

DERECHO A LA SALUD, DESASTRE Y ALTERNATIVAS EN LAS COMUNIDADES AMAZÓNICAS Y ANDINAS DEL PERÚ.

Antonio Peña Jumba

La reciente visita a Lima de un grupo de comuneros amazónicos de la etnia Achuar ubicada en la frontera con Ecuador, región Loreto, reclamando atención en salud por distintas necesidades entre ellas la oftalmológica (Noticias del 10 y 15 de junio de 2013), al lado de las periódicas muertes de niños y adultos mayores por infecciones respiratorias agudas en las comunidades andinas ubicadas a 4,000 metros sobre el nivel del mar (Noticias de junio de 2013), muestran las grandes dificultades por hacer accesible el derecho a la salud en las referidas comunidades. ¿Qué limita a nuestras autoridades y a la sociedad peruana materializar el derecho fundamental a la salud en dichas comunidades? ¿Qué sugerencias se pueden reflexionar a partir de esa situación lamentable que se repite año tras año?

La experiencia de las necesidades de salud de los Achuars en la Amazonía del país, a la que se suma las necesidades de otras etnias como la de los Kandozis y Shapras infectadas de hepatitis B (ver informes de UNICEF 2006-2009 y Red de Salud de San Lorenzo, Datem del Marañón, Loreto, 2010-2012), o la de los Aguarunas, Chayahuitas, Cocamas, Kechuas, Wampis, Shipibos o Asháninkas que igualmente carecen de un acceso a los servicios de salud que evite la muerte anual de cientos de sus miembros, no refleja sino la violación de ese derecho a la salud pero más precisamente la existencia de una situación de desastre. El contagio de enfermedades extrañas a los comuneros, la incapacidad de los médicos tradicionales para controlar estas enfermedades y la ausencia de médicos profesionales y personal de la salud en general orientados a prevenir y tratar dichas enfermedades.

aparecen como expresión del contenido ese desastre. Si uno visita el centro de salud de una localidad de nuestra Amazonía, alejada de las grandes ciudades, notará que no existen médicos especializados en tratar, por ejemplo, enfermedades relacionadas a la ceguera de los miembros de la etnia Achuar o la hepatitis B que afecta a la mayoría de los miembros de las etnias Kandozi y Shapra. Si a ello se suma las deficiencias en la cadena de frío que, por la alta temperatura del lugar, es fundamental para trasladar y conservar las vacunas y medicinas, notaremos cuán excluidos se encuentran estas poblaciones del derecho a la salud y confirman la situación de desastre.

Pero, si a esta lamentable realidad amazónica se suman los cientos de casos de niños y adultos mayores que mueren anualmente por neumonía, bronquitis, influenza u otras enfermedades que complican las infecciones respiratorias agudas en comunidades alto andinas afectadas por los cambios bruscos climáticos, la situación de desastre se generaliza. En el caso del Sur Andino de Puno, por ejemplo, se acaba de informar que los casos de neumonía han ascendido de 653 a 856 en relación al mismo período del año pasado, producto de un atraso en el envío de vacunas para la previa inmunización (Diario El Comercio, 16 de junio de 2013, páginas A16 y A17). ¿Cuáles son las causas de ese atraso en el envío de vacunas? ¿Por qué no se previó desde años atrás la ejecución de un programa de prevención a sabiendas que las muertes por infecciones respiratorias agudas se suceden en períodos de heladas como el de este mes de junio de 2013? ¿Existen médicos especializados para controlar esa falta de prevención de dichas enfermedades en los Centros de Salud de las comunidades andinas?



La situación de desastre en salud descrita para las comunidades amazónicas y andinas es el resultado de causas estructurales y sistémicas que involucra directamente a nuestras autoridades regionales y centrales desde años atrás. Legalmente se puede identificar una responsabilidad administrativa y hasta penal en dichas autoridades por acción y omisión funcional. Sin embargo, más allá de la identificación de esta responsabilidad interesa pensar en sugerencias o ideas que ayuden a controlar la urgente necesidad de los servicios de salud en dichas comunidades ¿Cómo se puede iniciar un proceso de transformación o reconstrucción de esa situación de desastre en la salud de comunidades amazónicas y andinas?

Ante todo creemos que es necesario encontrar una explicación a las causas de la inoperancia de nuestras autoridades. La razón se encuentra en una simple, pero a su vez compleja actitud de estas autoridades que olvidan su rol de funcionarios públicos: olvidan a sus administrados, en nuestro caso los comuneros amazónicos y andinos, al no ponerse en el lugar de ellos, porque no sienten o no conocen el problema de salud que los envuelve. Como nuestras autoridades de salud de Lima o las capitales regionales, así como las autoridades del gobierno central que deciden la planificación y ejecución de los presupuestos de salud, no sufren o sienten cerca la amenaza de la ceguera, la hepatitis B o las infecciones respiratorias agudas, su preocupación por atenderlas es simplemente formal o política. El problema se somete a procedimientos administrativos complejos y a cálculos cuantitativos, cuando la necesidad es de urgencia vital o cualitativa. Pero, esta falta de sensibilidad no solo involucra a nuestras autoridades, sino también a quienes vivimos al lado de ellas sin sufrir ni sentir las amenazas de dichas enfermedades y, por tanto, sin sentirnos comprometidos en compartir alguna solución.

Como alternativa no cabe sino pensar en alguna idea que pueda remover esa falta de sensibilidad que lleve a cambios concretos. Esta idea es también simple y a su vez compleja: conseguir el mayor involucramiento y participación de los propios afectados del desastre en salud en la búsqueda de su reconstrucción. Ello significa que los representantes de los comuneros amazónicos y andinos, tomen parte en la gestión de la salud pública. Ellos tienen que estar sentados al lado de las autoridades del Estado que toman las decisiones sobre políticas de salud y en la ejecución del presupuesto y los programas de salud relacionados. Con la participación de estos representantes comuneros, que puede ser temporal y rotativa, se puede planificar la declaración del Estado de emergencia por catástrofe en salud, y la participación de los propios comuneros amazónicos y andinos en la ejecución de los programas.

Esta alternativa es además una obligación constitucional e internacional para las autoridades del Estado Peruano. Constitucional, porque los artículos 2º incisos 17 y 19, 7º, 31º y 89º de la Constitución Política del Perú, en una interpretación sistemática, reconocen el derecho de participación de las comuneros en la



promoción y defensa de la protección de su salud. Pero específicamente es internacional, porque el Convenio Nro. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre Pueblos Indígenas y Tribales, obliga al Estado Peruano a respetar el derecho de consulta y participación de las comunidades amazónicas y andinas (entendidas como tribales o indígenas) en temas de salud conforme al artículo 25º del indicado convenio:

“Artículo 25.-

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios, bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, y mantenimiento al mismo tiempo de estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.”

El contenido de dichas normas confirma, sin la menor duda, que los comuneros amazónicos y andinos, no solo tienen el derecho, sino la obligación de tomar parte en la gestión de la salud pública que hemos comentado. Con su efectiva participación se podrá dar paso a un escuchar y sentir permanente de las necesidades de salud de dichas comunidades y a las insistencias de atenderlas, buscando superar nuevas responsabilidades administrativas y penales de nuestras autoridades. Entonces, recién sería posible iniciar la reconstrucción del desastre en salud y la materialización del derecho de salud en los miembros de las comunidades amazónicas y andinas de nuestro país.

Profesor principal de la Pontificia Universidad Católica del Perú, abogado, master en Ciencias Sociales y PhD. in Laws.