD EN SITUACIONES DE CONTACTO? PROPUESTAS PARA NUESTRA PERCEPCION Y ACTUACION FUTURA

Jieun Kang y Benno Glauser

I. Consideración preliminar

Las llamadas “situaciones de contacto” con pueblos indígenas aislados más que circunstancias puntuales son, en realidad, procesos largos que pueden durar años y que preceden y suceden a la situación de contacto en sí. Esta última es, sin embargo, el objeto del presente aporte, y se refiere a la situación física, única e irrepetible en la cual se produce por vez primera una interacción física y directa entre un Pueblo o Grupo Aislado y personas de la sociedad envolvente.

Estas últimas, sea que hayan buscado el contacto intencional y conscientemente, sea que resulten protagonistas casuales e involuntarios del hecho, en su condición de ingenieros petroleros, peones de estancia, exploradores, misioneros o incluso indígenas ya no aislados de la misma región, una vez acaecida la “situación” pasan a ser los representantes de las sociedades “modernas” y del mundo moderno en vías de globalización. Se vuelven los protagonistas de una auténtica situación de encuentro intercultural del tipo más radical que pueda aún darse en la humanidad de hoy: un encuentro con un grupo humano y cultural “otro”, diferente, ubicado en otro paradigma de vida y de relación con el mundo.

No se llega a enfatizar lo suficiente en el carácter literalmente extraordinario y único del momento que aquí enfocamos, y es importante resaltar lo dicho puesto que comúnmente en situaciones de contacto se ha producido lo contrario: una reducción a las pautas y medidas de la cultura externa dominante que produce el contacto. En vez de reemplazar en la situación de contacto las categorías perceptivas propias o de por lo menos mantenerlas en suspenso -sabiendo que nos encontramos con un “otro” radicalmente otro- miramos a los hasta entonces aislados y ahora contactados como si fueran iguales a nosotros mismos: fieles a nuestra propia cultura de vida los vemos como a individuos y personas físicas, y les atribuimos los sentimientos, las reacciones y las conductas que serían las nuestras si estuviéramos en su situación. No somos conscientes de que se trata de personas que constituyen un grupo, más que individuos, y que se encuentran en armonía y unidos con un territorio de maneras para nosotros solo intelectual-

mente entendibles, y que, más que seres físicos y fisiológicos son parte de un conjunto y mundo entero -“holístico”- que abarca dimensiones espirituales universales de percepción y comunicación hoy para nosotros inaccesibles.

Esta es la razón por la cual las situaciones de contacto conocidas hasta ahora, dentro de una gama de variaciones que van desde el conflicto armado y sangriento hasta la silenciosa autoentrega aparentemente voluntaria de seres agotados e incapaces de seguir su caminar habitual, han sido caracterizadas por malentendidos, incomunicaciones y desencuentros. Podría hablarse de encuentros entre ciegos que no quieren ver, y videntes que ven repentinamente un mundo sobrepoblado por objetos sin sentido. De ahí pasamos a afirmar que, como humanidad “moderna”, *no* hemos estado en condiciones hasta ahora de “manejar” o de participar en una situación de contacto de manera adecuada y digna.

Falta mencionar que, actualmente, las situaciones de contacto se producen en un macrocontexto desfavorable para los aislados, y que de entrada nos pone a “nosotros” -los de la sociedad envolvente- en el lugar de la iniciativa y del poder mayor. Si no estamos conscientes de esta balanza de poder de entrada inclinada y desequilibrada, si seguimos fantaseando o inventando relaciones de igualdad que no existen, nuestro poder inconsciente se vuelve un factor de lo más amenazante y peligroso en las situaciones de contacto: seguimos determinando todo sin siquiera darnos cuenta de ello.

Los médicos académicos al mando de los sistemas formales y estatales de salud en nuestra cultura y en la sociedad envolvente revisten una posición de poder, y, dada la naturalidad incuestionada con la cual ejercen este poder entre nosotros mismos, su presencia se vuelve particularmente problemática cuando, con la misma superioridad material, se enfrentan a esos seres venidos de otro mundo, cuya diversidad radical no consiguen ver, como tampoco ven la coherencia de aquel mundo ajeno que es totalmente equivalente al nuestro.

En el ámbito de la salud que en el marco del presente aporte nos interesa, los aislados son percibidos entonces como un “otro” meramente material, separado de su mundo, sin la dimensión espiritual, y casi siempre sin siquiera intuir que ese otro ser cultural tiene su propia percepción de lo que nosotros llamamos salud así como poseen sus maneras de manejarse con los fenómenos correspondientes. Es un desconocimiento que, dado el poder que normalmente está del lado nuestro en estas situaciones de contacto, se vuelve inmediatamente muy destructivo ya que cuestiona y hace caso omiso de las creencias que forman la base, la raíz misma de la estabilidad de la cultura de vida y de la identidad de los contactados.

La inconciencia por parte de nuestra sociedad envolvente llevó en todos los casos conocidos¹ a acciones amparadas únicamente en las pautas de nuestra misma civilización, aquella civilización cuyo avance irracional continúa ahogando o estrangulando la vida de los pueblos aislados que aún sobreviven.

Dado el contexto global mencionado en el cual se produce el contacto, queda claro que el esfuerzo para disminuir el impacto negativo del mismo será siempre insuficiente: el quiebre de los equilibrios grandes y pequeños en el mundo y en la naturaleza no puede sino llevar, tarde o temprano, a un proceso unilateral de destrucción tanto física como cultural y espiritual. Por otro lado, los daños irreversibles pueden ser mitigados y disminuidos si es que conseguimos ubicar y visualizar la situación de contacto y la relación que se produce en ella de manera más consciente, con mayor curiosidad y percepción más atenta, y desde un contexto amplio y holístico. Las consideraciones propuestas y las recomendaciones expresadas a continuación nacen del interés de contribuir en este tema. Adicionalmente, una postura y actuación más atenta y consciente de parte de los que están llamados a intervenir en tales situaciones en el futuro podrá ayudar a evitarles experiencias negativas de frustración e impotencia.

La importancia y magnitud del significado de las situaciones de contacto para nuestra humanidad y dentro de su historia como tal, justifica el esfuerzo de reflexión que nace de los cuestionamientos mencionados y que apunta a la búsqueda de maneras y vías que sepan evitar o por lo menos atenuar sustancialmente el derrumbe precipitado y violento de la vida de los pueblos aislados que aún subsisten y que –triste es decirlo– van a ser contactados o van a entrar en contacto inevitablemente, como consecuencia de la imparable expansión de nuestra cultura de vida envolvente, a lo largo de los próximos tiempos y años.

II. Propuestas para una percepción diferente

En situaciones de contacto, “la salud” -entre comillas porque somos conscientes de la relatividad de nuestros conceptos usuales cuando estamos frente a otra cultura- debe ser percibida y conceptualizada de manera holística y amplia, capaz de englobar las diversidades y las dimensiones inesperadas y desconocidas que aparecen del “otro lado”. Esto implica, entre otros aspectos, que el entendimiento de lo que llamamos salud no solamente quede en lo físico o fisiológico y psíquico individual. Ámbitos como el que llamamos psicológico-social, y más que nada la totalidad de lo que englobamos en el término “espiritual”, deben pasar a formar parte de nuestro horizonte perceptivo.

Proponemos visualizar y concebir el contacto tentativamente como un proceso que no termine necesaria e irremediamente con el derrumbe del mundo de los contactados. Entrar en nuestro mundo no debe significar la pérdida de la fuerza de su mundo propio. El intento de esta conceptualización positiva crea bases y un punto de partida más favorable y que permiten mantener activo el sueño de un encuentro entre diversos que no termine con el aniquilamiento de uno u otro de ellos, o de ambos, sino de una vida futura en relación e interacción respetuosa que permita la continuidad de ambas partes².

Proponemos que, pese al desequilibrio necesariamente presente en la relación de las situaciones de contacto, los representantes del mundo "externo" de la sociedad envolvente y expansiva visualicen a los aislados no como personas que "caen" y terminan estando a su cargo. Es más, la posibilidad de seguir ellos a cargo de sí mismos guarda relación directa con poder sentirse fuertes y dignos en su ser y su identidad conocida y acostumbrada, pese a encontrarse a partir de entonces frente a un desafío absolutamente novedoso y que tendrá consecuencias incisivas. En situaciones anteriores pasaron a ser vistos y tratados como seres humanos en estado cero, dándoles el mensaje -con o sin palabras- que "están a nuestro cargo, nosotros les proveeremos de todo, pueden olvidarse de lo que saben e hicieron hasta ahora, no lo necesitan más". No es difícil ver que una semejante postura anuladora del otro debe tener graves consecuencias no solo para su equilibrio colectivo psíquico, sino también para el bienestar y el vigor físico, lo que llamamos inmunidad y defensas físicas.

En otra consideración necesaria, debemos enfatizar en que la vida y la muerte para "estos otros" que tenemos enfrente en las situaciones de contacto poseen otros significados de los que tienen para nosotros. A grandes rasgos se podría decir que lo que nosotros englobamos conceptualmente desde el ángulo de una amenaza o violación de los derechos humanos -el derecho a la vida y la integridad física de cada ser humano individual, por ejemplo-, desde el punto de vista de culturas originarias y holísticas se engloba de otra manera, desde un punto de vista espiritual en el cual frecuentemente la muerte no es considerada como la anulación de la vida, sino su expresión y culminación máxima, o su continuación. Antes de proponer una medicación desde las pautas y con las medidas de nuestra medicina académica, es necesario captar qué entienden "ellos" de lo que para nosotros son vida y muerte. Cuando menos, es necesario tomar conciencia de que su entendimiento es abismalmente diferente al nuestro. Esa conciencia contribuirá a una postura y una actuación nuestra menos omnipotente.

Un lugar muy especial en nuestras consideraciones debe ser ocupado por lo que llamamos el derecho a la autodeterminación. Este derechopreciado e invocado con frecuencia en el ámbito de los derechos indígenas curiosamente deja de estar presente y aplicarse en las situaciones de contacto cuando éstas son concebidas y llevadas desde la perspectiva unilateral de una de las partes que pretende hacerse cargo de la otra. Asimismo, el no poder percibir en "estos otros" la existencia de un mundo propio, entero y equivalente, implícitamente suspende toda posibilidad de vigencia del derecho de autodeterminación: no habría dónde "ellos" pudieran ampararse y orientarse para seguir determinando su vida y su andar después del contacto. No solo el derecho, sino la necesidad de seguir con el máximo grado de autodeterminación posible después del contacto, tienen una importancia vital para la sobrevivencia -holística- futura de los ahora contactados, y por supuesto se extiende plenamente al ámbito de la medicina. "Salud" puede concebirse como una expresión de la vigencia de la correcta autonomía de

un ser en este caso colectivo, así como del ejercicio de la voluntad propia y del discernimiento que nosotros llamamos autodeterminación.

Cuando la autodeterminación se encuentra preservada, los contactados quedan en grado de determinar tiempo y espacio con el fin de no arriesgar o perder la relación con su mundo, y quedan en condiciones de moderar y atenuar los efectos del sufrimiento causado por la aceleración y sobrecarga cultural y espiritual producida por el contacto. Desde esa voluntad propia podrán comenzar a vivir en la nueva comprensión del mundo que no encaja con la de su mundo propio.

En este contexto específico interviene y afecta negativamente una exacerbada comprensión de la responsabilidad de nuestros médicos académicos que aparentemente incurren en una negligencia profesional cuando no ejercen y -si hace falta- imponen la aplicación de sus conocimientos, sus técnicas y sus medidas.³ Estamos ante el problema de que, dentro de nuestras sociedades "modernas" y en nuestras propias vidas, los sistemas de salud y sus representantes generalmente no toman en cuenta ningún derecho de autodeterminación nuestro.

La ubicación de la iniciativa en una situación de contacto es otro factor esencial. Últimamente y con justo criterio ha sido recuperado, reivindicado y enfatizado el derecho de los grupos aislados de vivir en su condición de tales y, por ende, determinar y decidir ellos mismos cuándo alterar esta propuesta de vida y discontinuarla. Esto ubica la iniciativa del contacto del lado de ellos. De manera consecuente, se reconocen hoy como actos violatorios de los derechos humanos los intentos de contacto desde la sociedad envolvente, antaño a la orden del día y considerados normales en los procesos de expansión e integración "benéfica" de la humanidad "moderna".

Cuando los aislados toman el contacto por su propia voluntad y su propio discernimiento y continúan así en el ejercicio de su autonomía y autodeterminación, se observará un impacto por lo menos disminuido de las enfermedades llamadas "del contagio", con una menor disminución de la inmunidad a las enfermedades nuevas y desconocidas para ellos. Nos anima hacer esta afirmación que puede parecer temeraria y riesgosa la observación del impacto del contacto en el equilibrio colectivo psíquico: un número probablemente mucho mayor de muertes como consecuencia de situaciones de contacto se han producido no con la aparición de una sintomatología fisiológica, sino como consecuencia de fenómenos psíquicos como la desesperación, la pérdida de todo amparo, el estar rebozados con vivencias incomprensibles e inexplicables que terminan provocando estados de derrumbe psíquico ("nunca volvió a ser ella misma"⁴). Los Ayoreo de Paraguay hablan en estos casos de muertes "por tristeza" o por "dejarse morir".

Nos animamos a concebir y proponer que, en realidad, lo que nuestro mundo ha dado en llamar "el riesgo del contagio por enfermedades desconocidas a ellos" es en realidad nada más (y nada menos) que la expresión material o manifesta-

ción física de las consecuencias de la pérdida de un equilibrio holístico en la relación entre seres humanos y su mundo.

III. Recomendaciones para una actuación diferente

A consecuencia de lo expresado, quedan sugeridas diversas recomendaciones que pueden y deben ser explicitadas. Aquí nos limitamos a la formulación de unas pocas, relacionadas con los ámbitos temáticos a) de la autodeterminación, b) de cómo actuar en la ocurrencia de una situación de contacto, c) de la relación con el territorio, y, finalmente, d) de la relación entre la medicina propia y la medicina académica.

a) Autodeterminación

- La situación de contacto no debe derivar en una disminución o pérdida de protagonismo y autonomía propia del grupo aislado. Este debe poder mantener el control de sus propias acciones, y no verse sometido a una voluntad ajena.
- La situación de contacto tampoco debe afectar el liderazgo vigente del grupo, y mucho menos producir el sometimiento al liderazgo por parte de un grupo indígena de afuera del ámbito de los aislados, aunque se trate de un grupo de la misma etnia, o incluso de parientes sanguíneos.
- Obviamente la situación de contacto no debe significar tampoco que el grupo aislado, ahora en contacto inicial, deba pasar a depender de las determinaciones de entidades o personas externas como ONG, representantes de instituciones estatales o, en el caso aquí específicamente bajo consideración, médicos académicos u otros representantes de los sistemas formales estatales de salud.

b) Cómo actuar en el caso de una situación de contacto

- Como primer paso recomendamos “congelar” la situación de manera inmediata, para poder proceder, a partir de allí, “en cámara lenta”. En verdad y analizándolo bien, no hay muchos motivos que podrían llevar a tratar una situación de contacto como una urgencia que deba ser manejada a ritmo muy acelerado. Más bien, consideramos que la naturaleza novedosa y mayormente desconocida de la situación sugiere un actuar pausado, apoyado en un análisis y un sentir tranquilo, perceptivo y particularmente sensible. Las intervenciones apresuradas en estos casos se deben muchas veces a presiones externas (la prensa y los medios masivos, cuando el interés es sensacionalista; el forcejeo entre protagonistas externos por conquis-

tar un espacio visible, de poder, de figuración o de rédito político; o los sentimientos de angustia por parte de personas que por uno u otro motivo llevan responsabilidad en la situación y se sienten sobrepasadas).

- El proceso de encuentro que se da en una situación de contacto debe en todo lo posible ajustarse a un ritmo y a los tiempos determinados y dictados por los aislados. Esto constituye una garantía de que los eventos trascurren de manera “digerible” para ellos, y de que puedan ser protagonistas de un proceso de apropiación gradual de elementos de aquel nuevo mundo externo, en sus propios códigos, ubicando y explicando cada elemento en su propia cosmovisión. Lo contrario significa convertirlos en objetos pasivos de un proceso de integración dictado por voluntades ajenas.

c) La importancia de la relación con el territorio

Los pueblos indígenas son inseparables de su territorio, y, en el caso de los aislados, la relación con el mismo es de una cercanía e intimidad solo difícilmente entendible para nosotros desde los paradigmas vigentes en la sociedad envolvente. De ahí que es esencial darle al territorio también una consideración especial en el contexto presente.

- Aquí nos referimos al territorio material y físico, aunque en el fondo el presente aporte en su totalidad gira alrededor de la no separación, la no destrucción y la preservación del territorio propio colectivo de los aislados, en un sentido holístico (territorio espiritual, material, simbólico, etc.).
- El contacto no debe llevar a la separación del grupo contactado de su territorio físico, geográfico. Bajo territorio entendemos la totalidad de la región geográfica en la cual vivieron y de la cual usufructuaron los aislados hasta el momento del contacto. Puede tratarse de una extensión geográfica considerable en el caso de grupos nómadas. El territorio es una parte esencial y vital de su ser y su identidad, y la relación permanente con éste provee la fuerza necesaria para enfrentar el desafío del encuentro con otro mundo. No tomar en cuenta la necesidad de quedarse en su territorio y de ejercer allí su autodeterminación tiene el efecto de debilitar al grupo, o al individuo como parte del grupo, espiritual, psíquica y físicamente. La pérdida del territorio acostumbrado puede ser comparada a la pérdida de una parte de su mismo cuerpo. Se queda sin su centro y sin fuerza, pierde su equilibrio, queda mutilado y pierde las referencias esenciales de su ser y su vida, y termina perdiendo lo que nosotros llamamos su defensa inmunológica.
- En términos generales, no debe interrumpirse su vida normal. Es esencial que puedan comer, andar, cuidar su salud, abastecerse sin tener que cam-

biar repentinamente sus hábitos. Esto se da solo en la medida en la cual se mantiene la relación con su “mundo de referencia”, con su territorio. Pese a la experiencia inevitablemente traumática del contacto, se preserva con ello la posibilidad de seguir estando y viviendo en pleno estado de salud en el sentido holístico.

d) La relación entre la medicina propia y la medicina académica

- La aplicación impuesta de medidas de la medicina académica de la sociedad envolvente es una potente acción colonizadora e integradora a nuestro mundo que debe ser evitada. Por ende, tienen que crearse las condiciones para una coexistencia de dos paradigmas de salud y curación, evitando la imposición de creencias y cosmovisiones que contradicen y anulan las de los aislados. Los pueblos indígenas por lo general han demostrado una extraordinaria capacidad de apropiarse de elementos externos y ajenos a su cultura, siempre y cuando dispongan del tiempo necesario para hacerlo y puedan hacerlo de manera autodeterminada, libre y a su propio ritmo. La adopción de una pauta de medicina ajena no debilita ni cuestiona necesariamente la legitimidad de las pautas de la medicina propia de salud siempre y cuando se mantenga una clara separación entre los ámbitos de competencia de ambas medicinas y se las considere equivalentes cada una en su ámbito. De esta manera, enfermedades nuevas y desconocidas podrán ser encaradas con medidas de la medicina académica, aplicadas con el consentimiento de los contactados, con suma precaución y respeto, y asegurándose de no contradecir o dejar sin efecto sus propios conceptos y creencias relacionados con su estado de salud y sus afecciones.

Filadelfia, Paraguay, octubre de 2008

Notas

- 1 Los autores hacen referencia a su conocimiento sistematizado de casos de contacto principalmente en el ámbito de la cultura Ayoreo (Chaco paraguayo y boliviano, en los últimos 60 años), así como a informaciones y documentaciones sobre casos y situaciones de contacto en la Amazonía (Brasil, Ecuador, Perú).
- 2 Esta propuesta apunta a algo parecido a lo que las sociedades “modernas” tratan de elaborar para las relaciones de género: la posibilidad de una equidad consciente de la necesidad de la integridad de ambas partes. La misma pauta paradigmática está presente en los planteos ecologistas conscientes de la necesidad de la preservación de una amplia diversidad de especies.
- 3 En las últimas situaciones de contacto observadas en Paraguay notamos una suerte de “medicalización” de la situación. Significa que momentos cruciales del proceso más inmediato de postcon-

tacto pasan a ser determinados exclusivamente por los médicos académicos presentes y en función de criterios de salud física de la medicina occidental.

- 4 Del relato de un Ayoreo contactado y deportado con su madre por misioneros a principios de los años 60 del siglo XX. Fueron subidos a la parte trasera de un camión y llevados por caminos no indígenas por la selva, a una velocidad totalmente desconocida por ellos. A consecuencia de horas de viaje y de ver pasar las copas de los árboles aceleradamente, la madre “enloqueció” y nunca más volvió a ser ella misma (testimonio del hijo).

Jieun Kang y Benno Glauser, son filósofos e investigadores sociales. Dirigen desde 2002 “Iniciativa Amotocodie”, ONG con sede en el Chaco paraguayo que se dedicada al acompañamiento del pueblo Ayoreo en Paraguay y a la protección de los grupos Ayoreo aislados del norte del Gran Chaco.

VENEZUELA

UNA ESTRATEGIA PARA ARMONIZAR LAS POLÍTICAS DE SALUD PARA LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS DE VENEZUELA

Noly Fernández y Aimé Tillett

Pueblos indígenas aislados y en contacto inicial en Venezuela

En Venezuela, a pesar de los importantes avances que en el marco legal e institucional se han venido realizando a favor de la garantía y restitución de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, no existe un reconocimiento explícito – tanto en textos legales, como en el quehacer institucional, ni tan siquiera en el seno de las propias organizaciones indígenas – de los pueblos indígenas en aislamiento, aislamiento voluntario o contacto inicial.

Es comúnmente aceptado que todos los pueblos indígenas del país tienen algún nivel de contacto con la sociedad envolvente y, por consiguiente, es difícil aplicar el término “aislado” en la actualidad, en el sentido de que no existen comunidades sin experiencia de productos manufacturados y patógenos provenientes del mundo no indígena (Fernández y Kelly 2007: 174). Sin embargo, algunos pueblos indígenas del Amazonas venezolano, exhiben una gama de diferenciación en los tipos y niveles de estos contactos (*Idem*: 176). Esta situación se presenta sobre todo en aquellos grupos indígenas que ocupan muy extensas áreas de selva, en las que podemos encontrar comunidades con contacto permanente, cotidiano y variado con agentes de la sociedad envolvente (indígena y no indígena), así como segmentos minoritarios que se mantienen ubicados en zonas muy remotas y de difícil acceso, rehuyendo todo contacto con la sociedad nacional criolla, otros grupos indígenas, e incluso con aquellos miembros de su propio grupo étnico en situación de “contacto avanzado”. Entre estos dos extremos en cuanto al tipo y nivel de los contactos encontramos toda una gama de comunidades que exhiben variados niveles “intermedios”.¹

La información disponible actualmente permite una primera identificación de estos segmentos de sociedades amazónicas con historias muy recientes de contacto; o que establecen un distanciamiento de la sociedad nacional, manteniendo niveles mínimos de vinculación; o aquellos ubicados en zonas que presentan grandes dificultades de accesibilidad geográfica para los agentes externos. Es el caso de algunas comunidades Piaroa del caño Colorado y el río Sipapo; Jodí de la

Sierra de Maigualida; Yanomami de la Sierra de Parima, la Sierra de Unturán, y del río Siapa; Yekuana y Sanema del Alto Ventuari y Alto Caura; y Yanam del Alto Paragua.²

Contar con información más detallada sobre estas comunidades sería un primer paso necesario para el diseño e implementación de políticas de salud adecuadas a sus realidades y expectativas. En este sentido está por iniciarse un proceso de levantamiento de información demográfica básica, georreferenciación y atención primaria en salud en comunidades Yanomami del Alto Orinoco poco o nunca contactadas por organismos del Estado venezolano (lo cual no implica necesariamente que no sostengan o hayan sostenido relaciones con otros agentes externos no-Yanomami como misioneros, mineros, etc., o que miembros de estas comunidades se desplacen hacia zonas con presencia de estos agentes en Venezuela o Brasil). Este es un trabajo interinstitucional que involucra al equipo del Plan de Salud Yanomami (Ministerio de Salud), la Comisión Nacional de Demarcación de Hábitat y Tierras Indígenas (Ministerio del Ambiente), el Plan Estratégico Nacional para la Defensa, Desarrollo y Consolidación del Sur (Ministerio de la Defensa) y la Asociación Civil Wataniba (ONG).

La salud de los pueblos indígenas en Venezuela

Lo que sigue es una cita textual resumida de Freire 2007, pero se omiten comillas para facilitar la lectura.

La salud ha sido un aspecto determinante de las relaciones entre las sociedades indígenas americanas y la occidental desde el momento mismo del contacto. La poca resistencia indígena a algunas enfermedades del viejo mundo produjo una dramática disminución de población en todo el continente que, aunque es difícil de estimar, hoy se calcula en más de un 90% en algunas regiones (Butzer 1992; Denevan 1992; Montenegro y Stephens 2006). La tragedia que siguió a 1492, de hecho, no tiene precedentes en la historia de la humanidad, pero no sólo por la innegable brutalidad de la conquista sino, sobre todo, por los nefastos efectos de las enfermedades epidémicas.

En Venezuela los primeros brotes epidémicos registrados datan del siglo XVI, aunque se suceden con mayor fuerza y frecuencia entre los siglos XVII y XVIII, siempre asociados al incremento de los contactos con la sociedad europea, debido al establecimiento de centros misioneros o frentes de colonización española. Por esta razón, la mayoría de los habitantes de las zonas costeras o de las márgenes de ríos navegables sucumbió a los rigores de las enfermedades, las guerras de conquista y la esclavitud, o se asimiló a la sociedad dominante. Los Sáliva, por ejemplo, uno de los pueblos más numerosos de la cuenca del Orinoco para el momento de la conquista, fueron reducidos a menos de 200 individuos para comienzos del siglo XIX (Scaramelli y Tarble 2007); Whitehead calculó que para esa

misma época la población Caribe se había reducido en un 82% (Perera *et al.* 2007). Otros pueblos numerosos como los Tamanaco, los Maipure, los Achagua, los Otomaco y los Áture, sólo por mencionar algunos, tuvieron menos suerte y desaparecieron.

La mayor parte de las sociedades que sobrevivieron hasta el presente, por su parte, lo hicieron por medio del autoaislamiento o el desarrollo de estrategias económicas, sociales y ambientales que les permitieron evadir o subsanar la devastación que desencadenó el contacto con el viejo mundo. Una de las principales estrategias fueron lo que Hill y Oliver describen como “migraciones de supervivencia”, que consistían en mudarse lejos de las zonas de conflicto y ocultarse en áreas de difícil acceso para evitar agresiones bélicas, colonizaciones o las epidemias asociadas a éstas. Estas migraciones continúan siendo una estrategia practicada por muchos pueblos indígenas americanos para escapar de la violencia política, la minería, la expropiación de sus tierras y otras formas de agresión (Barreto y Rivas 2007). Gracias a estas estrategias de aislamiento y a la dispersión de su población muchos pueblos pudieron recuperarse del impacto original del contacto. En las cabeceras de los ríos o en zonas donde la sociedad dominante no podía establecerse, tales como el delta interior del Orinoco y la Alta Guajira, poco aptas para la agricultura de arado, muchos de estos pueblos comenzaron a experimentar una lenta recuperación. Aislados en la Sierra de Parima, por ejemplo, en el Alto Orinoco, los Yanomami lograron crecer en un 2% anual entre el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX (Lizot 1988, citado por Kelly y Carrera 2007). Otros pueblos, como los Mapoyo, los Kariña, los Yabarana y los Sáliva, resistieron a costa de la inmensa mayoría de su población, o se amalgamaron y aliaron para resistir la extinción.

Esta lenta recuperación se aceleró hacia mediados del siglo XX, cuando la mayoría de las sociedades indígenas de Venezuela, y de América en general, comenzaron a experimentar un crecimiento poblacional sin precedentes. A partir de 1950, más concretamente, las poblaciones indígenas latinoamericanas y del Caribe crecieron en más de un 70% –hoy estimada en unos 48.4 millones de personas – revirtiendo muchos de los patrones de despoblamiento que los habían caracterizado los cuatro siglos anteriores (Montenegro y Stephens 2006). En Venezuela, la población indígena censada se calcula hoy en unos 530 mil habitantes. Según el último censo, entre 1992 y el 2001 el crecimiento rozó el 70%, pero este exagerado aumento probablemente se deba más a una fuerte reivindicación de las identidades indígenas, estimulada por sus logros políticos de la última década, que a sus patrones de crecimiento natural. Estudios más puntuales, sin embargo, confirman que el proceso de recuperación poblacional es real. Wilbert y Ayala (2007), por ejemplo, reportan que los Warao han venido creciendo en un 24.4% por década desde 1950, mientras los Mapoyo han pasado de menos de 100 personas a más de 400 en los últimos 24 años (Scaramelli y Tarble 2007); el crecimiento interanual de los Pemón entre 1992 y el 2001 es de 2.4% (Perera *et al.* 2007);

y casi todos los pueblos indígenas muestran signos similares de recuperación en la actualidad. Algunas excepciones son notables, no obstante, como la disminución en más de un 26% de la población Yanomami central entre 1950 y 1980, debido al azote de varias epidemias y la falta de servicios de salud que contrarrestaran sus efectos (Kelly y Carrera 2007).

El crecimiento poblacional indígena es en gran medida debido a la expansión –aunque precaria– de la biomedicina a sus territorios. Una comparación de aspectos de salud entre dos segmentos de la población Piaroa, en 1992, uno con acceso y otro sin acceso al sistema de salud pública nacional, mostró que las poblaciones con acceso a la biomedicina crecían 65% más rápido que las que no lo tenían. Asimismo, las comunidades sin ningún tipo de servicio tenían dos veces más nacimientos muertos que las que sí tenían algún servicio, y la esperanza de vida de los nacimientos exitosos en éstas era de unos 34 años, mientras que para los individuos con acceso a servicios médicos era de 47 años (Zent 1993).

La importancia del acceso a la biomedicina ha sido corroborada para el caso venezolano y no cabe duda de que es uno de los pilares fundamentales de la recuperación poblacional indígena. Más aún, hasta ahora, en ningún caso se han encontrado choques entre las concepciones indígenas de la salud, sus tratamientos y explicaciones de la enfermedad, y las de la biomedicina. Ningún sistema de salud indígena da indicios que contradigan la aplicación de políticas de salud pública en sus territorios. Por el contrario, los pueblos indígenas, incluso aquellos más alejados de la sociedad nacional geográfica y culturalmente, han incorporado buena parte de las terapias biomédicas a sus propias nociones de salud y enfermedad, favoreciendo la necesaria complementariedad que debe establecerse entre éstas y sus terapias tradicionales (ver Freire y Tillett 2007).

El derecho a un sistema de salud pública apropiado y de calidad es, de hecho, uno de los motores fundamentales del acercamiento de sus comunidades a la sociedad nacional y uno de los principales reclamos de sus organizaciones políticas y de base. Aun así, si algo es común a todos los pueblos indígenas venezolanos (y una vez más, esto es extensible a toda América) es que, estén donde estén, forman parte del estrato más desatendido por el Estado y, a pesar de las mejoras reportadas, continúan teniendo los peores indicadores de salud de sus respectivas regiones. Algunos indicadores aislados –pues la falta de datos estadísticos es otro factor que los caracteriza– son escalofrantes: los Yanomami, por ejemplo, tienen una tasa de mortalidad infantil en comunidades con atención médica regular (que son menos del 20% de su población) diez veces superior al promedio nacional (Kelly y Carrera 2007); entre los Pumé la mortalidad infantil es casi dos veces más alta que entre los Yanomami, oscilando entre el 30% y el 50% de los niños nacidos vivos, la mayoría antes de llegar a los cuatro años (puesto en otras palabras, por cada diez niños Pumé que nacen mueren de tres a cinco en los primeros cuatro años de vida; Barreto y Rivas 2007); de una encuesta a 200 madres Warao de dos generaciones, Ayala y Wilbert encontraron algo similar en el Delta,

casi el 39% de sus hijos nacidos vivos murieron antes de llegar a la adolescencia, 78% de éstos antes de llegar a los cuatro años. Más aún, algunas enfermedades tienen una ocurrencia casi exclusivamente indígena, o se manifiestan y tienen sus peores impactos en sus territorios, tales como la malaria, la oncocercosis, el cólera y la tuberculosis. Las principales causas de mortalidad en territorios indígenas se repiten a lo largo y ancho de la geografía nacional –desnutrición, complicaciones del parto, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas, tuberculosis, etc. – la mayoría fácilmente prevenibles si son atendidas a tiempo.

Dos factores limitan tremendamente el acceso cabal de los pueblos indígenas al sistema de salud pública nacional. Por un lado, las dificultades de acceso a gran parte de su población, que en su mayoría habita en zonas remotas y de difícil cobertura. Por el otro, y más importante aún, la prestación de servicios de salud en territorios indígenas ha estado caracterizada por la falta de medios de comunicación efectivos entre los agentes involucrados en su planificación e implementación y las comunidades receptoras. Esto ha provocado desencuentros y choques de visiones que afectan tanto la calidad como la viabilidad del servicio de salud que se presta. En 1997, un estudio del gasto en salud pública en el Estado Amazonas encontró que casi el 70% del presupuesto se concentraba en el único hospital de la región, en Puerto Ayacucho, reproduciendo el estilo de gasto urbano del resto del país en un estado mayoritariamente rural e indígena. Además, el gasto en salud per cápita en el interior del estado, donde se concentraba la mayoría indígena, era 13 veces menor que en la capital (Toro 1997). La falta de mecanismos de comunicación entre el sistema de salud pública nacional y las comunidades indígenas ha alimentado además la discriminación, la intolerancia y la incomprensión a la que los indígenas han debido someterse tradicionalmente para acceder a su derecho a la salud.

Los pueblos indígenas tienen particularidades no sólo culturales y lingüísticas, sino que también tienen patrones y problemas de salud específicos, que requieren de una adaptación de los programas de monitoreo y control a sus respectivas realidades. Esta adaptación no ha sido llevada a cabo nunca en el país sino de manera aislada, con un impacto que ha variado entre poco y nada, y sólo recientemente se han comenzado a implementar programas piloto orientados a remediar esta situación. La falta de estadísticas sobre el estado de la salud en territorios indígenas, y aun de la categoría “indígena” en los formularios nacionales de epidemiología, son un reflejo de lo invisible que ha sido tradicionalmente esta problemática para el Estado venezolano, así como de la complejidad del problema que se pretende encarar.

Para los pueblos indígenas la salud es el resultado de la relación que la persona y su comunidad establecen entre sí y con su entorno material y simbólico. Sus sistemas de salud tradicionales se refieren a una visión global del ser humano, que depende de sus nociones de salud y enfermedad tanto como de las relaciones sociales, medio ambientales y de producción, así como de su universo intelectual.

Presentar un recuento de sus concepciones específicas de la enfermedad, o su adherencia a un tratamiento dado, sin un conocimiento aunque sea somero de su organización social, por ejemplo, carece de sentido. Muchas de sus decisiones y representaciones de la enfermedad dependen del contexto social del enfermo, más que de las explicaciones biofísicas de la enfermedad.

La salud indígena depende tanto de la correcta articulación de nuestros programas nacionales de salud como del reconocimiento de las lógicas y especificidades culturales en las cuales se insertan. Aspectos que no parecen relacionados a simple vista, como sus derechos a la tierra, a la libre expresión de su etnicidad y el reconocimiento de sus particularidades culturales, entre otros, son definitivos del impacto que las políticas de salud pública tienen sobre sus poblaciones. La muerte por causas asociadas a la desnutrición de por lo menos 45 niños Pumé –la mayoría menores de 5 años – en una comunidad del Estado Apure, entre mayo y noviembre del 2004, son mayoritariamente producto de la marginación social y la expropiación sistemática de sus tierras, que han dejado gran parte de su sociedad sin medios de producción sustentables. Sus tierras han sido históricamente consideradas baldías –y por tanto expropiadas – por no participar de nuestra visión agrícola del derecho de uso (ver Barreto y Rivas 2007). La comprensión de estas diferencias es el primer paso indispensable para promover políticas de salud pública de calidad.

Políticas del Estado venezolano en materia de salud indígena

Materia legislativa

En estos últimos años se han realizado importantes avances legislativos en materia de derechos de los pueblos y comunidades indígenas en Venezuela. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 reconoce la sociedad venezolana como multiétnica y pluricultural, e incluye un capítulo de los Derechos de los Pueblos Indígenas. Entre estos se destacan el artículo 119 que establece que “el Estado reconocerá la existencia de los pueblos y comunidades indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida” y el 122 sobre el derecho a la salud que establece que “los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.”

El año 2001 la Asamblea Nacional ratificó el Convenio N° 169 de la OIT y sancionó la Ley de Demarcación y Garantía del Hábitat y Tierras de los Pueblos Indígenas. En diciembre de 2005 entró en vigencia la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI), la cual incluye un capítulo “De la salud y la

medicina indígena” con 7 artículos (111 al 117) referentes al derecho de los pueblos y comunidades indígenas al uso de su medicina tradicional, la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud, la participación indígena en los programas y servicios de salud, los idiomas indígenas en la atención en salud, la capacitación y formación de personal de salud, la definición y coordinación de las políticas de salud y del nombramiento de funcionarios regionales. Estas leyes, por citar sólo las principales, establecen el marco de derecho que obliga al Estado venezolano, a través del Ministerio de Salud a garantizar su debido y oportuno cumplimiento.

Materia institucional

Dada la existencia de estas importantes brechas e inequidades en términos de salud y calidad de vida de los pueblos y comunidades indígenas, y de un marco jurídico que obliga al Estado venezolano a garantizar el derecho a la salud considerando sus particularidades culturales y lingüísticas, se crea en 2003 una oficina especialmente dedicada a esta problemática en el Ministerio de Salud, que para finales de 2006 pasa a convertirse en la Dirección Nacional de Salud Indígena. Este importante espacio institucional cuenta con un amplio equipo multiétnico y multidisciplinario con presencia en los ocho estados con población indígena del país.

Como lineamiento político fundamental el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Salud Indígena, se propone “transversalizar” el enfoque intercultural en las políticas, agendas, planes, proyectos y redes de atención del sistema público nacional de salud. Esto quiere decir que el Ministerio de Salud ha optado por adaptar los programas de salud pública a las particularidades culturales de cada pueblo indígena, en vez de crear un subsistema de salud especialmente dedicado a atender estas poblaciones.

Para lograr este objetivo se han establecido las siguientes estrategias:

- Caracterizar el estado de salud de pueblos y comunidades indígenas.
- Formular y evaluar políticas, planes, programas y proyectos en el sector salud con la participación de pueblos y comunidades indígenas.
- Construir con actores regionales y locales una red de gestión de planes, programas y proyectos inscritos en el marco de las políticas de salud del Estado venezolano.
- Promover la incorporación del enfoque intercultural al conjunto de servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud.
- Promover la formación e incorporación de recursos humanos indígenas en el Sistema Público Nacional de Salud.
- Construir un sistema de vigilancia del estado de salud de pueblos y comunidades indígenas.

Caracterización del estado de salud de los pueblos indígenas

El primer paso para el diseño de políticas públicas y la adaptación de los programas de salud a las particularidades culturales de los pueblos indígenas es la caracterización de su estado de salud y la sistematización de la información disponible sobre estas sociedades. En este sentido la Dirección de Salud Indígena lleva adelante desde el año 2005 el proyecto editorial *Salud Indígena en Venezuela*, destinado a compilar y publicar los conocimientos de salud indígena de que se disponen en el país. Este proyecto de corte antropológico cuenta con la colaboración de un nutrido grupo de académicos con amplia experiencia directa de investigación con los pueblos indígenas considerados y sus conclusiones están siendo publicadas en una serie de libros sobre el estado del arte en temas de salud indígena nacional.

Esta es la primera vez que en Venezuela se intenta abordar el tema de la salud en territorios indígenas desde una perspectiva antropológica amplia y que involucre a la mayoría de los pueblos indígenas del país. Es por esto que esta publicación aspira a convertirse en una guía tanto para la planificación y aplicación de programas de salud en territorios indígenas como para el estudio comparativo y la enseñanza en áreas tales como la antropología médica, la salud pública y la etnografía contemporánea de Venezuela.

Algunos de los objetivos específicos de este proyecto son:

- Ayudar al entendimiento entre los organismos encargados del control de enfermedades en territorios indígenas y las comunidades indígenas.
- Facilitar en la interacción entre médicos, auxiliares de salud, enfermeros, etc. y sus pacientes indígenas.
- Unificar la data sobre salud indígena de la que disponen los investigadores involucrados directa o indirectamente en el área.
- Homogeneizar la presentación de esta data para facilitar su estudio y análisis comparativo.
- Crear una base etnográfica sobre el estado actual de los pueblos indígenas del país, haciendo énfasis en aquellos elementos de sus sociedades y culturas que inciden sobre el estado de la salud.
- Hacer recomendaciones sobre las líneas de acción prioritarias por pueblo indígena.
- Hacer recomendaciones sobre las líneas de investigación prioritarias por pueblo indígena.
- Evaluar la acción de organismos gubernamentales y no gubernamentales en el control de endemias en territorios indígenas.

- Servir de texto de referencia para personas interesadas en antropología médica, salud pública en territorios indígenas y etnografía actual de Venezuela.

La serie *Salud Indígena en Venezuela* pretende llenar un vacío histórico en la relación entre las sociedades indígenas venezolanas y el Estado en materia de salud –probablemente extensible a la generalidad de sus relaciones pero cuyos efectos son más dramáticos en este área. Este vacío se refiere a la falta de medios de comunicación entre las políticas de salud pública en territorios indígenas y las comunidades a las que van dirigidas. El desencuentro que esto ha generado es visible en las lamentables condiciones de salud en las que se ha encontrado la población indígena venezolana históricamente, así como en la larga lista de desaciertos que han caracterizado los intentos – públicos y privados – por remediar esta situación.

Esta serie muestra que la salud indígena no sólo responde a particularidades culturales y lingüísticas – cuya comprensión es determinante del impacto que la biomedicina pueda tener en sus sociedades – sino que presenta además problemas y patrones diferentes a los del resto de la población venezolana, por lo que requiere de una adaptación de los programas de monitoreo y control a sus respectivas realidades, visiones y necesidades.

Con esta intención, en los primeros dos volúmenes – ya publicados – se sintetiza mucho de lo que se sabe hasta el día de hoy sobre la salud en 11 sociedades indígenas que representan la mayor parte de la geografía indígena nacional. El volumen 1 corresponde a los pueblos indígenas del sur de Venezuela (Curripaco, Jodí, Piaroa, Yabarana y Yanomami) y el volumen 2 presenta pueblos de los llanos, la Gran Sabana y el oriente del país (Mapoyo, E'ñapa, Kari'ña, Pemón, Pumé y Warao). Actualmente está en preparación el volumen 3 que incluirá contribuciones sobre otros 5 pueblos indígenas de los llanos, el sur y el occidente (Barí, Hiwi, Kuiva, Sanema y Wayúu).

La mayoría de los capítulos siguen una estructura común, que cada autor adaptó a su visión y criterio, con lo que se pretendía facilitar el análisis comparativo y la inserción de esta serie en los programas de formación de personal relacionado con la salud en territorios indígenas. Las etnografías presentadas incluyen aspectos de la historia de cada sociedad, su organización social, el estado actual de sus comunidades, sus nociones particulares de salud y enfermedad, sus sistemas tradicionales de salud, su interacción con la biomedicina y los entes encargados de administrarla, así como una visión general de su morbilidad, mortalidad y los dispositivos sanitarios emplazados en sus territorios. Adicionalmente, todos los capítulos hacen recomendaciones específicas sobre las prioridades de acción e investigación en materia de salud para cada región. De esta manera esperamos que la serie tenga un valor no sólo académico, sino también apli-

cado, y que contribuya a mejorar el estado general de la salud en los pueblos descritos.

Por todo esto, la publicación aspira a contribuir en la construcción de puentes de comunicación entre las comunidades indígenas y los estudios y políticas de salud pública en Venezuela y a convertirse en una importante herramienta para la formación de personal de salud, además de punto de partida en la búsqueda de soluciones al tremendo reto que representa mejorar el estado de la salud en estas sociedades.

A lo largo de toda esta serie se resalta la necesidad de involucrar a las comunidades indígenas en el diseño e implementación de los programas de salud aplicados a sus territorios. La experiencia ha demostrado que sin esto nuestros esfuerzos terminan reproduciendo los prejuicios que han dominado tradicionalmente la relación entre estas sociedades y el estado nacional. Esperamos que esta publicación contribuya a romper con estos prejuicios, facilitando la adaptación de nuestros estudios y planes de salud a sus propias necesidades y puntos de vista.

Notas

- 1 Para una descripción detallada sobre la situación y los tipos de contacto existentes, ver Fernández y Kelly 2007.
- 2 Información etnográfica y de situación de salud sobre los *Piaroa* en: Freire y Zent 2007; *Jodí* en: Zent y Zent 2007; *Yanomami*: en Kelly y Carrera 2007.

Bibliografía

- Barreto, D. y P. Rivas:** "Los Pumé", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 2*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 247-329.
- Butzer, K.:** "The Americas before and after 1492: an introduction to current geographical research," en *Annals of the Association of American Geographers* 82(3): 345-368.
- Denevan, W., 1992:** "The pristine myth: the landscape of the Americas in 1492", en *Annals of the Association of American Geographers* 82(3): 369-385.
- Dobson, A y E. R. Carper, 1996:** "Infectious diseases and human population history", en *BioScience* 46 (2; Disease Ecology): 115-126.
- Fernández, N. y J. A. Nelly, 2007:** "La política de salud en Venezuela para pueblos en aislamiento", en *Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en la Amazonía y el Gran Chaco*, editado por A. Parellada. Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA). Pp. 174-184.
- Freire, G., 2007:** "Introducción", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 1*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 11-17.
- Hill, J y M. Oliver, 2007:** "Los Curripaco", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 1*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 19-75.

- Kelly, J. A. y J. Carrera, 2007:** "Los Yanomami: Relaciones con la biomedicina", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 1*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 325-381.
- Montenegro, R. y C. Stephens, 2006:** "Indigenous health in Latin America and the Caribbean", en *The Lancet* 367: 1859-69.
- Perera, M. A., P. Rivas y F. Scaramelli, 2007:** "Los Pemón", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 2*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 189-245.
- Scaramelli, F. y K. Tarble, 2007:** "Los Mapoyo", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 2*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 141-187.
- Toro, M., 1997:** "Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática", en M. Perera (ed.) *Salud y Ambiente*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Wilbert, W. y C. Ayala, 2007:** "Los Warao", en *Salud Indígena en Venezuela, Vol. 2*, editado por G. Freire y A. Tillett. Caracas: Ediciones de la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Pp. 331-397.
- Zent, S., 1993:** "Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa", en *Antropológica* 79: 41-84.

Noly Fernández y Aimé Tillett pertenecen a la Dirección de Salud Indígena, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela. Contactos: nolyepiayuu@gmail.com, aimetillet@yahoo.com

ORGANISMOS INTERNACIONALES

APLICACION DE LA DECLARACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDIGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO INICIAL

David Martín Castro

José Parra

Julian Burger

Introducción¹

Desde que en 2005, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Programa de Acción para el Segundo Decenio Internacional para las Poblaciones Indígenas, e hiciera una recomendación sobre la necesidad de garantizar la supervivencia de los pueblos en aislamiento, se han llevado varias acciones en este ámbito. Dentro de este proceso, el Seminario Regional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía y el Gran Chaco (20-22 de noviembre de 2006)² fue un paso más en el proceso de protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento, al acrecentar la atención que, en 2007, el sistema internacional ha mostrado por la protección de estos pueblos. “El Llamamiento de Santa Cruz”, resultado del Seminario regional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía y el Gran Chaco³, recogió por primera vez un consenso entre representantes gubernamentales, organizaciones indígenas, expertos y organizaciones de la ONU y se ha convertido en una pieza clave para la protección de sus derechos.

Así, tanto el Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, como el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas y el Grupo de Trabajo Especial de Composición Abierta, entre periodos de sesiones del artículo 8j) y disposiciones conexas del Convenio sobre la Diversidad Biológica han dado importantes pasos en este ámbito durante los últimos meses, han hecho referencia y se han alineado con los aspectos centrales del Llamamiento de Santa Cruz.

En el informe anual del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas A/HRC/4/32, presentado el 27 de febrero de 2007, señaló que una de las tendencias y desafíos de los pueblos indígenas en los próximos años son los pueblos en aislamiento y recomendó que “los Estados asuman el compromiso de poner en práctica todos los mecanismos necesarios para proteger la vida y la integridad de los pueblos en aislamiento para garantizar su supervivencia con respeto a sus derechos huma-

nos” (párrafo 48). El Relator Especial, que ya había analizado en anteriores informes la situación de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, dedica un apartado específico a los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial (párrafos 42 a 48).

Por su parte, y por primera vez, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas dedicó un apartado específico a los pueblos indígenas en aislamiento en el informe de su sesión anual (E/2007/43, E/C.19/2007/12), contenido en los párrafos 39 a 42. Esta atención es especialmente relevante por cuanto muestra la inclusión del asunto en la agenda del Foro Permanente y recomienda la toma de medidas concretas. Entre ellas, destaca la recomendación a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) de redactar unas directrices para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, y de realizar una reunión en la que se atienda a la situación de salud de estos pueblos. La OACNUDH está en la actualidad desarrollando dichas directrices, con la colaboración de CIPIACI y de los Estados de la región.

En abril de 2007 y a mandato de la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica en el marco del desarrollo de actividades con el artículo 8j) del Texto del Convenio sobre la Diversidad Biológica, la Unión Mundial para la Naturaleza. La Oficina Regional para América del Sur UICN-SUR, presentó un informe sobre la situación de los pueblos indígenas aislados y la protección de sus conocimientos tradicionales (UNEP/CBD/WG8J/INF/17). Dicho informe muestra la atención que, dentro del ámbito especializado de los derechos a los conocimientos tradicionales, se presta a los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento.

En noviembre de 2007, el Comité Indígena Internacional para la protección de los Pueblos en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay (CIPIACI), con el auspicio de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, organizó una Reunión Internacional *Hacia el diseño de políticas públicas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial*, cuyo objetivo fue promover el diseño y adopción por parte de los gobiernos y organismos internacionales, de una política de prevención, atención y mitigación de impactos a la salud que pudieran afectar a los pueblos en aislamiento y contacto inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay, respetando su derecho a la libre determinación. Este evento pone en evidencia el tema de la salud, como tema prioritario en el proceso de protección de estos pueblos.

No obstante, el hito más relevante para la protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial durante el año 2007 ha sido, sin lugar a dudas, la aprobación, por parte de la Asamblea General, de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el 13 de septiembre de 2007 (la Declaración). La Declaración establece el marco de

derechos humanos para la protección de los pueblos indígenas y que tiene relevancia para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, titulares de los derechos enunciados en la Declaración.

La aprobación de la Declaración es el resultado de un proceso de más de veinte años de discusión y debate en el seno de las Naciones Unidas y ha contado con la participación de representantes de los pueblos indígenas del mundo. Si bien, la Declaración reconoce los derechos de los pueblos indígenas, no enuncia ninguna norma ni hace referencia específica para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

Para entender este vacío en la Declaración, es necesario señalar la diversidad de pueblos indígenas del mundo y de las situaciones en las cuales se encuentran, dificultando hacer referencias a contextos particulares. Igualmente, la reciente inclusión en las agendas de las organizaciones indígenas y en la agenda internacional de la cuestión de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial conlleva que, durante los debates iniciales sobre su contenido, no se hiciera referencia a pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial. La ausencia de referencia directa a estos pueblos en la Declaración contrasta con la situación crítica y de extrema vulnerabilidad en la cual se encuentran.

En otras palabras, no se puede abordar actualmente la situación de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, sin tomar en cuenta el marco jurídico de la Declaración. El propósito de este artículo es analizar la aplicación de la Declaración a la luz del Llamamiento de Santa Cruz a estos pueblos en cuanto a la adopción de políticas de prevención, atención y mitigación de impactos a la salud dirigidas a los pueblos en aislamiento y en contacto inicial.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas y su aplicación a los pueblos en aislamiento y en contacto inicial

Al momento de analizar la aplicación de la Declaración, como instrumento internacional de derechos humanos, a la situación específica de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, es preciso referirse al Llamamiento de Santa Cruz, que recoge un análisis de la situación a la que se enfrentan los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial y formula una serie de principios y recomendaciones para su protección.

El posterior reconocimiento de este Llamamiento por parte del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas y el Relator Especial para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de los indígenas, lo convierten en un documento de referencia básico a la hora de analizar la aplicación de la Declaración en el marco de formulación de políticas de protección de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial. En particular, nos referimos a una serie de prin-

principios y derechos que, consideramos, forman la base del Llamamiento de Santa Cruz:

1. El derecho a la libre determinación,
2. El principio del no contacto,
3. El derecho a la protección de sus tierras y territorios y el principio de intangibilidad,
4. La necesidad de tomar medidas de contingencia en caso de contacto y el establecimiento de mecanismos de protección que garanticen estos derechos a los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

1. Derecho a la libre determinación

Artículo 3 Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

Artículo 4 Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho de libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de los medios para financiar sus funciones autónomas.

Los artículos tres y cuatro de la Declaración reconocen el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial ejercen su derecho a la libre determinación en el momento de decidir mantenerse (o no) en aislamiento, con la sociedad envolvente, y a elegir el momento y la forma del mismo. El derecho a la libre determinación conlleva, necesariamente, el derecho a que se den las condiciones de libertad para que los pueblos indígenas puedan decidir y controlar su presente y futuro. De esta forma, estos pueblos están ejerciendo el derecho a determinar "libremente su condición política" y perseguir "libremente su desarrollo económico, social y cultural". En el ámbito de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, lleva aparejado el principio de no contacto y la protección de sus tierras y territorios de cualquier intrusión, como veremos posteriormente.

En este sentido y especialmente relevante es el hecho de que la Declaración recoge, en sus artículos 18 y 19, dos de los mecanismos a través de los cuales se lleva a cabo este derecho. Estos mecanismos incluyen la participación, la consulta y el consentimiento libre, previo e informado. Estos mecanismos serían, en el caso de los pueblos indígenas en aislamiento, sustituidos por la muestra clara, evidente y contundente de la decisión de mantener el aislamiento (o no) que han

tomado estos pueblos. No puede negarse este derecho a través del argumento de que es necesario consultar.

No obstante, dentro de este derecho a la participación y consulta, existe un consenso sobre la importancia de que las organizaciones de los pueblos indígenas participen en la elaboración de dichas políticas. De hecho, el Llamamiento de Santa Cruz recomienda “valorar específicamente el protagonismo de los pueblos indígenas, especialmente en el desarrollo de programas de protección específicos para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial”.

2. El principio de no contacto

Artículo 5. Los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, manteniendo a la vez su derecho a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

Artículo 7 1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona. 2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo de vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

El principio de no contacto deriva directamente de su derecho a la libre determinación, por cuanto el contacto forzado significaría, de una forma u otra, una violación de su decisión de permanecer en aislamiento.

Existe un artículo en la Declaración, el artículo quinto, que puede ser utilizado para reforzar dicho derecho al no contacto. En efecto, al tener los pueblos indígenas el “derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales”, los pueblos indígenas en aislamiento han decidido ejercer este derecho a través de su no contacto o influencia externa. Su capacidad a la auto-organización y autonomía, reconocido en el artículo cuarto de la Declaración, debe incluir necesariamente su derecho a no ser contactados contra su voluntad.

Especialmente relevante es el artículo quinto por cuanto reconoce su derecho “a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado”. La Declaración recoge el derecho a la participación como una opción de los pueblos indígenas, cuando precisa “si lo desean”, y no como una obligación. En este sentido, los pueblos indígenas en aislamiento han decidido no ejercer este derecho y debe ser respetado.

El contacto forzado, debido a las consecuencias que tiene sobre la salud de las personas indígenas en aislamiento puede considerarse una violación del artículo siete de la declaración. En el Seminario Regional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía y el Gran Chaco (Santa Cruz, 20-22 de noviembre de 2006) se recogieron casos en los que el contacto forzoso habría llevado a la práctica desaparición de algunos de estos pueblos. En este sentido, el principio del no contacto constituye un elemento fundamental para una política de protección de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial que garantice su derecho a la salud y por ende a la vida.

3. El derecho a la protección de sus tierras y territorios y el principio de intangibilidad

Artículo 26 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a las tierras, territorios y recursos que tradicionalmente han poseído, ocupado o de otra forma utilizado o adquirido. 2. Los pueblos indígenas tienen derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras, territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otra forma tradicional de ocupación o utilización, así como aquellos que hayan adquirido de otra forma. 3. Los Estados asegurarán el reconocimiento y protección jurídicos de esas tierras, territorios y recursos. Dicho reconocimiento respetará debidamente las costumbres, las tradiciones y los sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas de que se trate.

Artículo 32 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos. 2. Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por conducto de sus propias instituciones representativas a fin de obtener su consentimiento libre e informado antes de aprobar cualquier proyecto que afecte a sus tierras o territorios y otros recursos, particularmente en relación con el desarrollo, la utilización o la explotación de recursos minerales, hídricos o de otro tipo.

En cuanto al ejercicio de sus derechos a la libre determinación, incluyendo el principio de no contacto, el derecho a sus tierras, territorios y recursos es clave para su efectivo desarrollo. Como tal, ha sido reconocido por algunos países de la región, que han establecido políticas y medidas específicas para evitar el paso de personas ajenas a sus territorios.

Tal y como se muestran en las aportaciones de expertos presentados en el Seminario Regional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de

la Amazonía y el Gran Chaco (Santa Cruz 20-22 de noviembre de 2006), los pueblos indígenas en aislamiento necesitan de grandes territorios para poder garantizar su supervivencia. En este sentido, el artículo 25⁴, y especialmente el 26, de la Declaración recoge el derecho de los pueblos indígenas a las tierras, territorios y recursos que no sólo poseen, sino que además han ocupado o utilizado. Asimismo, se recoge el derecho a poseerlas, utilizarlas, desarrollarlas y controlarlas. Especialmente relevante es el concepto de controlar, puesto que este derecho sólo puede verse realizado efectivamente cuando se impide el paso a personas ajenas a dichos pueblos.

Igualmente, los Estados, de acuerdo con el artículo 26.3, a la hora de la demarcación de las tierras y territorios de los pueblos indígenas en aislamiento, deben considerar las amplias zonas que les sirven de paso y para la obtención de los bienes necesarios para su supervivencia. El artículo 32 es especialmente relevante al reconocer el “derecho de los pueblos indígenas a determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos”. Los pueblos indígenas en aislamiento, en el ejercicio de este derecho, han decidido establecer sus propias estrategias de desarrollo endógeno, basadas en su aislamiento y que como tal debe ser respetado.

En este marco, el principio de intangibilidad es de suma importancia, como lo recomienda el Llamamiento de Santa Cruz, “se debe establecer la intangibilidad de sus territorios, entendida como la titulación de tierras y territorios a favor de los pueblos indígenas en aislamiento y el compromiso del Estado de evitar cualquier actividad, del tipo que sea, que pueda poner en peligro su supervivencia, con todos los instrumentos legales y políticos posibles de cada país y en base a cada situación”. En efecto, el derecho a la tierra y al territorio tiene que aplicarse “en base a cada situación”, lo cual en el caso de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial significa que la intangibilidad es un contenido esencial para que el derecho a la tierra y a los territorios garantiza el no contacto.

En cuanto al alcance del reconocimiento del territorio y de la aplicación de la intangibilidad, es de gran relevancia el artículo 36 de la Declaración⁵, que dice que “los pueblos indígenas, en particular los que están divididos por fronteras internacionales, tienen derecho a mantener y desarrollar los contactos, las relaciones y la cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus propios miembros así como con otros pueblos a través de las fronteras” y que “los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán medidas eficaces para facilitar el ejercicio y garantizar la aplicación de este derecho”. Como lo señala el Llamamiento de Santa Cruz, en sus recomendaciones para la cooperación en el ámbito regional, que más precisamente “en el ámbito bi-nacional, debe especialmente reconocerse el carácter transfronterizo de muchos pueblos”. El artículo 36 se debe entender en este caso, no solamente como el derecho a la protección pero también a la intan-

gibilidad de los territorios de los pueblos en aislamiento y contacto inicial que viven en territorios de dos países, lo cual conlleva a que los Estados correspondientes establecen acuerdos y políticas binacionales y regionales que garantizan este derecho.

4. La necesidad de tomar medidas de contingencia en caso de contacto y el establecimiento de mecanismos de protección que garanticen estos derechos a los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial

Artículo 24 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Artículo 38. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.

Los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial se caracterizan por la especial situación de vulnerabilidad en cuanto a sus defensas inmunológicas. Existe una posibilidad real de que la falta de medidas de contingencia pueda llevar a la desaparición y muerte de sus integrantes (en violación al derecho a la vida). Frente a esta situación, cabe reforzar de manera prioritaria las medidas de protección que garantizan el derecho a la libre determinación, y a la protección e intangibilidad de los territorios, como garante del principio de no contacto y consecuentemente de la supervivencia cultural y física de estos pueblos, recordando que “contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas que constituyen el patrimonio común de la humanidad”, como lo afirma la Declaración en su preámbulo.

Retomando las palabras de Neptalí Cueva Maza, “la regla de oro para evitar catástrofes respecto a su vida y salud, es evitar el contacto”, pero “si esta regla de oro no se cumple, la de la prevención, el no contacto, el siguiente escenario, de intervención urgente- es el da la atención en salud”⁶. En caso de contacto, sea este deseado o no, el Estado tiene, de acuerdo con la Declaración, que tomar las medidas necesarias para garantizar el mantenimiento y mejora del estado de sa-

lud de los pueblos indígenas en contacto inicial, en respeto de sus medicinas tradicionales, como lo indica el artículo 24 de la Declaración.

De hecho, según el artículo 38 de la Declaración, los Estados adoptarán “las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración”, considerando que “los derechos reconocidos en la presente Declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas del mundo”⁷. En el marco del derecho a la salud de los pueblos indígenas, el artículo 24.2 de la Declaración indica que los “Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho”. Es importante destacar que la obligación de realizar de manera progresiva un derecho económico o social significa que el Estado tiene la obligación de tomar medidas inmediatas y apropiadas para garantizar tal derecho⁸. En el caso particular de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, la situación convoca al Estado a adoptar políticas y tomar medidas de garantía de los derechos de estos pueblos de manera urgente.

Conclusiones

La Declaración no recoge referencias específicas a los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, pero su contenido es relevante para la protección de sus derechos que garantizan su supervivencia en tanto que individuos y como pueblos. La Declaración, en cuanto marco normativo de protección de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, es donde se encuadra la aplicación de las recomendaciones contenidas en el Llamamiento de Santa Cruz, que representa un punto de partida mínimo sobre el tema.

Los derechos reconocidos por la Declaración, en particular, el derecho a la vida (art. 7), el derecho a la libre determinación (art. 3 y 4), el derecho las tierras y territorios (art. 26 y 32) y el derecho a la salud (art. 24) tendrían que aplicarse en el caso de los pueblos en aislamiento, mediante el *principio* de no contacto. A la luz de este conjunto de normas relevante para la protección de los pueblos en aislamiento, nos podría permitir interpretarlas como fundamento de *un derecho* al no contacto, considerándolo como el ejercicio de libre determinación, es decir en este caso la libertad de no participar en la vida política, económica, social y cultural del Estado. En este sentido, la política de prevención del contacto no deseado, y por consecuencia, de la violación del derecho a la libre determinación, a los territorios y, muy probablemente, al derecho a la salud y a la vida, requiere por parte del Estado el cumplimiento de las normas enunciadas por la Declaración, especialmente a través de la adopción de un marco legal e institucional que garantiza el *derecho* al no contacto y a la intangibilidad de los territorios donde viven los pueblos en aislamiento⁹.

Cuando ocurre el contacto, ya sea deseado en el ejercicio de la libre determinación, o más frecuentemente, sea forzado por actores y actividades externas, el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la vida y a la salud de los pueblos en contacto inicial. Como lo reconoce y reafirma la Declaración en su preámbulo, “las personas indígenas tienen derecho sin discriminación a todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional, y que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos que son indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos”. En efecto, los derechos a la vida y a la salud están reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁰ y desarrollados por el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (artículo 6) y por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), pactos que han sido ratificados por los países de América Latina donde se encuentran los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

Si bien la Declaración reconoce el carácter individual de estos derechos, “las personas indígenas tienen el derecho a la vida”¹¹, y “las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna a todos los servicios sociales y de salud”¹², la Declaración reconoce en estos mismos artículos el carácter colectivo de estos derechos, “los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo de vivir en libertad, paz y seguridad” y los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud”. En este sentido, como señala el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación No 14, “los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales” y reconoce, que “la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva”¹³.

En este marco, la obligación del Estado de garantizar el derecho a la vida y a la salud de los pueblos en contacto inicial debe tomarse en cuenta la dimensión colectiva y cultural de la salud desde la cosmovisión indígena. Por otro lado, según el artículo 24, párrafo 2, de la Declaración, “los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho” (a la salud), pero en el caso de los pueblos en contacto inicial, por su extrema vulnerabilidad inmunológica, “se deben implementar políticas públicas y estrategias de protección en salud dirigidas a poblaciones en contacto inicial, que tomen en cuenta medidas de prevención de enfermedades, vacunación, salubridad y educación ambiental”¹⁴, tal cual lo recomienda el Llamamiento de Santa Cruz. Las conclusiones y recomendaciones de la Reunión Internacional organizada por CIPIACI con el auspicio de la OACNUDH, constituye un marco de referencia para el diseño e implementación de dichas políticas públicas de salud, en cumplimiento de los derechos humanos reconocidos por la Declaración de las

Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en el caso específico y de gran urgencia, de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial.

Notas

- 1 En la publicación de las Actas del Seminario Regional sobre pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía y el Gran Chaco (20-22 de noviembre de 2007) y publicado por IWGIA (versión en castellano) y la Universidade de São Paulo (versión en portugués), se recoge un artículo publicado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en el que se hace una revisión de los derechos reconocidos a los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial. El presente texto es un complemento a esa anterior publicación.
- 2 Las actas de dicho seminario se hayan contenidas en E/C.19/2007/3/CRP.1. Además, IWGIA publicó en 2006 todas las ponencias del seminario en un libro, accesible en www.iwgia.org
- 3 Dicho llamamiento está contenido como anexo en el informe E/C.19/2007/3/Add.2
- 4 Artículo 25 de la Declaración: “Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado de otra forma y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras”.
- 5 Artículo 36 de la Declaración: “1. Los pueblos indígenas, en particular los que están divididos por fronteras internacionales, tienen derecho a mantener y desarrollar los contactos, las relaciones y la cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus propios miembros así como con otros pueblos a través de las fronteras. 2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán medidas eficaces para facilitar el ejercicio y garantizar la aplicación de este derecho.
- 6 Cueva Maza, Neptalí (2007), “La salud de los indígenas en aislamiento” en: Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial en la Amazonia y el Gran Chaco, Actas del Seminario Regional de Santa Cruz de la Sierra, 20-22 de noviembre de 2006”. IWGIA, Copenhague.
- 7 Artículo 43 de la Declaración.
- 8 Ver el Comentario General No 3 del Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que tratan precisamente de las obligaciones del Estado en cuanto a esta categoría de derecho.
- 9 En este marco, el Llamamiento de Santa Cruz recomienda la implementación de “políticas públicas y estrategias de protección en salud dirigidas a pueblos en aislamiento, que contemplen medidas de prevención de enfermedades a ser aplicadas en los poblados circundantes a sus territorios, atención de emergencias médicas postcontacto, así como planes de seguridad alimentaria en los casos de poblaciones recientemente contactadas afectas por epidemias que se encuentren incapacitadas de realizar sus actividades de subsistencia”.
- 10 La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho a la vida en su artículo 3 y el derecho a la salud en su artículo 25.
- 11 Artículo 7 de la Declaración.
- 12 Artículo 24 de la Declaración.
- 13 E/C.12/2004/4, página 11, párrafo 27.
- 14 Llamamiento de Santa Cruz.

David Martín Castro, José Parra y Julian Burger trabajan en la Unidad de Pueblos Indígenas y Minorías de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El presente texto no representa necesariamente la opinión de la Oficina ni de la Alta Comisionada, reflejando sólo la opinión de los autores.

ASEGURANDO LA INTEGRIDAD FISICA Y LA VITALIDAD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS AISLADOS

Eduardo Aguiar de Almeida

Al realizar este evento, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y CIPIACI subrayan los importantes papeles del sistema de las Naciones Unidas y del movimiento indígena en el preocupante escenario actual de este planeta. La situación de los últimos pueblos indígenas que todavía se mantienen en relativo aislamiento es particularmente sensible y proporciona un testimonio candente sobre los riesgos que corren la humanidad y su planeta en el cuadro actual.

Una historia intensificada tremendamente en los últimos 500 años, que trajo como marca indeleble el exterminio de una extensa lista de pueblos, entre los cuales seguramente muchos buscaron voluntariamente el aislamiento como estrategia de defensa. Muchos pueblos fueron afectados no solo por la pérdida de sus espacios de vida, la expropiación y saqueo de tierras, recursos naturales y los consecuentes violentos embates culturales, sociales y económicos, sino también, con gran frecuencia e intensidad, por la introducción de gérmenes exóticos y enfermedades desconocidas por ellos.

Para el “joven” Foro Permanente de Cuestiones Indígenas de la ONU, que viene buscando acompañar y dar visibilidad a la situación de los pueblos indígenas aislados, este evento y el esfuerzo de sus promotores y anfitriones asumen gran significado. En nombre del Foro Permanente, agradezco a las instituciones y personas que han posibilitado este evento, entendiendo que su realización y sus resultados renuevan esperanzas y fortalecen las perspectivas de reversión en los escenarios hasta aquí poco alentadores para muchos pueblos indígenas en aislamiento voluntario.

Hoy, se trata de un nuevo esfuerzo, de repercusiones internacionales y que se pretende permanente y sostenido, de solidaridad y resistencia, por el derecho a la vida y a la autonomía de los pueblos indígenas que, por motivos comprensibles, resuelven mantenerse en relativo aislamiento, como se ve en tantos sorprendentes casos, aquí en Sudamérica sobre todo, pero también en algunos otros lugares del mundo. Sin un abordaje específico orientado al delicadísimo y desafiante factor salud, ciertamente, no habremos de asegurar la supervivencia de

muchos de estos pueblos, de allí la importancia fundamental de este evento en el Ecuador.

En los últimos decenios del proceso exponencial de “globalización”, diferentes marcos políticos e ideológicos podrían ser considerados conquistas con relación a conceptos como paz, humanismo, derechos de los pueblos y minorías, derechos humanos, solidaridad, pluralismo, etc. Entretanto, tales marcos no han sido capaces de detener efectivamente etnocidios y genocidios recurrentes. Estimaciones solamente en Brasil, indican que en estas seis décadas de vigencia de la Declaración Mundial de los Derechos del Hombre, más de dos decenas de pueblos indígenas que se resistían a la asimilación por la sociedad dominante fueron completamente exterminados o reducidos a un número ínfimo de supervivientes. No cabe aquí profundizar las razones por las que los Estados y sus respectivas sociedades nacionales no han sido efectivos en el respeto y protección de los derechos humanos elementales de los pueblos indígenas aislados; pero sí priorizar el ahora y el porvenir, así como llamar la atención para garantizar urgentemente la integridad sanitaria, que es una tarea especialmente sensible, delicada y difícil de lograr.

Me gustaría subrayar lo que en noviembre de 2006, en el importante seminario que realizamos en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, bajo los auspicios de OACNUDH, IWGIA, CIDOB y el Gobierno boliviano, enfatice en mi ponencia. Decía entonces que los procesos violentos e ilegales que amenazan a los pueblos indígenas aislados *se revelan, tristemente, de difícil control y neutralización. Sin embargo, esas dinámicas tienen que ser frenadas, y la experiencia ha estado indicando que, no importa cuan poderosas o duras sean las barreras, éstas pueden ser vencidas a través del trabajo persistente, lúcido y calificado.*

En aquella misma oportunidad defendí una estrategia bifurcada en las articulaciones nacionales e internacionales en pro de los pueblos indígenas aislados, con un eje de medidas “políticas” urgentes y otro de medidas “técnicas estructurales” igualmente apremiantes, entre las cuales están *trabajar por la estructuración y perfeccionamiento de mecanismos de acción indigenista y de acción de salud preventiva y de emergencia, apropiadamente calificadas y diseñadas para trabajar con las diferentes situaciones que involucran a pueblos indígenas aislados y sus territorios.*

Sabemos que un aspecto preocupante de las acciones de salud de emergencia, inmunizadoras o curativas y preventivas se refiere a las situaciones que prescriben inevitables intervenciones invasivas que terminan por implicar el rompimiento del principio fundamental del “no contacto”, excepto cuando y donde la opción del contacto sea una elección del pueblo aislado.

Así, me parece que una estrategia específica de acción de salud en favor de los pueblos indígenas aislados debe contemplar dos abordajes generales:

Gestiones activas de las instituciones de salud nacionales e internacionales a favor de la implementación de esquemas de protección en el entorno de los territorios de los pueblos indígenas aislados.

Estructurar mecanismos de “salud indígena e indigenista” de rápida movilización *apropiadamente calificados y formados para trabajar con las diferentes situaciones que involucran a pueblos indígenas aislados y sus territorios*, incluso las medidas de inmunización y otras necesarias.

Es decir, la estrategia de salud no debe quedar reducida a procedimientos técnicos invasivos cuando haya demanda de los mismos, sino que, antes y por encima de todo, debe significar una movilización política con una visión macroestructural de la problemática de las amenazas contra los pueblos indígenas aislados, teniendo como consideración fundamental el principio del “no contacto”. La contribución de profesionales de salud indigenistas debe darse en los respectivos planes nacionales de tal modo que se prevenga, tanto como sea posible, los contactos invasivos forzosos.

Las iniciativas de cooperación, sean multilaterales o bilaterales, son altamente recomendables para afrontar las cuestiones de salud de los pueblos aislados.

Estando en vigencia el Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del mundo, tenemos fundadas esperanzas de que, en cada uno de nuestros países y en otros países hermanos y solidarios, bajo el liderazgo de las organizaciones de los pueblos indígenas, como por ejemplo, CIPIACI, y la sencilla atención de las Naciones Unidas, se esté formando un gran consenso internacional, para que ésta sea una oportunidad definitiva y capaz de revertir al cien por ciento los procesos que agreden y amenazan a los pueblos indígenas aislados. Que la resistencia de estos pueblos sea victoriosa.

Eduardo Aguiar de Almeida, miembro (2005-2007) del Foro Permanente de Cuestiones Indígenas de la ONU.

DECLARACION DE QUITO

Hacia el planteamiento de políticas públicas y planes de acción para garantizar el derecho a la salud de los pueblos en aislamiento y contacto inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay

Quito, 19 y 20 de octubre de 2007

I. Presentación

El Comité Indígena Internacional para la Protección de los Pueblos en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay, CIPIACI, ha asumido la organización de este evento en respuesta a su profunda preocupación frente a la situación de emergencia en materia de salud que atraviesan varios pueblos en contacto inicial de la región, las amenazas en este sentido contra los pueblos en aislamiento voluntario y la ausencia de mecanismos oficiales de protección de este derecho, lo cual coloca en grave riesgo la sobrevivencia de estos pueblos.

A partir de estas reflexiones se organiza, en la sede de Quito, una reunión con expertos, líderes indígenas y representantes de los gobiernos, intentando contribuir a ofrecer respuestas que mejoren la situación de salud de los pueblos en contacto inicial, y contrarresten las amenazas contra los pueblos en aislamiento voluntario, teniendo siempre como punto de partida los marcos legales, la institucionalidad y los programas de protección vigentes.

De esta manera, la Reunión tiene como finalidad, promover la adopción de políticas públicas y planes de acción para la protección de la salud de estos pueblos, por los gobiernos, los organismos internacionales de defensa de los derechos humanos y la sociedad civil en general.

Por su parte, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos tiene la Recomendación del Foro Permanente de las Naciones Unidas para Cuestiones Indígenas, de elaborar unas guías dirigidas a los Estados para la protección de los derechos humanos de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial. La elaboración de las guías está estrechamente vinculada a la temática de la Reunión, por lo que CIPIACI y la Oficina acordaron convocar en forma conjunta a este evento internacional.

En consecuencia, los representantes indígenas de las organizaciones miembros de CIPIACI, los representantes gubernamentales y los expertos en salud intercultural, reunidos en el Encuentro, deciden adoptar el siguiente documento para que sea socializado con las altas instancias gubernamentales de los Estados de la región y las organizaciones internacionales de protección de la salud, la cultura y los derechos humanos.

CIPIACI agradece públicamente el apoyo prestado para la realización del evento, a la Agencia Española de Cooperación Internacional, AECI, a través del Instituto de Promoción de Estudios Sociales, de Pamplona; al Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA; a la Fundación Biodiversidad, del Ministerio de Medio Ambiente de España, y a la Fundación Tukuishimi, de Ecuador.

II. Antecedentes

CIPIACI surgió en noviembre del año 2006, durante del Seminario Regional sobre Pueblos Aislados y en Contacto Inicial de la Amazonía y el Gran Chaco, realizado en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

Desde entonces, viene asumiendo la interlocución de sus hermanos aislados y en contacto inicial para generar mecanismos de garantía y protección de sus derechos humanos reconocidos en Tratados Internacionales de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la OEA, especialmente en el Convenio 169 de la OIT sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales, y en la recientemente adoptada Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En concreto, nos parece relevante llamar a atención sobre el marco que establecen los artículos 24 y 29 de la Declaración de Naciones Unidas, que reconocen el derecho a la salud y el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT.

Se reafirman además, las recomendaciones, propuestas de políticas y acciones plasmadas en el Llamamiento de Santa Cruz, documento adoptado por organizaciones indígenas, gobiernos, expertos y organismos internacionales, durante el Seminario Regional para la protección de los Pueblos en Aislamiento y Contacto Inicial de la Amazonía y el Gran Chaco, realizado en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

Durante la reunión de Quito, los asistentes centraron sus intervenciones alrededor de los siguientes temas:

- El concepto de salud para los pueblos indígenas y los principios y valores que deben orientar la atención de salud.
- Los modelos oficiales de salud intercultural y la pertinencia de desarrollar mecanismos específicos para los pueblos en aislamiento voluntario y en contacto inicial.

- Factores que afectan la salud de los pueblos en aislamiento y contacto inicial
- Planteamientos y adopción de políticas públicas y planes de acción orientados a la prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud de los indígenas en aislamiento y en situación de contacto inicial.

Algunos de los casos más graves de afectación de la salud en pueblos en contacto inicial

A partir de las exposiciones presentadas durante la reunión por los diferentes representantes indígenas, representantes gubernamentales y expertos, esta Declaración expresa su gran preocupación ante las situaciones concretas de:

Pueblos aislados y en contacto inicial de la Tierra Indígena Valle del Yavari, Brasil¹

Hoy, la Tierra Indígena Valle del Yavari, localizada en la frontera con Perú, y con un área de 8.5 millones de hectáreas, es la segunda tierra indígena de Brasil, en lo que a extensión se refiere. En ella habitan cerca de 3.000 indígenas de pueblos contactados y aproximadamente siete pueblos aislados. En este lugar se produce la mayor concentración de referencias y ocurrencias de indígenas aislados que la Coordinación General de Indígenas Aislados – CGII/FUNAI, posee.

A pesar de tener una extensa área, relativamente bien protegida y sin grandes problemas de invasiones, hoy, estos pueblos aislados se encuentran amenazados por epidemias de hepatitis B y D que afectan a la población vecina de indígenas contactados.

Hace más de dos décadas que la población de la región sufre estas enfermedades, las cuales provocan muertes traumáticas y cuadros en los que las personas vomitan sangre y entran en coma en pocos días. La crisis reciente comenzó en el año 2001, con tres muertes. En 2003, el peor año, se registró, de manera confirmada o referencial, la muerte de 17 indígenas de pueblos contactados, a causa de hepatitis B y D. El número total de indígenas portadores de la enfermedad en la región es aún desconocido, pero se piensa que éste es del 7%, número mucho mayor al límite aceptable para la ONU. Todos los años, varias personas continúan muriendo debido a la hepatitis B.

Análisis serológicos parciales, realizados a inicios de 2007, han demostrado una circulación muy alta del virus de la hepatitis B, en la región. El mismo análisis demostró también la existencia del virus de la hepatitis C en, por lo menos, 4 personas, hecho que hasta entonces no se pensaba que ocurriese en el área.

Igualmente, seis años después del inicio de esta reciente epidemia de hepatitis B y D en el Valle del Yavarí, no se ha logrado romper la cadena de transmisión. Aún hoy, el gobierno brasileño no tiene control de las mujeres en edad reproductiva para vacunar a sus hijos recién nacidos, de tal forma que no se contagien durante el parto. Gran parte de la población tampoco está siendo inmunizada con la vacuna y podría estar en contacto con el virus. Aun hoy, seis años después, los pueblos indígenas de la región se continúan contagiando de esta enfermedad.

Recientemente, la región también ha sufrido una epidemia de malaria que ha afectado a gran parte de la población y que se mantiene desde hace más de un año. Como se ha visto, esto ocurre en una región donde la población indígena tiene el hígado muy debilitado por la hepatitis.

En julio de 2007, un grupo de Korubos aislados acampó en la orilla de uno de los dos ríos de la región y comenzaron a llamar a todos los indígenas que pasaban; aparentemente querían hacer contacto. ¿Cuál será el futuro de estos pueblos aislados de la Tierra Indígena Valle del Yavarí en una región que vive en un completo caos epidemiológico de hepatitis B, D y malaria?

Nükak Maku, Colombia²

El pueblo Nükák Makú³ está compuesto por una población que no supera las 600 personas. Habita entre los ríos Guaviare e Inírida, entre el Alto Apaporis y el Alto Isana. Es un pueblo nómada que comparte su territorio con otros siete pueblos del Gran Resguardo del Vaupés. Su situación demográfica y geográfica es bastante preocupante. Durante los últimos 20 años, su población se redujo en un 46%. Además de lo anterior, entre septiembre de 2002 y agosto de 2006, por lo menos 221 personas, es decir, la tercera parte de la población, fue desplazada forzosamente.⁴ Desde entonces, este pueblo ha declarado su interés por volver al resguardo Nükák-Makú, donde habitaban antes de desplazarse, y durante los dos últimos meses algunas familias iniciaron su regreso.

Sus principales problemas se derivan del contacto con la población campesina (colono-mestiza) y las enfermedades generadas en este proceso, fruto del desplazamiento forzado y del confinamiento posterior, es decir, de la limitación de su alta movilidad (nomadismo)⁵, pese a que su territorio comprende alrededor de 930 mil hectáreas. Este proceso provocó la pérdida de inmunidad biológica fruto de la enorme reducción de la oferta de recursos alimentarios (más de 243 especies de las cuales no consumen más de la quinta parte).

En la actualidad, los conflictos con los colonos y otros pueblos indígenas están aumentando; el hambre es cada vez mayor, la desnutrición está incrementándose entre la población adolescente, más del 30 % de los Nükák padece de filariasis; hay casos de personas con sífilis por vía de la prostitución y, recientemente, los Nükák desplazados superaron una epidemia de gripe. Esto se debió a cinco fac-

tores principales: 1. Instalación y avance de nuevos colonos dentro del recientemente creado y luego ampliado Resguardo Nükák; 2. Falta del servicio de atención en salud por parte del Estado; 3. Las fumigaciones aéreas con glifosato de los cultivos de coca ubicados a orillas del río Guaviare y dentro del Resguardo; 4. Avance del control militar y paramilitar y de los enfrentamientos con las FARC dentro de su territorio; y 5. La deficiente atención en salud, alimentación inadecuada y escasez de agua potable de la población desplazada, bajo responsabilidad del Estado (Asistencia Humanitaria de Emergencia sin enfoque diferencial).

Nanti, de los ríos Camisea y Timpía, Urubamba, Perú

A raíz de los contactos forzados por misioneros en el río Timpía, en los años 1970, el pueblo Nanti perdió del 30 al 50% de su población, debido principalmente a epidemias graves y repetidas de infecciones respiratorias. Posteriormente, con la población diezmada, los Nanti continuaron sufriendo enfermedades y muertes a causa de la transmisión de epidemias respiratorias y diarreicas. En los últimos años, el contacto del pueblo Nanti con gente ajena, que ha ocasionado la transmisión de epidemias, se ha producido en un contexto de labor misional y actividad petrolera, así como de traslado de Nantis río abajo, hacia poblados donde adquieren las enfermedades y la muerte.

Han transcurrido más de veinte años desde que se estableciera el contacto sostenido con los Nanti y los altos índices de mortalidad se mantienen. Las enfermedades no solo afectan a los niños y ancianos, sino también al grupo de adultos, los cuales deberían tener mayores defensas para combatirlos. En diciembre de 2006, un 60% de la población de la comunidad de Montetoni fue afectada por una epidemia de EDA, muriendo cuatro hombres adultos. Según indica Beier,⁶ el contagio se dio por el contacto de un Nanti con población Matsiguenka de río abajo, donde adquirió la enfermedad. Es llamativo que la infección de EDA no causó una epidemia entre la población Matsiguenka, mientras que resultó en muertes entre la población Nanti, debido a su mayor vulnerabilidad inmunológica.

La población Nanti también ha venido sufriendo tratos vejatorios y explotación. Es bastante conocida la crisis psicológica, emocional y cultural que atravesaron en los años 1990, a manos del profesor de la escuela. La población además estuvo sometida a humillaciones y explotación laboral por esta persona.⁷

III. El concepto de salud para los pueblos indígenas y los principios y valores que deben orientar la atención de salud

Entre los pueblos indígenas existe una diversidad de concepciones de salud y enfermedad, vida y muerte. No podemos hablar de un solo concepto de salud para los pueblos indígenas. Es fundamental el reconocimiento de esta diver-

sidad de concepciones para el diseño e implementación de políticas y acciones de salud. Sin embargo, podemos mencionar ciertos conceptos sobre la salud que se encuentran entre muchos pueblos indígenas de la Amazonía:

- La salud está intrínsecamente vinculada al entorno natural y al territorio, los cuales les permiten disponer de recursos alimenticios diversificados, continuar desarrollando sus conocimientos sobre las propiedades de los recursos naturales para su bienestar y tener la tranquilidad de disponer de un medio de vida íntegro para las presentes y futuras generaciones.
- Las dolencias afectan al pueblo entero y no solamente al individuo.
- La salud abarca un estado de equilibrio y armonía entre los individuos, el entorno social, natural, espiritual y simbólico, que se manifiesta en un estado de bienestar, y no solo en la simple ausencia de malestares o enfermedad.

Los principios y valores que deben orientar la atención de salud son:

- Respeto a la diversidad cultural y a las concepciones indígenas sobre salud.
- Garantía sobre los territorios y defensa de los recursos naturales básicos, como agua y suelos limpios y libres de contaminación, que son esenciales para el mantenimiento de un suficiente nivel de salud y bienestar.
- Principio de autodeterminación
- Solidaridad, reciprocidad y vida comunitaria
- Respeto a las distintas formas que presentan los pueblos indígenas, de interactuar, comunicarse y comportarse.

IV. Sobre los modelos oficiales de salud intercultural y la pertinencia de desarrollar mecanismos específicos para los pueblos en aislamiento voluntario y en contacto inicial

Los modelos actuales de atención de salud a poblaciones indígenas son insuficientes y, en algunos casos, inadecuados dado que no contemplan la diversidad cultural que representan los pueblos indígenas. Esto se evidencia en la ausencia de planes de atención específicos o especiales para las poblaciones en contacto inicial y, de protección, para los pueblos en aislamiento.

Por lo tanto, en el marco de las políticas de salud pública desarrolladas por los Estados de la región orientadas a la atención de pueblos indígenas, constituye de alta prioridad diseñar e implementar políticas de salud específicas para aquellos pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

VI. Factores que afectan la salud de los pueblos en aislamiento y contacto inicial

Los que suscribimos la presente declaración coincidimos en nuestra preocupación por el estado de salud de los pueblos en contacto inicial y las amenazas contra la salud y el bienestar de los pueblos en aislamiento voluntario, condiciones que responden principalmente a los siguientes factores:

- Políticas de Estado que fomentan el llamado “desarrollo”, priorizando el otorgamiento de concesiones para la explotación de recursos naturales (hidrocarburos, minerales, forestales) y la propiedad privada, sobre los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial, atentando así contra su salud, sus vidas y su derecho a la autodeterminación.
- Políticas y prácticas integracionistas que van en contradicción con lo reconocido en el marco jurídico internacional y de los países de la región, respecto al derecho a la diversidad cultural, a las formas de vida propias y al derecho de los pueblos a decidir sobre su presente y su futuro.
- Ejecución de proyectos de construcción de carreteras e infraestructura, que atentan contra la vida y el territorio de los pueblos en aislamiento y contacto inicial.
- Desprotección técnico - sanitaria, ambiental, económica y socio cultural, de los pueblos indígenas en contacto inicial, sus territorios, y de las poblaciones de los territorios circundantes, por parte del Estado.
- Manipulación de ciertas instituciones privadas que utilizan la necesidad y la problemática territorial de los pueblos aislados para lucrar.
- Presencia e incursión de agentes externos como misioneros, madereros, ganaderos, vendedores ambulantes, ONG, funcionarios públicos, destacamentos militares, investigadores, turistas, periodistas, deportistas, candidatos electorales, aventureros, medios audiovisuales, entre otros, que con su presencia y el desarrollo de sus actividades afectan el ejercicio de la propia voluntad de estos pueblos. Estos actores, en un primer momento, promueven contactos, transmitiendo enfermedades contra las cuales los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial no tienen defensas biológicas ni culturales y, luego, van afectando su autodeterminación, desatando procesos de dependencia, transculturización y alienación cultural.
- Realización de estrategias orientadas a la búsqueda del contacto por personal que presta servicios de salud en los territorios circundantes, como parte de la ampliación de su cobertura de atención.
- Ausencia de control sobre las actividades de investigación privada y pública en los territorios indígenas.

- Ausencia de control sobre las actividades de misioneros e instituciones evangélicas en los territorios indígenas.
- Imposición de políticas o servicios de salud culturalmente inadecuados, por parte del sector público y privado, y falta de respeto a las prácticas de salud propias de la población en contacto inicial.
- Ausencia de capacidades técnicas instaladas, especialmente de recursos humanos expertos en la salud en poblaciones de alta vulnerabilidad inmunológica, para hacer frente a emergencias de salud que afectan a los pueblos indígenas en contacto inicial.
- Ausencia de una currícula sobre salud intercultural, en los centros de formación de recursos humanos en salud.
- Ausencia de cursos de capacitación adicionales para mejorar los niveles de conocimiento de los profesionales respecto al servicio de salud dirigido a pueblos indígenas en contacto inicial o a las regiones donde existen pueblos en aislamiento voluntario.
- Falta de información y sensibilidad social respecto a la situación y problemática de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, de parte de la población circundante y las organizaciones de la sociedad civil (ONG, academia, movimientos sociales, partidos políticos).
- Contaminación y degradación ambiental (suelo, subsuelo, aire, agua), por imposición y realización de acciones, estrategias o políticas de desarrollo (megaproyectos, infraestructura, etc.), cuyas consecuencias negativas se están evidenciando en el cambio climático a nivel mundial.
- Ausencia de canales adecuados para la participación de los pueblos indígenas y sus organizaciones en la planificación de políticas públicas dirigidas a las poblaciones en aislamiento voluntario y contacto inicial.
- Pérdida de la biodiversidad y los conocimientos locales. Es decir, los sistemas de conocimiento y manejo de los recursos naturales y el medio ambiente de los pueblos indígenas viene desapareciendo debido a dos factores claves: la destrucción del mismo medio ambiente y la opresión hasta la extinción de sistemas locales de conocimiento.

VI. Planteamiento de políticas públicas y planes de acción

Para promover la prevención de enfermedades, en general

- Prohibir la concesión de lotes o bloques, y el otorgamiento de licencias para la exploración y explotación de recursos naturales, y toda actividad legal o ilegal, en los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario y en contacto inicial y en los territorios circundantes.

- Prohibir la ejecución de proyectos o megaproyectos de desarrollo que afecten los territorios, la salud y la vida de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.
- Asegurar jurídicamente y proteger efectivamente el territorio habitado por los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial.
- Asegurar jurídicamente y proteger efectivamente los derechos humanos de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial.
- Prohibir las actividades que producen contaminación ambiental en los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial, y de las poblaciones circundantes.
- Establecer medidas cautelares y de protección inmediata y definitiva para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial.
- Prohibir el traslado, desplazamiento, reasentamiento o desalojo forzado de población indígena en aislamiento voluntario y en contacto inicial.
- No instalar bases, ni realizar acciones militares, ni cívico-militares, en los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario, en contacto inicial, ni en los territorios circundantes.
- No impulsar actividades ni políticas que promueven el turismo y ecoturismo en los territorios habitados por los pueblos en aislamiento y contacto inicial.
- Prohibir la superposición de Áreas Naturales Protegidas a los territorios de los pueblos en aislamiento y contacto inicial. En el caso de las Áreas Naturales Protegidas existentes, otorgar una categoría especial de protección a las áreas habitadas por pueblos en aislamiento y contacto inicial, que se encuentren al interior de éstas.
- Establecer estrategias políticas y mecanismos de control sobre las actividades de investigación privada y pública en los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial.
- Establecer estrategias políticas y mecanismos de control sobre las actividades de los misioneros y las instituciones religiosas en los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial.
- Implementar campañas de atención de salud, adecuada y eficaz, en las comunidades circunvecinas al territorio habitado por los pueblos en aislamiento y en contacto inicial.
- Consultar a la población circundante a los territorios donde se desplazan los indígenas en aislamiento y en contacto inicial, sobre sus necesidades particulares en salud, para convenir las formas y servicios de los planes de prevención, emergencia y atención en salud, que contribuyan a la prevención de contagios y atención de posibles epidemias.
- Conformar equipos multidisciplinarios, multiculturales y multiétnicos para la prevención de enfermedades, atención de emergencias y mitigación de impactos. • Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la autodeterminación de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial.

- El equipo de salud seleccionado para implementar acciones de prevención y atención de enfermedades deberá ser capacitado en temas referentes a nociones de antropología, lingüística, etnohistoria, política y otros temas que se consideren necesarios.
- Los equipos de salud deberán identificar posibles factores de riesgo ofrecidos por las poblaciones limítrofes a los territorios de estas poblaciones, tomando las medidas de prevención pertinentes.

Respecto a pueblos en aislamiento

- No forzar el contacto bajo ningún argumento y por ningún sector de la sociedad, incluyendo a los propios indígenas. Implementar y aplicar sanciones penales contra quienes violen este principio.
- Monitorear la situación de los pueblos en aislamiento en forma permanente, estableciendo metodologías de campo que no impliquen el contacto, vigilando la presencia de agentes externos en sus territorios, con vistas a establecer acciones políticas de prevención y protección.
- Implementar un sistema de información accesible por teléfono y radio de comunicación, fácil de usar, para el uso del público en general cuando presencien casos de violaciones de los territorios y/o los derechos de los pueblos indígenas en contacto inicial y aislamiento voluntario.
- Proteger en el aspecto técnico – sanitario, ambiental, económico y socio cultural, a la población y los territorios circundantes a los espacios habitados por pueblos en aislamiento voluntario.
- Implementar políticas de cooperación transfronteriza entre los Estados que dispongan de población en aislamiento, para una adecuada prevención de enfermedades y atención, en caso que se produzcan emergencias.
- Establecer políticas nacionales y transfronterizas de protección de los territorios y recursos naturales, para garantizar el abastecimiento de recursos y, por lo tanto, la salud de los pueblos en aislamiento voluntario.
- Realizar procesos de información y sensibilización de la población y la sociedad civil circundante (ONG, academia, movimientos sociales, partidos políticos) sobre las consecuencias de un contacto en la salud de los indígenas en aislamiento voluntario.
- Realizar campañas nacionales e internacionales de información y sensibilización sobre la existencia, derechos, protección y consecuencias del contacto en la salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario. Estas campañas deben estar dirigidas al sector salud, demás organismos y entidades gubernamentales involucradas, a las comunidades indígenas y a la población aledaña, en general.

- Prohibir la transferencia de responsabilidades de los servicios de salud, educación o cualquier otro servicio civil a las empresas privadas y a las instituciones religiosas, de parte de cualquier sector del Estado.

Para atender situaciones de emergencia por contagio de enfermedades

- Cuando sea necesaria la implementación de acciones de atención de salud en pueblos o grupos en contacto inicial, las autoridades sanitarias deberán entrar en coordinación con los entes responsables de la temática indígena.
- Los miembros de los equipos de salud deberán estar debidamente inmunizados y gozando de perfecto estado de salud. Durante una acción de atención de salud, los miembros del equipo deberán seguir protocolos estrictos para prevenir la transmisión de cualquier patógeno. Después de implementar una acción de atención en salud, los equipos deberán monitorear los posibles efectos de su propio contacto con el pueblo atendido.
- Los equipos de salud designados para actuar en estos casos deberán ser seleccionados en coordinación entre las autoridades sanitarias competentes y los entes de gobierno responsables del tema indígena.
- Los equipos de salud deberán respetar las prácticas médicas tradicionales como la utilización de productos medicinales, chamanismo, prohibiciones alimentarias y formas de abordar el dolor y la enfermedad.
- Los equipos de salud deberán respetar las prácticas culturales y las normas de comunicación y comportamiento locales en todo momento, mientras permanezcan como huéspedes entre la población indígena.
- Las autoridades sanitarias deberán priorizar, como urgencias médicas, las enfermedades con potencial epidémico, debido a la velocidad de su propagación y su alto grado de morbi-mortalidad.
- Las autoridades sanitarias deberán establecer mecanismos de atención que permitan llegar a la zona y atender la situación de emergencia antes de las 24 horas de ocurrido el evento, contando con un grupo selecto y profesional de médicos; con activa participación de los parientes indígenas.
- Los equipos de salud deberán garantizar, en caso de traslado de pacientes, el acompañamiento de familiares durante su estadía en el establecimiento de salud, la alimentación adaptada a su dieta tradicional, y sobre todo, agilizar los procesos de traslados y atención.
- Los equipos de salud deberán permanecer en la comunidad un mínimo de 48 horas después de realizar inmunizaciones, atendiendo posibles efectos secundarios.
- Los equipos de salud que permanezcan en la zona deberán contar con una dotación de medicamentos indispensables para la atención primaria y principalmente para enfermedades con potencial epidémico.

- Los equipos de salud no podrán consumir, ingresar o presentar síntomas de consumo de bebidas alcohólicas o sustancias ilícitas.
- Los equipos de salud no deberán efectuar donaciones de objetos o cualquier sustancia a los indígenas, particularmente productos alimenticios y vestuario, que puedan constituirse en portadores de agentes patógenos.
- Los equipos de salud no deberán dejar en las comunidades visitadas ningún tipo de objetos o residuos (insumos, equipos, medicamentos, insecticidas, baterías, plásticos, colchonetas, etc.). Una vez concluida su actividad en el área, los equipos de salud, deberán llevar consigo todos los residuos producidos durante su permanencia.
- La utilización de equipos audiovisuales (máquinas fotográficas, grabadoras, filmadoras, radios, etc.) sólo podrá hacerse con fines de defensa de los derechos fundamentales de los pueblos en contacto inicial, previa autorización y coordinación con las autoridades indígenas.
- En las relaciones con los pueblos indígenas siempre deberá mantenerse una postura y diálogo respetuoso.
- Los equipos de salud deberán observar todas las normas de seguridad individual y colectiva, principalmente en casos de fumigaciones y nebulizaciones.
- Las autoridades sanitarias deberán prohibir a los equipos de salud el porte de armas de fuego y material de pesca.
- Las actividades de los equipos de salud no deben invadir las manifestaciones culturales propias ni los espacios físicos que se desarrollan al interior de la comunidad, aun y especialmente en casos de actividades y prácticas culturales que no coinciden con las actividades y prácticas occidentales de los miembros del equipo.
- Las autoridades competentes deberán establecer sistemas de información a la sociedad nacional a través de los medios de comunicación en forma permanente y con el sector competente, que incluya la participación indígena.
- Los equipos de salud deberán aplicar la medicina occidental solo en los casos necesarios y, en lo posible, en un espacio de diálogo, procurando la mayor comprensión del enfermo/a con la activa participación de sus parientes; y la traducción del tratamiento en su propia lengua.
- Las autoridades competentes deberán establecer un sistema de vigilancia que incluya mecanismos de comunicación inmediata (radio HF) para alertas de emergencias.
- Los equipos de salud no deben sacar de sus territorios a la población en contacto inicial para prestarle servicios de atención en salud, a no ser que sea una opción de vida o muerte, por ausencia de elementos de atención de salud in situ.

- Los equipos médicos trasladarán a la población afectada a los centros hospitalarios más cercanos al contexto inmediato a la zona de contacto, solo en caso de extrema emergencia con el cuidado necesario en términos culturales.
- Las autoridades sanitarias deberán elevar el nivel de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud más cercanos a los territorios habitados por los pueblos en aislamiento y contacto inicial.
- El sector salud deberá contar con equipos multidisciplinarios y pluriculturales, con participación indígena, que dispongan de recursos financieros en tiempo y forma oportunos.
- Las autoridades competentes deberán garantizar la provisión suficiente de alimentación propia del grupo durante y después del período de una epidemia, hasta que el grupo haya recuperado el nivel de salud necesario para alimentarse por sus propios medios.
- Propiciar la construcción de infraestructura de salud adecuada en términos culturales (espacios, recursos locales).

Mitigación de impactos por contagio de enfermedades

- Las autoridades de los sectores involucrados deberán formular un plan de contingencia a corto, mediano y largo plazo (con participación de las organizaciones indígenas, los representantes de las comunidades colindantes y, según sea el caso, con participación de representantes de los indígenas en situación de contacto inicial) para cada zona o región donde habitan los pueblos en aislamiento y en contacto inicial. Asegurar que todos recursos necesarios, como personal, transporte, medicamentos, traductores, sistemas de comunicación, etc., estén disponibles para casos de emergencia.
- Las autoridades sanitarias deberán fortalecer los servicios de salud y garantizar el acompañamiento mientras dure el estado crítico que ocasionó la demanda de la atención.
- Las autoridades de los sectores involucrados deberán garantizar la presencia de un equipo multidisciplinario que realice el seguimiento de cualquier incidente que impacte o pueda impactar la salud de un pueblo en contacto inicial o aislamiento voluntario.
- Propiciar la formación de agentes de salud indígena que realicen una vigilancia epidemiológica con base comunitaria, especialmente en las comunidades circunvecinas al territorio habitado por los pueblos en aislamiento y en contacto inicial.

- Las autoridades sanitarias deberán desarrollar indicadores de atención y evaluación con enfoque intercultural, partiendo de los principios y valores de los pueblos indígenas involucrados.
- Las autoridades sanitarias deberán fomentar el uso de la medicina propia de cada pueblo en todo el proceso de atención y propiciar las prácticas que el mismo pueblo considere fundamentales para su recuperación y bienestar, aun si tales prácticas no coinciden con las prácticas y creencias occidentales.

Buenas prácticas

Finalmente, se mencionan unos principios fundamentales que deben orientar todos los pasos de implementación de las recomendaciones de la presente declaración:

- Contribuir a que las políticas de salud dirigidas a los pueblos aislados y en contacto inicial sean políticas de Estado y no políticas de gobiernos de turno.
- Establecer mecanismos para que las políticas y los planes de acción implementados en base de estas recomendaciones tengan continuidad a través del tiempo y a pesar de los cambios de personal y estructuras institucionales.
- Cada Estado deberá establecer mecanismos de monitoreo de la implementación de las políticas y planes de acción, y mantener estrecha comunicación con las organizaciones indígenas de cada país, a lo largo de todo este proceso.
- Priorizar la comunicación abierta y la colaboración continua entre las instituciones y actores involucrados para el bien de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial. Esto requiere el establecimiento de protocolos y sistemas de cooperación permanentes para enlazar los diversos entes a largo plazo.

V. Responsables de la adopción de políticas públicas y planes de acción

- Se solicita a los gobiernos de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay adoptar las propuestas de políticas públicas y planes de acción que se plantean en el presente documento, tomando en cuenta la extrema vulnerabilidad de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial en el aspecto de la salud. Se solicita a los Estados desa-

rollar estas políticas y planes de acción en consulta con CIPIACI y las organizaciones indígenas que lo integran.

- Reconociendo el rol de la OPS – OMS y de la Comisión Andina de Salud Intercultural, en la promoción de mecanismos de protección de la salud intercultural de los pueblos indígenas y agradeciendo sus aportes durante la reunión, los invitamos a fomentar la adopción de programas de salud específicos, de prevención para pueblos en aislamiento, y de atención dirigido a los pueblos en contacto inicial y brindar asistencia técnica a los Estados para la implementación de las políticas públicas y planes de acción propuestas en el marco de esta Reunión y enunciadas en este documento.
- La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos tomará en cuenta las propuestas de políticas públicas y planes de acción, consideradas en el presente documento, en el proceso de la elaboración de las guías dirigidas a los Estados para la protección de los pueblos en aislamiento y contacto inicial. Se invita a los Estados a participar activamente en la elaboración de estas guías.
- Se invita al Relator Especial sobre el Derecho a la Salud y al Relator Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Indígenas, de las Naciones Unidas, a tomar conocimiento de las conclusiones de la Reunión y darles seguimiento en el marco de sus mandatos.
- De igual manera, se invita al Foro Permanente de las Naciones Unidas para Cuestiones Indígenas, a tomar conocimiento de las propuestas planteadas en esta reunión y darle tratamiento dentro de la temática de los Pueblos Indígenas y el Cambio Climático.
- Se invita a IWGIA y la cooperación española, a través de IPES, de la Fundación Biodiversidad, del Ministerio de Medio Ambiente del Gobierno de España; a establecer mecanismos de coordinación directa con CIPIACI, para definir los lineamientos de apoyo a favor de la iniciativas que surjan para la protección de los pueblos en aislamiento y contacto inicial.

Quito, 20 de octubre de 2007

Notas

- 1 Elaborado por Hilton Silva Do Nascimento para esta Declaración. Traducido del portugués por Beatriz Huertas Castillo.
- 2 Elaborado por Diego Henao para esta Declaración.
- 3 De acuerdo con algunos testimonios, el término "Makú" fue usado indiscriminadamente para referirse al tipo de subordinación que caracteriza las relaciones entre los pueblos indígenas seden-

tarios (ubicados en las riberas de los ríos) y aquellos grupos nómadas que viven de la caza y la recolección en las áreas boscosas (interfluviales).

- 4 Fueron ubicados en 4 asentamientos (75 en Villa Eleonora desde 2003, 12 en la Casa Indígena, 38 en Agua Bonita, 96 en Tomachipán) y alrededor de 500 indígenas desplazados del pueblo Guayabero, ubicadas en otros 5 asentamientos.
- 5 Ocupan unos 68.64 campamentos al año, con una permanencia de 5.31 días y una distancia promedio entre uno y otro de 6.9 kilómetros
- 6 Beier, Christine, 2007. Factores que afectan la salud de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial. El caso de los Nantis del Sureste del Perú.
- 7 Beier y Michael, 1998; Michael y Beier, 2004.

PARTICIPANTES

PARTICIPANTES

Acevei, Hipólito	Coordinadora para la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas de Paraguay, CAPI
Beier, Christine	Cabeceras AID Project, CAP, Texas
Berraondo, Mikel	Instituto Promoción Estudios Sociales, IPES, España
Bigio, Elías	Coordinación General de Indígenas Aislados, CGII/FUNAI, Brasil
Calapucha, Efrén	Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador, CONAIE
Castañeda, Sonia	Fundación Biodiversidad, España
Chang Carolina	Ministra de Salud, Ecuador
Chuji, Mónica	Asambleísta nacional, Ecuador
Cueva, Neptalí	Director del Centro de Medicina Tradicional, CENSI, Ministerio de Salud, Perú
Fernández, Noly	Dirección de Salud Indígena, Ministerio de Salud, Venezuela
Gallegos, Manuela	Secretaria de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana, de la Presidencia de la República, Ecuador.
Guenka, Wanderley	Director del Departamento de Salud Indígena de FUNASA, Brasil
Henao, Diego	Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC
Huertas, Beatriz	Comité Indígena Internacional para la Protección de los Pueblos en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, CIPIACI
Ibarra de Terol, Lucía	Directora XVII Región Sanitaria Boquerón, Paraguay
Iviche, Antonio	CIPIACI - Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes, FENAMAD, Perú

Kameno, Víctor	Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes FENAMAD, Perú
Kang Jieun	Iniciativa Amotocodie, Paraguay
Lagos, Gloria	Comisión Latinoamericana de Salud Intercultural, CLASI
Laguna, Oscar	Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, Bolivia
Mariqueo, Jaime	Coordinadora Indígena de la Cuenca Amazónica, COICA
Nihua, Fernando	Nacionalidad Waorani del Ecuador, NAWÉ
Palacios, Paulina	Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador, CONAIE
Parra, José	Oficina Regional Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos
Picanerai, Porai	Organización Payipie Ichadie Totobiegosode OPIT, Paraguay
Picanerai, Víctor Taguidé	Organización Payipie Ichadie Totobiegosode OPIT, Paraguay
Preciado, Antonio	Ministro de Cultura, Ecuador
Santi, Eugenia	Tukuishimi, Ecuador
Santi, María	Tukuishimi, Ecuador
Saravia, María	CIPIACI - Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia - CIDOB
Servín, Jorge	XVII Región Sanitaria Boquerón, Paraguay
S. Do Nascimento, Hilton	Centro de Trabajo Indigenista, CTI, Brasil
Sobode, Mateo	Unión de Nativos Ayoreo de Paraguay, UNAP
Tibi, Gina	Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana, CONFENIAE, Ecuador
Tillett, Aime	Dirección de Salud Indígena, Ministerio de Salud, Venezuela
Turner, David	Tukuishimi, Ecuador
Viteri, Letty	Ministerio de Salud, Ecuador

