

ESTADO DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA.

AA Dr. Carlos Bustíos Romani

Cumpliendo con un gentil encargo del Dr. Róger Guerra-García y de acuerdo al programa establecido me dirijo a tan distinguido auditorio para tratar el tema "Estado de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía".

Con la intención de exponer, con la brevedad solicitada, los resultados de las consultas efectuadas para referirme a dicho tema he estructurado mi informe en cuatro partes: "Pueblos Indígenas", "Estado de salud", "Condicionantes del estado de salud"; y "Algunas conclusiones".

PRIMERA PARTE: PUEBLOS INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA.

1.1. Definición de pueblos indígenas y de comunidad nativa

De acuerdo al Convenio 169 OIT, un pueblo es indígena por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en un territorio al que pertenece el país desde la época de la conquista o del momento del establecimiento de las actuales fronteras estatales; y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

En el art. 8º del Decreto Ley Nº 22175 (1978), una comunidad nativa se define como. "grupos tribales de la selva y ceja de selva que están conformados por conjuntos de pueblos y vinculados por los elementos principales siguientes: idioma o dialecto, caracteres culturales y sociales, tenencia y usufructo común y permanente de un mismo territorio, con asentamientos nucleados o dispersos".

1.2. Algunos antecedentes históricos

Desde la colonia los pueblos indígenas de la Amazonía han sido contactados de manera forzada por el Perú oficial, con graves consecuencias. El Estado colonial negó y, luego, el republicano limitó los derechos humanos de los pueblos indígenas, permitiendo el despojo de sus territorios, la depredación de sus recursos naturales y la desvaloración de sus conocimientos e identidades étnicas.

Las relaciones asimétricas entre esos pueblos y el Perú oficial se iniciaron con las reducciones establecidas por los misioneros españoles durante los siglos XVII y XVIII, con fines de adoctrinamiento. Ellas significaron concentraciones forzadas de indígenas procedentes de etnias distintas. Sometidos a prácticas ajenas de organización, producción y culto, así como a sistemas esclavistas de trabajo fueron víctimas de grandes epidemias que ocasionaron una gran caída de su tamaño demográfico (Brutton y Smith, 1998).

Luego, durante el período del auge de la economía del caucho (finales del siglo XIX e inicios del XX), estos pueblos indígenas experimentaron su mayor debacle demográfica y social en el Perú republicano. Solo en la cuenca del Putumayo, durante la primera década del siglo XX, murieron 40,000 indígenas de los 50,000 que antes vivieron allí. Una minoría de la población indígenas que sobrevivió este período, optó por dirigirse a las zonas más alejadas de sus territorios y refugiarse en ellas, ante el temor que posteriores contactos con el Perú oficial continuarán diezmándolas por nuevas epidemias y otros efectos vinculados con las invasiones de sus tierras. Para estos pueblos el aislamiento no ha sido una opción voluntaria sino una estrategia de supervivencia.

Posteriormente, sobrevino el período de colonizaciones fomentadas por el Estado, las cuales significaron un mayor despojo de las tierras indígenas, con las consecuencias de siempre: epidemias, deterioro de la nutrición de la población, depredación y contaminación de sus territorios. Los historiadores dan cuenta de la desaparición, solo en el siglo XIX y XX, de 22 grupos étnicos. Además, en 1997, se informaba que 18

grupos y subgrupos indígenas se hallaban en peligro de extinción; asimismo, que al año 2000 se habían perdido siete millones de hectáreas de bosque amazónico, que representa cerca del 10% de la superficie del bosque original.

Adicionalmente, en las últimas décadas, la Amazonía peruana ha sido escenario de abundantes actividades legales e ilegales de extracción de recursos naturales, agravando aquellas consecuencias. Los más afectados son los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial. Ellos ven su sobrevivencia gravemente amenazada, debido a su alta dependencia de la disponibilidad de recursos naturales en su hábitat.

Por otro lado, solamente a partir del año 1974, en medio de la reforma agraria del Gobierno Militar, los pueblos indígenas amazónicos pudieron ser reconocidos como comunidades nativas en el Derecho positivo peruano. Treinta y cinco años después (2009) esas comunidades tenían la propiedad, derechos de uso y/o posesión sobre 21.2 millones de hectáreas que viene a ser el 27.1% del territorio de la región (17.2% legalizado y el 9.9% pendiente de legalizar). Entre 1980 y 1987 se habían creado la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) y la Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú. Recién en el año 1993 se efectuó el primer Censo Nacional de Comunidades Indígenas de la Amazonía.

Actualmente, está vigente el Decreto Ley N° 22175, Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de la Selva y de la Ceja de Selva, así como el Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Esta última norma introduce en el Derecho Internacional el concepto jurídico de pueblos indígenas y fue ratificado por el Estado Peruano el año 1993. No obstante, transcurridos 17 años aún no se han preparado las normas que regulen su aplicación en el país.

1.3. La cosmovisión de los pueblos indígenas

En la cosmovisión indígena amazónica se plantea la existencia en su territorio de una diversidad de mundos visibles e invisibles, cada uno con sus propios habitantes y leyes. Estos mundos invisibles, así como los seres espirituales y las esencias primordiales que los habitan, son depositarios de conocimientos y fuerzas místicas que son indispensables para el "buen vivir" y la salud de los humanos y el buen funcionamiento de su sociedad. El acceso a estos mundos invisibles sólo se puede lograr a través de los sueños o de la aplicación de ciertas técnicas que son del dominio de los llamados chamanes, los cuales tienen un don especial para dialogar con esos seres espirituales.

Para los pueblos indígenas amazónicos, su territorio es el hábitat natural en el que están sus ancestros, los espíritus y animales protectores, están los recursos que le permiten sobrevivir, están sus plantas que los cura, está su responsabilidad ancestral para con la tierra. En la mayoría de estos pueblos, el concepto de salud está ligado estrechamente a su noción de territorio. En este sentido, su estado de salud depende en gran medida de sus capacidades para guardar una relación armónica y respetuosa con la naturaleza y con los habitantes de esos diferentes mundos en su territorio.

Por todo ello, para los pueblos indígenas la pérdida de su territorio es mucho más que perder un espacio productivo o una mercancía que pueda ser intercambiada o vendida. Significa perder todas las referencias que dan sentido a su existencia y sus posibilidades al "buen vivir" en un territorio saludable. Ésta es una diferencia fundamental con la sociedad moderna que todo lo transforma en una simple mercancía.

1.4. La población actual de los pueblos indígenas de la Amazonía

Los resultados del Censo Nacional de Comunidades Indígenas de la Amazonía 2007, indican que la población de estos pueblos suma cerca de 333 mil habitantes, que representa el 10% de la población amazónica peruana y el 1.2% de la nacional. El Censo incluye información sobre 51 etnias o pueblos indígenas de las 60 a 65 conocidas. No se empadronó como comunidad a nueve de ellas, debido a que algunas etnias ya conforman comunidades específicas al haber sido absorbidas por otros pueblos. Además existen etnias nómades que por su situación de aislamiento voluntario es muy difícil llegar a ellas.

Los departamentos de Loreto y de Junín acumulan algo más de la mitad de esta población (53.9%). A nivel de etnias, las que concentran la mayor población son los Asháninkas con el 26.6% y los Aguaruna con el 16.6%. Las familias lingüísticas de mayor tamaño poblacional son, la Arahuc con 38.6% y la Jíbaro con 24.0% del total de la población indígena amazónica peruana.

SEGUNDA PARTE: ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE LA AMAZONÍA PERUANA.

Actualmente se carece de estudios estadísticos sobre las tendencias de los niveles y de los diferenciales de los indicadores convencionales del estado de salud de estos pueblos. Comenzando, los registros de hechos vitales y epidemiológicos no consideran la variable étnica, y solo se dispone de datos censales a nivel de comunidades indígenas. No obstante, existe información fragmentaria y puntual que permite efectuar una aproximación parcial y preliminar sobre aquellos indicadores. Esa información se encuentra en las publicaciones del INEI sobre los Censos de Comunidades Indígenas de 1993 y de 2007; así como en las publicaciones al respecto de la Dirección General de Epidemiología (DGE) y del UNICEF. Por tal razón, los datos e índices sobre indicadores que se presentan en esta exposición tienen, fundamentalmente esas fuentes de información.

2.1. Mortalidad general

En 1993, se calculaba para la población selvática amazónica una tasa bruta de mortalidad de 17 defunciones por cada mil habitantes, cifra cercana al triple de la calculada para el promedio nacional. Ello haría suponer la existencia de una esperanza de vida al nacer entre 40 y 50 años de edad.

Para el período 1995-2003 se informaba que las principales causas de muertes y en los asentamientos Nanti del Alto Camisea eran las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas que, en conjunto, acumulaban el 70% del total de defunciones generales.

En 2007, las comunidades indígenas censadas informaron la ocurrencia de 3,516 defunciones generales sucedidas en los últimos 12 meses. Las principales causas de muerte eran: "Vómitos y diarreas" (25.2%), "Neumonía" (18.7%) y "Malaria" (13.2%), que en conjunto sumaban el 57% del total de defunciones informadas.

2.2. Mortalidad del niño

La tasa de mortalidad infantil en el año 1993 era muy alta en los distritos amazónicos con mayor población indígena. En promedio era de 112 defunciones por mil nacidos vivos, casi el triple que el índice nacional (43 por mil). Fluctuando a nivel de comunidades, entre un valor mínimo de 90 para la Campa Asháninka y otro máximo de 153 para la Shipibo-Conibo.

Asimismo, la OGE afirmaba que con relación a la mortalidad del niño menor de 5 años en los distritos amazónicos con mayor población indígena, las cuatro principales causas de muerte eran: "deficiencias nutricionales y anemias nutricionales" (13.8%), "trastornos respiratorios específicos del período perinatal" (11.4%), "infecciones respiratorias agudas" (11.0%), "enfermedades infecciosas intestinales" (9.6%), que acumulaban el 46% del total de muertes de menores de cinco años.

2.3. Mortalidad materna y fecundidad

Con relación a la fecundidad en las etnias, el Censo de 1993 muestra que sus mujeres tienen en promedio una tasa de fecundidad global de 7.9 hijos por mujer, muy alta en comparación con el promedio nacional, que era de 3.5 hijos. Asimismo, informaba sobre la existencia de grandes diferenciales de la tasa global de fecundidad de una comunidad a otra, que variaba entre un valor mínimo de 7.4 hijos por mujer en Lamas - Chachapoyas, y otro máximo de 11.2 hijos en las de Quichua-Napo-Pastaza y Huambisa.

Esos altos niveles de fecundidad dan consistencia a la hipótesis de la existencia de una muy alta mortalidad materna, no confirmada por la ausencia de registros y estudios específicos. Mortalidad que puede ser una de las causas fundamentales del menor número de mujeres en esas poblaciones. En 1993 el índice de masculinidad en la población indígena era de 109 hombres por cada 100 mujeres, superior al promedio nacional que es de 99, y en el tramo de 15-64 años, era de 120 hombres por 100 mujeres.

2.4. Morbilidad general

En 2003, se informaba que, las principales causas de consulta externa en establecimientos del MINSA de los distritos amazónicos con mayor población indígena eran las siguientes:

- Para la población general: enfermedades del aparato respiratorio (21.9%), otras enfermedades infecciosas y parasitarias (14.5%), enfermedades infecciosas intestinales (11.1%) que en conjunto sumaban el 47.5% de la demanda efectiva.
- Para la población infantil: enfermedades de las vías respiratorias (44.3%), enfermedades infecciosas intestinales (27.0%) y problemas de la piel (7.6%), que en conjunto concentraban cerca del 80% de la demanda efectiva.

En 2007, las comunidades indígenas censadas informaron la ocurrencia de 57,963 casos de enfermedad o de accidente sucedidos en los últimos 12 meses. Las principales causas eran: "Parásitos" (35.7%), "Vómitos y diarreas" (19.4%), "Desnutrición y anemia" (13.8%), "Malaria" (12.4%), "Neumonía" (4.7%).

2.5. Morbilidad por enfermedades transmisibles

La morbilidad por enfermedades transmisibles se está incrementando y diversificando en la población de los distritos amazónicos con mayor población indígena. El sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA informa un incremento del número de brotes epidémicos de enfermedades infecciosas respiratorias y digestivas agudas, así como de la incidencia o prevalencia de la malaria, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual.

Como ejemplo, en el caso de la curva histórica 2000-2003 de casos de infección respiratoria aguda registrados en los establecimientos de salud de la cuenca del río Camisea se muestra una tendencia creciente en el número de brotes epidémicos y de casos registrados que se inicia a mediados del año 2001 y alcanza sus mayores niveles en la semana 21 del 2003, coincidiendo con el período de alta movilización hacia la Amazonía provocada por el desarrollo del Proyecto Camisea.

La malaria es una enfermedad infecciosa reemergente cuya incidencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas. En el año 2002, el índice plasmodium vivax (IVA) promedio para el total de los distritos con población indígena en los departamentos amazónicos fue de 21.75 casos por 1,000 habitantes, cerca de diez veces el valor calculado para el Perú que era de 2.49. En ese mismo año, los valores de este índice en los distritos con población indígena eran mucho más altos que los registrados para el total de cada uno de los departamentos amazónicos, con la excepción de Loreto.

Asimismo, desde el año 1990 la DGE está alertando sobre la creciente incidencia de las enfermedades emergentes como el dengue, HIV/SIDA y, especialmente, la hepatitis B en los pueblos indígenas amazónicos. Un reciente estudio efectuado el año 2009, en 7 pueblos indígenas amazónicos, muestra que la prevalencia de infección por VIH y la endemicidad de la hepatitis B podían ser calificadas como "epidemia concentrada" e "hiperendemia", respectivamente.

TERCERA PARTE: CONDICIONANTES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA AMAZÓNICA.

3.1. Condicionantes biológicos

La historia de los impactos de las enfermedades transmisibles en la Amazonía muestra la escasa capacidad

biológica de los pueblos indígenas para dar una respuesta inmunológica apropiada a las agresiones de agentes infecciosos nuevos en ese territorio. Asimismo, la OGE (2003) nos recuerda que diversos investigadores coinciden en señalar que pueblos indígenas que en el pasado han sido sensibles al primer contacto con enfermedades virales exógenas requieren de 3 a 5 generaciones para estabilizar sus respuestas ante el agente infeccioso pertinente.

Reconociendo tardíamente esos hechos, en el Perú y en el año 2006 se dictó la Ley 28736, "Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial". Norma que compromete legalmente la participación de diversos sectores estatales en dicha protección. De hecho, se considera que un pueblo está "en contacto inicial" mientras mantenga condiciones de vulnerabilidad relacionadas al contacto (enfermedades, reducción territorial, etc.), o mientras persista el riesgo de extinción debido a los problemas generados por este contacto.

Por otro lado, la alta prevalencia de la desnutrición y anemia de la madre indígena amazónica condiciona la desnutrición y la baja oxigenación en el producto de la concepción, incrementando los riesgos de prematuridad y de muerte perinatal (INEI-UNICEF, 1997). En Río Santiago y en el año 2006, el 14.1% de las madres refiere, aunque sin documentar, que sus últimos hijos menores de 5 años que nacieron en un establecimiento de salud pesaron menos de 2.5 kg.

3.2. Condicionantes demográficos

Los pueblos indígenas amazónicos mantienen grandes diferencias en su vulnerabilidad demográfica. Según algunas investigaciones, todos los pueblos amazónicos que a la vuelta del siglo XX tenían una población menor a 225 miembros no lograron sobrevivir como grupos étnicos diferentes pasadas 3 generaciones (Zarzar, 2000). De acuerdo a este criterio, en el año 2007, existían catorce de esos pueblos en proceso de extinción debido a su reducido volumen poblacional y su gran dependencia de los recursos naturales disponibles en sus territorios. De manera contraria, otros seis pueblos tenían una base demográfica y económica más sólida, como son los casos de los aguaruna y los asháninka, con poblaciones de 89,000 y 55,000 respectivamente, agrupados en centenares de asentamientos y comunidades.

Otro condicionante demográfico importante del perfil epidemiológico de estos pueblos, es la composición etaria de su población. En el año 2007 las comunidades indígenas en conjunto muestran una estructura demográfica muy joven, producto de su elevado nivel de fecundidad. El 47.5% de la población indígena es menor de 15 años de edad; en tanto que ese índice es de 30.7% para el promedio nacional. Además, con relación a la población de 64 años y más, su proporción en los pueblos indígenas alcanza apenas el 1.9%, mientras que para el promedio nacional es de 6.4%.

3.3. Condicionantes ecológicos

La vida y la salud de los pueblos indígenas están siendo afectadas, directa o indirectamente, por la reducción y deforestación de los territorios donde desarrollan sus actividades tradicionales de caza, pesca y agricultura, así como por la contaminación del ambiente que está acompañando a la explotación minera y petrolera de la Amazonía.

Se calcula que se han perdido definitivamente 7 millones de hectáreas de bosque amazónico por culpa de actividades madereras depredadoras. Por otra parte, la minería informal ha producido problemas en la salud de los trabajadores mineros y de la población que vive a los alrededores de las minas. La contaminación de los ríos de la selva con metales pesados – mercurio, cadmio, plomo – y sustancias tóxicas como efecto de ese tipo de actividad minera es cada vez más preocupante. Además, las crecientes operaciones relacionadas con la explotación y transporte de petróleo y gas natural han estado aumentando al deterioro del ambiente. Entre 2004 y el 2008 han aumentado, del 15 al 72%, las áreas cubiertas con lotes petroleros en la Amazonía estos lotes están superpuestos sobre el 80% de los territorios indígenas, incluyendo comunidades nativas y reservas territoriales para indígenas en aislamiento.

Por la magnitud de tales problemas se están produciendo cambios ecológicos en la Amazonía, los cuales favorecen el incremento de los riesgos de enfermar y morir, así como la reducción de la biodiversidad. Así por ejemplo, el número de especies de fauna amenazada en su existencia se elevó de 221 especies en 1990 a 301 especies en el año 2004.

3.4. Condicionantes económicos

Estos pueblos, en general, tienen una economía de subsistencia. De acuerdo al censo de 2007, el 82.4% de su población de 14 años y más edad se dedicaba a actividades primarias, es decir a la agricultura familiar, la pesca, la caza, la recolección y uso de plantas locales, con resultados económicos muy diversos. La exuberancia de la vegetación selvática, que sugiere una gran fertilidad, oculta la diversidad de tipos de suelo, de recursos naturales y de situaciones sociales. Las diferencias de productividad entre selva alta y selva baja, entre tierras ribereñas e interfluviales, así como la potencialidad de uso agrícola de sus suelos muestran esa gran diversidad.

El Perú oficial y los organismos internacionales coinciden en afirmar que el estado de salud de la población de estos pueblos amazónicos está esencialmente vinculado a la pobreza generada por ese tipo de economía. Esta vinculación es validada por la alta correlación entre los indicadores del estado de salud y los que pretenden medir la calidad de vida y de pobreza. Entre esos últimos, los de educación, vivienda, cuidado de la salud, saneamiento y nutrición.

El nivel y la calidad de la educación oficial de los pueblos indígenas son muy bajos, situación que se agrava por la elevada tasa de analfabetismo femenino, especialmente en las mujeres de 12 a 49 años de edad. En el año 2007, la población indígena femenina que no sabe leer ni escribir, representa el 28.1%, mientras que para el promedio nacional este índice era de 10.6%. En la población indígena masculina el analfabetismo es de 11.8%, es decir el triple del promedio nacional (3.7%).

Las condiciones de la vivienda en las comunidades indígenas son extremadamente precarias e insalubres. En el año 2007, el 52% de las viviendas censadas en la Amazonía selvática eran chozas o cabañas. Apenas el 7.9% y el 5.8% de las viviendas eran abastecidas por redes públicas de agua y de disposición final de excretas. Por otro lado, el 36.6% de las viviendas no tienen ningún tipo de servicio higiénico. Existe una elevada prevalencia de la desnutrición. En el año 2003, el 51.6% y el 6.54% de la población indígena Nanti de menos de cinco años presentaba desnutrición crónica, y el 35-38% desnutrición crónica reagudizada. Asimismo, el Proyecto Promoción del Desarrollo Humano Sostenible en el Río Santiago informaba, en el año 2006, que alrededor de la mitad (51.3%) de niños menores de 3 años con prueba de hemoglobina presentan anemia.

3.5. Condicionantes antropológicos

Entre las poblaciones amazónicas del norte, centro y sur existen rasgos culturales comunes en términos de uso, costumbres, valores y estilos de vida, pero a la vez diferencias y particularidades. Un elemento común es el profundo conocimiento de la naturaleza y de la convivencia armoniosa con los recursos naturales, ya que son su principal fuente de subsistencia. Asimismo, son comunes sus preferencias por la medicina no oficial; por ejemplo, en el censo de 2007, se mostró que en el 33% de las comunidades nativas su población acude usualmente al curandero para la asistencia de la salud; y, que en el 12% de dichas comunidades se utiliza para tal asistencia solo plantas medicinales.

Las normas culturales que regulan la vida reproductiva en estos pueblos selváticos no corresponden a las vigentes en la cultura occidental. Ello explica los altos niveles de fecundidad, multiparidad y mortalidad materna de las madres nativas. Uno de los aspectos que llama la atención es la temprana nupcialidad y maternidad. La proporción de mujeres indígenas casadas o unidas entre los 12 y 14 años era de 5.3%, el triple del promedio calculado para el área rural del país; y que el 62.4% de la población de 12 años y más de edad, tuvo su primer hijo cuando tenía de 12 a 19 años de edad.

Ahora bien, la noción de pobreza de los pueblos indígenas, especialmente los aislados o en contacto inicial,

no hace referencia estrictamente a la pobreza material y la carencia de servicios públicos, tal como se hace desde la lógica occidental. La pobreza es entendida por esos pueblos como la carencia circunstancial y eventual de productos primordiales de la biodiversidad agrícola sin cuyo sustento les resulta inconcebible la seguridad alimentaria y, por ende, la armonía con la naturaleza. Las causas pueden ser diversas, siendo la principal las inundaciones, acompañadas por fallas en la utilización de los distintos pisos ecológicos en la siembra itinerante.

Sin embargo, en las comunidades indígenas que interaccionan con más frecuencia con el Perú oficial es creciente la adopción del concepto occidental de pobreza, que la entiende como un asunto de carencia monetaria y material más permanente. Ello como consecuencia de la reducción paulatina, en esas comunidades, de las bases locales de subsistencia y de resolución autónoma de las necesidades, las migraciones, los procesos de urbanización y modernización presentes en dichas comunidades.

3.6 Condicionantes jurídico-políticos

El Estado Peruano seguía limitando los derechos ciudadanos de los pueblos indígenas amazónicos. En el año 2007 los programas sectoriales y de compensación social que se ofertan a dichos pueblos están muy lejos de ser accesibles y satisfactorios. Es así, que el 92.1% y el 94.2% del total de las viviendas de las comunidades indígenas no disponían de redes públicas de abastecimiento de agua y de servicios higiénicos, respectivamente. El 89.1% de esas comunidades no disponía de una Posta Médica, el 86.2% carecía de alumbrado público, el 59.1% no disponía de ningún tipo de establecimiento público de salud, y el 14.1% no tenía centros educativos. Además, en ocho de los once programas sociales ofertados en la Amazonía la proporción de comunidades indígenas que había recibido algún beneficio en los últimos 12 meses no llegaba al 40%. Solamente tres programas alcanzaban coberturas aceptables: el 77% para el Vaso de Leche, el 65.4% para el seguro integral de salud y el 50.4% para el programa de vacunaciones.

Adicionalmente, la política de "desarrollo" del gobierno se sustenta en la necesidad de la inversión del gran capital para alcanzar el crecimiento económico deseado y reducir la "pobreza" material. Política que se aplica en la Amazonía a través de concesiones de territorios a la gran empresa petrolera, minera y agroforestal, las cuales se superponen, en gran medida, a las tierras que son habitadas ancestralmente por los pueblos indígenas. Ello, sin buscar el consenso o el consentimiento de estos pueblos, no obstante el carácter vinculante de lo dispuesto, al respecto, en el Convenio 169 OIT. Conducta que inicialmente se trató de legitimar con un discurso político que parecía considerar a los pueblos indígenas como un obstáculo para el crecimiento económico nacional.

Esa situación de vulnerabilidad fáctica de sus derechos, sumada a la preocupación de los impactos epidemiológicos y ambientales de dicha política en sus territorios, impulsó a los pueblos amazónicos, en los últimos años, a una confrontación con el Gobierno Peruano en defensa de sus territorios, lo cual está vinculado estrechamente con la defensa de su derecho al "buen vivir" en un ambiente saludable y sustentable. Según la Defensoría del Pueblo la importancia relativa de los conflictos de naturaleza socio ambiental, con relación al total de conflictos registrados, se incrementó del 19% en el año 2006 al 47% en el año 2009. El conflicto más violento fue el de Bagua en julio del año 2009.

ALGUNAS CONCLUSIONES PRELIMINARES

1. Históricamente, los pueblos indígenas de la Amazonía han procesado de manera distinta los procesos de aculturación que se les imponían, desarrollando diferentes estrategias de sobrevivencia, resistencia o adaptación a las agresiones procedentes del Perú oficial. Mostrando en general una alta vulnerabilidad inmunológica, demográfica y territorial.
2. Actualmente, el estado de salud de esos pueblos, analizado a través de indicadores de mortalidad y morbilidad, es desigual e insatisfactorio. Prevalecen los problemas de salud vinculados con la pobreza material y la discriminación social, cultural y política en las relaciones de estos pueblos con el Perú oficial.

3. Actualmente, los condicionantes del estado de salud persisten en sus tendencias negativas para la supervivencia y la conservación de la salud de los pueblos indígenas, especialmente para aquellos en aislamiento voluntario y en contacto inicial. Sin embargo, es creciente el reconocimiento de parte del Estado y de la sociedad civil de que esas tendencias son ilegítimas y, por ende, deben ser revertidas.

4. En las dos últimas décadas, se han producido cambios en el Derecho internacional y nacional orientados a favorecer las condiciones de vida y de salud de estos pueblos. Sin embargo, el Gobierno Peruano y los pueblos indígenas han interpretado y enjuiciado de manera distinta los alcances de esos cambios jurídicos, generándose conflictos sociales.

5. En los últimos años, las organizaciones defensoras de los derechos de los pueblos indígenas amazónicos -entre éstos el derecho a la diversidad, a la salud y a un ambiente saludable y sustentable- han ingresado con fuerza en el escenario político, forzando a la instalación de Mesas de Diálogo para la toma de decisiones sobre asuntos sociales vinculados con sus intereses. La identidad étnica indígena ha comenzado a expresarse como una identidad política regional.

6. En el futuro, la diversidad de los pueblos indígenas, acentuada en lo que se refiere a un aspecto tan culturalmente sensible como lo es el de la salud, obligará a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular cuando se trate de enfrentar los problemas de salud que lo afectan en su habitat particular. Ello obligará al diseño intercultural y consensual de estrategias de investigación y de atención desde una perspectiva no sólo local sino culturalmente específica.