

Comunidades indígenas amazónicas kandozi y shapra: una lucha por sobrevivir

*Roberto Cerna Rodríguez | Elizabeth Morote Collado**

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo dar una mirada y dar propuestas de desarrollo a la situación actual de los pueblos indígenas en el noroeste de Loreto, siendo más específicos, en la provincia de Datem del Marañón en donde habita la comunidad Kandozi, también conocida como Candoshi, y la comunidad Shapra. Estas comunidades se encuentran en peligro de extinción, ya que están amenazados por la hepatitis B, enfermedad viral que, de no ser tratada a tiempo, puede originar la pérdida irreversible de esta ancestral cultura. El origen de la enfermedad es asociada por los indígenas a la actividad hidrocarburífera ya que el brote de la enfermedad se produce poco tiempo después.

El sistema de salud tradicional de los indígenas no es suficiente para hacer frente a la enfermedad, lo que conlleva a prescindir del apoyo de occidente. Es preocupante que, a pesar de ser culturas ancestrales, el Estado no se haya interesado de manera adecuada en la situación en que viven y no haya tomado acciones desde un principio, probablemente por los elevados costos que implica llegar a la zona con los sistemas de vacunación y el personal capacitado; sin embargo, estamos hablando de un derecho al que todos deberíamos tener acceso, por lo que resulta deber del Estado intervenir.

El tema nos interesó por lo injusto e inequitativo de las decisiones políticas y lo mucho que nos falta para llegar a un Estado inclusivo con igualdad de oportunidades.

* Ganadores del Tercer Puesto en la categoría Trabajo de Investigación elaborado para la asignatura Temáticas de Desarrollo Social (séptimo semestre) a cargo del profesor Carlos Rivadeneyra.

En base a esto nos preguntamos ¿Qué acciones debemos tomar para avanzar como sociedad y apoyar al Estado y a las organizaciones para que tomen más preocupación por estos temas que nos fragmentan como país?

El problema de los Kandozi y los Shapra es un caso que se repite en muchos otros sectores de población abandonados. Las reflexiones sobre estas sociedades en riesgo y las propuestas de acción nos servirán para ahondar en esta búsqueda de una sociedad más justa que, al fin y al cabo, se lograrán con medidas y hechos. Para empezar daremos una mirada a la interesante e importante historia de estas poblaciones, así como sus características principales. Luego, profundizaremos en el sector salud y veremos cómo se maneja en la zona, así como el problema de la concesión minera del lote 144.

Más adelante, revisaremos la presencia de las diferentes instituciones que se han hecho cargo de la hepatitis B y cómo está sigue afectando a la población.

Por último, plantearemos algunas propuestas de desarrollo y medidas que conlleven al mejoramiento de la zona y al aumento de calidad de vida.

Capítulo 1: Precisiones y definiciones

1. 1. Concepto de Pueblos Indígenas

Podemos definir pueblos indígenas como los descendientes de aquellos pueblos que habitaban un territorio antes de la formación de un Estado. Asimismo, la palabra indígena puede ser definida como una característica que enlaza la identidad de una población con un territorio, esto los diferencia culturalmente de otros pueblos (IWGIA. Grupo Internacional de Trabajo sobre pueblos indígenas, s.f, a)

A pesar de que no haya una definición exacta para pueblos indígenas, el Convenio 169 de la OIT (s.f)¹ declara que un pueblo puede ser considerado indígena sí:

1 El Convenio número 169 es un instrumento jurídico internacional vinculante que se encuentra abierto para su ratificación y que trata específicamente los derechos de los pueblos indígenas y tribales. Hasta la fecha ha sido ratificado por 20 países. Una vez que se ratifica el Convenio, el país que así lo hace cuenta con un año para alinear la legislación, políticas y programas antes de que este devengue jurídicamente vinculante. Los países que ratificaron el Convenio están sujetos a supervisión en cuanto a la implementación.

- Es descendiente de aquellos que habitaban el área antes de su colonización.
- Ha mantenido sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas desde la época de la colonización y el establecimiento de los nuevos estados.
- Además, la convención expresa que la auto-identificación es crucial para los pueblos indígenas. Este criterio ha sido aplicado por ejemplo en los acuerdos sobre reclamo de territorios entre el gobierno canadiense y los inuit de los Territorios del Noroeste.

Hoy en día, muchos pueblos indígenas son excluidos de la sociedad. Además, se les niega los derechos de ciudadanos. No obstante, ellos desean conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica. Por eso, viven según sus propias cosmovisiones, valores, sistemas legales e instituciones, para reforzar su identidad y que prevalezca su existencia como pueblo.

Todos los pueblos indígenas poseen derechos previos a sus territorios, tierras y recursos, sin embargo, se ven amenazados o se les han sido arrebatados por empresas o el mismo Estado. Asimismo, enfrentan serias dificultades en cuanto a la discriminación legal y cultural, además de la falta de reconocimiento legal a sus instituciones.

1.2 Pueblos indígenas en el Perú

“El Censo de Comunidades Indígenas del 2007 [*Instituto Nacional de Estadística e Informática*, 2009, 7] fue realizado a 1.786 comunidades amazónicas y recogió información sobre 51 etnias de las 60 existentes en la selva. Se registró una población indígena amazónica de 332.975 habitantes, en su mayoría perteneciente al pueblo Asháninka (26.6 %) y Awajún (16.6 %).

El 47.5 % es menor de 15 años, y un 46,5 % no cuenta con ningún tipo de seguro de salud. El 19,4 % de la población

indígena amazónica declaró no saber leer ni escribir pero, en el caso de las mujeres, este índice se eleva al 28,1 %, en una población donde sólo el 47,3 % de 15 o más años de edad cursó algún grado de educación primaria. Por otro lado, el Censo registra que 3.360.331 personas aprendieron a hablar en lengua quechua y 443.248 lo hicieron en lengua aymara, lenguas indígenas predominantes en el área costa-andes del Perú.

El país ha suscrito y ratificado el Convenio sobre Pueblos Indígenas N° 169 de la OIT y votó a favor de la Declaración de la ONU sobre los derechos de los pueblos indígenas en 2007.” ((IWGIA. Grupo Internacional de Trabajo sobre pueblos indígenas, s.f, a)

En el 2011 el Congreso aprobó por unanimidad la Ley 29785 de Consulta Previa a los pueblos indígenas. Ollanta Humala la promulgó en Imazita, Bagua, y fue publicada el 7 de setiembre en el diario oficial *El Peruano*. Sin embargo, es una ley que no exime si los pueblos indígenas están en desacuerdo; es decir, es solo para consultar, pero no influye en la decisión final.

Los problemas actuales con los que los pueblos indígenas tienen que lidiar son específicamente producto de la minería y el medio ambiente. Las comunidades luchan para que no lleguen más empresas a extraer los recursos de sus tierras, pues supone que se muden a otro lugar, además del gran impacto ambiental que genera en la región. Por otra parte, la “lucha por el agua” será un problema vigente en los próximos años.

1.3 Comunidades Indígenas Kandozi y Shapra del Alto Amazonas

1.3.1 Historia y cultura

1.3.1.1.Lengua

Los Shapra y Kandozi hablan un idioma común: Candoshi–Shapra, con ligeras variaciones de dialecto. Su idioma no guarda afinidad alguna con ninguna otra conocida, por lo que se considera como señal de la gran antigüedad de su cultura (UNICEF, 2006).

Español	Kandozi
Padre	apaari
madre	atáatá
Tierra	tsaapo
agua	kógó
fuego	somaasï
sol	zaari
luna	tsoopi
casa	pagoosi
hombre	kamooza
mujer	kiiza
niño	llora
¿Cómo es-tás?	¿Tamarimta?

Fuente: Candoshi–Shapra (s.f)

1.3.1.2 Siglo XVII

Los primeros Shapra y Kandozi son conocidos por los españoles hacia el siglo XVII, en torno a la fundación de Borja, próxima al pongo de Manseriche. Diego Vaca de la Vega refiere entonces la existencia en esta zona de indígenas ‘Maynas’, una denominación que no permite establecer un vínculo claro con los Shapra y Kandozi, pero que no evita su agrupación dentro de éste grupo ‘Mayna’, a falta de mayor discernimiento en aquel momento (Corpi, 2002).

A partir de aquí, Vaca de la Vega estableció numerosas encomiendas que maltrató a los pobladores de la zona por obligarlos a colaborar y, especialmente, disponer de su mano de obra. Esto no se logró fácilmente y, por el contrario, se sucedieron numerosas revueltas que no sólo destruyeron Borja sino provocaron la entrada y represalia de militares y, finalmente, el establecimiento de los jesuitas, a partir de donde se extendió la Provincia de Maynas, notorio ámbito de su trabajo.

1.3.1.2 Siglo XVIII

Los jesuitas se instalaron en la provincia de Maynas y permanecieron hasta casi acabado el siglo XVIII, en que fueron expulsados. La grandeza que lograron estuvo anclada en el sistema de encomiendas y haciendas, un andamiaje de extrema violencia, en la que a la muerte de los conversos se sucedían nuevos conversos, y muertes por epidemias y violencia (Golob, 1982)

Los Awajun, Wampis, Shuar, Kichwa y otros pueblos indígenas que integraron estas misiones no lograron, como suele contarse, estabilidad que pudiera hoy considerarse motivo de orgullo histórico para la nación (Brack, 1999). Por el contrario, fueron víctimas y ejecutores a la vez de agresiones y represalias incontables, cuya crueldad escapa hoy a nuestro imaginario colectivo. Esto quedó grabado en el inconsciente compartido de aquellos que lograron sobrevivir y transmitir lo ocurrido.

1.3.1.4 Etnocidio colonial

Las misiones se repoblaban continuamente mediante correrías, continuando éstas en vigencia plena hasta el momento de su expulsión, pese a las incontables muertes que suscitaron (Werlich, 1968)

De las 26 lenguas y 127 dialectos distintos que prevalecían en la región aun en el siglo XVIII, hoy no queda rastro de la mayoría (Corpi, 2002)

Cuadro 1. Pueblos indígenas en la provincia del alto amazonas

pueblo indígena	familia lingüística	idioma	ubicación	
			ríos	distrito
achuar	jíbaro	achuar	Huituyacu, Alto Morona, Alto Pastaza	Pastaza, Morona
aguaruna		Awajum	Potro, Apaga, Cahuapanas, Marañón,	Manserriche, Barranca, Cahuapanas
shuar		Shuar	Morona	Morona

candoshi	jíbaro - andoas	Kandozi	Huituyacu, Manchari, Chuinda, Chapuri, Ungurahui	Pastaza
shapra		Shapra	Sicuanga, Pushaga, Morona	Morona
quichua	quichua	Quichua	Alto Pastaza, Huazaga.	Pastaza
chayahuita	cahuapanas	Chayahuita	Sillay, Cahuapanas, Paranapura, Marañon	Cahuapanas, Balsapuerto
siwilu		Siwilu	Aypena	Lagunas
cocama-cocamilla	tupi - guaraní	Cocama	Huallaga, Marañon	Lagunas, Santa Cruz

Fuente: Proyecto PSI 2003

1.3.15 Siglo XIX

Los grandes poderíos indígenas habían sido destruidos al igual que las concentraciones de poblados inmensos, cuyos sobrevivientes se extendieron hacia el ‘interior’, alejados de los ríos principales donde podían ser fácilmente contactados, (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006). Las concentraciones de recursos eran mucho menos de lo que había sido y la capacidad de carga para agrupaciones como las anteriormente existentes imposible de recuperar. A su vez, ello llevó mayormente a un mayor uso de recursos.

1.3.16 Los Kandozi y Shapra en la colonia

Directamente, habían permanecido en una condición de relativo aislamiento. Las primeras noticias directas que se tiene de ellos son de 1744, a través del pueblo Andoa. Entre 1748 y 1754 rechazan las primeras expediciones que realizan los jesuitas, quienes dicen en 1762 haber capturado a un Murato (Kandozi) y luego enviado obsequios para su pueblo, tras lo cual se funda en el río Huasaga una misión que integra a grupos Jívaro y algunos Kandozi (Murato). (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006)

Se piensa que los Andoa podrían haber estado entonces en medio de un proceso de traslado hacia el sur desde la frontera con el Ecuador, a raíz de presiones ejercidas por el pueblo Shuar. (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006)

1.3.17 Desde temprano, una historia diferente

El impacto de la misión fue superficial; a penas se expulsó a los jesuitas de la colonia a fines del siglo XVIII, los Kandozi volvieron a aislarse. A principios del siglo XIX siguió el conflicto con los Andoa y enfrentan a los comerciantes y exploradores que transitan por el río Pastaza. (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006)

1.3.18 Entre los siglos XIX y XX

La empresa Goodyear descubrió las propiedades del jebe, así pues entre fines del siglo XIX y la primera década del siglo XX se da un auge en la economía del caucho cuyo límite central fue el acceso a la mano de obra necesaria para su extracción (Santos-Granero y Barclay, 2000).

La búsqueda de fuerza de trabajo para la recolección del caucho llevó al desarrollo de un segundo ciclo de correrías que culminó con la desaparición de pueblos íntegros una vez más. A ello se sumó el desalojo de numerosos otros pueblos (es así que hoy se encuentran Ashaninka en Brasil, Shipibo y Quechua en Madre de Dios, etc.), muertes por enfermedades y maltratos, pero también la defensa brutal de su autonomía por algunos pueblos en unos casos y, en otros, la incorporación como mano de obra de no pocos pobladores, mediante mecanismos diversos -brutal unos y cautelosos otros (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006).

En este último caso el cuidado obedecía a la dificultad de encontrar mano de obra y, como tal, la necesidad de cuidar de aquella obtenida (Santos-Granero y Barclay, 2000).

1.3.19 Los Kandozi y Achuar vuelven a resistir

El caucho se fue alejando espacialmente hacia 1910, sobre todo en la zona de la Amazonía norte. Los Kandozi, Achuar y algunos otros grupos habían participado de la economía del caucho tan sólo indirectamente, comercializando ellos mismos este artículo, pero sin permitir nunca el ingreso de extraños a su territorio o la incorporación de sus pobladores a dicha economía como fuerza de trabajo.

El mercantilismo que llegó gracias al caucho llegó a su fin por la mayor disponibilidad de mano de obra y por la proximidad de las plantaciones de

jebe que se desarrollaban en los puertos, así se facilitaba y abarataba la comercialización.

Es así que con la caída del precio del caucho, se inició un segundo período de repliegue para los sobrevivientes, mediante el retiro de unos a zonas alejadas, la incorporación de otros a caseríos y haciendas ribereñas y la incorporación de otros más al interior de pueblos indígenas que habían adquirido fuerza en el proceso anterior, en parte por su alianza con los extractores contra grupos enemigos tradicionales (entre éstos, algunos grupos Yiné y Shipibo, entre otros).

Es entonces que, hacia 1940, los Kandozi experimentan una epidemia que logra arrasar con cientos de ellos. Si esto afectó paralelamente a los Shapra no es claro. (MINEDU, AIDSEP, UNICEF, 2006)

1.3. 20 Medios del siglo XX

Las religiones evangélicas ingresan con fuerza a la provincia de alto Amazonas e inician su lucha por la sumisión espiritual y cultural de los pueblos indígenas. A partir de ese momento, se genera la fuerte idea de que lo propio y, muy especialmente, los especialistas en medicina vegetal, chamanes, las visiones, la observación de dietas estrictas - cada una adecuada a distintas finalidades - y los sistemas de alimentación propios a cada pueblo indígena, habrían de equipararse con lo 'demoníaco' e, incluso, con el propio 'Satanás'. (MINEDU, AIDSEP, UNICEF, 2006)

1.3.21 Accediendo el derecho formal

En el gobierno de Juan Velasco Alvarado se reconoce la existencia de parte de los pueblos indígenas y su derecho a una titulación comunal. Ambos procesos están aún en proceso de completarse y, en especial, de acoplarse a los espacios territoriales que mejor reflejan la tenencia de tierra y espacio vital observados por cada pueblo indígena.

1.3. 22 Oro negro

Junto a la evangelización y la titulación, Loreto se fue convirtiendo en el principal centro de abastecimiento de petróleo para la nación proveniente de la Amazonía. El proceso, acarrea ingenieros, prostitutas, explosivos, oleoduc-

tos, avionetas, la contaminación de ríos, quebradas y recursos ictiológicos, el alejamiento de fauna, enfermedades sexualmente transmisibles, tuberculosis, malaria y, para la mayoría de entrevistados, la hepatitis (MINEDU, AIDSESEP, UNICEF, 2006).

1.3.23 Musa Karusha, la pesca y el Estado

El lago Musa Karusha, conocido como el lago Rimachi, se fue haciendo cada vez más atractivo para las empresas pesqueras que depredaban todo lo que podían con sus lanchas rederas. A raíz de ello, el gobierno declaró el lago como zona reservada, se prohíbe la pesca con fines comerciales. La protección se organizó a partir de la instalación de oficinas locales del Ministerio de Pesquería.

1.3.24 Musa Karusha y los Kandozi

Pero, antes de lograr controlar la depredación de los recursos ictiológicos, dicho proceso fue exacerbado, quedando el lago en pocos años básicamente sin recursos. Producto de ello, el pueblo Kandozi optó por tomar el control del lago y asumir su protección, desalojando al personal responsable de la depredación y el incumplimiento de la ley.

Cuatro años más tarde, el conocido agrónomo y ecólogo alemán, el Dr. Peter Birkenmeier, constataría con sumo agrado el incremento francamente notable de la vida ictiológica en el lago logrado por los Kandozi, una vez que asumieran el control del lago (MINEDU, AIDSESEP, UNICEF, 2006).

Los propios Kandozi relatan este hecho:

El día 8 de agosto de 1991, los pueblos de los Candoshi hemos entrado en la Base del Lago Rimachi para encargarnos de cuidar el lago.

Ahora queremos que nos entiendan bien para poder vivir tranquilos. Que nosotros hemos ocupado para proteger.

Todas estas tierras han sido para Candoshi desde la antigüedad. Antes que toda la gente. En el lago están las islas en verano y ahí pueden ver los restos de las ciudades de los Candoshi. La historia dice que nosotros hemos vivido cuando todavía no había lago. Este lago no se llama Rimachi, se llama Musa Karusha, que lleva el nombre del primer hombre Candoshi. Por eso este lago es para la vida de nuestros pueblos.

El Gobierno hizo Reserva Nacional porque vieron que el lago estaba bueno y muchos querían acabarlo. Para eso se hizo reserva, para proteger el peje. Pero todo al contrario. Los vigilantes se sacaban su plata. Eso no es la vigilancia, eso es para su interés. Con las toneladas de sal, todo lleno con las barbacoas. Cantidades. Los pejes muertos y todo lleno con mosca, eso era la vigilancia. Cada día se pagaban a los vigilantes por abajo y pescaban con redes de banda a banda. No le importaba a nadie que las crías del paiche y del paco, gamitanas, zúngaros quedaban sin su madre y se los comían los fasacos. Puro pescado adulto y también cualquier clase.

Poco a poco se fueron los paiches y las gamitanas, el pescado ya no había. Pero para nosotros si hay *control* fuerte. Nos quitaban el anzuelo, la flecha, la sal de nuestra familia. No vivimos tranquilos y sufriendo porque Musa Karusha ya estaba vaciando. Pobres nuestras señoras y nuestros hijos. Ya no se puede.

Por eso ya no. Se acabó eso. Ahora vamos a cuidar nosotros Candoshi. Ahora ya saben todos que no se puede sacar pescado; solo se puede para comer o para enfermedad. Nada de paiche o gamitana para tres años, para que vuelva el peje. Empieza a salir otra vez los paiches contentos y alegres. Nosotros hacemos cumplir, no necesitamos que nos manipulen ni paguen por abajo, nada.

Nosotros no somos como mestizo. Cuando entra a pescar el mestizo parece que no tienen hijos, quieren llevar todo para acabar. Así pasan como curuvinse que no quede nada para los demás.

Vamos a demostrar quienes somos los Candoshi. Pueden venir a comprobar. Ahora si ya es protegido, no con vigilantes de fuera que no interesan. Pero sí los Candoshi vamos a mostrar como es el peruano honrado.

Por eso no mezquinamos. No es por eso que hemos tomado. De aquí es la madre del pescado. Cuando nosotros cuidamos Musa Karusha todos los hermanos y los mestizos van a poder comer en los ríos de abajo y en los ríos de arriba del lago. De aquí sale. Es beneficio para todos. Nosotros conocemos que es así, pero otros no saben (Birkenmeier, 1995).

1.3. 25 Impactos: Historia de resistencia

Es así que, los Shapra y Kandozi, después de las expresiones de salvajismo vividas por parte de los blancos y mestizos, tuvieron que refugiarse en aislamiento de todo agente externo. Es por eso que aún queda el rechazo y el miedo al 'Otro' que no es igual que él. Si tal vez podríamos entrar en el

inconsciente colectivo de estos pueblos, de seguro encontraríamos muy buenas razones para justificar la desconfianza hacia el ‘Otro’, a pesar de las más honradas ofertas (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006).

1.3.2 Ubicación geográfica

La comunidad indígena Kandozi y Shapra se encuentran en la provincia de Datem del Marañon en el departamento de Loreto.

Los Kandozi habitan en el archipiélago del lago Rimachi y el río Bajo Huituyacu, en el distrito del Pastaza. Los Shapras en los ríos Morona, Sicuanga y Pushanga del distrito Morona.

Su territorio está localizado en la selva baja, en el extremo noroccidental del departamento de Loreto.

1.3.3 Población

1.3.3.1 Organización de comunidades

Los Kandozi y Shapra viven actualmente en ‘comunidades’ desarrolladas, sobre la base de dos familias que han intercambiado hijos en señal de alianza. Las comunidades tienden a ser pequeñas, con 50 a 70 miembros cada una. Cuando pasan de este número, normalmente se subdividen en algo como ‘barrios’, cada uno análogo a lo que sería una comunidad de tamaño tradicional.

La comunidad indígena Shapra de Pijuayal, por ejemplo, tiene alrededor de 250 personas, pero está constituida en torno a cuatro grupos familiares, los Tanchima, los Angucho, los Totarica y los Shariano. Estas comunidades más grandes suelen concentrarse a partir de la oferta de servicios de educación y, en especial, salud (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006).

La organización de los centros poblados Kandozi y Shapra se resume bien en la publicación de CORPI, cuando se señala que los grupos locales Kandozi, estrictamente exogámicos, provienen de la alianza de dos grupos de hermanos que intercambiaron sus hermanas. Estos grupos locales (aproximadamente 20) están dirigidos por un jefe de valor reconocido, que comparte en cierta medida el poder con otro jefe: la diarquía es el reflejo de la composición dual de los grupos locales.

1.3.3.2 Dos Apus

El jefe de valor reconocido suele ser el ‘primer apu’ y el jefe que comparte el poder con él dentro de este sistema diárquico, el ‘segundo apu’.

1.3.3.3 La endogamia

Tanto los Kandozi como Shapra son tradicionalmente endogámicos, hay un grado marcado de autoprotección frente al exterior (más entre los Kandozi). En otras palabras, no suelen casarse fuera de su grupo cultural.

En el caso de los Shapra, al haber quedado reducidos a tan sólo unos 700 integrantes, el intercambio con otros grupos, en especial los Wampis o Shuar vecinos a lo largo del Morona, representa un fenómeno que se observa en varias comunidades, especialmente aquellas aledañas al río Morona.

Antropológicamente, la existencia de un grupo cerrado normalmente responde a la necesidad que encuentra un grupo humano de consolidarse estrechamente para su autodefensa, proceso que la historia reitera ha sido el caso entre los Kandozi, cuya historia es aún por el momento mejor conocida que la de los Shapra.

Se ve así, un grupo cerrado que se autodefende, esto es un claro signo respecto a la historia de un grupo y su valoración cultural de foráneos.

1.3.4 Situación

La población Kandozi y Shapra viven en una situación de pobreza y pobreza extrema, pues no cuentan con los servicios básicos mínimos, como veremos más adelante.

Además se caracteriza por brotes críticos de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y altas tasas de mortalidad materna.

Si bien los importantes avances en los indicadores sanitarios logrados en el último cuarto de siglo en el Perú se deben en gran parte al proceso de urbanización, expansión y modernización de los servicios de salud y la presencia de intervenciones selectivas expresadas en programas verticales, la distribución de estos indicadores en los ámbitos provinciales, muestra grandes inequidades.

1.3.4.1 Índices de pobreza

Las principales características socioeconómicas son:

- Nivel económico: sectores sociales D y E, de bajos recursos monetarios y pobladores considerados en extrema pobreza.
- Nivel escolar: presentan en su mayoría niveles de educación primaria y población analfabeta.
- Nivel de vivienda: la población generalmente, de baja densidad demográfica, está ubicada en viviendas construidas rudimentariamente sin acceso a servicios básicos de agua o alcantarillado, o con servicios básicos muy deficientes.

1.3.5 Cosmovisión

Los Kandozi tienen una cosmovisión propia y particular, desde el lago Musa Karusha, como hemos señalado anteriormente, hasta la medicina. Es así que comparten ideas y creencias integradas a su medio ambiente que refuerzan sus valores y cultura.

El lago Musa Karusha es sagrado para ellos, pues es fuente de vida. El nombre viene de la lengua Andoa “porque viene del primer hombre Kandozi”, pero está registrado con el nombre de Lago Rimachi, el que es considerado el lago más grande de la Amazonía Peruana.

El ‘diatar’ es un ejercicio tradicional y es el eje central en el manejo de la salud en estas comunidades. Implica, en el caso de la hepatitis, dejar de consumir grasa o manteca, alcohol (en la forma de masato o aguardiente de caña), animales con ‘mucho sangre’, como el sajino, la huangana, el venado, la gallina, etc., descansar, abstenerse sexualmente y comer carne de peces no carnívoros, aves silvestres y ‘verduras’ tradicionales, además de medicinas vegetales.

Entre éstas últimas, las más mencionadas son el guisador, huasaí, la malva, uña de murciélago, escalera de luna, el cetico, la escalera de motelo, berbena, limón y chonta de chambira, entre otros. La ‘dieta’ implica adicionalmente “pensar bien, armonía, fe y confianza en uno mismo, nada en exceso o malos pensamientos, sacrificio y ganas de vivir”.

Los conocimientos propios en torno a salud y enfermedad se mantienen como temas ‘tabú’ por la forma en que han sido asociados con prácticas de brujería, producto de la evangelización realizada a lo largo de las últimas décadas.

Por otra parte, el poder de los espíritus es muy importante para los Kandozi, pues creen que los espíritus de la boa, del jaguar y del halcón pueden ayudarles a obtener poder. A medida que el kandozi crece busca este poder practicando ceremonias en el monte. Necesita el poder para tener el control sobre sus enemigos.

El dios que tienen es Apanchi (Nuestro Padre), conocido como la fuerza que había creado todas las cosas y controlaba el universo. Vivía con las personas, pero por la desobediencia de los hombres tuvo que volver al cielo. Este dios sirvió como puente para el mensaje cristiano.

CAPÍTULO 2: PROBLEMÁTICA DE LAS COMUNIDADES KANDOZI Y SHAPRA

2.1 Razones de la problemática

2.1.1 Situación Salud

2.1.1.1 Caracterización de salud

Hay altas incidencias de enfermedades respiratorias y diarreicas en la niñez, embarazo en adolescentes (34%) y mortalidad materna, además de enfermedades transmisibles como la malaria y la tuberculosis y enfermedades emergentes como el dengue, HIV / SIDA y, de forma ascendente, la hepatitis B.

También, problemas seculares como la desnutrición, producto de las presiones de extractores y su marginación creciente del manejo de sus recursos naturales, así como el escaso acceso (geográfico, económico y cultural) a servicios de salud, permanecen sin resolver.

2.1.1.2 Servicios de salud

Presentan severas limitaciones en infraestructura, capacidad resolutive, su organización (con base en programas verticales), sistema deficiente de información y, tal vez más importante, escasez de personal realmente calificado para enfrentar problemáticas de salud intercultural.

Ello hace que la atención brindada a los usuarios de los servicios (98% de los cuales pertenecen a los pueblos indígenas amazónicos) no respete su cosmovisión y cultura y, como en la mayoría de los servicios del país, los servicios de salud se brinden de modo fraccionado, con baja calidad e incapacidad en general para responder de manera adecuada a las exigencias de la

2.1.1.3 Un botón ¿de muestra?

A manera de ilustración, citamos porción de un artículo que grafica un ejemplo claro de este proceso:

Albina, una niña que estuvo con hepatitis B como su hermana y madre, muestra su piel y ojos amarillentos y un brazo fracturado desde hace 3 semanas. Cuando ocurrió el accidente la llevaron a San Lorenzo en lancha con un atado de pescado y yuca, allí esperaron 3 días a que la atendieran y finalmente tuvo que regresar sin que el médico la viera. Cuando la expedición de Balaguer retornó a San Lorenzo, llevaron a Albina al centro médico. Llegaron a las 3 de la tarde y ante las protestas del fotógrafo accedieron a atenderla. A las 7 de la noche la niña seguía esperando y recién a la mañana siguiente fue examinada (Lozada, 2000).

Lo descrito no es excepción, es más transmite un mensaje que los Kandozi y Shapra repiten a lo largo de las actas: aquella mezcla de angustia, vergüenza, ira y temor que genera el acceso de pobladores indígenas al sector Salud y, viceversa, la indiferencia aparente con la que perciben se responde a ellos, producto muchas veces de limitaciones materiales, además de posibles prejuicios culturales.

Estas comunidades están siendo seriamente afectadas por una epidemia que ha convertido el distrito de Pastaza, donde se encuentra ubicada, en la zona de más alto riesgo de contagio de Hepatitis B en el país. Para entender más a fondo la situación que viven estas comunidades explicaremos primero en qué consiste esta enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.1.1.4 La hepatitis B

La hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica. El virus (VHP) se transmite por contacto con la sangre u otros líquidos corporales, como el semen o las secreciones vaginales, de una persona infectada. Dicho virus puede sobrevivir fuera del organismo durante 7 días como mínimo, y en ese lapso todavía puede causar infección si penetra en el organismo de una persona no protegida por la vacuna (OMS, 2012).

La mayoría de personas infectadas con el virus de la hepatitis B consigue curarse en seis meses si este se da en una zona no endémica, mientras que un porcentaje cercano al 10% puede desarrollar una infección crónica vitalicia. A estos pacientes se les denomina ‘portadores’ ya que pueden transmitir la enfermedad a otros. Los modos de transmisión más frecuentes en los países en desarrollo son:

- Perinatal: es decir, de la madre al recién nacido durante el parto
- Relaciones sexuales sin protección
- Infecciones en la primera infancia (por contacto estrecho con personas infectadas en el hogar)
- Prácticas de inyección peligrosas (compartir agujas en el uso de drogas)
- Transfusiones de sangre de una persona portadora a otra
- Contacto con sangre en escenarios de atención médica

2.1.1.5 Síntomas

La mayor parte de los afectados no presentan síntomas durante la fase de infección aguda. Sin embargo, algunas personas desarrollan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas, entre ellos ictericia (color amarillento de la piel y los ojos), orina oscura, fatiga extrema, náusea, vómitos y dolor abdominal.

En algunos casos el VHB causa también una hepatopatía crónica que puede desembocar en cirrosis o cáncer hepático.

Los que tiene mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en su forma crónica son los niños. Un 90 % de los lactantes infectados en el primer año de vida y un 50% de los niños infectados entre el año y los cuatro años desarrollan infección crónica.

2.1.1.6 Diagnóstico

Para diagnosticar y controlar a los pacientes con la enfermedad, son necesarios varios análisis de sangre. Las pruebas permiten determinar si la infección es aguda o crónica.

2.1.1.7 Tratamiento

No existe un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Las medidas se centran en mantener el bienestar y el equilibrio nutricional, que incluye la reposición de los líquidos perdidos por los vómitos y la diarrea. Por otro lado, el tratamiento puede suponer un gasto anual de miles de dólares, y no está alcance de la mayoría de los pacientes en los países en desarrollo.

2.1.1.8 Prevención

Según la OMS, el principal pilar de la prevención de esta enfermedad es la vacuna contra la hepatitis B, la que se administra en tres o cuatro dosis, y se recomienda que se aplique a todos los lactantes.

En las zonas donde es frecuente la transmisión del VHB de la madre al niño, la primera dosis debe administrarse lo antes posible tras el nacimiento (en las primeras 24 horas).

Se debe vacunar a todos los niños y adolescentes de menos de 18 años que no hayan sido vacunados con anterioridad.

2.1.1.8 Programa de salud indígena

Árbol de AIDSESEP referido a las causas y efectos de los problemas centrales de salud indígena enfrentados en la provincia de alto amazonas:

- Los pueblos indígenas no aceptan a los especialistas de salud occidental

- No se detectan y tratan a tiempo las complicaciones y enfermedades
- No se incorpora la sabiduría indígena en los servicios de salud
- Incremento de las tasas de morbi-mortalidad en los pueblos indígenas.
- Baja calidad de vida de los pueblos indígenas
- Limitada accesibilidad del personal de salud hacia los pueblos indígenas
- No se realizan los cuidados preventivos necesarios
- Dificil acceso a servicios de salud para los pueblos indígenas
- Baja cobertura / efectividad de servicios de salud
- Barreras históricas-políticas respecto a recursos naturales dentro de territorio y fuerza de trabajo indígena
- Falta de adecuación cultural en las intervenciones sanitarias
- Personal sin capacitación en salud intercultural
- Oferta insuficiente de servicios de salud de la red de salud de la zona
- Infraestructura, logística o equipamiento insuficiente
- Manejo inadecuado de los problemas de salud de los pueblos indígenas
- Diferencia entre los patrones culturales de los profesionales de salud y los pueblos indígenas
- No se utiliza el enfoque intercultural
- La no existencia de un modelo de formación y capacitación en salud intercultural

2.2 Hepatitis B desde la mirada de los Kandozi y Shapra

2.2.1 Génesis de la hepatitis

De acuerdo a ciertos Kandozi y Shapra, los primeros brote de hepatitis se dan con el traslado a Yarinacocha de algunos de sus miembros por parte del Instituto Lingüístico de Verano (ILV) y/o la Misión Suiza. El actual brote generalizado, no obstante, es percibido por ambos pueblos como producto de la actividad hidrocarburífera.

2.2.2 Dos tipos de hepatitis

Para los Shapra y Kandozi existen dos tipos de hepatitis:

- El primer tipo de hepatitis la denominan ‘hepatitis roja’ y se considera la más antigua, introducida indirectamente por el ILV y la Misión Suiza.
- La segunda la denominan ‘hepatitis negra’ y la asocian a la actividad hidrocarburífera.

No queda claro si ello reflejaría dos clases distintas de la enfermedad, dos grados de evolución distinta de la misma o una combinación y/o confusión de síntomas de la hepatitis y la malaria, especialmente cuando ambas coexisten en la misma persona. Se podría, incluso, pensar en la presencia de la tuberculosis como otro detonante de los síntomas manifiestos, cuando es articulada a una o más de las enfermedades antes mencionadas.

La hepatitis ‘roja’ se caracteriza por fiebres más leves con una marcada ictericia, mientras que la hepatitis ‘negra’, en cambio, genera mucha fiebre, hinchazón de hígado, impide caminar, está acompañada por vómito o diarrea negra y, tres o cuatro meses antes de fallecer, un vómito de sangre fresca, roja. La piel de la persona en este caso se pone negra y la persona, si no ‘dieta’, fallece al cabo de unos seis meses de contraída la enfermedad.

Los Kandozi y los Shapra oscilan en su capacidad de hacerle frente a la enfermedad y su dependencia de recursos externos a partir de un sistema propio de salud que está quebrado ya que a lo largo del tiempo han sido mentalizados de que es ‘negativo’. A esto agregarle el hecho de ser una enfermedad proveniente del ‘exterior’ la que no han podido detener con sus conocimientos y

procedimientos; también ha devenido en una pérdida en la confianza de la práctica de estos.

Para los Kandozi y Shapra el significado de las dietas, de la nutrición y de las visiones así como su potencial manejo para la hepatitis B ha ido develándose paulatinamente tras el proceso de evangelización de las últimas décadas que cataloga de ‘tabú’ todos los conocimientos propios en torno a la salud y la enfermedad asociándolos con prácticas de brujería (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006).

Por otro lado, no hay una comprensión actualizada de la enfermedad por parte de ellos ni el personal de salud quienes la equiparan con una sentencia segura de muerte para todo aquel que posea un síntoma clínico que se le asemeje. La idea difundida en la población de una enfermedad que no tiene cura y que acabará en la muerte genera un estado de depresión colectiva, pero paralelamente crea la idea de que busca la muerte de la persona adulta, por el foco de interés en los niños en la intervención.

En consecuencia tenemos un pueblo, enfermo, deprimido que, en su mayoría, no cree en su sistema de salud lo que se podría expresar en el abandono en el cuidado de su salud para enfrentar a la enfermedad. A pesar de que la hepatitis B es nueva e inexistente de forma específica dentro del sistema de salud tradicional, los testimonios de personas enfermas que han recobrado su fuerza de vida y capacidad de trabajo en el marco de prácticas tradicionales constituyen un antecedente importante para muchos respecto a su potencial para apoyar en el enfrentamiento de dicha enfermedad.

2.2.2 Tratamiento y prevención

2.2.2.1 Medicina tradicional

Al día de hoy, sólo se reconoce la existencia de cuatro curanderos de formación media en los Kandozi (es decir, que no han alcanzado los niveles más altos) y uno entre los Shapra.

Un problema es que los han mentalizado que existe brujería cuando se tratan con plantas medicinales. Con eso se empieza a perder, porque la gente empieza a tener miedo (de ser acusada y muerta por brujería) (Comunicación personal, 2003).

No obstante, se encuentran excepciones. Por ejemplo, la profesora de Pijuyal, Neiser Tiko Sumba, tuvo hepatitis y no guarda reparo en señalar que ella se curó acudiendo a un especialista del río Morona, consumiendo alimentos tradicionales y siguiendo dieta

Se estima en unos lugares que la dieta debe durar 8 meses, en otros que debe durar 3 y, en otros, que debe durar o bien mientras perduren los síntomas o, por el contrario, por el resto de la vida.

2.2.2.2 Dieta y hepatitis

Las prácticas tradicionales de nutrición, visión y dieta podrían fácilmente considerarse como coadyuvantes importantes en el manejo de la hepatitis y el fortalecimiento del sistema inmunológico (cuyo funcionamiento es análogo a la formación de un chamán). Se sabe que ambos, una nutrición y dieta adecuada y un fortalecimiento del sistema inmunológico físico y psíquico, son clave, aún desde la óptica de la medicina más moderna.

En este marco un dato generalmente desconocido en la región es que el 95% de los adultos que contraen la enfermedad podrían llegar a sanarse, de tomar medidas adecuadas, no contagiarse de la hepatitis delta y contar con un sistema inmunológico fuerte, para lo cual las prácticas tradicionales de dietas y búsqueda de visiones tradicionales, se piensa, resultan clave (Dr. Cabezas, comunicación personal, 2003).

Por eso se le da énfasis a la vacunación, especialmente a la de los niños, ya que es una buena manera de cortar la transmisión dentro del grupo y será mejor pues son las próximas generaciones las que deben tener buena salud para que la comunidad no desaparezca.

La noción transmitida generalmente que la hepatitis no tiene cura e, implícitamente, acabará a la larga con quien la contraiga produce un estado de depresión colectiva y crea la idea de que se busca la muerte de la persona adulta, en tanto el foco de la atención se vuelca hacia la niñez.

Esto último, en un marco en que el 'Apu' o 'curaca' es una figura central, paternal y de responsabilidad principal en cada comunidad indígena, conlleva a la percepción de que se 'estaría buscando la muerte de los antiguos', en otras palabras, al etnocidio de los kandozi y shapra.

Por ello, se hace necesario la sistematización y validación de sus dietas y sistemas de nutrición tradicional.

2.2.2.3 Ambivalencia en el manejo de la hepatitis

La experiencia de enfermedades y muertes que se sabe son producto de una interacción con foráneos y cuya salida implica también una interacción con estos, provoca gran frustración.

Como dice un shapra, saben que ‘no son dios’ y que por más que tengan un conjunto de respuestas tradicionales, importantes incluso ante la hepatitis y en necesidad de sistematizarse, respetarse y promoverse, requieren simultáneamente de especialistas y apoyo externos.

En la construcción de una respuesta al problema de salud entre los Shapra y Kandozi se ha hablado mucho sobre la importancia de enfrentar su ‘bajo nivel de educación’. Como bien lo señalan los maestros bilingües de la zona, en la vacunación y prevención de la hepatitis B, se debe pensar y actuar con dos cabezas: una mestiza y otra indígena. Dicho en términos antropológicos, una que interpreta desde los intereses de la salud y otra que interpreta el escenario desde ‘el mal’ o la enfermedad.

Por otra parte, las prácticas tradicionales de nutrición, visión y dieta sirven de prevención y podrían ayudar, de manera importante a afrontar la hepatitis en la población.

Respecto a lo que representa el personal de salud, la percepción de los Kandozi y los Shapra es de un sector asociado al conflicto por los recursos naturales y, en particular, al dinero como fuerza de vida. UNICEF menciona que este aspecto fue evidente de manera frecuente en la población al verlos no como ayuda sino como alguien que va porque le pagan.

2.3 Concesión Petrolera: Lote 144

Los pueblos Kandozi y Shapra están siendo vulnerados en su derecho al territorio por concesiones dadas sin su consentimiento, como es el caso del Lote 144 de la empresa KEI Perú. Esta concesión está ubicada en el complejo de humedales del Abanico del Pastaza. Dicha zona está reconocida mundialmente por la convención RAMSAR, convenio que el Estado peruano suscribió en 1986 y en la que se compromete a mantener las características ecológicas de los humedales y planificar su uso racional o sostenible.

La explotación de petróleo del lote 144 puede causar daños graves e irreversibles, ya que dicho ecosistema viene siendo protegido por su fragilidad, pues al

ser una zona contenedora de lagos, ríos, pantanos y bosques inundables que alimentan al lago más importante de la Amazonia peruana, el lago Rimachi, los impactos al que se vea expuesto el ecosistema afectará directamente a lo que se constituye como la principal fuente proveedora de pescado: pieza clave para la economía local, de la región de Loreto.

Además, todo lo que traerá consigo como foráneos, prostitución, droga, entre otros, acabaría con su cultura y cosmovisión que han cuidado desde siempre. Así también se corre el riesgo de los derrames del crudo que implicaría la muerte de la flora y fauna situada en el lugar donde se piensa hacer la extracción. Con esto, las consecuencias son directas para la población Kandozi y Shapra.

El pueblo Kandozi, conocedor de la importancia que significa para su bienestar y economía, ha venido realizando acuerdos comunales para el manejo sostenible de sus recursos; por ejemplo, desde hace varios años desarrollan un plan de manejo pesquero que ha formalizado el aprovechamiento del lago Rimachi, así como el repoblamiento de más de 30 mil tortugas de río, criadas en las comunidades principalmente por mujeres y niños. Para lograr la concesión del lote 144, entre el Estado peruano y la empresa KEI, de origen Australiano, no se tomaron en cuenta la aplicación de diversos tratados internacionales entre los que está la convención RAMSAR y el convenio 169 de la OIT, razón por la cual se recurrió al consulado australiano para hacer saber que las organizaciones representativas del pueblo Kandozi no han sido consultadas de manera previa e informada respecto a la concesión de su territorio. Tampoco se realizó el Estudio de Impacto Ambiental, por lo que no cuenta con una certificación para poder extraer libremente los recursos de un lugar ajeno.

En el 2011, antes de que se aprobará la Ley de Consulta Previa, los Kandozi, a través de la Coordinadora Regional de los Pueblos indígenas (CORPI-SL), remitieron un memorial al presidente Humala explicando todos los problemas que afrontan y exhortando que promueva “un modelo económico y energético que genere competitividad y oportunidades sin vulnerar el respeto a los derechos” (Memorial al presidente Ollanta de parte de los Kandozi)

Asimismo remitieron una carta a la OIT (Carta a la OIT de parte de los Kandozi, 2011).

CAPÍTULO 3: PRESENCIA Y TRABAJO DE INSTITUCIONES QUE TOMARON ACCIONES SOBRE EL TEMA

3.1 UNICEF y MINSA

Como ya se ha descrito anteriormente, la situación de los Kandozi era crítica, un pueblo en riesgo de desaparecer por una enfermedad que afectaba a más del 50% de la población y, por su carácter viral, se propagó entre la población, incluidos madres e hijos.

El Fondo de las naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Ministerio de Salud (MINSA) llevaron en conjunto una acción de emergencia que fue de importante ayuda para la población y que queremos resaltar en el presente trabajo. Primero hagamos un recuerdo de la situación inicial y de las medidas tomadas.

En 1996 comenzaron a presentarse sucesivos casos de hepatitis que alertaron a la población y al personal de salud local quienes enviaron un reporte a nivel nacional. El instituto Nacional de Salud (INS) hizo las coordinaciones con la AIDSESEP (organización que agrupa a las comunidades indígenas de la Amazonía) para conocer el número de personas que habían contraído la enfermedad.

Versiones acerca del origen de la hepatitis B

- Actividad de las empresas que extraen hidrocarburos
- Los desplazamientos a Yarinacocha en el marco de la actividad misionera del Instituto Lingüístico de Verano/Misión
- Presencia de prostitutas y relaciones con empleados de las empresas petroleras
- Foráneo enfermo que murió de hepatitis casado con una Candoshi

FUENTE: Publicación: UNICEF Elaboración: Propia

La situación era grave, la epidemia, en el distrito de Pastaza había afectado especialmente a los Kandozi (92% del total de casos) y en particular a los que viven en la zona del río Rimachi.

Las elevadas tasas de incidencia en la población menor a 15 años evidenciaba el riesgo de que los infectados se conviertan en portadores crónicos del virus y que desarrollen posteriormente formas crónicas de hepatitis que terminen en cirrosis hepática hepato-carcinoma, enfermedades que conducen inevitablemente a la muerte. Por otro lado, la presencia de hepatitis B en mujeres gestantes daba a conocer el riesgo de la transmisión vertical al feto durante los primeros días del recién nacido.

En el 2000, y con el apoyo del gobierno español, el MINSA inicia la vacunación general de la población Kandozi casa por casa. Sin embargo, el limitado apoyo para llevar a cabo otras acciones masivas mantiene a la población en un estado susceptible al desarrollo de formas crónicas de la enfermedad.

En el 2003, se inicia una intervención concertada entre UNICEF y MINSA que comprendió la vacunación de todos los niños y niñas recién nacidos en un plazo de 24 horas. El objetivo fue liberar de la hepatitis B a una nueva generación del pueblo Kandozi y Shapra.

El énfasis sobre la niñez se explica porque, de una parte, es la única manera de cortar la transmisión dentro del grupo, pero por otro lado, porque el contagio a corta edad tiene graves consecuencias a largo plazo. En otras palabras, es probable que el 95% de los niños que contraigan la hepatitis, atestigüen su evolución al cabo de diez o veinte años a través de hepato-carcinomas, cirrosis, hepatitis delta o hepatitis crónica (OMS, s.f).

De esta manera proporcionaron una red de cadena en frío mediante siete puestos de vacunación dotados de refrigeradores solares y además nueve embarcaciones a motor para transportar las vacunas y el personal de salud. Las vacunas se aplicaron en el plazo de las primeras 24 horas de vida hasta completar las 3 dosis reglamentarias antes de los primeros seis meses.

Asimismo, se capacitó a un poblador para que haya una comunicación eficiente con la comunidad. La acción se realizó gracias a la ayuda de de Unidad Territorial de Yurimaguas y la microred Alto marañón quienes llevaron a cabo un censo en todas las comunidades para identificar al 100% de las gestantes.

UNICEF reconoció que el tema de prevención en el caso de estas comunidades fue complejo por ser sociedades con rasgos nómades (pueblos que se

trasladan de un lugar a otro, en lugar de establecerse permanentemente en un solo sitio) determinados por los periodos de creciente y vaciante del río. Sin embargo, luego de un proceso de conversaciones y reflexiones, los Kandozi comprendieron que la vacuna no es un tratamiento, la cura definitiva o la salvación a la muerte, sino un mecanismo de protección y prevención para la supervivencia de la comunidad.

Pendientes: el proyecto UNICEF-MINSA ensaya una respuesta sugerente para los Kandozi y Shapra pero se requieren todavía algunos ejercicios adicionales: (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006)

- Documentar, sistematizar y validar sus dietas y sus sistemas de nutrición tradicional.
- Articular y fortalecer las prácticas tradicionales de nutrición, dieta y fortalecimiento del espíritu de cada persona, y su articulación con aquellas reconocidas por la medicina occidental de manera que ambas acciones complementarias contribuya al tratamiento de la enfermedad.
- Priorizar las prácticas de salud de la mujer y el niño, no sólo para detener la enfermedad sino para mejorar aspectos puntuales de nutrición e higiene que son coadyuvantes en la prevención/transmisión de la hepatitis B. La posibilidad del contagio a través de prácticas comunes como compartir utensilios, escupir en el suelo donde los niños no sólo se revuelcan sino, al parecer, consumen la propia tierra en busca probable de minerales, el contacto con los piojos y parásitos de terceros, picaduras de insectos y murciélagos, el sexo con parejas infectadas (monogámicas o no) y algunas de las formas de preparación de masato, entre otros aspectos, debe ser tratados en este nivel.
- La coordinación con especialistas de ambos sexos y de diversas edades resulta esencial en vista de las prácticas de fortalecimiento inmunológico tradicional adquiridas a través de la alimentación, la dieta y la

reflexión, hoy prácticamente extintas y tardíamente reconocidas como de enorme valor potencial para el control y manejo de esta enfermedad.

- Es necesario impulsar la consolidación de un marco institucional que acompañe los procesos que se pretendan. Además de desarrollar un diálogo que comprometa la voluntad política para hacer cumplir los derechos económicos, sociales y culturales de la población indígena. Este desarrollo institucional multicultural debe darse a partir de la inclusión de profesionales y técnicos de diversas razas y etnias, de manera que se pueda desarrollar una cultura institucional
- Generar las bases para la construcción de una estrategia concertada que facilite la movilización y la comunicación social para el cambio, en una perspectiva multicultural de sano entendimiento y mutuo crecimiento.

3.2 Estado

En las intervenciones realizadas se ha evidenciado un MINSA que no sabe ni está preparado para cubrir las necesidades de las comunidades indígenas y requiere siempre del manejo de organizaciones indígenas como el AIDSESP.

Luego de que el proyecto UNICEF-MINSA anunció su retiro en el 2009, el Estado descuidó su presencia en la zona y las deficiencias empezaron a surgir en una población que aun no salía de la epidemia y del peligro de desaparecer.

En noviembre del mismo año, el Apu de Puerto Chindúam, Venancio Ukuma, de la provincia de Datem del Marañón, también portador de la enfermedad, solicitó apoyo al Ejecutivo para combatir la epidemia que llegó a afectar al 80 por ciento de los dos mil 500 pobladores indígenas. Sin embargo, estas solicitudes y las de una comisión de representantes indígenas no fueron atendidas por el MINSA.

“El único establecimiento de salud no cuenta con médico, no hay medicamentos. De nada nos sirven las vacunas en las congeladoras si no están llegan-

do a los niños” denunció Gianina Lucana, especialista en salud medioambiental de la ONG WWF Perú.

Recién en abril de 2010 la Dirección Regional de Salud de Loreto estableció una vigilancia epidemiológica permanente en la provincia de Datem del Marañón para combatir los posibles casos de hepatitis B a partir de los recurrentes pedidos de la población al sector salud.

El 35 por ciento de la población Kandozi (adulta) sufre de hepatitis B en su fase terminal, es decir cáncer hepático, el cual es irreversible, informó en setiembre último Fernando Fernández Rengifo director de la Red de Salud de Alto Amazonas” (LaGranépoca.com, 2010).

Al día siguiente del hecho, Yuri Alegre, director adjunto de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), informó que una brigada de salud inmunizará a los niños y adultos del Datem del Marañón. Asimismo, explicó que las campañas de vacunación aplicadas desde hace cinco años “ayudan a controlar la situación”.

La situación del Estado ha estado marcada por contradicciones en el marco de intervenciones en donde no ha sabido actuar con la población mediante un enfoque intercultural, no han velado siempre por su interés ni han sabido tomar las mejores decisiones para el beneficio de la población y, lo pero no ha tomado el caso con la gravedad debida.

Sobre este tema, el Estado ha mostrado dos posiciones contradictorias. La primera, en torno a la extracción, de carácter esencialmente negativa, donde osciló entre la ignorancia y la indiferencia frente al saqueo de recursos en la zona, permitiendo la destrucción del medio al no poner límite alguno en términos prácticos. La segunda posición, diametralmente opuesta, se ha expresado mediante un conjunto de acciones desarticuladas e incluso verticales, a la vista de los Kandozi y Shapra (MINEDU, AIDSESP, UNICEF, 2006).

CAPÍTULO 4: SITUACIÓN Y PROBLEMA ACTUAL DE LAS COMUNIDADES

4.1 Problemática actual

4.1.1 El retorno de la hepatitis B

La última intervención médica se realizó del 26 al 30 de mayo del 2012 por la Dirección Regional de Loreto; sin embargo, terminar con esta enfermedad que acabó con la vida de muchos pobladores en la provincia de Datem del Marañón se necesita acciones mayores, según los propios indígenas. Muchos pacientes son portadores crónicos de la hepatitis B y no cuentan con los medios económicos para llegar hasta los puntos de atención.

La situación actual evidencia, como se ha mencionado, poca atención por parte del Estado al peligro que sufren las comunidades del Noreste de Loreto. El número de contagios aumenta entre la población adulta y corren el riesgo de extinción. Las campañas de vacunación que se hicieron luego del 2003 no han sido suficientes al encontrarse pobladores que son portadores crónicos de la enfermedad. Los indígenas reconocen que estos requieren de atención y la solicitan al Estado. La enfermedad aún no ha cesado y se necesitará más que campañas para salvar a la población, como lo es un plan de tratamiento a largo plazo entre otras acciones que propondremos en el siguiente capítulo.

4.2 Propuesta de desarrollo: Acciones

Ante esta crítica situación, queremos ser parte del cambio dando algunas propuestas para ser aplicadas por quienes tengan los medios y crean en la superación de los Kandozi y Shapra, por lo tanto proponemos:

Crear un plan estratégico de tratamiento de la enfermedad en la zona a largo plazo para evitar que esta se siga expandiendo debido a los portadores crónicos de la enfermedad. Es necesario otorgarles un sistema que no solo incluya la prevención mediante las vacunas sino que incentive prácticas saludables y de higiene en la población, incluyendo las tradicionales como 'dieta' de manera que se complemente con las medidas occidentales.

Fomentar que los médicos vayan a la zona, llevar medicamentos, mejorar la infraestructura, integrar sus cosmovisiones a la medicina.

Una cultura de higiene en la población es indispensable para afrontar la

enfermedad, por lo que es necesario hacer campañas para cambiar algunos hábitos.

Revalorar su cultura es importante. No dejar que minimicen sus métodos tradicionales ante los occidentales y, en general, que recuperen la confianza en su cultura ya que acabar con la enfermedad también depende de que ellos se sientan motivados y crean en su cosmovisión para afrontarla.

Los dos puntos antes mencionados no se logran sin educación. Crear escuelas a través de la capacitación de maestros indígenas que pueda enseñar desde su cosmovisión en un marco intercultural.

Instalar medios de comunicación de bajo costo como una radio comunitaria en la que la misma población pueda difundir contenidos que los integren en la lucha por sobrevivir; es decir, unificarlos mediante sus creencias, hábitos y prácticas y que además integre mensajes educativos sobre cómo prevenir y comportarse ante la enfermedad. Los mensajes educativos, en general, deben ser sobre todo preventivos, pero no una prevención para la enfermedad, sino en la vida diaria, aquí hay que indicar, nuevamente, la importancia de sus prácticas saludables tradicionales.

Hacer un llamado de atención al Estado, sobre todo al gobierno regional de Loreto, mediante una campaña mediática para que se tome medidas serias. Si bien es una población en la que se necesita bastante inversión para acceder a ella debido a su alejamiento, es deber del Estado satisfacer sus necesidades bá-

sicas como salud, educación, y alimentación ya que estos son derechos de todo ser humano. Se necesita un marco institucional y leyes que eviten la extinción de la comunidad, que más allá de implicar muertes, supondría la pérdida de muchos conocimientos ancestrales que no se están sabiendo aprovechar.

Bibliografía

- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana-AIDSESP. (2000). *El ojo verde: cosmovisiones amazónicas*. Lima: Programa de Formación de Maestros Bilingües.
- Balaguer, A. (2001). Los kandozi: guardianes del lago más rico de la Amazonía loreto. En *Rumbos de sol & piedra*, 27.
- Brack, A. (1997). *Amazonía peruana, comunidades indígenas, conocimientos y tierras tituladas: atlas y base de datos*. Lima: GEF/PNUD/UNOPS.
- Girard, R. (1958). *Indios selváticos de la Amazonía peruana*. México. D. F.: Costa-Amice.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. (2009). Resultados definitivos de las comunidades indígenas. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Lima: INEI.
- Zevallos, E. (1999). ¿Por qué estudiar la formación histórica y la problemática actual de la Amazonía? En *Estudios sobre Estado y Sociedad*. V, 15. México: Universidad de Guadalajara-Espiral.

Referencias

- Benavides, M. (2010). *Estado de la niñez indígena en el Perú*. Lima: UNICEF. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Estado_de_la_Ninez_Indigena_190810\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estado_de_la_Ninez_Indigena_190810(1).pdf)
- Candoshi-Shapra (idioma aislado) (s.f). Recuperado de <http://ftp.sil.org/americas/peru/spa-pop/cbu.pdf>

Carta a la OIT de parte de los Kandozi (2011). Recuperado de <http://voz-kandozi.blogspot.com/2011/09/carta-del-pueblo-kandozi-la-oit-sobre.html>

Correa Aste , N. B. y López Espinoza, L. A. (s/f). *Praxis Indígena: etno-apropiación discursiva y tecnológica*. Recuperado el 25 de agosto 2012 de <http://www.hemisphericinstitute.org/cuaderno/praxis/documents/efrainrozas.pdf>

Grupo Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas-IWGIA (s.f a). ¿Quiénes son los pueblos Indígenas? Recuperado de <http://www.iwgia.org/cultura-e-identidad/identificacion>

Grupo Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas-IWGIA (s.f b). *Actualización al 2011-Perú*. Recuperado de <http://www.iwgia.org/regiones/latin-america/peru/948-actualizacion-al-2011-peru>

Lagranépoca.com (s.f). *Comunidades amazónicas Kandozi y Shapra al borde de la extinción por hepatitis B*. Recuperado de <http://www.lagranepoca.com/comunidades-amazonicas-kandozi-y-shapra-al-borde-de-la-extincion-por-hepatitis-b>

Lozada, R. (2000). Vacuna o muerte. En *Caretas*, edición 1645. Recuperado de <http://www.caretas.com.pe/2000/1645/articulos/muerte.phtml>.

Memorial al presidente Ollanta de parte de los Kandozi (2011). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/65027565/Memorial-Lote-144-1>

MINEDU, AIDSEP y UNICEF (2006). *Kandozi y Shapra frente a la hepatitis B. El retorno de lo visible*. Recuperado de <http://www.unicef.org/peru/spanish/KandoziShapra1.pdf>

Montoya, R. (2009). *Con los rostros pintados: tercera rebelión amazónica en el Perú (agosto 2008-junio 2009)*. Recuperado de http://servindi.org/pdf/Montoya_RostrosPintados.pdf

Organización Internacional del Trabajo-OIT. *Convenio 169*. Recuperado de <http://www.ilo.org/indigenous/Conventions/no169/lang--es/index.htm>

OMS. *Hepatitis B*. Recuperado de 2012 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/index.html>

Proyecto PSI 2003