

La experiencia del mapeo participativo del COVID en Comunidades Nativas de Ucayali

Elaborado por Ivan Brehaut y Sabith Marisell Pinchi

Agosto del 2020

El contexto de Ucayali

El departamento de Ucayali está en la zona centro oriental del país, y con una superficie de más de 10 millones de hectáreas, que equivalen al 8% del territorio nacional. Es el segundo departamento más extenso del país y está conformado por las provincias de Coronel Portillo, Padre Abad, Atalaya y Purús.

La población de Ucayali, se concentra en las ciudades como Pucallpa, capital departamental. La población indígena de Ucayali, según el Ministerio de Cultura (MinCu), alcanza casi las 70,000 personas, el 14% de la población de la región, que tiene medio millón de habitantes.

Ucayali es una de las zonas con mayor diversidad cultural del Perú, al contar con 16 pueblos indígenas, distribuidos en unas 471 comunidades nativas, asentamientos de pueblos en contacto inicial y localidades sin una clara definición legal, de acuerdo a la Base de Datos de Pueblos Indígenas del MinCu. Así, existen comunidades y otras localidades plenamente articuladas a la sociedad nacional y otras aún en las fases iniciales de incorporación. Comunidades como San Francisco, en el distrito de Yarinacocha, forman parte del paisaje de Pucallpa, mientras que Santa Rosa de Serjali, en Sepahua, está muy alejado de los centros urbanos y su población son nahuas, en pleno proceso de contacto inicial con nuestra sociedad. Muchos indígenas trabajan y estudian en las ciudades, donde se quedan a vivir por las mejores oportunidades laborales. También existen otros grupos en situación de aislamiento y que habitan en tres Reservas Indígenas (Murunahua, Mashco Piro, Isconahua y una Reserva Territorial (Kugapakori Nahua Nanti).

En un territorio tan amplio, la distribución de la población y las comunidades nativas está marcada, principalmente, por los grandes ríos como son: el Ucayali, el Urubamba, Tamaya, Sheshea, Aguaytía, por mencionar solo algunos. La construcción de carreteras también ha dinamizado de alguna forma la migración de grupos de indígenas y colonos hacia zonas antes despobladas o con muy poca población, como ocurre en la cuenca del río Yurúa y otras zonas de la región.

La llegada del COVID 19

Históricamente, las epidemias han ocasionado un impacto devastador sobre los pueblos indígenas, como los que acabaron con gran parte de la población andina originaria, que sucumbió ante las enfermedades traídas por los conquistadores españoles. El caso más reciente documentado en el Perú, ocurrió en 1984 cuando se dio el contacto con el pueblo nahua que actualmente forma la comunidad Santa Rosa de Serjali¹, en el límite entre Cusco y Ucayali, que diezmó a la población indígena. A pesar de esto, la atención a la población indígena en contextos

¹ ZARZAR, Alonso (1988) "Radiografía de un contacto: los Nahua y la Sociedad Nacional". Amazonía Peruana, número 14. Lima: CAAAP, pp. 91-113.

de epidemias o pandemias, no ha mejorado en la práctica y la llegada del Covid 19 a Ucayali lo demuestra.

El foco de atención sobre la evolución de nuevos casos en Ucayali se ha centrado principalmente en la ciudad de Pucallpa donde, a la vez, se concentra gran parte de los servicios especializados y personal médico de la región. El primer caso de Covid 19 en Ucayali se registró el 4 de abril de 2020 y fue la última región donde llegó la pandemia.

La atención del paciente cero en Ucayali es una muestra de la carencia de preparación de Ucayali frente a la pandemia. Este paciente fue ingresado por la sala de emergencias del Hospital Amazónico de Yarinacocha (HAYA) sin que este tenga ninguna preparación, aun cuando ya había una alerta nacional sobre el virus². Tres semanas más tarde, 9 personas que formaban parte del personal médico del hospital y que estuvieron en contacto con el paciente cero de Ucayali estaban ya infectadas.

El primer caso de un indígena contagiado en Ucayali se reportó el 15 de abril en Pucallpa. Se trataba de un policía shipibo ya radicado en la ciudad, y cuyo caso no fue inicialmente considerado como un caso de contagio de un indígena, auto identificado como tal. Es muy frecuente que los indígenas que viven en las ciudades no sean considerados como tales. De alguna forma esto es comprensible con la naturaleza de la población peruana, marcada por un profundo y arraigado mestizaje, en la que los arraigos iniciales a un pueblo indígena se pierden o se ocultan para evitar la discriminación y el prejuicio.

El 17 de abril se registraron dos nuevos casos reportados de indígenas enfermos de Covid 19. De acuerdo a la información reportada por el portal Ojo Público³, dos indígenas shipibos de la Comunidad Nativa Bethel resultaron positivos a la prueba rápida para la enfermedad. Bethel es una comunidad nativa ubicada sobre un brazo del río Ucayali, a 4 horas de Pucallpa y cuyos comuneros, como la mayoría de la población ribereña, realizan constantes viajes a Pucallpa para realizar compras y vender sus productos.

Días después se alertó a las autoridades de salud respecto a un posible contagio entre pobladores de las Comunidades Nativas Chachibai y Callería, en la cuenca del río Callería. Este hecho revistió singular importancia ya que en Chachibai se ubican los últimos hablantes isconahua, un grupo cuya lengua está a punto de desaparecer.

En las siguientes semanas, la pandemia se expandió por casi toda la región. Las últimas localidades donde se registraron casos de infectados fueron Purús y Yurúa, ambas ubicadas en fronteras, con casos detectados por la llegada de indígenas portadores del virus, trayéndolo desde Brasil y Pucallpa, respectivamente.

La necesidad de mapear los casos de COVID en Comunidades Nativas

La carencia de una estrategia que tome en cuenta a los pueblos indígenas ha sido una de las principales críticas al manejo de la crisis sanitaria del gobierno. Esta falla del gobierno central se replicó en los niveles regionales y locales. Ucayali, a través de la Gerencia de Desarrollo Pueblos Indígenas desarrolló un plan de abordaje de la pandemia en pueblos indígenas, sin embargo, su implementación fue muy demorada y sigue siendo objeto de mucho esfuerzo concretarla.

² <https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-ucayali-la-ultima-region-a-donde-llego-el-covid-19-noticia/?ref=ecr>

³ <https://ojo-publico.com/1767/detectan-dos-casos-covid-19-en-comunidad-shipibo-conibo-de-ucayali>

A nivel regional, la estrategia sanitaria tampoco consideraba a las comunidades nativas y a la población rural. Sin un norte, y con el Plan de Abordaje en discusión, la respuesta de la DIRESA fue lenta, desordenada e incompleta. Diariamente, reportes de líderes indígenas alertaban de nuevos casos y la ocurrencia de decesos sin que se disponga de información real, actualizada y estratégica, que permitiera prevenir y contener, en lo posible, el desborde evidente de casos.

En ese contexto, un colectivo llamado Grupo de Aliados de Ucayali, formado por más de un centenar de voluntarios, entre los cuales participan varias ONG locales, discutía constantemente la necesidad de disponer de una herramienta para facilitar el accionar de la DIRESA y hacer la incidencia necesaria para visualizar el tamaño de la emergencia en los pueblos indígenas. Todo esto, en apoyo al Plan de Abordaje que varios de sus miembros habían ayudado a construir.

La Asociación ProPurús, en conjunto con ORAU y con el aporte de los miembros del Grupo de Aliados, inició la recolección de información y la puso a disposición de toda la colectividad. Un evento que marcó a todos los involucrados fue que, apenas una semana luego de publicada la primera versión del mapa, los casos sospechosos denunciados empezaron a transformarse en muertes. Efectivamente, el mapa indicaba la expansión de la pandemia a la zona del lago Imiría, en el distrito de Masisea, desde donde los líderes indígenas reportaban numerosos casos, varios de ellos graves. El mapa señalaba la necesidad de intervenir en la zona, sin embargo, no hubo respuesta sino hasta que los reportes de 2 indígenas fallecidos finalmente atrajeron la atención de las autoridades de la DIRESA, quienes autorizaron recién el ingreso de una brigada de salud.

El procedimiento de acopio de información se basó, principalmente, en la recopilación de los reportes que aparecían en las redes sociales, los reportes hechos por la Red de Aliados de Ucayali y los reportes que continuamente hacen las propias organizaciones indígenas. Un rol destacado es el que cumplen los comunicadores indígenas, que tanto en sus redes sociales como en los programas radiales que conducen, recopilan información sobre los casos sospechosos, los fallecidos e incluso los resultados de las evaluaciones de campo que realizaba el personal de salud. Parte de los reportes se corroboran con llamadas telefónicas a las comunidades y se confrontan con los reportes obtenidos de algunos establecimientos de salud.

Posteriormente, toda la información se compendia y nutre una base de datos en Excel, que a su vez alimenta la creación de mapas que se cuelgan en la plataforma Google Maps y se procesan también en el programa ArcGIS Pro.

Desde ese momento, dos veces por semana, el mapa y el reporte que lo acompaña se distribuyó entre los aliados, y está siendo usado como herramienta de incidencia de las organizaciones indígenas para lograr mayores recursos contra la pandemia. De otro lado, varias entidades estatales están solicitando la información para reorientar sus esfuerzos ante una inminente reapertura de actividades económicas.

El proceso constante de seguimiento de los casos y el contraste de la información oficial, ha permitido identificar situaciones que pueden explicar los problemas de registro de los casos en Ucayali. Creemos que estos motivos podrían ser los mismos que afectan al registro de casos en otras partes de la Amazonia peruana y que son consecuencias de un sistema de salud que no toma en cuenta la diversidad social y geográfica de la selva peruana.

Principales aprendizajes del proceso

- ***La ausencia de una estrategia de atención a la población rural en el país***

Sin una estrategia integral, la DIRESA Ucayali concentró sus escasos esfuerzos y recursos en el casco urbano de la ciudad, donde evidentemente la pandemia tuvo su mayor impacto en su inicio. Sin embargo, aun con la creciente presión de los líderes indígenas, las organizaciones aliadas e incluso instancias del propio gobierno regional, la DIRESA en un primer momento no tuvo ninguna acción concreta para prevenir la expansión de la pandemia a los territorios indígenas.

Debe mencionarse también que la DIRESA Ucayali solo cuenta con dos personas a cargo del manejo de la salud intercultural, que deben dirigir y articular esfuerzos para atender las necesidades de más 70,000 personas, muchas de ellas ubicadas en comunidades alejadas y con limitado acceso a servicios de comunicación. Sin personal, medios y presupuesto, no se espera que puedan desarrollar su labor de manera eficaz o eficiente. El personal operativo de las redes de salud tampoco se da abasto para atender directamente a la población rural, ya que tampoco cuenta con los medios para realizar su labor de manera eficiente.

La carencia de pruebas y el sesgo en su aplicación

La carencia de pruebas diagnósticas es una de las razones más mencionadas por el personal de salud, explicando la ausencia de un mayor esfuerzo de búsqueda activa de casos y tamizaje de la población. Las pruebas rápidas fueron principalmente destinadas a la población de Pucallpa y las demás ciudades de Ucayali, dejando sin los elementos necesarios para la vigilancia epidemiológica a las redes de salud que atienden a las provincias y a la población rural.

Cuando menos al inicio de la emergencia y en los primeros tres meses, el criterio de aplicación de las pruebas no siguió criterios técnicos o epidemiológicos, sino que correspondió a la presión social y mediática ejercida por las organizaciones indígenas y la prensa. Una muestra tangible de esto son las estadísticas remitidas por la DIRESA, actualizadas al 24 de junio del 2020.

La CN San Francisco, con 1263 habitantes, ubicada en la periferia de Pucallpa y residencia de varios líderes indígenas de las federaciones locales, recibió hasta 11 visitas del personal de salud. En contraste, la CN Sinchi Roca, cercana a la ciudad de Aguaytía tiene 650 habitantes, recibió solo 2 visitas reportadas por la DIRESA. Las diferencias se hacen más dramáticas cuando se observan los hallazgos: San Francisco tuvo el 11% de su población infectada, versus 22% en Sinchi Roca. Estos porcentajes responden a las pruebas tomadas y no a la prevalencia real del virus en el total de la población de la comunidad, pero dan una idea de la situación y del menor esfuerzo brindado a poblaciones evidentemente con mayor incidencia del virus. Lo ideal, quizá imposible de lograr en este contexto, es un estudio de prevalencia.

Otras 8 comunidades nativas mostraron porcentajes superiores de infección en su población en relación al muestreo realizado por la DIRESA, pero ninguna recibió la atención dada a San Francisco, a excepción de Puerto Nuevo, con 8 visitas. Betel fue la primera comunidad donde formalmente se reconocieron casos de COVID, y tuvo 3 visitas hasta el 24 junio.

Otras comunidades con porcentajes de infección mucho mayores que apenas recibieron una o dos visitas fueron Nuevo Saposoa, Nuevo Egipto, Santa Rosa de Tamaya, por nombrar algunas. Esta situación se repite constantemente mientras se revisa la información de la DIRESA y en

parte podría explicarse por criterios de accesibilidad, pero ese es un tema discutible en el contexto de la pandemia y la descentralización de los servicios de salud.

La carencia de personal y recursos para el registro

El agotamiento y la carencia de personal de salud para procesar la información epidemiológica es algo evidente en todo el sistema de salud peruano. Las cifras oficiales indican que, al 24 de junio, 1058 trabajadores del sector salud estaban infectados, sin capacidad de atender la creciente demanda de casos en Ucayali. Esta situación demandó que personal de diversas áreas ingresaran a cubrir las áreas fundamentales del servicio, es decir, los servicios asistenciales y de emergencia.

Adicionalmente, es necesario recalcar que, aunque la variable étnica en las atenciones de salud está incluida en los sistemas de registro estadístico del MINSA, estos por defecto señalan que los atendidos son mestizos. Además, el SISCOVID, el sistema estadístico que registra los casos COVID a nivel nacional, recién empezó a permitir el registro de la variable étnica alrededor de la segunda quincena de junio, 90 días luego de iniciada la emergencia sanitaria. Todos los registros previos vinieron de los operadores locales de salud, con un registro probablemente incompleto de la información.

La falta de comunicación y confianza de la población indígena hacia el personal de salud

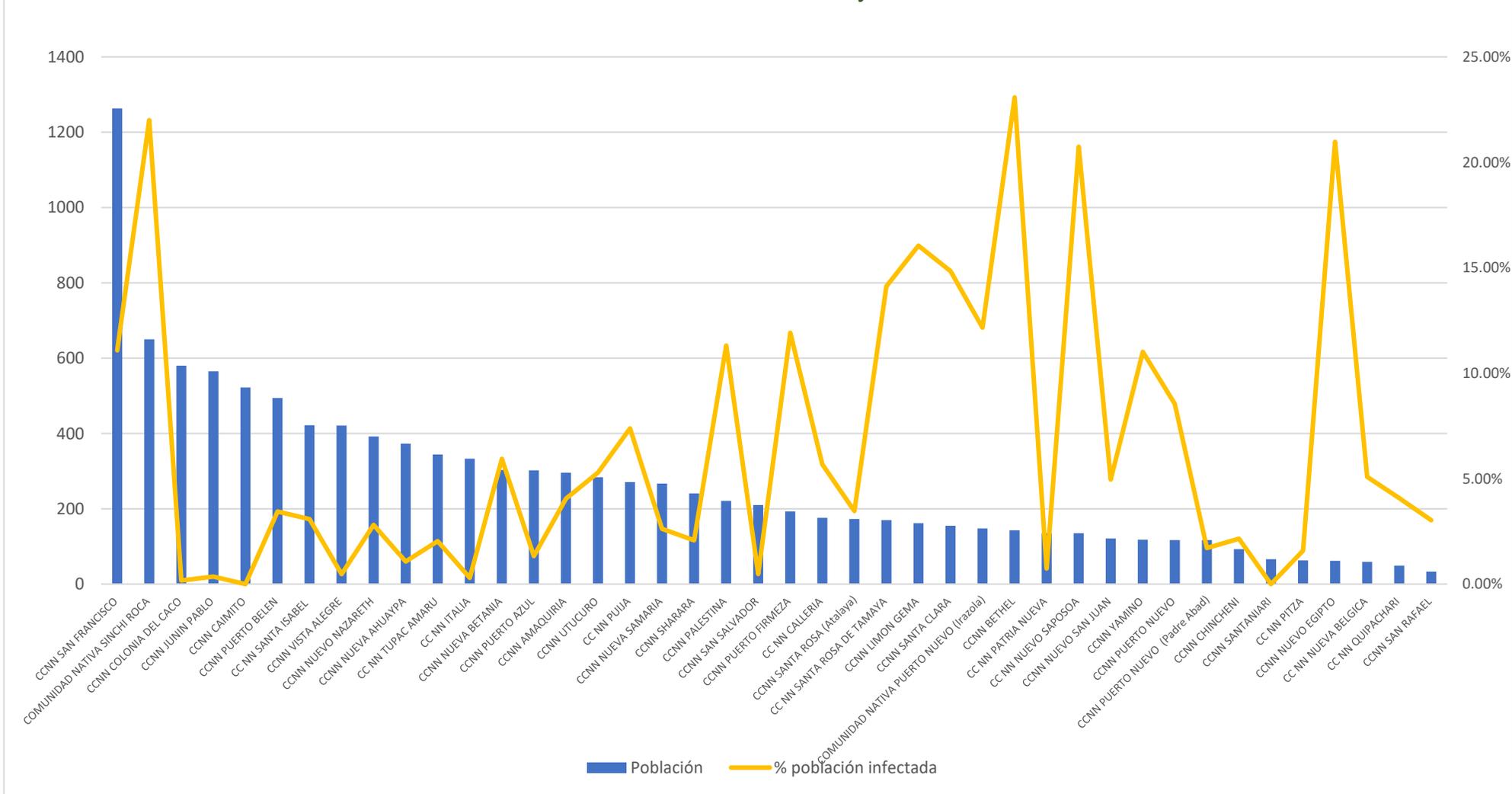
Este es un factor poco comentado, pero que en la experiencia del mapeo independiente ha sido relevante. Durante los primeros meses de trabajo, el equipo de ProPurús recibió reportes de casos que no pudieron ser corroborados por la renuencia de presidentes o jefes comunales para corroborar la información.

El principal motivo de esta renuencia fue el profundo temor de los comuneros a ser identificados como casos COVID y ser trasladados a los hospitales de Pucallpa. Aun cuando puede sonar incongruente, necesitar atención y negarse a obtenerla, historias similares se han dado en Lima, Iquitos y Pucallpa, donde la población, asumió que acercarse a los hospitales era infectarse y ser internado para morir solo, sin contacto con sus familiares, era impensable.

La situación no era para menos. Hospitales abarrotados de gente, con pacientes agonizando en las entradas, en motocars o tendidos en la calle, eran la constante en las noticias y en el imaginario popular. Para ciudadanos indígenas, la idea de estar enfermo solo, alejado de la familia y sin contacto con sus familiares es inaceptable, y contraviene todo uso, costumbre y creencia. Contando con recursos propios, como sus plantas medicinales y la atención de curanderos locales, los indígenas en muchos casos han preferido pasar la crisis en sus casas y comunidades, sin entregarse a la medicina occidental que, ante la evidencia de las muertes en Pucallpa, tampoco presentaba ninguna seguridad de sanación.

Comparación entre número población total y porcentaje de población infectada detectada en cada CCNN

Fuente: DIRESA datos el 24 de junio 2020



Fuente: DIRESA Ucayali – 24 de junio. Elaboración propia. Los datos de casos confirmados corresponden a pruebas confirmatorias de laboratorio.

Número de visitas a Comunidades Nativas, pruebas aplicadas y proporción de infectados

Comunidad Nativa (Localidad)	Población	N° Visitas	Pruebas Positivos	% población Infectada de la CN	% población infectada del Total de casos Reportados
SAN FRANCISCO	1263	11	140	11.08%	0.98%
PUERTO NUEVO (Irazola)	148	8	18	12.16%	0.13%
SANTA ROSA (Atalaya)	173	5	6	3.47%	0.04%
PUERTO AZUL	302	3	4	1.32%	0.03%
PIUJA	271	3	20	7.38%	0.14%
LIMON GEMA	162	3	26	16.05%	0.18%
BETHEL	143	3	33	23.08%	0.23%
YAMINO	118	3	13	11.02%	0.09%
SEPAHUA*	3088	2	35	1.13%	0.24%
SINCHI ROCA	650	2	143	22.00%	1.00%
PUERTO BELEN	494	2	17	3.44%	0.12%
NUEVO SAN JUAN	121	2	6	4.96%	0.04%
PUERTO NUEVO	117	2	10	8.55%	0.07%
COLONIA DEL CACO	580	1	1	0.17%	0.01%
JUNIN PABLO	565	1	2	0.35%	0.01%
CAIMITO	522	1		0.00%	0.00%
SANTA ISABEL	422	1	13	3.08%	0.09%
VISTA ALEGRE	421	1	2	0.48%	0.01%
NUEVO NAZARETH	392	1	11	2.81%	0.08%
NUEVA AHUAYPA	373	1	4	1.07%	0.03%
TUPAC AMARU	344	1	7	2.03%	0.05%
ITALIA	333	1	1	0.30%	0.01%
NUEVA BETANIA	303	1	18	5.94%	0.13%
AMAQUIRIA	296	1	12	4.05%	0.08%
UTUCURO	284	1	15	5.28%	0.10%
NUEVA SAMARIA	267	1	7	2.62%	0.05%
SHARARA	241	1	5	2.07%	0.03%
PALESTINA	221	1	25	11.31%	0.17%
SAN SALVADOR	210	1	1	0.48%	0.01%
PUERTO FIRMEZA	193	1	23	11.92%	0.16%
CALLERIA	176	1	10	5.68%	0.07%
SANTA ROSA DE TAMAYA	170	1	24	14.12%	0.17%
SANTA CLARA	155	1	23	14.84%	0.16%
PATRIA NUEVA	135	1	1	0.74%	0.01%
NUEVO SAPOSOA	135	1	28	20.74%	0.20%
PUERTO NUEVO (Padre Abad)	117	1	2	1.71%	0.01%
CHINCHENI	93	1	2	2.15%	0.01%
SANTANIARI	66	1	0	0.00%	0.00%
PITZA	63	1	1	1.59%	0.01%
NUEVO EGIPTO	62	1	13	20.97%	0.09%
NUEVA BELGICA	59	1	3	5.08%	0.02%
QUIPACHARI	49	1	2	4.08%	0.01%
SAN RAFAEL	33	1	1	3.03%	0.01%
	14330	79	728		5.08%

Fuente: DIRESA Ucayali – 24 de junio. Elaboración propia

La continua confusión entre caserío, comunidad y anexo

Un tema recurrente en el mapeo de los casos confirmados en Ucayali es el error respecto a la toponimia de las comunidades. Existen entre las comunidades con casos confirmados al menos 4 localidades llamadas Santa Rosa, 3 con el nombre de San Juan y 2 nombradas como San Miguel. Adicionalmente, varios caseríos, centros poblados, barrios y asentamientos humanos en la periferia de Pucallpa y Sepahua han sido integrados a la estadística oficial en la categoría de comunidades nativas. Así, el número de localidades con casos detectados varía también.

Es notorio que al consultar al personal de salud respecto a si conocen la diferencia entre caserío, centro poblado o comunidad, por lo general, logran diferenciarlos. El problema viene cuando se les pregunta sobre si tal o cual localidad pertenece a una de estas categorías. En el período del aislamiento social obligatorio, la Asociación ProPurús facilitó mapas sobre diversas zonas de la región a personal de salud, quienes, aparentemente, recién reconocían la propiedad de los terrenos donde desarrollaban su labor sanitaria.

La descoordinación entre los diferentes actores encargados de la consolidación de información

Las cifras de contagiados que muestra el MINSA y la DIRESA Ucayali no coinciden, y esa es una constante para todo el país. Por ejemplo, según el MINSA (nivel central) para el 14 de julio del 2020, habría 1380 casos de indígenas contagiados con el COVID 19, y un total de 8,932 infectados totales en la región, de acuerdo a lo publicado en sus redes sociales. Sin embargo, según los datos de la DIRESA Ucayali son 15,424 casos para ese mismo día, de los cuales 1,402 serían indígenas. La DIRESA reporta mayor porcentaje de casos totales y también de indígenas afectados por COVID-19 en comparación con el reporte del MINSA.

El conteo independiente indica que la cifra aproximada es de 1,446, tomando en cuenta diversas fuentes, incluidos algunos reportes de campo de los responsables de las brigadas de salud. Por otro lado, aun cuando el número de afectados puede estar en discusión por los motivos antes expuestos, la cifra de comunidades y su ubicación, dato estratégico para el despliegue de los recursos asistenciales del Estado, la planificación de la reapertura de actividades económicas y el desarrollo de acciones de reforzamiento de los establecimientos rurales, sigue siendo un dato de difícil acceso, del que solo se tiene información pública a través de las publicaciones de ProPurús y las organizaciones indígenas.

Al 20 de julio, datos de DIRESA Ucayali alcanzados por la Defensoría del Pueblo indican que el número de contagiados alcanzaría los 2,229 indígenas, contados los registrados en todas las unidades de atención médica afiliadas a la DIRESA, las brigadas de salud, entre otras. Es importante mencionar que 20 localidades consignadas en el nuevo listado no han podido ser identificadas como comunidades nativas, caseríos o algún otro tipo de asentamiento en la base de datos de pueblos indígenas del Ministerio de Cultura.

Conclusiones

Sin estrategia, con pocos recursos, y ante la carencia de un sistema de alerta temprana, las acciones de las dependencias regionales del sector salud atienden cediendo a la presión, y aparentemente, al menos en la primera parte de la emergencia, no utilizaron criterios epidemiológicos. La evidencia de Ucayali da cuenta de esta conducta que aparentemente se repite en otras regiones como Loreto y Amazonas.

La ausencia de datos respecto a dónde se manifiestan los casos sospechosos es una herramienta de vigilancia epidemiológica que no se ha desarrollado, para incorporarla en una estrategia de asistencia temprana ante la emergencia. Esto, sumado al hecho de no tener la cantidad necesaria de pruebas diagnósticas, imposibilita desarrollar estrategias consistentes y efectivas de contención. Los resultados del mapeo participativo apuntan a la existencia de sectores en donde no se dieron casos en los primeros meses, y donde probablemente no haya aun contagios (a fin de julio 2020).

Por ende, aún existe la oportunidad de implementar estrategias de contención y atención oportuna. Zonas con estas características se presentan también en otras regiones, como el valle del Ene, en Junín. Aunque no se ha discutido en este documento, las estrategias de aislamiento resultaron muy efectivas, sin embargo, una inadecuada actuación estatal ha debilitado estas estrategias al punto de generar contagios en zonas antes limpias del virus.

Es indispensable que se replanteen las acciones de atención a la población indígena y en general a la población rural del país. La centralización de los recursos médicos no ayuda a la prevención de situaciones de desborde de los servicios, como se ha evidenciado en estos meses. Por otro lado, si no se refuerzan los servicios de salud locales, al nivel más bajo y básico del sistema, es posible que la mortalidad aumente innecesariamente. Reiteramos, para salvar vidas Indígenas es necesario lograr llegar hasta las comunidades, a donde el virus llegó, pero no llega aún de manera eficiente el Estado. Se necesita reforzar el primer nivel de atención.

Es importante lograr que el MINSA y la DIRESA, trabajen de manera coordinada con las organizaciones Indígenas, en temas como aclarar los criterios epidemiológicos de sospecha de caso, criterios de severidad para evacuación, y manejo epidemiológico de brotes a fin de disminuir el sesgo no intencionado que puede implicar el atender a una comunidad en mayor proporción que a otra.

Finalmente, el mapeo de casos es una herramienta potente que ayuda a visualizar tanto la expansión geográfica de la enfermedad, como el avance numérico de los casos. Asimismo, ayuda al personal de salud a establecer prioridades de atención para la contención y vigilancia epidemiológica. La articulación de esta información, recogida principalmente por los propios indígenas en sus localidades, junto con la información oficial, es una práctica de gran potencial para el desarrollo de sistemas de alerta temprana, que aporten a las estrategias de contención de enfermedades como el Covid 19.