ESTADO TÓXICO

VIOLACIONES DEL DERECHO A LA SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS EN CUNINICO Y ESPINAR, PERÚ

AMNISTÍA INTERNACIONAL

Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan en favor del respeto y la protección de los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso.

Nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

© Amnistía Internacional 2017
Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional 4.0). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode
Para más información, visiten la página Permisos de nuestro sitio web: www.amnesty.org
El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.
Publicado por primera vez en 2017, Idioma original: español.
Foto de portada: Flor de María Parana y Marleny Surco | Kat Goicochea | Diego Cárdenas
por Amnesty International Ltd.
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 46/7048/2017
Idioma original: Español

amnesty.org

AMNISTÍA INTERNACIONAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 7

EL CASO DE CUNINICO: "NOS SENTIMOS ENGAÑADAS" 11

- CRISIS DE SALUD EN CUNINICO: "QUE TOMEN EL AGUA COMO NOSOTRAS TOMAMOS" 13
- PROMESAS DE PAPEL: "PAPELES, PAPELES Y MÁS PAPELES" 22

EL CASO DE ESPINAR: "NADIE SE PREOCUPA POR NOSOTRAS" 29

- CRISIS DE SALUD EN ESPINAR: "TODAS DICEN ESTAMOS MAL PERO NO SABEMOS POR QUÉ" 30
- PROMESAS DE PAPEL: "SUS PROMESAS DEL ESTADO NO SE CUMPLEN" 37

OBLIGACIONES DEL ESTADO PERUANO 39

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 43

ANEXO I 45

ANEXO II 46

GLOSARIO

ACRÓNIMO	DESCRIPCIÓN
CENSOPAS	El **Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Medio Ambiente para la Salud** es un centro dependiente del Instituto Nacional de Salud encargado de realizar evaluaciones, investigaciones y recomendaciones para la prevención de enfermedades y daños a la salud, por actividades económicas que pueden afectar a los/las trabajadores/as y a la comunidad.
DIGESA	La **Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria** es un órgano dependiente del Ministerio de Salud encargado de formular políticas, así como regular y fiscalizar las intervenciones en salud ambiental, entre las cuales se destaca la de la calidad de agua para consumo humano.
DIRESA	La **Dirección Regional de Salud** es un órgano del Gobierno Regional responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud, así como dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas regionales y planes sectoriales.
ESNMP	La **Estrategia Sanitaria Nacional de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con Metales Pesados y otras Sustancias Químicas** es una estrategia de atención en salud que depende de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
INS	El **Instituto Nacional de Salud** es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico.
MINSA	**Ministerio de Salud**
MINAM	**Ministerio del Ambiente**
OEFA	El **Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental** es un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio del Ambiente.

Amnistía Internacional agradece a todas las personas, en particular a las mujeres Indígenas que nos abrieron las puertas de sus comunidades y compartieron sus historias y su defensa del derecho a la salud. Su fortaleza es una inspiración para la defensa de los derechos humanos.

Asimismo, Amnistía Internacional agradece a las organizaciones nacionales y locales que brindan asesoría legal y técnica a las comunidades de Cuninico y Espinar por su valioso aporte para este documento. Particularmente, a la Comisión de Justicia y Paz – Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Iquitos, Derechos Humanos sin Fronteras, el Instituto de Defensa Legal y la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Amnistía Internacional también agradece el invaluable aporte técnico de los doctores Hugo Villa Becerra y Fernando Osores Plenge.

Finalmente, Amnistía Internacional agradece a las autoridades y representantes de organismos públicos que se reunieron con Amnistía Internacional y le permitieron conocer su perspectiva, acciones emprendidas y retos pendientes frente a los casos presentados en este documento, así como a las instituciones que proporcionaron información para la realización de esta investigación.

↑ Vista de Cuninico y alrededores de Yauri, Espinar | © **Amnistía Internacional** | Kat Goicochea y Nataniel Furgang

↑ Comunidad de Alto Huarca, Espinar | **© Amnistía Internacional** | Diego Cárdenas Sedano

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el último censo nacional de 2007, en el Perú hay casi cuatro millones de personas Indígenas; 3.176,227 habitantes en la zona andina y 332,975 en la Amazonía[1]. El Ministerio de Salud (MINSA) señala que los Pueblos Indígenas han sufrido exclusión, inequidad y abandono del Estado, lo que ha generado y acrecentado brechas sanitarias[2]. El MINSA también ha determinado que la atención en salud a la que los Pueblos Indígenas tienen acceso muestra serias deficiencias "en la oportunidad, calidad técnica y humana, y efectividad"[3] y que los establecimientos de salud más cercanos a las comunidades se caracterizan por su desabastecimiento en medicamentos, insumos y equipamiento para brindar una atención adecuada[4].

En esa misma línea, la Defensoría del Pueblo ha evidenciado que en la Amazonía, entre otros lugares, hay nuevas causas de enfermedad y muerte relacionadas con la contaminación de los ríos y las fuentes de agua[5], a pesar de que los estándares internacionales de derechos humanos establecen que el suministro de agua limpia potable es un elemento fundamental del derecho a la salud[6].

[1] Peru. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Resultados Definitivos de Comunidades Indígenas, Diciembre de 2008. Ver también: Perú. Ministerio de Salud. Comunidades Indígenas: Caracterización de su Población, situación de salud y Factores determinantes de la Salud 2012, Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística, septiembre de 2013.

[2] Perú. MINSA. Información sobre Salud de los Pueblos Indígenas. https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=9 (acceso el 21 de agosto de 2017).

[3] Perú. MINSA. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud. Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional. Salud de los Pueblos Indígenas, 2010 -2012, p. 25

[4] Perú. MINSA. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud. Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional. Salud de los Pueblos Indígenas, 2010 -2012, p. 25

[5] Perú. Defensoría del Pueblo. La defensa del derecho de los pueblos Indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial No. 169, 2015. Conclusión 11, p. 127.

[6] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 4.

↑ Comunidad Nativa de Cuninico | © **Amnistía Internacional** | Kat Goicochea

La Comunidad Nativa de Cuninico, ubicada en el distrito de Urarinas, provincia y departamento de Loreto, y las comunidades campesinas de Alto Huarca, Cala Cala, Huisa, Huisa Collana, Alto Huancané y Bajo Huancané localizadas en la provincia de Espinar, departamento del Cusco, son algunas de las comunidades Indígenas[7] en Perú que se encuentran en ese contexto de precariedad de salud. Estudios demuestran que las fuentes principales de agua están contaminadas con metales pesados y otras sustancias químicas en estas siete comunidades. Asimismo, las evaluaciones en metales pesados y otras sustancias químicas efectuadas a residentes de estas comunidades han arrojado como resultado que están expuestos a dichas sustancias, lo que constituye un riesgo inminente para su salud.

Perú es Estado parte de diversos instrumentos internacionales que garantizan el derecho al nivel más alto posible de salud. El derecho a la salud también está reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú de 1993. Este derecho incluye el acceso oportuno y apropiado a atención en salud así como a los factores determinantes de la salud como el agua potable, condiciones ambientales saludables y la participación de la población en todas aquellas decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional.

Este documento se enfoca en las obligaciones del Estado peruano de respetar, proteger y de cumplir el derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, incluyendo su obligación de responder adecuadamente a las comunidades que enfrentan contaminación y exposición a metales pesados. Por el momento, el documento no aborda las posibles causas de la exposición y contaminación ni las responsabilidades y posibles fallas en prevenirlas por parte de actores estatales o no estatales.

Dada la crisis de salud enfrentada por estas comunidades, Amnistía Internacional decidió enfocar su actual investigación en el nivel de atención y respuesta brindada por el Estado en materia de salud, con miras a asegurar que las comunidades Indígenas referidas en este documento puedan ejercer plenamente su derecho a la salud. Sin embargo, Amnistía Internacional reconoce la importancia de investigar las causas de exposición y contaminación por metales tóxicos y la posible responsabilidad de actores estatales o no estatales en estos hechos, incluyendo cualquier responsabilidad legal posible, con el objetivo de garantizar a las comunidades su derecho a la reparación y a la no repetición.

La información presentada en este documento se basa en la investigación que se llevó a cabo en-

[7] En Perú los Pueblos Indígenas se encuentran oficialmente organizados en comunidades "nativas" y "campesinas", y las comunidades visitadas por Amnistía Internacional se auto-identifican como tal, sin que eso niegue su condición de Pueblos Indígenas. Perú. Constitución Política, artículo 89: "Las Comunidades Campesinas y las Nativas tienen existencia legal y son personas jurídicas". Ver también Perú. Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de la Selva y Ceja de Selva, Decreto Ley 22175, artículos 7 y 8, Perú. Ley General de Comunidades Campesinas (Ley Nº 24656), Decreto Ley No 17716, Ley de Reforma Agraria.

tre febrero y agosto de 2017, misma que incluyó una amplia investigación documental[8]; múltiples visitas a las comunidades afectadas; una serie de entrevistas individuales con 43 mujeres, cinco grupos focales con 15 a 60 miembros de las comunidades; y reuniones con expertos médicos, asesores legales y representantes de instituciones del gobierno[9]. Amnistía Internacional también solicitó una reunión a Petroperú S.A., sin embargo, a la fecha de publicación, no se ha recibido respuesta[10].

Entre mayo y agosto de 2017, Amnistía Internacional visitó las comunidades de Alto Huarca, Cala Cala, Huisa, Huisa Collana, Alto Huancané y Bajo Huancané tres veces y realizó entrevistas individuales y en grupos focales. En junio y agosto, Amnistía Internacional permaneció un total de ocho días en la Comunidad Nativa de Cuninico entrevistando a sus residentes e integrantes de las comunidades de los alrededores, así como llevando a cabo grupos focales con adultos y niños y niñas de las comunidades.

Amnistía Internacional decidió adelantar la investigación en estas siete comunidades de la zona amazónica y andina porque demuestran que las crisis de salud, debido a la contaminación de agua y falta de una adecuada respuesta del Estado, está afectando a los Pueblos Indígenas de zonas muy distintas y diversas del país. La situación de salud de estas comunidades se visibiliza a través de los testimonios de las mujeres en la medida que, al fungir como cabeza de familia en términos de la salvaguarda de la salud de toda la comunidad, son las que tienen una voz constante en los reclamos al Estado en materia de salud para sí mismas, para sus familias y sus comunidades.

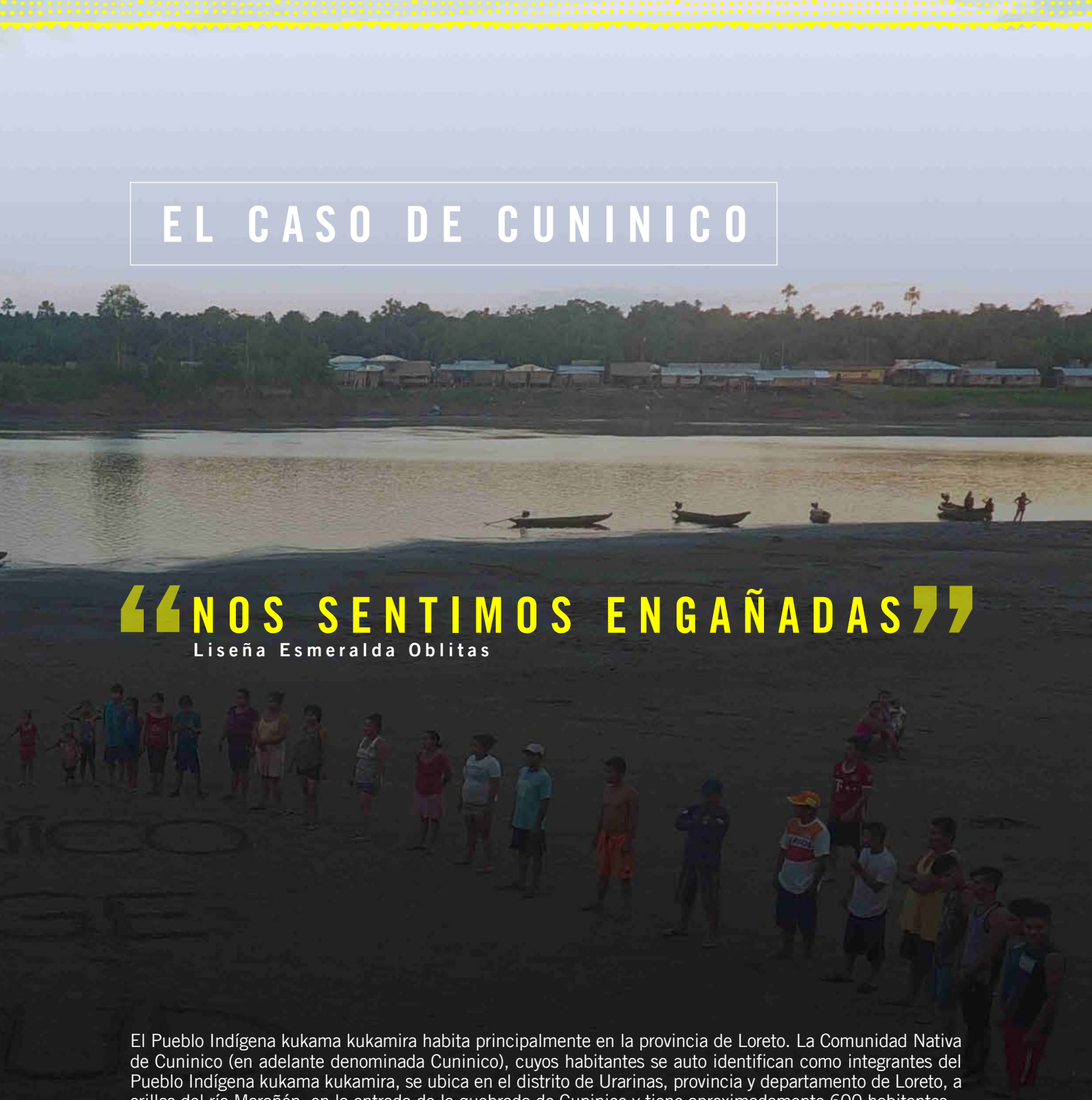
[8] Amnistía Internacional hizo solicitudes de acceso a la información pública al MINAM, MINSA, INS, DIGESA, Instituto Geológico Minero Metalúrgico (INGEMMET), Autoridad Nacional del Agua (ANA), OEFA y el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), las cuales fueron respondidas.

[9] Amnistía Internacional se reunió en Lima con representantes de la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, la Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud del Ministerio de Salud y la Procuradora Pública del Ministerio de Salud, con la Dirección Ejecutiva de Identificación, Prevención y Control de Riesgos Ocupacionales y Ambientales del CENSOPAS y la Dirección Ejecutiva de Medicina y Psicología del Trabajo del CENSOPAS. Asimismo, la organización se reunió con representantes del Ministerio de Energía y Minas, MINAM, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, OEFA, DIGESA, ANA, el Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería (OSINERGMIN) y la Defensoría del Pueblo. En Iquitos, Amnistía Internacional se reunió con representantes de la Coordinación de Pueblos Indígenas de la DIRESA Loreto, de la Gerencia de Desarrollo Social y la Gerencia Regional de Asuntos Indígenas del Gobierno Regional de Loreto, y la Defensoría del Pueblo. En Cusco, se reunió con representantes de la Dirección Ejecutiva de Identificación, Prevención y Control de Riesgos Ocupacionales y Ambientales de la DIRESA Cusco y la Dirección Ejecutiva de Medicina y Psicología del Trabajo de la DIRESA Cusco y de la Defensoría del Pueblo, y en Espinar con la Subgerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad Provincial de Espinar, con el Director del Hospital de Espinar y personal del Centro de Salud de Yauri.

[10] La reunión a Petroperú S.A. se solicitó vía comunicación de referencia INV-2017-008 con fecha del 24 de mayo de 2017, dirigida al Gerente General César Roberto Ramírez Lynch.

↑ Comunidad Nativa de Cuninico | **© Amnistía Internacional** | Daniel Martínez Quintanilla

EL CASO DE CUNINICO



"NOS SENTIMOS ENGAÑADAS"

Liseña Esmeralda Oblitas

El Pueblo Indígena kukama kukamira habita principalmente en la provincia de Loreto. La Comunidad Nativa de Cuninico (en adelante denominada Cuninico), cuyos habitantes se auto identifican como integrantes del Pueblo Indígena kukama kukamira, se ubica en el distrito de Urarinas, provincia y departamento de Loreto, a orillas del río Marañón, en la entrada de la quebrada de Cuninico y tiene aproximadamente 600 habitantes.

La Comunidad de Cuninico señala que, como parte de sus creencias, los Indígenas kukamas tienen una relación espiritual con el río, del cual además dependen para sus necesidades básicas. Así, contaron a Amnistía Internacional, que siempre han realizado sus actividades en el río o con el agua del río, tales como bañarse, lavar la ropa, cocinar y beber. Además, los niños siempre han jugado en el río y toda la comunidad ha comido los peces que pescaban de la quebrada de Cuninico. Cuninico tiene a la pesca, individual o grupal, como principal actividad económica de la población kukama. Constituye además su fuente principal de proteína para la alimentación[11].

[11] Rivas, Roxani. (2004). *El gran pescador: técnicas de pesca entre los cocama-cocamillas de la Amazonía peruana*, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 2004, pp. 24-27.

Las comunidades de San Francisco, Nueva Esperanza y Nueva Santa Rosa, ubicadas en las proximidades de Cuninico, también son comunidades Indígenas kukamas que se dedican a la pesca como principal actividad económica. San Francisco y Nueva Esperanza se ubican en la margen izquierda del río Marañón, San Francisco a aproximadamente 6 kilómetros de Cuninico, Nueva Esperanza a aproximadamente 18 kilómetros de Cuninico. Nueva Santa Rosa se ubica en la margen derecha del río Marañón a 7 kilómetros de Cuninico.

El 30 de junio de 2014 Petróleos del Perú S.A. (Petroperú) —una empresa del Estado de derecho privado que opera el oleoducto Norperuano transportando petróleo desde la Amazonía hasta la costa— tras recibir una llamada de la Comunidad de Cuninico sobre un aparente derrame de petróleo[12], reportó un derrame del oleoducto cerca de la quebrada de Cuninico que es afluente del río Marañón. Según Petroperú un total de 2358 barriles (99036 galones) de petróleo se derramaron en el kilómetro 41+833 del Tramo I del oleoducto, a 9.5 kilómetros en línea recta de la Comunidad de Cuninico[13].

↑ Mapa de ubicación del derrame con relación a las comunidades. Mapa de Amnistía Internacional con base en un mapa de OEFA.

[12] Perú. OEFA. Resolución Directoral No. 844-2015-OEFA/DFSAI. Expediente No. 1306-2014-OEFA/DFSAI/PAS, 21 de septiembre de 2015, párr. 7.

[13] Además de la responsabilidad administrativa declarada por el OEFA en septiembre de 2015 por el "derrame ocurrido en el Kilómetro 41+833 del Tramo I del Oleoducto Norperuano generando daño real a la flora y fauna y daño potencial a la vida o salud humana" no se ha realizado ningún estudio conclusivo que determine cuál ha sido el impacto específico de este derrame en las comunidades cercanas ni tampoco un estudio que determine la causa o fuente de la contaminación del río Marañón y la quebrada de Cuninico, ni de la exposición de las personas a metales tóxicos. Por lo anterior, Amnistía Internacional hace un llamado al Estado a investigar, establecer y publicar los hallazgos de la causa de la contaminación de las fuentes de agua y de la exposición a metales tóxicos.

CRISIS DE SALUD EN CUNINICO

“QUE TOMEN EL AGUA COMO NOSOTRAS TOMAMOS”

Loydi Macedo

AFECTACIONES DE SALUD REPORTADAS

Amnistía Internacional entrevistó a miembros de la Comunidad de Cuninico, quienes indicaron que en años recientes han comenzado a experimentar nuevas afectaciones de salud que antes no padecían. La comunidad señala que desde inicios de junio de 2014 empezaron a sentir mal sabor al agua que bebían del río y a los alimentos que preparaban con ella; y que hace aproximadamente tres años, empezaron a sufrir nuevas y más agudas afectaciones de salud. Los síntomas reportados por las mujeres incluyen calambres, cólicos estomacales, dolor en el vientre, ardor al orinar, alergias y/o manchas en la piel acompañadas de comezón y abortos espontáneos. Asimismo, reportan que sus niños y niñas han tenido síntomas similares, y algunas mujeres señalan que sus hijos e hijas han tenido fiebre, y observan que en el colegio su rendimiento académico ha disminuido notablemente.

CONNY LLERENA TRUJILLO

Conny Llerena Trujillo y familia
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea.

Conny contó a Amnistía Internacional que a su bebé nacido en 2014 lo bañaba con agua del río y a partir de los tres meses, le empezaron a salir ronchas en el cuerpo que tiene hasta ahora. Le sacaron muestras de orina, cuyo resultado arrojó que tenía plomo en el organismo.

LISEÑA ESMERALDA OBLITAS

Liseña Esmeralda Oblitas
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Liseña relató a Amnistía Internacional que desde 2014 su hijo de 15 años desarrolló "una fiebre bien fuerte e irritación de su vista, dolor de orina y estaba postrado". Cuenta que hasta ahora su hijo casi no sale de su casa por el dolor de huesos y que cuando está al sol sus ojos comienzan a lagrimear al punto de casi no poder ver.

El Apu, líder comunitario de Cuninico, contó a Amnistía Internacional que ahora en la comunidad se registran embarazos riesgosos y que las mujeres "han perdido muchos bebés que no han llegado a nacer. Nos damos cuenta [de] que en años anteriores estas cosas no pasaban, o muy difícilmente."

DORCA VÁSQUEZ SILVA

Dorca Vásquez Silva
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Dorca contó a Amnistía Internacional sentirse triste y preocupada por el agua. Además, indicó que tuvo dos abortos espontáneos en 2016 y 2017, ambos con tres meses de embarazo. El médico le dijo que "seguramente tiene el útero débil"; sin embargo, ella explicó que antes de 2014 había tenido tres hijos sin problemas y que nunca antes había tenido abortos espontáneos.

JUANA ROSA OTEJÓN

Juana Rosa Otejón
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Juana contó a Amnistía Internacional que en junio de 2014 estaba trabajando en su terreno durante una semana, cuando le empezó a doler la vejiga y luego se dio cuenta de que estaba sangrando. Pasados 15 días el sangrado no paraba, razón por la que fue al centro de salud más cercano en Maypuco, donde le dijeron que estaba embarazada. Como no paraba su sangrado, en Maypuco le señalaron que lo mejor era irse a Iquitos, un centro de salud con mejor infraestructura, ahí fue operada. Juana no se acuerda mucho de lo que pasó, porque no estaba totalmente consciente.

Cuando recobró el conocimiento tres días después en Iquitos, el médico presente le informó que durante su operación descubrió que el feto de dos meses estaba sin vida. Le informó que si se hubiera demorado un poco más en obtener ayuda médica, ella también hubiese muerto. Juana contó a Amnistía Internacional que nunca había tenido ningún problema con sus embarazos anteriores, que todos sus hijos habían nacido a tiempo y sin ningún problema. Después de la operación ya no puede tener hijos, pero dice que tampoco quisiera tener más porque le da miedo.

"Desde ese momento no soy una mujer sana, soy como una inválida. Hasta ahorita no puedo levantar ni un balde de agua. No puedo agarrar un racimito de plátano. Si ya levanto, ya le siento un dolor, se hace duro. Si también, si me voy a bañar, me da escalofríos; si baño tarde, me da escalofríos, fiebre me da. Así estoy sufriendo toda clase de dolencias".

Juana relató que toma agua de lluvia, y cuando se van lejos de Cuninico a pescar, toma el agua de la quebrada pero tiene miedo de comer el pescado, *"pero cuando no hay nada ya tenemos que comer ese, por necesidad".*

Los profesionales médicos que han atendido a la Comunidad de Cuninico durante estos últimos tres años no han establecido la causa de las afectaciones descritas líneas arriba. Sin embargo, expertos médicos consultados por Amnistía Internacional corroboran que dichas afectaciones son posibles síntomas de exposición a metales pesados y otras sustancias químicas a través del agua o el alimento. Es importante resaltar que estos expertos médicos señalan también que los impactos en la salud de la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas no necesariamente se manifiestan inmediatamente, sino que toman un tiempo variable en manifestarse, dependiendo de factores como el tipo de químico, el tiempo de exposición, la cantidad y la frecuencia de la exposición[14], así que incluso individuos que no estén experimentando algún problema de salud o síntoma nocivo en este momento, pueden también estar expuestos a sustancias tóxicas con un impacto negativo para su salud.

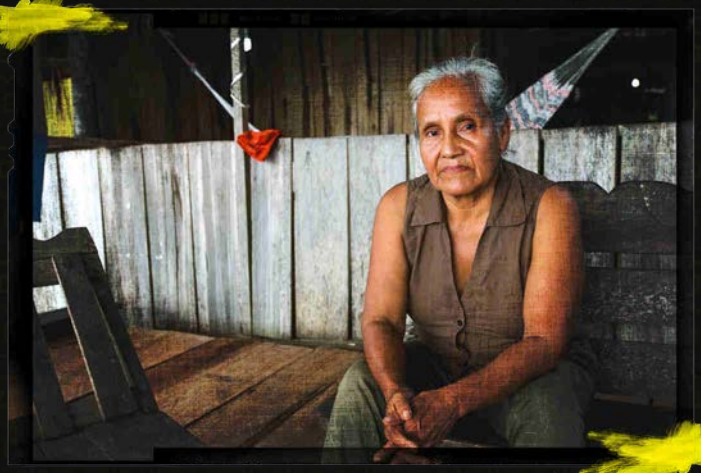
[14] Entrevista con el Dr. Hugo Villa Becerra, el 14 de julio de 2017. Entrevista con el Dr. Fernando Osores Plenge, experto en toxicología clínica ambiental por competencia, el 21 de julio de 2017.

EXPOSICIÓN Y CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS

El 5, 6 y 7 de julio de 2014, la DIRESA Loreto realizó una intervención en Cuninico y otras poblaciones cercanas para identificar fuentes de agua para su tratamiento inmediato, y tomar muestras para el análisis de Hidrocarburos Totales de Petróleo (HTP) y metales pesados en el agua[15]. El muestreo de agua en la quebrada de Cuninico arrojó como resultado que los niveles de aluminio y los HTP se encontraban por encima[16] de los estándares de calidad de agua para consumo humano[17]. La DIRESA también hizo un segundo monitoreo del agua en septiembre de 2014 y la DIGESA otro en junio de 2017. A la fecha de cierre de este documento, los resultados de estas últimas muestras no se habían hecho públicos.

En 2017, la DIGESA y el Presidente de la República declararon emergencias sanitarias por contaminación de agua en el distrito de Urarinas, lo que demuestra que la contaminación hallada en el agua en 2014 sigue presente en la Comunidad de Cuninico[18], sin embargo hasta ahora no se han implementado medidas efectivas para atender la situación de falta de acceso a agua potable de Cuninico. Por el contrario, actualmente las mujeres entrevistadas en Cuninico señalan que tienen que intentar juntar agua de lluvia para beber, cocinar y bañarse. No obstante, muchas familias no tienen bastantes recipientes o no llueve lo suficiente para hacerlo; por ello se ven obligadas a utilizar el agua del río, porque no tienen agua potable en la comunidad.

CORINA TRUJILLO ACHO



Corina Trujillo Acho
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Corina narró a Amnistía Internacional que desde el 2014 no tienen agua limpia para tomar y que si toman o se bañan en el agua del río, les da cólicos, vómitos y diarrea; asimismo presenta dolores en el cuerpo y a veces no puede caminar. Cuando supo que el agua del río estaba contaminada, comenzó a tomar agua de lluvia, pero cuando no llovía, tenía que tomar la del río nuevamente. Dice que el MINSA le realizó una evaluación de exposición a metales tóxicos pero que no le ha dado una explicación sobre las consecuencias de esa exposición.

[15] Perú. Estrategia de Metales Pesados, DIRESA Loreto, Informe de la Atención Integral de Salud en la Comunidad de Cuninico – Rio Marañón, julio de 2014, apartados II. Objetivos.

[16] Perú. DIGESA, Oficio No. 4606-2014/DEPA/DIGESA, 18 de agosto de 2014.

[17] La quebrada de Cuninico, al ser tributaria del río Marañón, adopta su misma categoría conforme al Decreto Supremo No 023-2009-MINAM es decir categoría 3 "riego de vegetales y bebida de animales". Sin embargo, el agua de la quebrada se midió bajo la categoría 1 y A1 "agua para consumo humano", en vista de que las aguas de la quebrada son utilizadas por la Comunidad de Cuninico directamente para consumo humano. Perú. Informe No 4318-2014/DEPA/DIGESA, Remite información de evaluación de resultados del parámetro de Metales Pesados e Hidrocarburos Totales de Petróleo (HTP) de las muestras de agua superficial de la quebrada de Cuninico ubicada en el distrito de Urarinas, provincia y departamento de Loreto, 5 de agosto de 2014.

[18] Perú. Resolución Directoral No 026-2017/DIGESA/SA, Disponen medidas de seguridad en materia de la calidad del agua para consumo humano en los distritos de Urarinas y Parinari de la provincia y departamento de Loreto, 5 de abril de 2017, artículo primero. Perú, Diario Oficial El Peruano, Decreto Supremo No 018-2017-SA.

En cuanto al análisis de la exposición de las personas a metales pesados, el 13 de diciembre de 2015, un equipo de CENSOPAS y la DIRESA Loreto visitaron Cuninico y San Pedro, otra comunidad cercana, como parte de un estudio sobre factores de riesgo de exposición a metales pesados e hidrocarburos. Sin embargo, casi dos años después, estos resultados aún no han sido publicados, presuntamente porque las muestras fueron tomadas como parte de un estudio más amplio que aún no ha sido finalizado por el CENSOPAS[19].

En enero de 2016 el CENSOPAS retornó a las comunidades de Cuninico y San Pedro, y efectuó una toma de muestras de sangre y orina de 129 personas (68 hombres y 61 mujeres, 55 menores de 18 años) de las que el 86.8% era de residentes de Cuninico[20]. El Informe publicado por MINSA con base en los resultados de esta muestra concluyó que el 50.54% de la población total evaluada poseía valores de mercurio por encima del rango de referencia; y que el 16.81% de todos los evaluados presentaron valores sobre el rango de referencia de cadmio[21]. En cuanto a los niveles de plomo, el MINSA dio cuenta de 84 personas en Cuninico con valores de entre 2 y 10 µg/dL y un niño de siete años de Cuninico con 14.16 µg/dL de plomo.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que existe certeza científica sobre los daños a la salud que causan el plomo, cadmio, arsénico y mercurio[22] destacados en la siguiente tabla:

SUSTANCIA QUÍMICA	IMPACTO EN LA SALUD
PLOMO	Es una sustancia tóxica que se acumula y afecta numerosas partes del organismo, entre ellas los sistemas neurológico, hematológico, gastrointestinal, cardiovascular y renal. Los niños son particularmente vulnerables a los efectos neurotóxicos del plomo, e incluso niveles bajos de exposición pueden causar lesiones neurológicas graves y en algunos casos irreversibles[23]. No existe nivel de exposición al plomo que sea seguro para la salud[24].
CADMIO	El cadmio tiene efectos tóxicos en el riñón y en los sistemas óseo y respiratorio, y está clasificado como carcinógeno para el ser humano[25].
ARSÉNICO	El arsénico inorgánico soluble es altamente tóxico. La ingestión de arsénico inorgánico durante largos periodos puede provocar intoxicación crónica (arsenicosis). Los efectos, que pueden tardar años en aparecer en función del nivel de exposición, consisten en lesiones cutáneas, neuropatía periférica, síntomas gastrointestinales, diabetes, problemas renales, enfermedades cardiovasculares y cáncer[26].
MERCURIO	El mercurio es tóxico para la salud humana y supone una amenaza especial para el desarrollo del feto en el útero y en las primeras etapas de la vida. Existe en diversas formas: elemental (o metálico); inorgánico (por ejemplo cloruro de mercurio) y orgánico (por ejemplo metil y etilmercurio), que tienen diferentes efectos tóxicos cada una, en particular en los sistemas nervioso, digestivo e inmunitario, así como en los pulmones, los riñones, la piel y los ojos. Estudiando a determinadas poblaciones que practican la pesca de subsistencia, se estimó que entre 1,5 y 17 de cada mil niños presentaban efectos cognitivos causados por el consumo de pescado que contenía mercurio[27].

FUENTE: OMS, Ambientes Saludables y Prevención de Enfermedades, 2010

[19] La investigación *Niveles y factores de riesgo de exposición a metales pesados e hidrocarburos en los habitantes de las comunidades de las cuencas de los ríos Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón del departamento de Loreto* no ha sido publicada. Según los registros del Instituto Nacional de Salud aparece aprobada y en ejecución. Fue registrada en el sistema el 13 de abril de 2015. Información disponible en: http://www.ins.gob.pe/directorio/investigador.asp?id=30 (acceso el 1 de agosto de 2017).

[20] Según el MINSA la toma y el manejo de las muestras biológicas se realizó cumpliendo las normas técnicas específicas. Perú. Informe Determinación de Metales Pesados en las Comunidades de Cuninico y San Pedro – Cuenca del Marañón del Departamento de Loreto, enero de 2016, pp. 3-4.

[21] Perú. Informe Determinación de Metales Pesados en las Comunidades de Cuninico y San Pedro – Cuenca del Marañón del Departamento de Loreto, enero de 2016, p. 8.

[22] OMS. Diez Sustancias Químicas que constituyen una preocupación para la salud pública. http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/chemicals_phc/es/ (acceso el 2 de agosto de 2017).

[23] OMS. Información sobre Plomo. http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/lead/es/ (acceso el 2 de agosto de 2017).

[24] OMS. Intoxicación por plomo y salud. Nota descriptiva. Actualización de septiembre de 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs379/es/. (acceso el 2 de agosto de 2017)

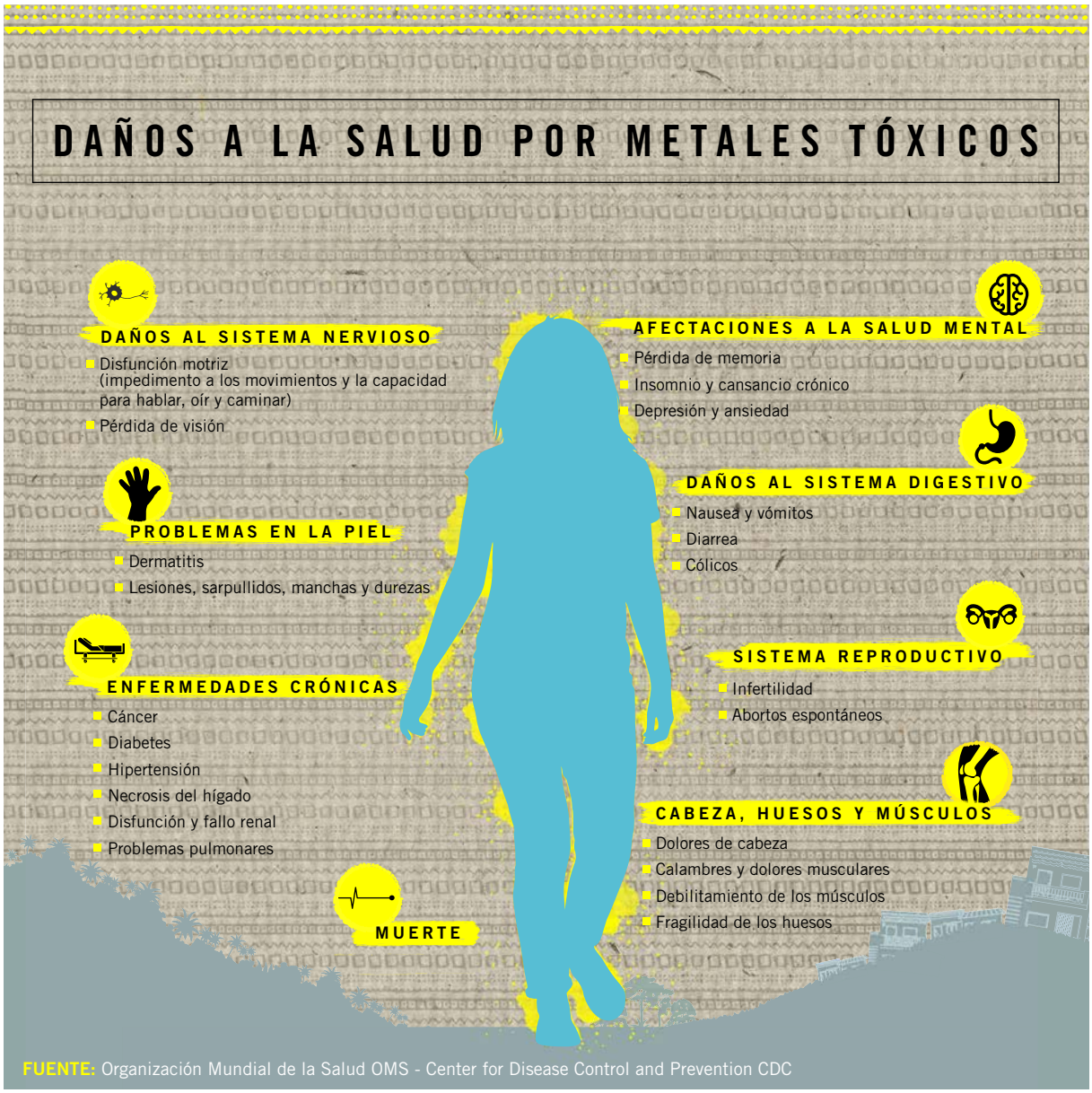
[25] OMS. Información sobre Cadmio. http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/cadmium/es/ (acceso el 2 de agosto de 2017).

[26] OMS. Información sobre Arsénico. http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/arsenic/es/ (acceso el 2 de agosto de 2017).

[27] OMS. Información sobre Mercurio. http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury/es/ (acceso el 2 de agosto de 2017).

Asimismo, dada la certeza científica de los daños a la salud de estas cuatro sustancias descritas, en Perú se desarrollaron Guías Clínicas para el Diagnóstico y Tratamiento frente a Intoxicación por estas sustancias[28].

En algunos análisis de metales pesados se utiliza el término "valor (o rango o límite) de referencia" como forma de medir la cantidad de metales pesados en el organismo. De acuerdo con especialistas médicos consultados por Amnistía Internacional, los valores de referencia son un indicativo del promedio de presencia de metales en la población y no representan límites de seguridad o salud ni constituyen valores de normalidad. Es decir, el estar por debajo del límite de referencia no significa una ausencia total de riesgo o daño a la salud, simplemente indica que no se sabe la magnitud del mismo[29].



[28] Guía Técnica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Arsénico –aprobada mediante la Resolución Ministerial No 389-2011/MINSA– y Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Intoxicación por Plomo –aprobada mediante la Resolución Ministerial No 511-2011/MINSA; Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Mercurio y la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Cadmio –ambas aprobadas mediante la Resolución Ministerial No 757-2013/MINSA.

[29] Entrevista con el Dr. Fernando Osores Plenge, experto en toxicología clínica ambiental por competencia, el 21 de julio de 2017.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Desde que se descubrió que el agua de Cuninico está contaminada y las personas estan expuestas a metales pesados y otras sustancias químicas, no ha habido ninguna intervención del Estado destinada a determinar el impacto de esta exposición en la salud de la población. Tampoco se ha determinado si las afectaciones de salud reportadas por la comunidad están vinculadas a esta misma contaminación, ni a limpiar el agua o asegurar que las comunidades tengan acceso a otras fuentes de agua potable. Además, los servicios de salud, a los cuales la comunidad tiene acceso, son inadecuados y no satisfacen sus necesidades básicas ni mucho menos los riesgos y necesidades agudas vinculadas a exposición a metales pesados y otras sustancias químicas.

En julio de 2014, la DIRESA Loreto visitó Cuninico y brindó atención médica a 56 pobladores, mayormente mujeres entre 20 y 49 años de edad, en una comunidad de más de 500 habitantes pero sin explicar la razón de la falta de atención al resto de la población. Después de la visita, la DIRESA Loreto recomendó continuar con la "atención integral de salud"[30] y la orientación educativa a los pobladores sobre la importancia del consumo de agua "segura"[31], las cuales no continuaron tras esta intervención.

Actualmente Cuninico no cuenta con un establecimiento de salud operativo, y el centro de asistencia más cercano se encuentra en Maypuco, aproximadamente a una hora y media en lancha rápida. El Centro de Salud de Maypuco[32], de acuerdo con la información proporcionada por la Coordinación de Pueblos Indígenas de la DIRESA Loreto, sólo cuenta con dos médicos generales que no están especializados en temas relevantes para las necesidades sanitarias en Cuninico como ginecología o toxicología.

El Apu de Cuninico señaló que, en abril de 2017, la DIRESA Loreto llegó a Cuninico y construyó un módulo de atención en salud, pero que nunca fue equipado y ni ha estado plenamente operativo. El Apu contó que 20 días después de que fue construido el módulo aún no había llegado nadie para implementarlo, por lo que la comunidad redactó un pedido de implementación del módulo de atención en salud con personal profesional y las medicinas necesarias, y dieron un plazo de dos meses para tener una respuesta. El Apu indicó que el documento lo entregaron en la DIRESA Loreto y después fue dos veces a la oficina a preguntar por su solicitud y hacer seguimiento; sin embargo, la respuesta que recibió fue que el módulo no se implementaba por falta de presupuesto.

Durante la visita de Amnistía Internacional a Cuninico, entre el 13 y el 16 de junio de 2017, se pudo observar que el módulo de atención en salud estaba construido pero permanecía vacío e inoperante.

En entrevista con Amnistía Internacional el 17 de junio de 2017, la Coordinación de Pueblos Indígenas de la DIRESA Loreto informó que el módulo de salud en cuestión estaba destinado a atender mediante telemedicina. Esto consiste en la dotación de un televisor de 72 pulgadas y una laptop que

↑ Vista exterior e interior del módulo de atención en salud en Cuninico, 13 de junio de 2017 © Amnistía Internacional | Kat Goicochea

[30] Perú. Estrategia de Metales Pesados, DIRESA Loreto, Informe de la Atención Integral de Salud en la Comunidad de Cuninico – Rio Marañón, julio de 2014, apartados II. Objetivos.

[31] Perú. Estrategia de Metales Pesados, DIRESA Loreto, Informe de la Atención Integral de Salud en la Comunidad de Cuninico – Rio Marañón, julio de 2014, apartados II. Objetivos.

[32] El Centro de Salud de Maypuco tiene la categoría I-3. Resolución Ministerial No 546-2011/MINSA NTS No 021-MINSA/dgsp-v.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

↑ Vista exterior e interior del módulo de atención en salud en Cuninico, 13 de junio de 2017 © Amnistía Internacional | Kat Goicochea

están interconectados con los hospitales de Lima. El sistema es operado por un/a técnico/a en enfermería y requiere de electricidad y conexión a internet, los cuales no están fácilmente disponibles en la Comunidad de Cuninico. No sólo este tipo de tecnología no se adapta a los recursos disponibles en Cuninico, sino que, además, los representantes de la comunidad indicaron que esta propuesta de servicios de telemedicina es culturalmente inaceptable para el Pueblo Indígena kukama en Cuninico.

El desconocimiento de las necesidades, marcos culturales y recursos reales en la Comunidad de Cuninico por parte de las autoridades locales ha resultado en una provisión de servicios de salud inadecuada y que no corresponde con la forma de vida ni con las necesidades de salud de la comunidad, mucho menos con los requerimientos particulares vinculados a la exposición a metales pesados. Esta falta de conocimiento quedó evidenciada en la entrevista sostenida el 17 de junio de 2017 con la Gerencia de Desarrollo Social y la Gerencia de Asuntos Indígenas del Gobierno Regional de Loreto, cuyos representantes inicialmente aseguraron a Amnistía Internacional que Cuninico tenía un módulo de atención en salud en pleno funcionamiento y una planta de tratamiento de agua, ninguna de las cuales existe en la zona.

La comunidad informó que una semana antes de la visita anunciada de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a Cuninico, el 8 de julio de 2017, finalmente llegó un técnico de enfermería al módulo de atención y lo puso en funcionamiento, de manera parcial, con medicinas básicas, algunas de las cuales necesitan permanecer en refrigeración y no lo estaban. La comunidad reportó que este técnico atendió todos los días hasta el 14 de julio, cuando llegó un segundo técnico que atendió hasta el 28 de julio. Desde esa fecha, el módulo permanece sin atención, salvo el 9 de agosto cuando llegó un nuevo técnico en enfermería del Centro de Salud de Maypuco, quien, indicando que no tenía un contrato con la DIRESA para permanecer en Cuninico, se fue ese mismo día.

Representantes de la comunidad señalaron también que los técnicos sólo pudieron atender malestares leves como fiebre, cólicos y alergias. El módulo de atención en salud aún no cuenta con los recursos necesarios, por lo que los residentes de Cuninico deben acudir al Centro de Salud de Maypuco cuando necesitan atención médica. Sin embargo, en Maypuco hay una ausencia de profesionales de salud que puedan brindar información especializada a la comunidad sobre los riesgos para la salud que implica la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas. En consecuencia, las mujeres que resultaron expuestas a metales pesados en las evaluaciones llevadas a cabo por el Estado no tienen acceso a servicios de salud requeridos para su situación especialmente riesgosa. Ellas contaron a Amnistía Internacional que aún no han recibido explicación sobre los riesgos e impactos en su salud por la exposición a metales tóxicos y no saben cómo ésta puede estar afectando su salud ni cómo enfrentarla.

“NOS ESTAMOS MURIENDO DE HAMBRE Y DE SED”

FLOR DE MARÍA PARANA

Flor de María Parana
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Flor de María tiene 43 años y es Indígena kukama de la Comunidad Nativa de Cuninico. Tuvo cinco hijos/as, de los cuales viven cuatro, y tienen 22, 18, 9 y 5 años. Ella cuenta que los miembros de la comunidad han estado comiendo el pescado del río, aunque el agua del mismo está contaminada y que ven algunos peces deformes. *“No te da ganas de comer, por eso nosotros comemos el pescado ahora escogiéndole. Y ya no comemos como hemos sido antes, desconfiando, [sino] revisándole bien”*. A menudo, Flor de María y sus vecinos tienen que conseguir comida de otros lados. Para el agua señala que esperan a que llueva para tener para tomar y cocinar, pero si no llueve, toman el agua de río.

Flor de María expresó a Amnistía Internacional que ahora tiene dolores de cabeza y cuando se baña siente como si le quemara la piel. Siente dolor al orinar, y a veces le dan infecciones diarreicas. Contó que ahora en la comunidad hay nuevas afectaciones de salud que no se producían antes, incluyendo complicaciones con embarazos. *“Casi mensual sabías que la tal fulana está embarazada de un mes, de dos meses, de tres meses, a sus cuatro meses ya estaba yendo a Maypuco sangrando. A la otra semana, otra sangrando. Y justamente el doctor de Maypuco ya a nosotras nos tenía como mujeres abortadoras. Mujeres abortadoras de Cuninico, porque a cada rato se iban las madres con este tipo de enfermedad”*.

Tras las evaluaciones de metales tóxicos hechas por la DIRESA Loreto en 2016, Flor de María narró que hasta la fecha el gobierno no les ha dado explicaciones sobre los resultados de los exámenes. *“No nos querían explicar. [Yo] preguntaba: ‘Explícanos como es cuando tenemos alguna cosa de plomo, mercurio en nuestra sangre.’ ‘No, eso no significa nada, no tienen nada ustedes, lleva nomás’ nos decían. Yo tengo ahí mi resultado, pero no sé qué es, como será, si será alto, bajo […]”*.

Flor de María también ha notado que su hijo más pequeño ha bajado de peso, a veces no quiere comer y está triste, y ahora le da miedo que sus hijos vayan a tener alguna enfermedad cuando se bañan en el río.

El Apu de Cuninico señaló a Amnistía Internacional que “las cosas [en la comunidad] van de mal en peor” y que “muy poco se ha visto la atención del Estado”.

PROMESAS DE PAPEL

"PAPELES, PAPELES Y MÁS PAPELES"

Galo Vásquez Silva

En el Informe publicado por MINSA en 2016 se evidencia que la población evaluada está expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas, sin embargo, el informe no intenta establecer la causa de la exposición[33] y se limita a emitir tres recomendaciones generales sin identificar a las autoridades responsables de ejecutarlas:

- Brindar una visita médica por parte de las autoridades responsables y evaluar los casos puntuales según la lista de resultados mostrados del informe, así como incluir en la evaluación una psicológica debido a las concentraciones de mercurio encontradas.
- Evaluar nuevamente a estas comunidades post evaluación previa y entrega de sus resultados.
- Incluir a las personas dosadas en el estudio de las cuatro cuencas (a realizarse por CENSOPAS en 2016)[34] para que tengan dos mediciones de su estado de salud[35].

De acuerdo con información proporcionada por las personas entrevistadas en Cuninico, a la fecha ninguna de estas tres recomendaciones se habría cumplido.

DEMANDA CONSTITUCIONAL DE CUMPLIMIENTO Y MEDIDA CAUTELAR

En enero de 2015 los Apus de las Comunidades Nativas de Cuninico, Nueva Esperanza, Nueva Santa Rosa, y San Francisco interpusieron un proceso constitucional de cumplimiento contra diversas entidades del Estado por, según sostienen los demandantes en su escrito, haber incumplido diversas normas en materia de salud[36].

El 9 de marzo de 2015, el Juzgado Mixto I de Nauta admitió la demanda, la cual se encuentra actualmente en trámite. Asimismo, se solicitó una medida cautelar en el marco del proceso de cumplimiento, la cual fue otorgada por el Juzgado Mixto I de Nauta el 22 de febrero de 2017 y ordenó las medidas en materia de salud[37] que se destacan a continuación:

1. Se ordena al Ministerio de Salud, dentro del plazo de treinta días, que diseñe e implemente una Estrategia de Salud Pública de emergencia que permita establecer un programa de atención médica, así como de vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria; asimismo que ejecute un programa de asistencia y atención en salubridad a la población, en especial a los niños, niñas, madres gestantes y adultos mayores, a efectos de identificar a las per-

[33] Perú. Informe Determinación de Metales Pesados en las Comunidades de Cuninico y San Pedro – Cuenca del Marañón del Departamento de Loreto, enero de 2016, p. 8.

[34] Cabe señalar que este último estudio "de las cuatro cuencas" es el estudio piloto de CENSOPAS sobre factores de riesgo de exposición a metales pesados e hidrocarburos que aún no ha sido presentado.

[35] Perú. Informe Determinación de Metales Pesados en las Comunidades de Cuninico y San Pedro – Cuenca del Marañón del Departamento de Loreto, enero de 2016, p. 8.

[36] Sobre las normas de salud que los demandantes alegan haber sido violadas, ver Anexo I.

[37] Perú. Juzgado Mixto Nauta I, Expediente 00001-2015-86-1901-JM-CI-01, Acción de Cumplimiento, Resolución Número Uno, 22 de febrero de 2017.

sonas que pudieron haber sido afectadas por las consecuencias del derrame de petróleo y brindarles la atención médica pertinente.

2. Se ordena que el Ministerio de Salud, transcurrido el plazo mencionado en el punto precedente, informe documentadamente sobre el avance de la ejecución de la estrategia de salud y salubridad al Juzgado Mixto de la Provincia de Loreto Nauta, respecto de las acciones tomadas para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente.

3. Se exhorta al Gobierno Regional de Loreto, a la Municipalidad Provincial de Loreto Nauta, que en coordinación con las Municipalidades Distritales participen urgentemente en las acciones de ejecución que permitan la protección de la salud de los pobladores de las comunidades afectadas, debiendo priorizarse, en todos los casos, el tratamiento de los niños, mujeres gestantes y adultos mayores[38].

Miembros de las comunidades favorecidas con la medida cautelar, así como sus representantes legales, indicaron a Amnistía Internacional que a la fecha no se ha cumplido plenamente con estas medidas ordenadas por el Juzgado de Nauta hace casi siete meses. Por su parte, la Procuraduría del Ministerio de Salud informó, en una reunión sostenida con Amnistía Internacional en junio de 2017, que mensualmente informan al Juzgado de Nauta sobre el cumplimiento de las medidas, y que ya han presentado tres informes al Juzgado sobre lo mismo. En la reunión, la Procuradora del MINSA guardó reserva sobre el contenido de estos informes y sobre sus presuntas acciones en cumplimiento de la medida por considerar que se encuentran "reservadas en el marco de un proceso judicial".

Sin embargo, según informó la comunidad a Amnistía Internacional, las intervenciones de MINSA, en respuesta a la medida cautelar, se han limitado a proveer atención médica básica y extracción de dientes. La comunidad reporta que no se han hecho atenciones individualizadas ni tampoco se ha brindado atención o información especializada sobre exposición e intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas.

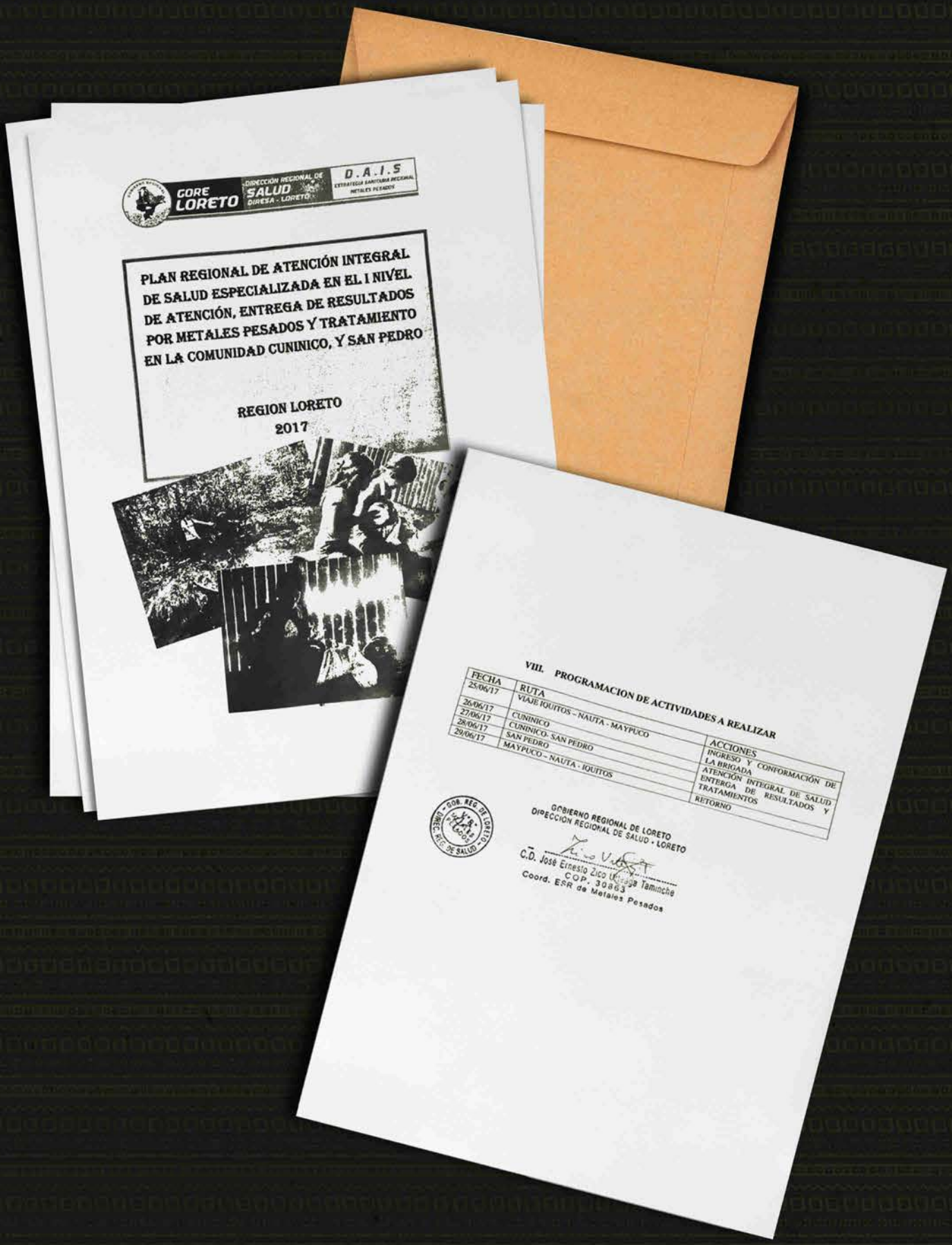
Se destaca que de conformidad con el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas[39], el diseño e implementación de cualquier Plan de Emergencia deben ser consultados con las cuatro comunidades Indígenas del pueblo kukama referidas en la medida cautelar. Las mujeres y líderes comunitarios entrevistados en Cuninico refieren que en ningún momento las autoridades de salud tanto a nivel nacional como regional han contactado a sus comunidades para un proceso de consulta, ni han presentado en su comunidad un Plan de Emergencia que incluya los elementos delimitados por el Juzgado de Nauta.

Corresponde señalar que el personal de salud del MINSA[40] y la DIRESA Loreto si realizaron una visita a la Comunidad de Cuninico el 13 de junio de 2017 y presentaron ante la comunidad dos documentos de dos hojas cada uno (carátula y contenido, ver imágenes en la página siguiente), presuntamente en cumplimiento de la medida cautelar. Sin embargo, las imágenes muestran que salvo mostrar una agenda de viaje, no brindaron a la comunidad ninguna información sobre las presuntas atenciones que se realizarían en la comunidad o la Estrategia de Salud Pública de emergencia ordenada por la medida cautelar.

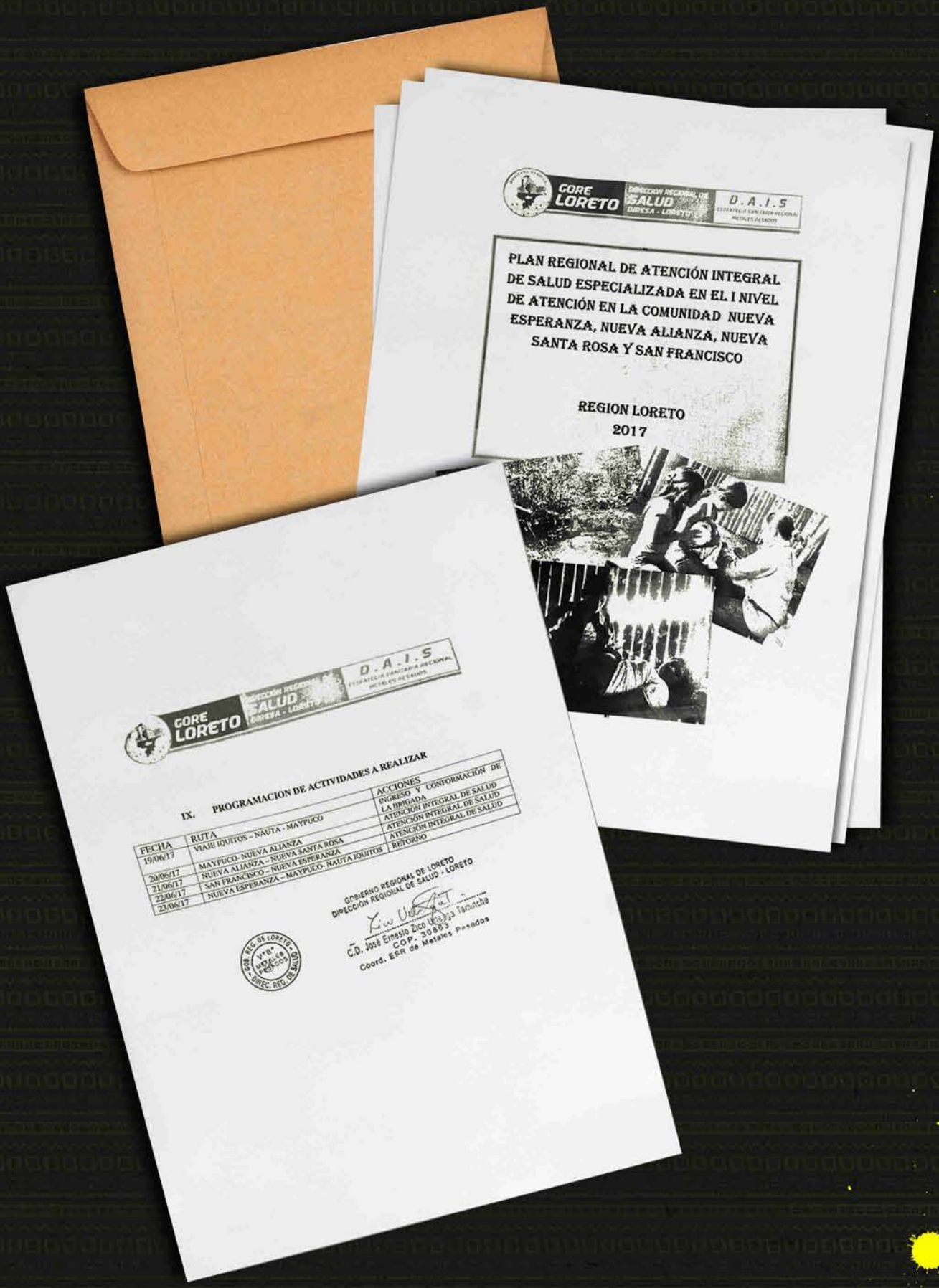
[38] Perú. Juzgado Mixto Nauta I, Expediente 00001-2015-86-1901-JM-CI-01, Acción de Cumplimiento, Resolución Número Uno, 22 de febrero de 2017.

[39] Artículo 6.a) del Convenio 169 de la OIT y artículo 19 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

[40] En esta visita participó personal de la DIGESA, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).



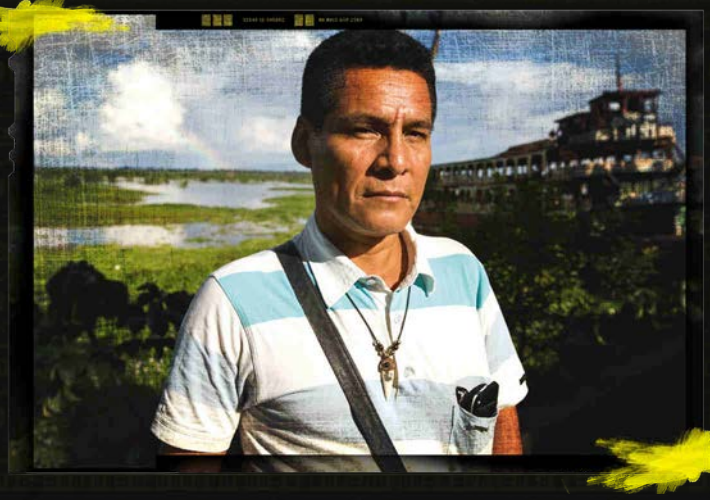
↑ Documento titulado "Plan regional de atención integral de salud especializada en el nivel I de atención, entrega de resultados por metales pesados y tratamiento en la comunidad de Cuninico y San Pedro"



Documento titulado "Plan regional de atención integral de salud especializada en el nivel I de atención en la comunidad de Nueva Esperanza, Nueva Alianza, Nueva Santa Rosa y San Francisco"

“PAPELES, PAPELES Y MÁS PAPELES, ACUERDOS Y MÁS ACUERDOS”

GALO VÁSQUEZ SILVA



Galo Vásquez Silva
© Amnistía Internacional | Kat Goicochea

Galo Vásquez relató a Amnistía Internacional que durante la primera semana de junio de 2017 estuvo en Lima, en su calidad de presidente de la Federación de Pueblos Cocamas Unidos del Marañón, dando seguimiento a acuerdos que se hicieron con la Federación y distintas comunidades y señaló que a la fecha no ha habido solución a sus problemas.

“[N]o se está viendo nada hasta ahorita, [sólo] papeles, papeles y más papeles, acuerdos y más acuerdos. Lo que se quiere [en la comunidad] es acción inmediata frente a las realidades, a los problemas, a la situación crítica [en la] que están las comunidades. Ahí amerita una acción urgente. Sobre todo el agua, la alimentación.

Entonces no sé el [E]stado por qué no ha podido entender aún hasta ahora, no ha podido reconocer la situación que está viviendo esa población […]. Entendemos así que estamos marginados.

Entonces eso hace a nosotros también emplazarnos pues allá, a exigir. Exigir, digamos, porque nos obliga a exigir por la situación [en la] que nos encontramos. Entonces ahí recién ahora que estamos viniendo a Lima […] [las instancias del Estado se] han pronunciado, pero de ese pronunciamiento también ya nosotros tenemos duda, pero esperamos que no fuera así. Entonces ahí fue donde nos dijeron que en lapso de 80 días van a instalar agua, pozos, y mientras eso nos van a dar filtros de agua para toda la familia. Ojalá sea así, pero de no ser así, tenemos que seguir, porque obliga”.

La Comunidad de Cuninico también ha llevado su reclamo hasta la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) donde tuvieron una audiencia temática en junio de 2016[41]. En dicha audiencia el representante de Petroperú invitó a la CIDH a hacer una visita a Cuninico, la cual se llevó a cabo en julio de 2017[42]. Tras esta visita, en un comunicado de prensa, la CIDH dio cuenta de la información recibida de la comunidad relacionada con sus preocupaciones en materia de alimentación, la contaminación del río y la falta de agua potable. Así como las inquietudes con relación al aumento de las afectaciones de salud y la presencia de contaminantes en los niños y niñas (reflejados en resultados de exámenes de sangre y orina). Asimismo, la comunidad llamó la atención de la CIDH respecto de la necesidad de implementar debidamente el establecimiento de salud construido en la comunidad y el hecho de que, hasta el momento, de acuerdo con la comunidad, sólo ha recibido la visita de un médico una vez en tres años[43].

La CIDH instó al Estado a "continuar y ampliar el diálogo con las comunidades afectadas en aras de proteger el pleno goce y ejercicio de sus derechos humanos y de adoptar las medidas necesarias para proveer agua, alimentos y servicios de salud adecuados a las comunidades [...]"[44].

A pesar de estos múltiples acuerdos, recomendaciones, medidas cautelares y promesas, la Comunidad de Cuninico sigue esperando que el Estado, a todos sus niveles, proteja y garantice su derecho a la salud.

[41] CIDH. Audiencia temática: Afectaciones a los derechos humanos por derrames de petróleo en Perú, solicitada por: Comunidad Nativa de Cuninico / Gobierno Territorial Autónomo de la Nación Wampis / Organización Regional de Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte del Perú (ORPIAN-P) / Instituto de Defensa Legal (IDL) / Comisión de Justicia y Paz- Derechos Humanos del Vicariato de Iquitos / Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), el 9 de junio de 2016.

[42] CIDH. CIDH anuncia visita a la Amazonía peruana, el 7 de julio de 2017.

[43] CIDH. Comunicado de Prensa. CIDH realiza visita a la Amazonía peruana, 25 de julio de 2017.

[44] CIDH. Comunicado de Prensa. CIDH realiza visita a la Amazonía peruana, 25 de julio de 2017.

↑ Vista de Yauri, capital de la Provincia de Espinar | **© Amnistía Internacional** | Diego Cárdenas Sedano

EL CASO DE ESPINAR

“NADIE SE PREOCUPA POR NOSOTRAS”

Comunera de Huisa Chipta

Amnistía Internacional visitó las comunidades de Alto Huarca, Cala Cala, Huisa, Huisa Collana, Alto Huancané y Bajo Huancané del Pueblo Indígena kana[45]. Estas comunidades habitan en el área de influencia de la operación minera Tintaya-Antapaccay[46] en la provincia de Espinar, departamento de Cusco.

Las comunidades visitadas se encuentran en las cuencas de los ríos Cañipía y Salado de los que a su vez salen manantiales que las comunidades utilizan como su fuente de agua para consumo humano, cocinar, bañarse y para consumo de sus animales.

La provincia de Espinar convive con la minería desde hace 100 años ya que en 1917 se iniciaron las exploraciones para la mina Tintaya, la cual inició efectivamente operaciones en 1985. Su expansión, la operación minera Tintaya-Antapaccay, inició operaciones durante el último trimestre de 2012[47] y a la fecha continúa operando[48].

---

[45] Perú, Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Disponible en: http://bdpi.cultura.gob.pe/pueblo/quechuas (acceso el 23 de junio de 2017).

[46] El EIA definió al área de influencia directa a “los asentamientos y las personas con potencial de experimentar los impactos sociales del Proyecto [Antapaccay – Expansión Tintaya] relacionados a consecuencias de potenciales cambios ambientales, adquisición de tierras, oportunidades económicas, tráfico y/o efectos socio-culturales. Más aun, algunas de estas comunidades se están actualmente beneficiando de la inversión social que se hace posible debido a la mina Tintaya y que continuarán recibiendo beneficios durante el desarrollo de[l] Proyecto [Antapaccay – Expansión Tintaya]”. Si bien son 11 comunidades ubicadas en el área de influencia del proyecto Tintaya-Antapaccay, por razones de acceso o disponibilidad de las mujeres a ser entrevistadas, Amnistía Internacional solo pudo visitar seis comunidades. Golder Associates. Volumen A Resumen Ejecutivo EIA Proyecto Antapaccay - Expansión Tintaya, No Informe: 089-4153121 diciembre de 2009, pp.14-15 y 179.

[47] Xstrata Copper División Operaciones Perú. Informe de Sostenibilidad, 2012, p. 5.

[48] No se ha realizado o publicado ningún estudio conclusivo que determine cuál ha sido el impacto específico de la operación minera Tintaya-Antapaccay en las comunidades ubicadas en su área de influencia ni tampoco un estudio que determine la causa o fuente de la contaminación de las fuentes de agua, ni de la exposición de las personas a metales tóxicos. Por lo anterior, Amnistía Internacional hace un llamado al Estado a investigar, establecer y publicar los hallazgos de la causa de la contaminación de las fuentes de agua y de la exposición a metales tóxicos.

CRISIS DE SALUD EN ESPINAR

> “TODAS DICEN ESTAMOS MAL, PERO NO SABEMOS POR QUÉ”
>
> Marleny Surco

AFECTACIONES DE SALUD REPORTADAS

En Espinar, las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional relataron sus afectaciones de salud y las de sus familias, reportando de manera consistente tener malestares de salud como dolores de cabeza, dolores de huesos, dolor de estómago acompañado de diarrea, ardor en la vista o vista llorosa, problemas respiratorios como tos y ardor en la garganta y problemas urinarios y renales, entre otros.

CARMEN CATALINA CHAMBI SURCO

Carmen Chambi Surco | **COMUNIDAD DE ALTO HUANCANÉ**
© Amnistía Internacional | Diego Cárdenas Sedano

Carmen contó a Amnistía Internacional que de sus seis hijos/as, cuatro están enfermos/as y que los dos mayores están aparentemente sanos/as, aunque señala *“de repente son como yo que me callo silenciosamente mi dolor”*. Explicó que uno de sus hijos nació con el oído cerrado y a otro le sacaron un quiste del pulmón. A éste último el médico que lo operó le dijo que su pulmón era “como una manzana podrida”. Refirió que sus otros hijos tienen problemas de concentración y dolor de cabeza.

Ella tiene dolor de cuerpo y de los pulmones, ha perdido la audición de un oído y la han operado de cálculos en el hígado. *“No nos maten paulatinamente, tomen en cuenta que nosotros también somos seres humanos, y necesitamos vivir así como [las autoridades] viven. Que piensen en el medio ambiente, que piensen cómo nosotros vivimos. Y que piensen por qué nos están matando paulatinamente a nosotros aquí, a la gente tanto [como a] los animales”*.

MARLENY SURCO

Marleny Surco | **COMUNIDAD DE HUISA COLLANA**
© Amnistía Internacional | Nataniel Furgang

Marleny, de 41 años, contó a Amnistía Internacional que hace tres a cuatro años le detectaron problemas en las válvulas del corazón. Los médicos le han dicho que se tiene que operar para cambiar su válvula aórtica, pero el dinero no le alcanza para pagar la operación.

Ella mencionó que sus hijos le dicen *"Mamá, me canso"*, lo que la hace pensar *"pueden ser como yo". "Aparecen enfermedades desconocidas, casi todos estamos mal"*. Contó que cuando se bañan, el agua pica y da diarrea, y que sus hijos ya no quieren ni bañarse.

Las personas entrevistadas dicen que cuando han acudido a profesionales de salud del Estado, éstos no les han explicado cuáles podrían ser las causas de sus afectaciones. Sin embargo, expertos médicos consultados por Amnistía Internacional han corroborado que estas afectaciones son posibles síntomas de exposición a metales pesados y otras sustancias químicas a través del agua o el alimento. Las mujeres entrevistadas contaron a Amnistía Internacional que cada vez que toman agua de los ríos o manantiales se sienten enfermas. Señalan también que sus animales, que beben de la misma agua, han ido muriendo sin explicación.

EXPOSICIÓN Y CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS

Tras múltiples estudios del Estado, se ha establecido que la población de varias comunidades en Espinar está expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas y que sus fuentes principales de agua también están contaminadas con estas sustancias.

Entre septiembre de 2012 y febrero de 2013, se tomaron muestras de agua en 15 comunidades en Espinar para efectuar un monitoreo sanitario ambiental. El informe final de este monitoreo publicado por el Ministerio del Ambiente en junio de 2013[49], señaló que de los 58 puntos de agua evaluados, 41 puntos contenían, por lo menos, un metal pesado u otra sustancia química por encima de los límites máximos permisibles establecidos por la normativa nacional.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de las comunidades en Espinar en las que al menos un metal o sustancia química excede los límites máximos permisibles:

LOCALIDADES EN LAS CUALES EL AGUA DE CONSUMO HUMANO EXCEDE EN POR LO MENOS UN PARÁMETRO LOS LÍMITES MÁXIMOS PERMISIBLES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

CUENCA	COMUNIDAD	SUSTANCIAS HALLADAS QUE SUPERAN LOS LIMITES MAXIMOS PERMISIBLES
CAÑIPÍA	ALTO HUARCA	Mercurio, PH
	HUISA	Mercurio, fósforo, PH
	HUISA COLLANA	Arsénico, coliformes totales, coliformes termotolerantes
	YAURI	Hierro, mercurio, coliformes totales, coliformes termotolerantes
SALADO	HUANO	Arsénico, aluminio, mercurio, plomo coliformes totales, coliformes termotolerantes, cloro residual
	PACOPATA	Mercurio
	HUNI CCOROCOHUAYCO	Mercurio
	ALTO HUANCANÉ	Aluminio, mercurio, plomo
	BAJO HUANCANÉ	Arsénico, aluminio, hierro, cloruros, fósforo, plomo, coliformes totales, PH, conductividad
	ANTACOLLANA	Arsénico, aluminio, mercurio, PH
	SUERO Y CAMA	Arsénico, fósforo, plomo, coliformes totales, coliformes termotolerantes
	TINTAYA MARQUIRI	Arsénico, sólidos totales, cloruros, plomo, conductividad, turbiedad

Subgrupo de Medio Ambiente, febrero de 2013 en Informe Final Integrado de Monitoreo Sanitario Ambiental Participativo de la Provincia de Espinar (junio de 2013)[50]

Cabe resaltar que a la fecha el Estado no ha determinado cuál sería el origen de la presencia de metales pesados y otras sustancias químicas en las fuentes de agua de las comunidades.

[49] Perú, Mesa de Diálogo de Espinar, Sub Grupo de Medio Ambiente. Informe Final Integrado de Monitoreo Ambiental Participativo de la Provincia de Espinar, junio de 2013.

[50] Tabla elaborada con base en la del Subgrupo de Medio Ambiente de la Mesa de Diálogo de Espinar. Perú, Mesa de Diálogo de Espinar, Sub Grupo de Medio Ambiente. Informe Final Integrado de Monitoreo Ambiental Participativo de la Provincia de Espinar, junio de 2013, p. 115.

“NOS DICEN, ‘USTEDES SIEMPRE HACEN CANSAR HABLANDO DE LA CONTAMINACIÓN’”

HERMELINDA UMASI MAGAÑO

Tomasa Vásquez Ima y Hermelinda Umasi Magaño
COMUNIDAD DE BAJO HUANCANÉ
© Amnistía Internacional | Nataniel Furgang

Hermelinda y Tomasa refirieron a Amnistía Internacional que los manantiales de los que beben agua ellas y sus animales están contaminados y que las autoridades tienen que traer el agua en cisterna para tomar agua limpia, lo que ocurre sólo cada dos o tres meses o *“cuando hay voluntad”*. Explicaron que han tenido problemas de salud; por ejemplo, Hermelinda tiene un tumor en la pierna que le dijeron que era benigno y la operaron y le volvió a crecer. Tomasa contó que sus niños pequeños se quejan de dolor de cabeza y de estómago y que ella trata de curarlos naturalmente porque *“los médicos de Espinar no curan bien”*. Contaron que muchos de sus animales han muerto y que el ganado que comen está contaminado pero que no tienen otra opción de trabajo y alimentación.

Adicionalmente, CENSOPAS ha publicado dos estudios que establecen que la población de Alto Huancané, Huisa y Huisa Collana está expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas.

En 2010, CENSOPAS realizó una línea de base en salud en relación a la exposición a metales pesados[51] de siete comunidades en Espinar, dos de las cuales se traslapan con aquellas visitadas por Amnistía Internacional, específicamente Huisa y Huisa Collana. En total se evaluaron a 506 personas, 352 mujeres y 154 hombres, en distintos grupos etarios[52] para plomo en sangre, cadmio, arsénico y mercurio en orina.

Los resultados arrojaron que el 97.3% de la personas evaluadas tenían plomo en la sangre, 50.2% tenían cadmio, 45.6% tenían mercurio y 65.6% tenían arsénico. Del análisis de los mismos, es posible concluir que casi toda la población evaluada está expuesta a, por lo menos, un metal tóxico que conlleva un riesgo importante a la salud humana[53].

[51] Perú. INS, CENSOPAS, DIRESA Cusco, Línea de Base en Salud de las Comunidades Afectadas por el Proyecto Minero Quechua, Cusco – Espinar 2010, Informe Técnico, p.12.

[52] Perú. INS, CENSOPAS, DIRESA Cusco, Línea de Base en Salud de las Comunidades Afectadas por el Proyecto Minero Quechua, Cusco – Espinar 2010, Informe Técnico, pp. 35-36. El estudio no especifica cuántas personas evaluadas pertenecían a cada comunidad.

[53] Perú. INS, CENSOPAS, DIRESA Cusco, Línea de Base en Salud de las Comunidades Afectadas por el Proyecto Minero Quechua, Cusco – Espinar 2010, Informe Técnico, pp. 60-65.

CENSOPAS no hizo públicos ni entregó los resultados individuales de los análisis de sangre y orina a las personas estudiadas en 2010, sino que lo hizo tres años después, y sólo tras los reclamos y demandas de las personas evaluadas ante instancias del Estado[54].

Estos reclamos y procesos también provocaron un segundo estudio de CENSOPAS, esta vez para evaluar la exposición a metales en los pobladores de Alto Huancané y Huisa. El 16 de enero de 2013 se obtuvieron muestras de orina para evaluar a 180 personas de las comunidades[55].

Cabe destacar que las personas que participaron en este estudio únicamente dieron su consentimiento para que se midiera la presencia de seis metales en sus organismos: cadmio, arsénico, plomo, talio, manganeso y mercurio[56]. Sin embargo, CENSOPAS[57] evaluó las muestras para la presencia de 17 metales, sin el consentimiento de las personas participantes. Los 11 metales para los cuales no se obtuvo consentimiento pero que fueron medidos son antimonio, bario, berilio, cobalto, cesio, estaño, estroncio, molibdeno, platino, uranio, y tungsteno[58].

Los resultados de los análisis de los seis metales inicialmente autorizados se entregaron a las personas evaluadas en agosto de 2013[59]. En esa misma fecha se publicaron los hallazgos y conclusiones del estudio, los cuales dieron cuenta de lo siguiente:

- "Los niveles de metales en orina reflejan primordialmente exposición reciente [es decir de los últimos días/semanas] y, por lo tanto, tienen limitaciones para evaluar exposición crónica. No obstante, examinar la orina sirve como una manera práctica de analizar varios metales al mismo tiempo y determinar la exposición de una población.
- Los resultados del estudio muestran que la población de las comunidades Alto Huancané y Huisa está expuesta a plomo, mercurio, cadmio, talio, manganeso y arsénico. El 100% de los participantes tenía niveles detectables de arsénico, plomo y talio.
- Este análisis representa un primer estudio de exposición a metales en la población evaluada, pero no permite diagnosticar enfermedades ni fuentes de exposición. Por ello, se decidió examinar la salud de los pobladores.
- Se acordó que la entrega individual de los resultados de laboratorio se daría en el contexto de una atención a la salud integral. Esta se brindaría a través de las redes de salud para asegurar su continuidad"[60].

Las participantes del estudio de 2013 que fueron entrevistadas por Amnistía Internacional reportaron que, a pesar de los probados riesgos asociados a los metales altamente tóxicos descubiertos en el estudio, ninguna de las recomendaciones de CENSOPAS fue implementada. La OMS ha determinado que la exposición al plomo, cadmio, arsénico y mercurio tiene un impacto en los sistemas neurológico, hematológico, gastrointestinal, cardiovascular y renal y supone una amenaza especial para el desarrollo del feto en el útero y en las primeras etapas de la vida, entre otros impactos que se describieron en el capítulo anterior[61]. Corresponde añadir que, en cuanto al uranio, la OMS ha determinado que hay un riesgo importante de nefritis en personas expuestas[62].

Cabe destacar que ya en el año 2010, CENSOPAS había recomendado, sin identificar a la institución responsable de hacerlo, determinar las fuentes de exposición a metales pesados hallados en los pobladores evaluados[63], lo cual a la fecha no ha sido realizado.

[54] Demanda de Cumplimiento, 11 de mayo de 2015, p.21.

[55] La toma de muestras, cadena de frío, almacenaje y transporte respetó los protocolos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), de Atlanta, EE.UU; laboratorio elegido para analizar las muestras de conformidad, según CENSOPAS, con los lineamientos del Comité de Ética del INS para resguardar los derechos de las personas. Perú. Resolución Ministerial N° 164-2012-PCM, 10 de julio de 2012. Perú. MINAM. Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Mesa de Diálogo de Espinar, junio de 2014.

[56] "Consentimiento para la Participación en el Estudio –Adulto Metales Pesados en dos comunidades de Espinar, Cusco, Perú, 2012", que señala en su nota al pie: "Título del Protocolo: Determinación de la Exposición a los Metales Pesados: Cadmio, Arsénico, Plomo, Talio, Manganeso y Mercurio en las comunidades Huisa y Alto Huancané en el distrito de Yauri-Espinar, provincia de Espinar, departamento de Cusco".

[57] El análisis de las muestras tomadas por CENSOPAS se hizo en el Laboratorio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos.

[58] Broederlijk Delen, Cooperacción, Derechos Humanos sin Fronteras, Instituto de Defensa Legal. Metales Pesados Tóxicos y Salud Pública: El Caso de Espinar, Lima, 2016, pp. 18-19.

[59] Perú. MINAM. Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Mesa de Diálogo de Espinar, junio de 2014, p. 37.

[60] Perú. MINAM. Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Mesa de Diálogo de Espinar, junio de 2014, p. 37.

[61] OMS. Hay que adoptar medidas sobre productos químicos que plantean un importante problema de salud pública, 2010. Disponible en: http://www.who.int/ipcs/features/2010/10chemicals_es.pdf?ua=1 (acceso el 25 de julio de 2017).

[62] OMS. Hojas de información sobre Sustancias Químicas, p. 359. http://who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3_es_12.pdf?ua=1 (acceso el 16 de agosto de 2017).

[63] Perú, CENSOPAS. Riesgos a la salud por exposición a metales pesados en la provincia de Espinar, Cusco, 2010, p. 74.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La situación de salud de las comunidades en Espinar encuentra su contraparte en la precariedad del sistema de salud. En una zona de riesgo por exposición a metales pesados, como ha sido reconocida Espinar por la propia ESNMP[64], el sistema de salud no se encuentra preparado para atender las necesidades de la población.

Los establecimientos de salud más cercanos a las comunidades entrevistadas en Espinar se encuentran en la ciudad de Yauri: el Centro de Salud de Yauri[65] que realiza labores de tipo preventivo y promocional; y el Hospital de Espinar que realiza atenciones generales. Ambos se ubican en el mismo terreno y forman parte de la Red de Salud Canas, Canchis, Espinar que depende de la DIRESA Cusco. Con relación al Centro de Salud de Yauri y el Hospital, la comunidad de Alto Huarca se ubica a 22 kilómetros, Cala Cala a 25 kilómetros, Huisa a 22 kilómetros, Huisa Collana a 10 kilómetros, Alto Huancané a 20 kilómetros y Bajo Huancané a 17 kilómetros.

El Director del Hospital de Espinar explicó a Amnistía Internacional que "el tema de los metales es complejo [de atender]" porque no tienen personal capacitado en el tema, aunque confirmó que algunas semanas antes de la entrevista con Amnistía Internacional había ido un experto de Lima a brindar una capacitación al personal sobre la atención a metales pesados. Sin embargo, el hospital no cuenta con el presupuesto ni los recursos humanos especializados en el tema para poder brindar una atención especializada.

La falta de profesionales de salud capacitados para atender exposición a metales pesados no sólo pone la salud de las personas expuestas en riesgo, sino también ha generado angustia en la comunidad, ya que las personas que saben que tienen metales pesados en el cuerpo no tienen acceso a información ni servicios especializados. Las mujeres entrevistadas que fueron evaluadas mostraban temor por no saber lo que implica para ellas y sus familias tener metales en sus sistemas.

CENSOPAS en 2010 recomendó fortalecer los recursos humanos de los centros de salud en la zona para que tengan la capacidad de realizar actividades de prevención frente a riesgos a la salud "con características de exposición a nuevas actividades económicas"[66], lo cual las comunidades y el Director del Hospital de Espinar señalan que siete años después no se ha cumplido.

Las comunidades de Espinar no tienen accesibilidad a un establecimiento de salud que, tras probada exposición a metales pesados y otras sustancias químicas, pueda brindar una respuesta especializada para sus afectaciones de salud y los riesgos que enfrentan.

[64] Estrategia Sanitaria Nacional de Metales Pesados y otras Sustancias Químicas. https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=3 (acceso el 18 de agosto de 2017).

[65] El Centro de Salud de Yauri es a su vez parte de la Micro Red de Salud de Yauri, conformada por el Centro de Salud y 11 puestos de salud: P.S. Occocunca. P.S. Condoroma, P.S. Coporaque, P.S. Urinsaya, P.S. Huayhuahuasi, P.S. Tintaya Marquiri, P.S. Occoruro, P.S. Pallpata, P.S. Pichigua, P.S. San Miguel y P.S. Suykutambo. El Centro de Salud de Yauri es un remanente de los denominados CLAS (Comunidades Locales de Administración de Salud) y recibe financiamiento del municipio lo que le ha permitido tener algún equipamiento médico de alta tecnología.

[66] Perú. INS, CENSOPAS, DIRESA Cusco, Línea de Base en Salud de las Comunidades Afectadas por el Proyecto Minero Quechua, Cusco – Espinar 2010, Informe Técnico, p. 84.

“¿PARA QUÉ QUIERO VIVIR? PARA ESTAR SUFRIENDO ASÍ ME DAN GANAS MORIR”

MELCHORA SURCO RIMACHI

Melchora Surco Rimachi | **COMUNIDAD DE ALTO HUANCANÉ**
© Amnistía Internacional | Nataniel Furgang

Melchora nació y ha vivido la mayor parte de su vida en Alto Huancané. Es lideresa de la Asociación para Defensa de Pacpacco Afectada por la Minería (ADEPAMI). Tiene 63 años pero dice que se ve como una abuela porque está acabada.

Melchora relató a Amnistía Internacional que sufre varios problemas de salud: *“Me duele la cabeza, mis vistas se han cortado. Me duele el cuerpo, ya no tengo fuerza para trabajar […] Mis huesos... No puedo viajar lejos. Todos mis huesos parece que están delgaditos, como lleno[s] de huecos, entra frío, entra sol”*.

Refirió que en 2002, mientras lavaba la ropa en el río, notó que hasta el jabón ya no hacía espuma por lo contaminada que estaba el agua.

Sobre los dosajes de metales que les hicieron en 2013, señaló *“nos estafaron”*. Indicó que Alto Huancané tiene 68 comuneros expuestos a metales tóxicos y que está pidiendo a las autoridades *“que nos haga curar, que cumpla con las medicinas, no sé dónde nos traslada, dónde nos hace curar […] los niños con malformación, con cáncer en Huisa”*.

Finalmente Melchora señaló: *“[t]odo es engaño, todo es soborno […] El peruano se está cargando nuestro oro, nuestra plata, nuestro cobre, y nosotros no tenemos nada. Y qué hay para nosotros de nuestras riquezas. […] En Pacpacco [sector de Alto Huancané] ya no hay agua. El sol no se puede ocultar con un dedo”*.

PROMESAS DE PAPEL

“SUS PROMESAS DEL ESTADO NO SE CUMPLEN”

Melchora Surco Rimachi

Las comunidades Indígenas en Espinar han realizado reclamos en diferentes momentos a lo largo de estas últimas tres décadas exigiendo mejor protección en materia de salud.

El 21 de mayo de 2012 la población, preocupada por la situación socioambiental de la provincia, inició una paro indefinido en Espinar. Estos hechos resultaron en la instalación de una mesa de diálogo el 11 de julio de 2012. La mesa acordó la elaboración de un estudio para analizar la causalidad de la presencia de metales hallados en el agua de Espinar para lo cual, OEFA contrató al Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN). Cabe destacar que, a cuatro años de la finalización de la mesa de diálogo, la población sigue esperando la publicación de los resultados de este estudio.

En 2015 se elaboraron dos planes de salud gubernamentales para atender la situación de salud en Espinar que fueron incumplidos o sólo cumplidos parcialmente. El 1 de abril de 2015 el MINSA aprobó el *Plan de Acción de Salud para la Provincia de Espinar – Cusco 2015*[67], con el objetivo general de “[i]mplementar actividades de Promoción de Salud, Vigilancia de Riesgos y Atención Integral y especializada, a la población con riesgo de exposición a metales pesados”. Asimismo, el Plan tuvo como objetivos específicos brindar atención médica integral y especializada, y seguimiento a las 180 personas expuestas a metales tóxicos según el estudio de CENSOPAS de 2013. Sin embargo, de acuerdo con las mujeres entrevistadas en Espinar que fueron evaluadas en ese estudio, el MINSA no ha cumplido con brindar atención especializada ni seguimiento.

Posteriormente, el 24 de abril de 2015 el Gobierno Regional de Cusco aprobó el *Plan de Intervención Integral en Salud para la Provincia de Espinar por Exposición a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas 2015-2017*[68] el cual tiene como objetivo general prevenir y disminuir los riesgos para la salud asociados a la exposición a metales tóxicos. Asimismo, como una de las actividades específicas de dicho plan se estableció realizar una campaña integral en salud especializada para las 180 personas contaminadas con metales pesados, lo cual es repetitivo con respecto al plan anterior. Pero nuevamente, la atención en salud para estas 180 personas no fue provista. La DIRESA Cusco indicó a Amnistía Internacional que de las 180 personas evaluadas sólo han tenido contacto con 14.

De acuerdo con la Oficina Defensorial de Cusco de la Defensoría del Pueblo se ha avanzado muy poco en la implementación de los planes de atención en salud a causa de un insuficiente presupuesto destinado a servicios de salud y la falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno.

[67] Aprobado el 1º de abril de 2015 mediante Resolución Ministerial No. 205-2015-MINSA.

[68] Perú. GORE Cusco, Plan de Intervención Integral en Salud para la Provincia de Espinar por Exposición a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas 2015-2017, aprobado mediante Resolución Directoral No 0531-2015-DRSC-DGDPH, 24 de abril de 2015.

DEMANDA CONSTITUCIONAL DE CUMPLIMIENTO

En mayo de 2015, ADEPAMI y otros demandantes[69] interpusieron un proceso constitucional de cumplimiento contra diversas entidades del Estado por, según sostienen los demandantes en su escrito, haber incumplido diversas normas en materia de salud[70]. La demanda se encuentra actualmente en trámite en Espinar.

En Espinar confluyen décadas de reclamos, estudios y planes de salud incumplidos, mientras que las comunidades campesinas siguen esperando que el Estado, en todos sus niveles, cumpla con su deber de proteger y garantizar su derecho a la salud.

[69] Los directivos de la comunidad de Huisa, del Comité de Usuarios de Agua de Qquetara, del Frente de Defensa de Regantes de la Microcuenca Ccañipia-Espinar, Federación Unificada de Campesinos de Espinar –FUCAE.

[70] Sobre las normas de salud que los demandantes alegan haber sido violadas, ver Anexo II.

OBLIGACIONES DEL ESTADO PERUANO

“Las personas Indígenas tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. […] Las personas Indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”.

Artículo 24.1 y 24.2 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está reconocido en diversos instrumentos internacionales de los que Perú es parte, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)[71], del cual Perú es Estado Parte desde 1978, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre[72] y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)[73], del cual Perú es Estado Parte desde 1995.

El derecho a la salud también se reconoce en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú de 1993. El artículo 9 de la Constitución del Perú dispone que “el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Asimismo, la Ley General de Salud del Perú establece que en el caso de una crisis de salud el Estado debe dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas[74].

DERECHO AL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

El PIDESC dispone que los Estados Partes deberán adoptar medidas para crear “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”[75]. Al respecto, el Comité de

[71] ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, artículo 12.

[72] OEA. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948, artículo XI.

[73] Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo De San Salvador”. Perú ratificó el Protocolo de San Salvador el 17 de mayo de 1995.

[74] Perú. Artículo 105 de la Ley General de Salud. Ley No 26842, 1997.

[75] ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, artículo 12.2.d).

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) señaló que esa obligación del Estado se extiende al "acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; [...] tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones [...] preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales [...]"[76]. El Comité DESC también ha establecido que "[e]l derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia"[77].

En cuanto a los establecimientos de salud el Comité DESC también establece elementos esenciales del derecho a la salud[78], a saber:

I. **Disponibilidad:** implica que cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud para su población.

II. **Accesibilidad:** implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad tiene los siguientes elementos:

- **Sin discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.
- **Física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las poblaciones Indígenas. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.
- **Económica:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos.

III. **Calidad:** implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Cuninico y Espinar son zonas que deberían haber sido priorizadas inmediatamente para la provisión de servicios especializados de salud. Como fue demostrado en este documento, la Comunidad de Cuninico no cuenta con un establecimiento de salud operativo ni tiene acceso a personal de salud que esté en la capacidad de prestar los servicios médicos necesarios. Lo mismo sucede en Espinar, donde los establecimientos de salud más cercanos no cuentan con los recursos para proveer atención especializada a la población expuesta a sustancias nocivas. A pesar de tener conocimiento de la exposición y contaminación y posibles riesgos para la salud en estas zonas, el Estado no ha adoptado las medidas suficientes para desarrollar un plan de emergencia en salud que asegure que los servicios de salud necesarios y de buena calidad estén disponibles y sean accesibles en Cuninico y Espinar.

DERECHO AL AGUA LIMPIA Y POTABLE

La Observación General 14 del Comité DESC destaca que el derecho a la salud incluye el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas[79].

Asimismo, el artículo 12.2 del PIDESC establece que a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, los Estados Partes del Pacto deberán adoptar las medidas necesarias para: "[e]l mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene [...] del medio ambiente". Al respecto, el Comité DESC ha determinado que esta obligación se extiende a "la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas [...] que afectan directa o indirectamente la salud de los seres humanos"[80].

[76] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 17.

[77] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 16.

[78] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

[79] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 4.

[80] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 15.

Dado que el acceso a "agua limpia potable" y la protección frente a "la exposición a sustancias nocivas" son elementos integrales del derecho a la salud[81], el hecho de que el Estado peruano siga sin proveer acceso a agua potable a comunidades cuyas únicas fuentes de agua están contaminadas por metales pesados es una violación del derecho a la salud de estas comunidades que pone sus vidas en riesgo.

DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

El Comité DESC destaca que una de las dimensiones del derecho a la salud es el acceso a la información, la cual "comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud"[82].

El Estado ha fallado en su deber de proveer información relacionada a la salud de las comunidades de Cuninico y Espinar. A pesar de tener evidencia sobre la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas en estas comunidades, el Estado aún no ha informado adecuadamente a las personas afectadas sobre los resultados de las evaluaciones de exposición humana a metales pesados y sustancias químicas y contaminación del agua, así como el significado e implicaciones de la presencia de sustancias nocivas en sus organismos y fuentes de agua, lo cual no ha permitido a las comunidades tomar decisiones informadas sobre su salud.

DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

En cuanto al derecho a la salud de los Pueblos Indígenas, éste se encuentra reconocido en la Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas[83] que dispone que: "[l]as personas Indígenas tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud [...] y tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental"[84].

Asimismo, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), dispone en su artículo 25, entre otros, que:

> **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.
>
> [...]
>
> **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, manteniendo al mismo tiempo 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[85].

[81] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 15.

[82] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 12.

[83] Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas de sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. 2007, Artículo 24.

[84] AG/RES. 2888 (XLVI-O/16) Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016). Artículo XVIII.

[85] Organización Internacional del Trabajo. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ratificado por Perú el 2 de febrero de 1994.

Por su parte, el Comité DESC reconoce que los pueblos Indígenas "tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud"[86]. Así, destaca que los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural; es decir, deben tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados tienen que proporcionar recursos para que los Pueblos Indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios para que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental[87]. El Comité DESC también destaca la importancia de "la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional"[88].

Así, en cuanto a sus obligaciones particulares hacia los Pueblos Indígenas, el Estado ha fallado de diversas formas, notablemente en su deber de proporcionar recursos para que los Pueblos Indígenas establezcan, organicen y controlen servicios de salud culturalmente apropiados y adecuados para sus necesidades[89]. Para dar un ejemplo, en Cuninico se pretendía implementar servicios de telemedicina en un establecimiento de salud en su comunidad, sin considerar si este servicio era culturalmente apropiado para la comunidad. Concretamente, las Comunidades de Cuninico y Espinar no han sido partícipes del diseño e implementación de planes y/o medidas de salud adoptadas para sus comunidades.

[86] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 27.

[87] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 27.

[88] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 11.

[89] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud (artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, CESCR, 11 de agosto de 2000, párr. 27.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

> **“El MINSA viene cuando sabe que vienen los abogados, pero no vienen así nomás para saber cómo estamos”**
>
> Conny Llerena Trujillo, Comunidad Nativa de Cuninico

La Comunidad Nativa de Cuninico y las comunidades campesinas de Espinar tienen necesidades urgentes en materia de salud que permanecen sin ser atendidas por el Estado. Mientras tanto siguen estando expuestas a metales pesados y otras sustancias químicas y sus únicas fuentes de agua siguen contaminadas.

El Estado tiene la obligación de adoptar medidas para responder las necesidades urgentes de salud de la Comunidad Nativa de Cuninico y de las comunidades campesinas de Alto Huarca, Cala Cala, Huisa, Huisa Collana, Alto Huancané y Bajo Huancané; sin embargo, ha fallado en dicha obligación.

Las autoridades peruanas deben implementar medidas urgentes e inmediatas para garantizar el derecho a la salud de las comunidades de Cuninico y Espinar.

EN CONSECUENCIA, AMNISTÍA INTERNACIONAL RECOMIENDA

AL GOBIERNO PERUANO (INCLUYENDO LAS INSTANCIAS COMPETENTES DEL NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y MUNICIPAL)

- Diseñar e implementar, de manera coordinada, Planes de Emergencia Sanitaria para atender los efectos de la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas en Cuninico y Espinar. Dichos planes deberán ser desarrollados, implementados y supervisados con la participación de expertos en metales nocivos y de representantes de las comunidades afectadas, así como contener estrategias concretas de comunicación y rendición de cuentas a las comunidades de Cuninico y Espinar.

- Garantizar que la Comunidad Nativa de Cuninico y las comunidades campesinas en Espinar tengan acceso a los servicios de salud necesarios, incluyendo la plena implementación de los establecimientos de salud ya existentes, y asegurando la disponibilidad de personal capacitado

y especializado en diagnóstico y atención de enfermedades relacionadas con la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas conforme a las Guías Clínicas existentes en el país y estándares internacionales sobre el tema. La información, bienes y servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad.

- Garantizar que la Comunidad Nativa de Cuninico y las comunidades campesinas de Espinar tengan acceso a agua suficiente, segura, aceptable, físicamente accesible y asequible para uso personal y doméstico, y saneamiento adecuado.

- Investigar, establecer y publicar los hallazgos de la causa de la contaminación de las fuentes de agua de las comunidades de Cuninico y Espinar con miras a controlarla. En el ínterin, el Estado debe adoptar medidas urgentes para asegurar que las comunidades no tengan que depender de fuentes de agua contaminadas que ponen su salud en mayor riesgo.

- Finalizar y presentar públicamente los resultados del estudio de causalidad de la presencia de metales hallados en el agua de Espinar, comisionado al IPEN. Dichos resultados deberán ser socializados con las comunidades campesinas de Espinar en un formato accesible.

- Garantizar que el CENSOPAS cuente con la capacidad e infraestructura suficiente para realizar evaluaciones regulares de exposición a metales pesados y otras sustancias químicas de las comunidades de Cuninico y Espinar.

- Garantizar que el derecho al consentimiento informado sea respetado cuando las personas sean evaluadas por exposición a metales pesados así como por otras afectaciones de salud, y que los resultados de las evaluaciones sean procesados y entregados dentro de los tiempos adecuados y acordados con las comunidades evaluadas.

- Dar pleno cumplimiento a la medida cautelar ordenada por el Juzgado Mixto I de Nauta en favor de las Comunidades Nativas de Cuninico, San Francisco, Nueva Esperanza y Nueva Santa Rosa.

- Implementar campañas de promoción y sensibilización especializadas sobre la prevención y mitigación de los riesgos asociados a la exposición e intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas, con particular énfasis en Cuninico y Espinar.

A LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

- Dar seguimiento a la respuesta del Estado a la situación de la salud de la Comunidad Nativa de Cuninico y las comunidades campesinas en Espinar expuestas en este documento a fin de poder emitir un informe sobre el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud frente a las comunidades Indígenas afectadas.

A LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

- Hacer seguimiento a la implementación, por parte del Estado peruano, de las recomendaciones del informe *Pueblos Indígenas, comunidades afrodescendientes y recursos naturales: protección de derechos humanos en el contexto de actividades de extracción, explotación y desarrollo*.

ANEXO I

En enero de 2016, los Apus de las Comunidades Nativas de Cuninico, Nueva Esperanza, Nueva Santa Rosa y San Francisco interpusieron un proceso constitucional de cumplimiento contra diversas entidades del Estado por, según sostienen los demandantes en su escrito, haber incumplido diversas normas. Los reclamos en materia de salud se informan en la tabla siguiente:

INSTITUCIÓN DEMANDADA	ALEGADO INCUMPLIMIENTO	NORMA/S QUE SE ALEGA/N INFRINGIDA/S
MINISTERIO DE SALUD	Por no haber implementado un sistema de emergencia para atender la salud de las personas contaminadas por el derrame de petróleo en la Comunidad Nativa Cuninico y demás comunidades vecinas afectadas, pese a que debían priorizar la atención médica especializada de niños y mujeres gestantes, a efectos de su inmediata recuperación.	Artículos 103, 105, 106 y 123 de la Ley General de Salud (Ley No 26842), artículo 5, inciso 7) de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley No 27657; artículo 55 inciso d) y artículo 57 inciso b) del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo No 023-2005-SA; y artículos 5, 6 y 7 del Decreto Legislativo No 1156 y su Reglamento aprobado por DS 001-2014-SA.
DIGESA	Por no realizar el monitoreo de agua en forma diaria en los cuerpos de agua contaminados por el derrame de Cuninico; por no haber proporcionado agua potable y alimentos a todas las comunidades afectadas, hasta que no exista peligro de ingerir agua de los ríos; y por el incumplimiento de elaborar un programa de atención y vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria, durante el tiempo que dure la declaratoria de emergencia ambiental.	Puntos 2 y 3 del Anexo 4 del "Procedimiento para control de emergencias", contenido en el "Reglamento de transporte de hidrocarburos por ductos", aprobado por Decreto Supremo No 081-2007-EM, artículo 6 de la Ley que regula la Declaratoria de Emergencia Ambiental (Ley No 28804) y la *"Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica con posterioridad a desastres (naturales/ antrópicos) y otras emergencias sanitarias (EPIDES) en el Perú"* (NTS No 053-MINSA/DGE-V.01), aprobada por Resolución Ministerial No 1019-2006-MINSA del 26 de octubre del 2006.
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINSA	Por incumplir las diferentes medidas de atención y vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria, en favor de la Comunidad Nativa Cuninico, y demás comunidades nativas afectadas por el derrame de petróleo.	Artículo 6 de la Ley que regula la Declaratoria de Emergencia Ambiental (Ley No 28804) y en la *"Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica con posterioridad a desastres (naturales/antrópicos) y otras emergencias sanitarias (EPIDES) en el Perú"* (NTS No 053-MINSA/ DGE-V.01), aprobada por Resolución Ministerial No 1019-2006-MINSA del 26 de octubre de 2006
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	Por no haber cumplido con las obligaciones de los Gobiernos Regionales en caso de emergencias, ni con las obligaciones del Estado de prevenir violaciones del derecho a la salud a nivel regional.	Artículo 14 de la Ley No 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, artículos 11, 31, 32, 33 y 34 del Reglamento de la Ley No 29664, aprobado mediante D.S. No 048-2011-PCM y artículo 49 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley No 27867.

ANEXO II

En mayo de 2015, ADEPAMI y otros demandantes[90] de Espinar interpusieron un proceso constitucional de cumplimiento contra diversas entidades del Estado por, según sostienen los demandantes en su escrito, haber incumplido diversas disposiciones normativas. Los reclamos en materia de salud se describen en la tabla siguiente:

INSTITUCIÓN DEMANDADA	ALEGADO INCUMPLIMIENTO	NORMA/S QUE SE ALEGA/N INFRINGIDA/S
MINISTERIO DE SALUD	Por no declarar la emergencia sanitaria y por no haber implementado un sistema de emergencia destinado a la atención de la salud de la personas expuestas a niveles de metales pesados superiores a los límites permisibles, pese a que se debía haber priorizado la atención médica especializada de niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores, a fin de procurar su pronta recuperación	Artículo 6 y demás normas del Decreto Legislativo No 1156, artículos 103, 105, 106 y 123 de la Ley General de Salud (Ley No 26842), artículo 5, inciso 7) de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley No 27657; artículo 48 inciso d) y 50 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo No 023-2005-SA; y artículos 5, 6 y 7 del Decreto Legislativo No 1156 y su Reglamento aprobado por DS 001-2014-SA, artículos 3, 5, 6, 7 (ítem j) y 14 del Decreto Legislativo No 1161,que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Asimismo, por incumplir su primera disposición complementaria y final y la disposición complementaria modificatoria única.
DIGESA	Por no dar cumplimiento a través de su dirección de saneamiento básico a su función de vigilar la calidad sanitaria de los sistemas de agua y saneamiento para la protección de la salud de la población. Por no vigilar la calidad de los recursos del agua, aire y suelo para identificar los riesgos a la salud pública a través de su Dirección de Ecología y Protección del Ambiente. Por no controlar las actividades de los agentes que puedan alterar la calidad ambiental para proteger la salud humana, en el marco de las competencias del sector salud, a través de su Dirección de Ecología y Protección del Ambiente. Por no supervisar el cumplimiento de las normas y reglamentos sanitarios en aspectos de ecología y protección del ambiente en coordinación con las direcciones de salud, los órganos del sector salud y otros sectores relacionados, a través de su Dirección de Ecología y Protección del Ambiente. Por no diseñar e implementar el sistema de registro y control de vertimientos en relación a su impacto en el cuerpo receptor; así como el registro y control de plaguicidas y desinfectantes de uso doméstico, industrial y en salud pública. Por no evaluar los riesgos ambientales y verificar el cumplimiento de los estándares de calidad ambiental para la protección de la salud, a través de su Dirección de Ecología y Protección del Ambiente.	Artículos 6, 7, 8, 9, 15, 16, 35 D.S. No 031-2010-SA, que aprobó el Reglamento de la calidad del agua para consumo humano y su primera disposición transitoria, artículos 48y 50 del Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud, aprobado por D.S. No 023-2005-MINSA; Resolución Ministerial No 258-2011/MINSA, que aprobó la Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020.

[90] Los directivos de la comunidad de Huisa, del Comité de Usuarios de Agua de Qquetara, del Frente de Defensa de Regantes de la Microcuenca Ccañipia-Espinar, Federación Unificada de Campesinos de Espinar –FUCAE.

INSTITUCIÓN DEMANDADA	ALEGADO INCUMPLIMIENTO	NORMA/S QUE SE ALEGA/N INFRINGIDA/S
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINSA	Por haber incumplido con adoptar un programa de atención y vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria, durante el tiempo que dure la referida declaratoria, con la participación de las organizaciones sociales afectadas por la emergencia, en favor de las comunidades campesinas afectadas.	Artículo 6 de la Ley que regula la Declaratoria de Emergencia Ambiental (Ley No 28804) y en la "Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica con posterioridad a desastres (naturales/antrópicos) y otras emergencias sanitarias (EPIDES) en el Perú" (NTS No 053-MINSA/DGE-V.01), aprobada por Resolución Ministerial No 1019-2006-MINSA del 26 de octubre de 2006; artículos 17 y 18 del Reglamento de la calidad del agua para consumo humano, aprobado por D.S. No 031-2010-SA.
CENTRO NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DEL AMBIENTE PARA LA SALUD (CENSOPAS)	Por haber incumplido su Manual de Organización y Funciones – INS; por no haber cumplido con su directiva para la presentación, aprobación, ejecución, seguimiento y finalización de proyectos de investigación observacionales/Instituto Nacional de Salud–Lima, Ministerio de Salud.	Resolución Jefatural del Instituto Nacional de Salud No 337-2014-J-OPE/INS, del 17 de noviembre de 2014, No 157-2010-J-OPE/INS; Reglamento del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud aprobado por Resolución Jefatural No 245-2012-J-OPE/INS, ítems 7.3.3, 7.3.4 y 7.4.1 del Procedimiento de registro, recepción, distribución, de muestras y material biológico del centro nacional de salud pública, del Instituto Nacional de Salud, aprobado por Resolución Jefatural No 400-2001-J-OPD/INS.
DIRESA CUSCO	Por no haber cumplido con las obligaciones de los Gobiernos Regionales en caso de emergencias, y con las obligaciones del Estado de prevenir violaciones al derecho a la salud a nivel regional; por no haber cumplido con las actividades establecidas en el "Plan Local de Intervención Integral en Salud para la Provincia de Espinar en la Contaminación por Exposición a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas 2013-2014".	Artículo 14 de la Ley No 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, artículos 11, 31 32, 33 y 34 del Reglamento de la Ley No 29664, aprobado mediante D.S. No 048-2011-PCM y artículo 49 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley No 27867.
GOBIERNO REGIONAL CUSCO	Por no haber cumplido con proveer los fondos para cumplir con las actividades programáticas contempladas en el oficio de solicitud de presupuesto por resultados (ppr) para el "Plan Local de Intervención Integral en Salud para la Provincia de Espinar en la Contaminación por Exposición a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas 2013-2014".	"Plan Local de Intervención Integral en Salud para la Provincia de Espinar en la Contaminación por Exposición a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas 2013-2014", Ley No 28411, el Sistema Nacional del Presupuesto Público, Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal - Ley No 27245, modificada por la Ley No 27958.

ESTADO TÓXICO

CRISIS DE SALUD EN COMUNIDADES INDÍGENAS

www.amnesty.org