

ISBN 87-986168-8-9



9 788798 616887

# SUEÑOS AMAZÓNICOS...

## Un programa de salud indígena en la selva peruana

Este es un libro inusitado sobre un proyecto inusitado en la Amazonía Peruana. Enfoca los extraordinarios logros alcanzados por el movimiento indígena en el establecimiento de su propio servicio de salud alternativa. El libro presenta una visión caleidoscópica de este proceso fascinante. Introduce las voces de los chamanes, vegetalistas, parteras y curanderos. Relata las experiencias de las enfermeras, los médicos, los promotores y los pacientes, y presenta las aspiraciones de los líderes indígenas.

Es un libro imprescindible para planificadores de desarrollo internacional y la salud rural, trabajadores de la salud, y el personal de las ONG, investigadores, médicos, y líderes indígenas. Abarca una amplia gama de temas relativos al cuidado de la salud rural y propone un modelo para su exitosa implementación. Además contiene una plétora de historias interesantes y hermosas fotografías.

Todos los beneficios económicos resultantes de la venta de este libro serán dedicados al apoyo del Programa de Salud Indígena en el Perú.

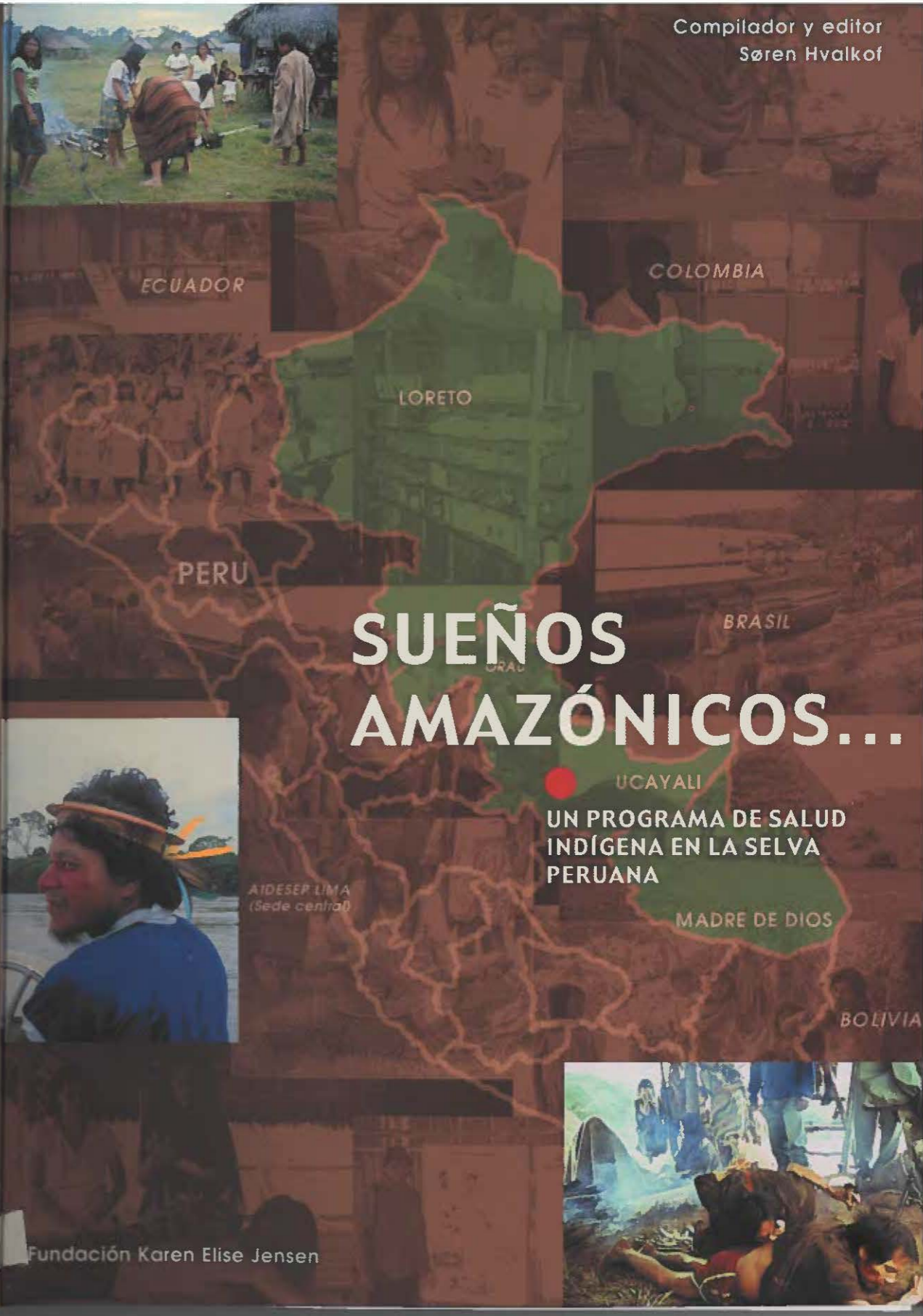
FUNDACIÓN KAREN ELISE JENSEN  
en colaboración con

NORDECO  
Agencia Nordica de Desarrollo y Ecología

AIDSESEP  
Asociación Interétnica del Desarrollo de la Selva Peruana

SUEÑOS AMAZÓNICOS...  
Un programa de salud indígena en la selva peruana  
Compilador y editor Søren Hvalkof

Compilador y editor  
Søren Hvalkof



# SUEÑOS AMAZÓNICOS...

UN PROGRAMA DE SALUD  
INDÍGENA EN LA SELVA  
PERUANA

112

Fundación Karen Elise Jensen

## SUEÑOS AMAZÓNICOS...

Un programa de salud indígena en la selva peruana

El escenario son los bosques tropicales del área montañosa en la cuenca del alto Río Ucayali, las fuentes del poderoso Río Amazonas. En este lugar, los indígenas amazónicos han luchado contra los colonizadores, la esclavitud y los ultrajantes abusos durante siglos. A fines de los años ochenta, impulsadas por la creciente atención internacional sobre los problemas de la Amazonía, las organizaciones indígenas lanzaron programas en gran escala para lograr la propiedad de sus tierras.

La demarcación y titulación de cientos de comunidades nativas fueron realizadas exitosamente, para que la población indígena se convirtiera en propietaria de grandes territorios. Había llegado el momento de comenzar a construir un nuevo futuro en su propia tierra.

Una de sus primeras iniciativas fue el establecimiento del Programa de Salud Indígena. Su organización nacional, AIDSEIP, solicitó ayuda a una fundación médica danesa y así nació una alianza excepcional.

Durante seis años las organizaciones indígenas, sus miembros y el personal del proyecto se comprometieron con entusiasmo en la construcción de un sistema de salud comunitario que se convertiría en un éxito organizacional y comunitario. Funcionó.

El libro presenta una visión caleidoscópica de este proceso fascinante. Introduce las voces de los chamanes, vegetalistas, parteras y curanderos indígenas. Relata las experiencias de las enfermeras, los médicos, los promotores y los pacientes, y ejemplifica también las perspectivas de la administración, financiadores y las aspiraciones de los líderes indígenas. Además, para el lector curioso sin interés profesional en el tema, este libro contiene una plétora de historias interesantes y hermosas fotografías.



# SUEÑOS AMAZÓNICOS...

UN PROGRAMA DE SALUD  
INDÍGENA EN LA SELVA  
PERUANA

Compilador y editor Søren Hvalkof  
© 2003 Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO

## Sueños Amazónicos...

### Un Programa de Salud Indígena en la Selva Peruana

© Copyright 2003 Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

Se permite la reproducción y distribución de la información contenida en 'Sueños Amazónicos...' en tanto se citen las fuentes. Sin embargo, la reproducción completa del libro no se autoriza sin el consentimiento de NORDECO.

Compilación y edición: Søren Hvalkof

Entrevistas: Søren Hvalkof

Co-editor de entrevistas: Alejandro Parellada

Cubierta, tipografía y disposición gráfica: Rikke Aamann-Christensen

Mapas: Jorge Monrás y CPTI, Perú.

Viñetas: Noé Silva Morales

Traducción al español: Mario Di Lucci

Corrección de pruebas: Alejandro Parellada y Søren Hvalkof

Coordinación logística: Mirtha Castillo Andrade

Mecanografía: Daisy Zapata

Impresión: Eks-Skolens Trykkeri S.R.L., Copenhagen, Dinamarca

NORDECO

Skindergade 23<sup>a</sup> · DK-1159 Copenhagen K · Dinamarca – C.E.

Tel.: (+45) 33 91 90 30 · Fax: (+45) 33 91 90 32

Email: sh@nordeco.dk · nordeco@nordeco.dk

ISBN 87-986168-8-9

EAN 9788798616887

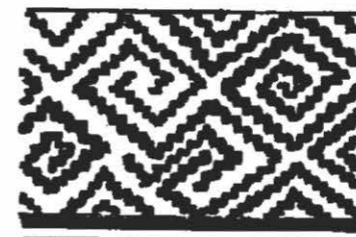
## Contenido

<b>Prólogo</b>	<b>8</b>
<i>Søren Hvalkof, compilador y editor</i>	
<b>1. Introducción</b>	<b>16</b>
AIDSESP y la Perspectiva Indígena	16
<i>Gil Inoach Showit, expresidente de AIDSESP y Juan Reátegui Silva, director del PSI-AIDSESP</i>	
Sumario del Proyecto PSI	28
<i>Thomas Skielboe, codirector de NORDECO</i>	
<b>2. El Contexto</b>	<b>36</b>
Lugar, población e historia	36
<i>Søren Hvalkof, antropólogo</i>	
<b>3. La historia del proyecto</b>	<b>98</b>
El origen del Programa de Salud Indígena - PSI	98
<i>Entrevista con el director del programa</i>	
El desarrollo del proyecto PSI-AIDSESP	106
<i>Thomas Skielboe, codirector de NORDECO</i>	
Un alma financiera – notas de campo	120
<i>Dorte Mette Jensen, junta directiva de la Fundación</i>	
<b>Voces I: Las Enfermeras</b>	<b>138</b>
Otilia	138
Gloria	142

María Isolina	148
Lidia	156
Beatriz	160
Sofía	163
Rosario	167
<b>4. Emergencia</b>	<b>172</b>
El ataque del caimán	172
<i>Testimonios de la víctima y la enfermera</i>	
<b>5. Conceptos y Proyectos</b>	<b>178</b>
El Programa Salud Indígena – PSI-AIDSESP	178
<i>Juan Reátegui Silva, director, PSI-AIDSESP</i>	
Articulación de conceptos y conocimientos indígenas...	186
<i>Juan Reátegui Silva, director, PSI-AIDSESP</i>	
Chamanismo	190
<i>Juan Reátegui Silva, director del PSI-AIDSESP</i>	
<b>Voces II: Especialistas indígenas</b>	<b>210</b>
El curandero asháninka	210
Casimiro	212
Mauricio	214
Luzmila	216
Rosa	218
Amelia	220
Susana	222
Teófila	223

<b>6. Perspectivas Médicas</b>	<b>224</b>
Aspectos médicos I: Del trabajo de campo	224
<i>Dr. Luis Torres Tuesta, médico, coordinador general del campo</i>	
Aspectos médicos II: Enfermería	252
<i>Sofía Vivanco Hilaro, enfermera.</i>	
Tendiendo un puente...	262
<i>Dra. Bente Korsgaard y Dr. Jim Thuesen Pedersen, médicos</i>	
<b>Voces III: Dirigentes, Promotores y Pacientes</b>	<b>282</b>
Pascual	282
Esther	283
Martín	285
Viviano	287
Edgar	288
Rómulo	290
Efraín	292
Moisés	294
Manuel	296
Carlos	298
Javier	299
Misael	300
Orlando	301
Mercedes	302
Antonio	203
<b>7. Expectativas</b>	<b>304</b>
El Futuro del Programa de Salud Indígena	304
<i>Juan Reátegui Silva, director del PSI-AIDSESP</i>	

Hacia una Formación de Técnicos en Sistemas de Salud Indígena	312
<i>Juan Reátegui Silva, director PSI-AIDSESP</i>	
<b>Epilogo</b>	<b>327</b>
<i>Søren Hvalkof, compilador y editor</i>	
<b>Mapas</b>	
Mapa 1. AIDSESP: Federaciones y organizaciones asociadas	25
Mapa 2. Perú: Áreas de actividades del PSI-AIDSESP	26
Mapa 3. Sistemas fluviales de las zonas principales	38
Mapa 4. Comunidades de las tres organizaciones indígenas	87
Mapa 5. OAGP y sus comunidades	118
Mapa 6. ORDECONADIT y sus comunidades	170
Mapa 7. OIRA y sus comunidades	189



## Prólogo

*Søren Hvalkof, compilador y editor*

### Introducción

Este es un libro sobre un proyecto de salud indígena excepcional en la Amazonía peruana. El proyecto fue concebido, diseñado e implementado por las mismas organizaciones indígenas, aunque fue financiado y apoyado por una fundación privada danesa. El libro brinda una visión caleidoscópica del multifacético universo de las relaciones indígenas/no-indígenas, y del intento de combinar las mejores prácticas de salud de ambos mundos, con múltiples actores e identidades étnicas. No es un intento de presentar un análisis académico de las dimensiones médicas y antropológicas de este proceso u ofrecer una afirmación intelectual para la contemplación posmoderna. Tiene, más bien, como objetivo, presentar un testimonio optimista sobre las posibilidades prácticas de desarrollar un sistema de salud indígena dentro del Estado moderno en un escenario globalizado, con la esperanza de inspirar y motivar a otros pueblos y organizaciones indígenas, ONGs, instituciones gubernamentales y organizaciones internacionales para que se comprometan y cooperen en esfuerzos similares.

### El proyecto

El proyecto nació a raíz de un proceso de titulación de tierras muy exitoso que culminó después de años de lucha indígena por sus derechos. El éxito de las comunidades indígenas en la obtención de títulos legales colectivos para sus territorios despertó la conciencia de los nativos amazónicos sobre el hecho de que los derechos indígenas existían dentro del Estado peruano, que era posible cambiar el status quo y que existía disponibilidad de apoyo internacional. Excitados por este nuevo escenario después de siglos de opresión y abusos por parte de sucesivos colonizadores y patrones, los pueblos indígenas demandaron el resto: su propia educación, su propio sistema de salud, su propio gobierno, su propia religión y una nueva economía sostenible. Querían convertirse en partes activas de la sociedad moderna peruana y del mundo.

Armada con un nuevo optimismo, la organización indígena nacional de la Amazonía Peruana, AIDSESP<sup>1</sup> se dirigió en 1992 a una pequeña organización consultora danesa, NORDECO<sup>2</sup>, donde tenían contactos personales, solicitando apoyo y financiación para el desarrollo de un programa de salud indígena que constituía la más alta prioridad de las organizaciones indígenas. Actuando como mediador, NORDECO tomó contacto con

una fundación médica mayor, la Fundación Karen Elise Jensen, una fundación que normalmente financia investigaciones médicas de alta tecnología, y después de un período de formulación del proyecto se presentó una propuesta. La Fundación Karen Elise Jensen aprobó el proyecto y donó los fondos necesarios para iniciar un proyecto piloto. AIDSESP y sus organizaciones miembro regionales lo implementarían en forma cotidiana y NORDECO fue nombrada responsable de la supervisión técnica y el control económico. Sin embargo, para otorgar este apoyo se estableció - como condición inusual - que miembros de la directiva de la Fundación Karen Elise Jensen participaran en las visitas de supervisión e informaran a la fundación sus conclusiones y observaciones sobre el desarrollo del proyecto.

El proyecto fue denominado Programa de Salud Indígena con el acrónimo PSI-AIDSESP. Comenzó a operar en 1993, inicialmente con tres proyectos diferentes en tres regiones diferentes como fase piloto, uno en el norte de Perú, en el área de San Lorenzo en el Río Bajo Marañón, uno en el Alto Ucayali en torno a la capital provincial, Atalaya, en la Amazonía Central y uno cerca de Puerto Maldonado en el sistema fluvial del Río Madre de Dios, en la parte más meridional de Perú. Las tres regiones presentaban diferentes características étnicas, sociales y geográficas, pues el Programa quería obtener experiencias comparativas para ser usadas en la mejora del desarrollo y la metodología del programa de salud. Después de los tres años iniciales de trabajo de salud en las tres áreas, la Fundación Karen Elise Jensen aprobó una segunda fase. Con la base de la experiencia de la primera fase, se decidió concentrar el trabajo en la provincia de Atalaya y terminar el trabajo en las otras dos regiones. Después de la finalización de la segunda fase se aprobó una tercera fase, orientada a consolidar el Programa, extender la cobertura y promover una continuación a través del sistema de salud pública peruano. El Programa de Salud Indígena concluyó finalmente durante el año 2000, después de haber logrado comprometer, capacitar y establecer un sistema de servicio de salud en 119 comunidades indígenas. Subsiguientemente, el PSI elaboró una propuesta para una educación institucionalizada de promotor de la salud indígena y actualmente está siendo considerado por el sistema de salud pública peruano y una agencia internacional para el desarrollo. La Fundación Karen Elise Jensen ha apoyado este nuevo proyecto en lo que respecta a las actividades iniciales hasta que se obtenga financiación internacional.

### El libro

El libro refleja la realidad en que se ha desarrollado este programa de salud. Una realidad que articula una serie de diferentes posiciones -frecuentemente contradictorias-, antecedentes culturales, opiniones políticas y cosmologías, creando una nueva autenticidad indígena a partir de este conglomerado de significados. Los espectadores externos podrían argüir la imposibilidad de manejar un proyecto que involucra a tantos actores y

relaciones de poder diferentes: una serie de grupos indígenas diferentes, todos con sus lenguas particulares y frecuentemente no relacionadas entre sí, diferentes cosmologías y sistemas de creencia, todos con su concepción particular de la enfermedad y la curación y de la causa y efecto; grupos indígenas que abarcan desde pequeñas unidades nómadas con sólo un contacto muy esporádico y reciente con la sociedad nacional peruana, que no hablan para nada el español, hasta grandes grupos bien organizados con siglos de experiencia de contacto con la siempre expansiva y agresiva sociedad nacional y no-indígena. Un equipo de enfermería y médicos capacitados profesionalmente en el sistema biomédico convencional occidental que tiene que comunicarse, mediar y trabajar junto con chamanes y otros especialistas en medicina indígena, y aceptar prácticas y rituales medicinales completamente ajenos a la tradición y lógica occidental. Otro grupo de líderes y políticos indígenas que agregan otras agendas, pero que, al mismo tiempo, se espera de ellos que coordinen, organicen y asuman responsabilidad sobre la implementación y administración de los fondos. A todo esto se suma una serie de otros intereses y mediadores del poder, como la población colona mestiza que se ha distanciado tradicionalmente de cualquier intento de desarrollar la capacidad indígena pero que, por otro lado, está igualmente interesada en los temas de la salud y bienestar, y también representa la esfera de salud pública de Perú, incluyendo al personal y dirección de hospitales y puestos sanitarios. Y finalmente tenemos las instituciones financiadoras y de apoyo que están ubicadas en el lado opuesto y más extremo del globo, con antecedentes completamente diferentes, en una democracia europea antigua y de buen funcionamiento pero que, no obstante, insiste en tomar parte personalmente en el desarrollo del Programa a pesar de las complicaciones logísticas y contradicciones conceptuales.

El libro se propone presentar esta multiplicidad de posiciones y puntos de vista permitiendo hablar a los representantes de la mayoría de los diferentes grupos de actores, ya sea en forma de contribuciones escritas o entrevistas. Por lo tanto, los artículos y capítulos son muy diferentes y desiguales en el enfoque, lenguaje y estilo, reflejando la realidad empírica del proyecto.

#### La contribución

El libro contiene artículos escritos por el director de Programa de AIDESEP y la dirección indígena que documentan las pautas organizacionales y la motivación para desarrollar un enfoque integrado de salud y una estrategia descentralizada de implementación. La misma dirección indígena contribuye también con interpretaciones de prácticas indígenas de salud y chamanismo y sobre la filosofía subyacente a la restitución e integración de esas prácticas y, finalmente, su visión sobre una futura continuación del PSI en forma de una educación oficial peruana de promotores de salud indígena.

El personal técnico del Programa presenta una serie de contribucio-

nes. El doctor y coordinador médico que opera en el campo ha escrito un extenso artículo sobre las perspectivas médicas del programa, asumiendo un enfoque occidental más convencional con respecto al tema. Presenta una serie de información estadística y reflexiones sobre el efecto de los proyectos. Las enfermeras están representadas en una serie de entrevistas. Como este personal clave pasó once meses en el campo cada año sería una tarea abrumadora hacer que todos ellos escribieran una contribución para esta publicación. Se eligió la forma de entrevista para garantizar la expresión de sus puntos de vista y sus experiencias. Esto tuvo como resultado que estas entrevistas sean probablemente la parte más vívida del libro.

Otra serie de entrevistas presentan las posiciones y opiniones de los especialistas indígenas como los chamanes, vaporadoras y los curanderos vegetalistas, parteras y otros. Otras presentan las opiniones de los pacientes y los miembros comunitarios, y los líderes indígenas, promotores de la salud y coordinadores de proyecto también han contribuido con sus expresiones. Todas las entrevistas fueron grabadas en el campo, entre julio y agosto de 2000 por el editor Søren Hvalkof, para después ser compiladas y editadas. Algunos nombres mencionados en estas han sido cambiados con un pseudónimo, pero sólo en los casos donde ha sido indispensable proteger la privacidad de las personas citadas.

Los representantes de la Fundación Karen Elise Jensen y el personal de NORDECO involucrados en el Programa contribuyeron con artículos que abarcan los diferentes aspectos de los antecedentes etnográficos e históricos, la historia y desarrollo estructural del proyecto, las experiencias personales del encuentro con un mundo poco conocido, y reflexiones sobre los intentos de integrar las prácticas de salud indígena y la medicina occidental.

Finalmente, el libro contiene una serie de fotografías, dibujos, diseños y otras ilustraciones, todas provenientes de las personas involucradas en el Programa.

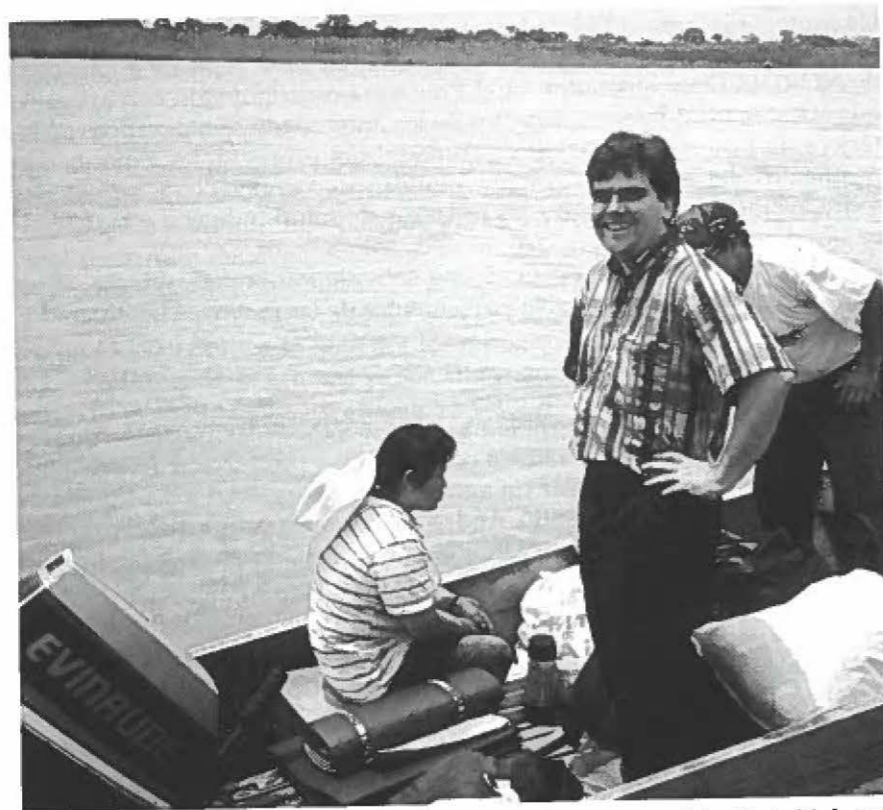
#### Agradecimientos

Habría sido una tarea imposible mencionar a todas las personas que de una u otra manera han apoyado la compilación y producción de este libro. No obstante, debemos enviar un agradecimiento especial a las siguientes personas: Sra. Mirtha Castillo Andrade, administradora del Programa estacionada en la oficina de AIDSESEP en Pucallpa, quien siempre ha asumido numerosas tareas —con frecuencia supuestamente imposibles— e invertido enormes esfuerzos en la coordinación e implementación de complicadas logísticas y ha ayudado al editor con su asistencia mecanográfica. También estamos agradecidos a la Sra. Daisy Zapata Fasabi, secretaria de OIRA en Atalaya, quien asumió la ardua tarea de desgrabar y mecanografiar las entrevistas de las cintas originales, trabajando con un antiguo grabador y una máquina de escribir manual con una cinta desgastada. Los pilotos “motoristas” de los botes quienes transportaron al editor con seguridad durante el día y la noche en todo tipo de condiciones climáticas en

los rápidos y engañosos ríos Ucayali y Urubamba y sus tributarios durante la recolección del material para el libro; también merecen un aplauso por su esfuerzo. Entre ellos se debe mencionar en particular al Sr. Luis Cushmariano, quien también asumió la responsabilidad de una coordinación extraordinaria. El artista asháninka Noé Silva Morales, de Atalaya, dibujó todos los diseños indígenas que se muestran en las viñetas y también contribuyó a la publicación enviándonos dos excelentes pinturas sobre las experiencias chamánicas durante las sesiones de ayahuasca, que mejoraron enormemente la calidad del libro.

Agradecemos también a las organizaciones regionales indígenas OAGP, OIRA y ORDECONADIT, sus líderes y personal, que siempre fueron serviciales, brindándonos su apoyo en cualquier forma que necesitaríamos y que fueron indispensables para la realización de este proyecto, así como también a las muchas comunidades visitadas que siempre nos recibieron con una calurosa hospitalidad.

Debemos un agradecimiento especial a la diseñadora gráfica Sra.



Andrew en el Ucayali.

Foto: Dorte M. Jensen

Rikke Aaman Christensen, de Dinamarca, quien asumió en forma voluntaria el enorme trabajo de diseñar la portada y nos ayudó con la planificación gráfica del libro. También agradecemos a Alejandro Parellada, de IWGIA, por ayudarnos con la edición de las muchas entrevistas en español y a Jorge Monrás, también de IWGIA, por su colaboración en el dibujo de los mapas. Durante todo el período de implementación hemos tenido una excelente cooperación con IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas), que apreciamos en sumo grado. Tampoco debemos olvidar el trabajo esencial de los traductores Elaine Bolton, en Inglaterra, y Mario Di Lucci, en Uruguay, quienes siempre se dedicaron al trabajo con entusiasmo y mucha seriedad.

El proyecto de salud y el libro derivan, de varias maneras, de las investigaciones antropológicas realizadas por el editor en las zonas de Gran Pajonal y Alto Ucayali, en las décadas de 1980 y 1990. Por lo tanto, es oportuno agradecer al Consejo de Investigaciones en Desarrollo Internacional de Danida (RUF) y al Consejo de Estudios en Ciencias Sociales (SSF), ambos de Dinamarca, por su financiación de las investigaciones en diferentes épocas. El editor también agradece al Instituto de Estudios Internacionales en Copenhague, por haberle brindado espacio y facilidades en la última fase de elaboración del presente libro.

Finalmente quisiéramos dedicar este libro a nuestro amigo y colega Andrew Gray quien perdió su vida cuando el avión en que volaba se estrelló en el Pacífico en las cercanías de Vanuatu, una noche tormentosa en mayo de 1999, durante un viaje de trabajo de contacto con organizaciones indígenas en las islas del Pacífico.

Andrew dedicó toda su vida a la causa indígena, y colaboró particularmente con el Programa de Salud Indígena de AIDSESEP en Madre de Dios. Ayudó en la supervisión del componente inicial del proyecto en Madre de Dios y acompañó al equipo en una de sus visitas a Perú. La desaparición de Andrew no es sólo una pérdida irreparable para el mundo indígena, sino que todos extrañamos su persona y su excepcional ánimo que convirtió muchos viajes y eventos agotadores y estresantes en experiencias positivas, siempre recordadas con placer.

Notas:

1. La Asociación Interétnica del Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) fue establecida en torno a los años ochenta con tres diferentes organizaciones indígenas como miembros. Hoy (2002) abarca a más de cincuenta federaciones indígenas y organizaciones regionales de toda la Amazonía Peruana, y es la mayor organización indígena del país, jugando un rol muy activo en las políticas nacionales e internacionales referentes a los derechos indígenas.
2. La Agencia Nórdica para el Desarrollo y la Ecología (NORDECO) es una compañía consultora sin fines de lucro con sede en Copenhague, Dinamarca. Está especializada en la conservación integrada y el desarrollo comunitario en países del Tercer Mundo y Europa Oriental, y durante años ha estado trabajando junto con organizaciones y pueblos indígenas en América Latina, Asia y África. Está registrada como una empresa sin fines de lucro bajo la forma de una fundación que apoya iniciativas en países en desarrollo dentro del ámbito del medio ambiente, la sostenibilidad, la biodiversidad y el apoyo comunitario.



## 1. Introducción

### AIDSESEP y la perspectiva indígena

*Gil Inoach Shawit, ex-presidente de AIDSESEP  
y Juan Reátegui Silva, director del PSI-AIDSESEP*

#### La Realidad de Los Pueblos Indígenas

La historia de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana durante la colonización es bastante conocida. También es conocida la continuidad de la política colonial durante gran parte de la República; donde destaca la negra historia del caucho a comienzos del siglo XX. Lo que está aún por escribirse es la historia de los pueblos amazónicos y las "políticas desarrollistas" del Estado peruano, desde 1960 hasta el desarrollo del narcotráfico y el terrorismo en las dos últimas décadas del siglo XX.

Antes del nacimiento de AIDSESEP, los pueblos indígenas de la Amazonía tenían una tradición organizativa propia, de acuerdo a sus condiciones objetivas de desarrollo y a las tareas que llevaron adelante. La centralización de estas organizaciones propias se inició con el apoyo y la orientación de los grupos religiosos (órdenes católicas e iglesias evangélicas), que desaparecieron al retirarse el grupo animador. Los primeros intentos reales de organización autónoma se iniciaron como mecanismos defensivos contra la penetración de los colonos y las empresas explotadoras de materias primas. Estas organizaciones fueron, en un primer momento, locales, comunales; y más tarde, regionales o de cuencas. Los asháninka, amuesha y aguaruna del Alto Marañón, fueron los que iniciaron el movimiento federativo de las comunidades a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta.

El contexto sociopolítico de inicios de los setenta fue altamente favorable para el desarrollo de la organización de los pueblos indígenas. Por un lado, se producían procesos sociales convulsivos en la sociedad global, y en el Perú se producía una experiencia populista militar que aprobó la Ley de Comunidades Nativas en 1974 para dar inicio al proceso de titulación de tierras de comunidades. Como parte de este proceso, los pueblos indígenas avanzaron en su desarrollo organizacional, formando en 1979 la Coordinadora de Comunidades Nativas de la Selva Peruana (COCONASEP), que al año siguiente tomó el nombre de Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP).

#### AIDSESEP

La Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana; es la organización nacional de los pueblos indígenas amazónicos cuya finalidad es luchar por la defensa del territorio, los recursos naturales, la cultura, el idioma y los demás derechos humanos y políticos de los pueblos indígenas. También para hacer frente a las acciones realizadas por el propio Estado y por particulares que vulneran otros de sus derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico, que va contra la educación intercultural bilingüe, el respeto de sus costumbres, cosmovisión, historia, identidad, idioma y la afirmación de su auto y libre determinación y autodesarrollo considerando que la Constitución Política reconoce que el Perú es un país pluricultural.

#### Los Motivos para la Formación de AIDSESEP

Las exigencias de la Ley de Comunidades Nativas (1974) motivaron la búsqueda de formas organizativas cada vez más complejas para los pueblos indígenas. En 1980, AIDSESEP fue la respuesta que produjeron los diez años de experiencias de base. Si bien es cierto que los pueblos son los grandes protagonistas de su historia, también es cierto que en cada momento histórico los pueblos se reflejan en sus líderes. La primera generación de fundadores de AIDSESEP está grabada en la memoria de todos los que conocen y aman la historia de sus pueblos de la Amazonía.

#### Trayectoria de AIDSESEP

Desde sus inicios AIDSESEP orientó su labor hacia la formulación de una plataforma básica que asegure el respeto de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas de la Amazonía, consciente de la necesidad de unir a las comunidades bajo objetivos comunes, frente a un escenario adverso, exigiendo su reconocimiento, la legalización de sus tierras, territorios y realizando acciones que denoten mayor presencia de los pueblos indígenas en las actividades políticas, sociales y económicas del país, levantando por primera vez la bandera de las reivindicaciones indígenas, liderada por sus propias organizaciones.

AIDSESEP también impulsa la articulación de espacios interculturales e interétnicos orientados a recuperar sus derechos como pueblos, desarrollando mecanismos de propuestas y negociación para el desarrollo de actividades en el ámbito cultural y económico de los pueblos indígenas, en interacción con la sociedad civil, los organismos públicos y las entidades nacionales e internacionales vinculadas al quehacer indígena.

AIDSESEP promovió la formación de otras organizaciones federativas indígenas y en 1982 impulsó la creación de la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), que afilia actualmente a las organizaciones de los pueblos en los nueve países de la Cuenca: Venezuela, Surinam, Colombia, Ecuador, Bolivia, Perú, Brasil, Guyana Francesa y Guyana Inglesa.

El esfuerzo de AIDSESEP por mejorar las condiciones de vida de los

hombres y mujeres indígenas es considerable y meritorio por el contexto actual en el que se desarrolla esta problemática en el país. Actos administrativos y legislativos son emitidos sin considerar lo dispuesto en el Convenio 169 de la OIT sobre consulta y participación, así como la actitud de las autoridades del poder judicial y del Ministerio público que al momento de administrar justicia no respetan el derecho consuetudinario reconocido constitucionalmente, no obstante, AIDSESEP sigue trabajando tenazmente por alcanzar sus objetivos.

Esta fuerza organizativa de AIDSESEP le ha permitido ser el actor principal y una pieza clave como interlocutor de los pueblos indígenas ante los diversos sectores del Estado encargados de diseñar políticas de actuación, proponiendo iniciativas y reformas legislativas, como la propuesta Ley Indígena, el Reglamento de Actividades Hidrocarburíferas en Territorios Indígenas, las Normas Tributarias aplicables a los pueblos indígenas, y aportes significativos a la Propuesta del Régimen de Protección de los Conocimientos Colectivos vinculados a la Biodiversidad de los Pueblos Indígenas y Acceso a los Recursos Genéticos.

Ha contribuido a reforzar la concordia entre pueblos indígenas de ambos lados de la frontera de los hermanos países de Ecuador y Colombia, proponiendo la acción estatal para apoyar las relaciones de intercambio entre los pueblos indígenas huitoto, bora, achuar, shuar, aguaruna y huambisa.

AIDSESEP ha participado activamente en la Selva Central del país, contribuyendo en la defensa del pueblo asháninka frente a la acción subversiva y a la paz externa, desarrollando dos encuentros binacionales entre los pueblos indígenas de Perú y Ecuador que se vieron involucrados involuntariamente en el conflicto territorial fronterizo.

### Los objetivos de AIDSESEP

Con la experiencia ganada en la lucha por la organización autónoma, las federaciones u organizaciones de base de AIDSESEP se han trazado los siguientes objetivos generales:

1. Representar los intereses inmediatos e históricos de todos los pueblos indígenas de la Amazonía.
3. Garantizar la conservación y el desarrollo de la identidad cultural, el territorio y los valores de cada uno de los pueblos indígenas de la Amazonía.
4. Viabilizar el ejercicio de la libre determinación de los pueblos indígenas, en el marco del derecho nacional peruano y del derecho internacional.
5. Promover el desarrollo humano y sostenible de los pueblos indígenas.

### El estatus legal de AIDSESEP en el Perú

La Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana es legalmente una Asociación Civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho

privado interno, inscrita en los Registros Públicos del Libro de Asociaciones de la ciudad de Lima, en la ficha N° 6835, Asiento A-1, fechado el 27 de mayo de 1985.

### Las bases de AIDSESEP

A lo largo y ancho de la Amazonía peruana, AIDSESEP se asienta en 6 organismos descentralizados ubicados en el norte, centro y sur de la misma; 53 federaciones y organizaciones territoriales de segundo nivel, que representan a las 1.340 comunidades de pueblos indígenas ubicados en el territorio de dichas federaciones. En estas federaciones se agrupan las comunidades pertenecientes a los 64 pueblos indígenas amazónicos, entre ellos: los maijuna, secoya, bora, huitoto, yagua, jebero, achuar, kichwaruna, wangurina, shipibo, cacataibo, asháninka, cashinahua, sharanahua, culina, amahuaca, amarakaeri, kechuas, aguaruna, chayahuita, cocama, cocamilla, huambisa, shapra, candoshi, yine, yami, matsiguenga, yanasha., arasaire, toyoeri, harakmbut, ashéninka, nomatsiguenga, ese-eja, huachi-paeri, ocaina, ticuna, urarina, yaminahua, yora, nahua y muratu.

### Desarrollo institucional de AIDSESEP

AIDSESEP, viene trabajando a fin de solucionar y mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas, realizando a lo largo de su trayectoria las siguientes acciones:

#### Territorio y recursos naturales

En esta área de trabajo, AIDSESEP trato de poner un freno definitivo a las agresiones a sus territorios a través de talleres de capacitación, fortaleciendo su organización, auto linderamientos, defensa de casos, titulación de comunidades en convenios con el Ministerio de Agricultura y Direcciones Agrarias Regionales, dando a conocer a las autoridades y a la sociedad nacional, el fundamento de la relación del pueblo indígena con su territorio, que no es intercambiable por otro, y que es la base de su reproducción étnica, material y espiritual, que les garantiza la supervivencia como pueblos.

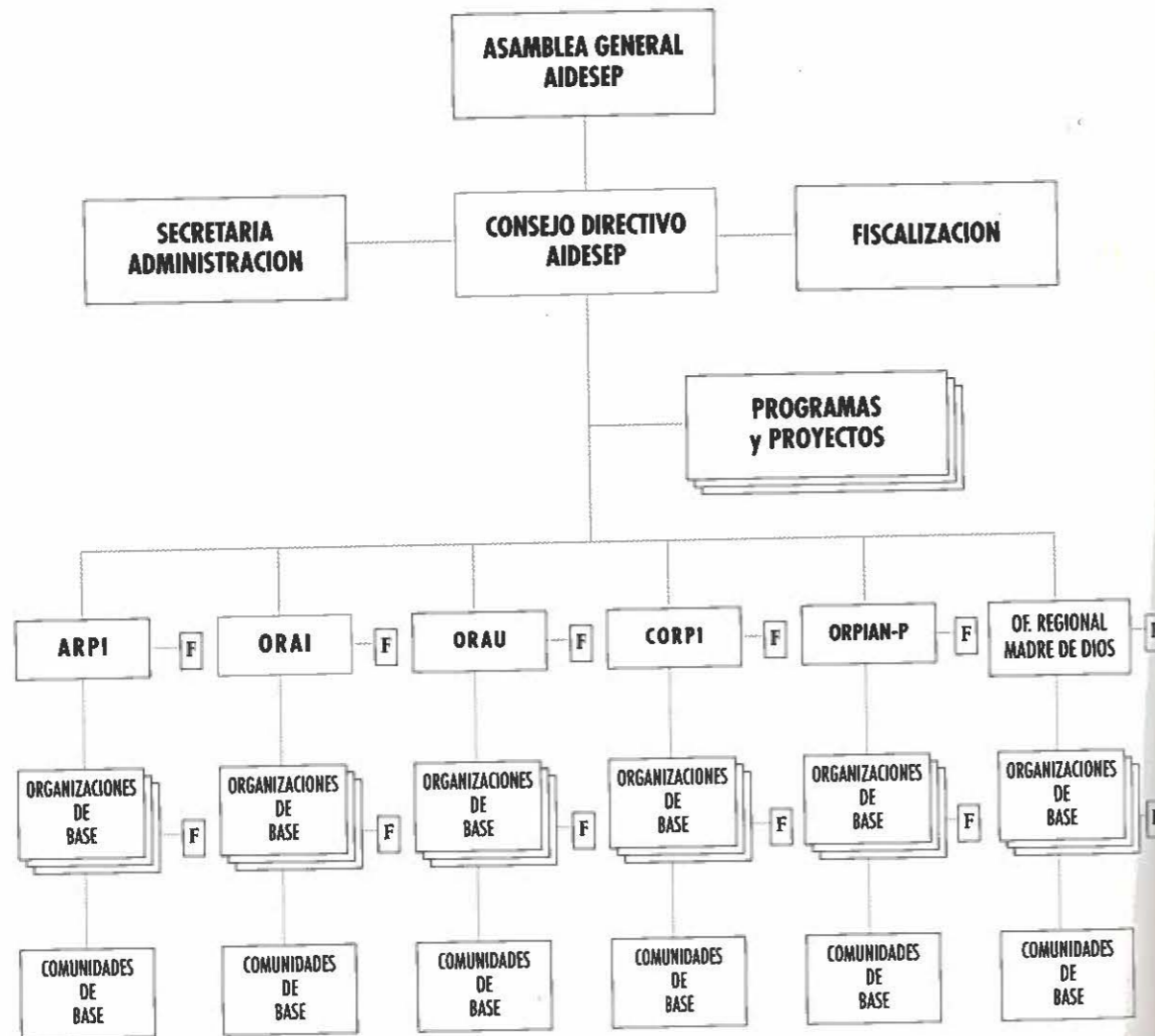
Otra de las actividades importantes de esta instancia es la capacitación legal de promotores para el cuidado y la defensa del territorio y la promoción del buen uso de los recursos naturales en el bosque amazónico.

En los últimos años, esta área operativa ha logrado el señalamiento de los linderos de un alto porcentaje de las comunidades y se ha logrado la titulación del 40% de los territorios indígenas de la Amazonía del Perú.

Para el apoyo técnico de este trabajo territorial, AIDSESEP cuenta con una instancia denominada Centro de Información y Planificación Territorial (CIPTA), la cual permite una información suficiente relacionada con los recursos naturales, su ubicación y correcto tratamiento.

- Defensa del territorio étnico, los recursos naturales y el medio ambiente.

## La estructura organizativa de AIDSESEP



- Linderamiento y titulación del territorio de las comunidades y el establecimiento de reservas comunales, producto de este trabajo se titularon territorios más de ocho millones de hectáreas.
- Reservas territoriales a favor de los pueblos indígenas de aislamiento voluntario, en un millón de hectáreas.
- Creación de Reservas comunales de El Shira, Purús y Amarakaire.

- Capacitación legal a promotores indígenas para el cuidado y la defensa de su territorio y los recursos naturales.
- Propuestas e iniciativas referente a la condición de los territorios y el manejo de los recursos naturales en el bosque amazónico.

### Economía y desarrollo alternativo

Su objetivo es promover el intercambio interétnico de los conocimientos tradicionales, tanto técnicos como estratégicos y conceptuales, las innovaciones referidas al uso y manejo de recursos de fauna y flora y las actividades de subsistencia, basado en el principio de recuperación de la sabiduría indígena sobre el manejo de los recursos, reflejado en prácticas económicas, en modelos y virtudes sociales de convivencia e interrelación, donde la conservación y uso racional de los recursos y de la biodiversidad es vital, pues con ello está garantizada la vida indígena a largo plazo. También está encargada de elaborar planes de manejo de bosques y proyectos de desarrollo sostenible; todo orientado al mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas.

- Recopilación, investigación, promoción y capacitación de la tecnología agraria ecológica tropical, de acuerdo a los conocimientos y prácticas indígenas.
- Elaboración de planes de manejo y proyectos de desarrollo económico sustentables de los recursos naturales.
- Programa de conservación y regeneración de recursos naturales renovables.

### Salud indígena

Orientado hacia la recuperación de usos y prácticas tradicionales a través de la medicina indígena y a través de la valorización de un medio ambiente sano, de una autoestima cultural y de una armonía social. Asimismo ha sido encargada de desarrollar un sistema de salud indígena, adecuado a cada realidad regional y local, rescatando y desarrollando los conocimientos indígenas sobre la salud y orientado a la formación y autoformación de los recursos humanos necesarios para el desarrollo del sistema.

Al mismo tiempo, las acciones del Programa de Salud Indígena (PSI) están orientadas a mejorar el acceso de la población indígena a los recursos de salud occidental para el tratamiento de las enfermedades «venidas de fuera».

En los últimos años, luego de un arduo trabajo técnico y organizativo, se ha logrado instaurar, en el ámbito de tres organizaciones de base, sistemas de salud indígena que funcionan en armoniosa coordinación con el sistema occidental.

- Rescate y desarrollo de la medicina indígena, como componente básico de nuestra cultura, tanto de sus recursos humanos, materiales y fundamentalmente de sus aspectos espirituales, mágicos y antropológicos.
- Incorporación progresiva de acuerdo a sus necesidades de los

- aportes eficaces de la medicina occidental y oficial en un sistema indígena de salud.
- Realización y ejecución de acuerdos y convenios con el Ministerio de Salud para apoyar el control de epidemias, trabajos de investigación sobre enfermedades tropicales e infecciosas y desarrollar políticas de salud intercultural.
  - Propuesta de creación del Instituto de Salud Intercultural Amazónico (INSIA) en convenio con el Ministerio de Salud y el Instituto de desarrollo de Recursos Humanos (IDREH).

### Derechos indígenas y derechos civiles

Se está capacitando a los dirigentes de base para que desempeñen con eficiencia sus labores de representación de sus pueblos y los cargos políticos que han asumido como tarea, en representación de sus bases. A través de esta instancia se otorga igualmente defensa y asesoría legal en asuntos relacionados a los derechos colectivos, y saneamiento de la documentación personal de la población.

Al mismo tiempo, se desarrolla un trabajo de asesoramiento a las federaciones de base en todo lo relacionado con la gestión administrativa y legal para la obtención de sus personerías jurídicas.

### Educación y cultura

Es destacable la preocupación de AIDSESEP por lograr que los pueblos indígenas gocen de un derecho reconocido constitucionalmente a una educación intercultural bilingüe. Dentro de esta perspectiva, por primera vez las lenguas indígenas no son más vehículo de tránsito hacia la castellanización, ni herramientas utilizadas para perpetuar la ideología dominante, sino que son consideradas como instrumentos creados por una sociedad para conceptuar e interpretar su realidad, con plenas posibilidades para seguir desarrollándose en el momento actual, a fin de incorporar nuevos conceptos técnicos y científicos.

Con el Programa de Formación y Profesionalización de docentes indígenas bilingües desarrollo por primera vez en el país, una propuesta educativa basada no solo en el bilingüismo, sino en una metodología de carácter intercultural, que partiendo de los conocimientos de los propios pueblos indígenas se acerca, libre de prejuicios, hacia los conocimientos elaborados por la ciencia occidental.

También promueve el acceso de jóvenes indígenas a los programas de becas para la formación profesional o técnica.

- Formación de maestros en educación intercultural bilingüe.
- Lograr que maestros indígenas ocupen cargos en la Direcciones Regionales de Educación, para una mejor orientación del sistema oficial hacia las comunidades.
- Co-ejecución del Programa de Maestros Indígenas Bilingües de la Amazonía Peruana (FORMABIAP), en Convenio con el Ministerio a Través del Instituto Superior de Loreto.

- Elaboración de los Programas Curriculares de educación primaria y de los programas de formación de maestros en la especialidad de educación intercultural bilingüe.
- Programa de profesionalización de docentes indígenas bilingües.
- Promoción y afirmación de los valores culturales de los pueblos de la Amazonía, apoyados en las investigaciones realizadas sobre cultura, ciencia, tecnología y arte de sus pueblos.

### Relaciones con el Estado peruano y la comunidad internacional

AIDSESEP, como institución representativa de los pueblos indígenas de la Amazonía, mantiene relaciones estrechas con los organismos del Estado peruano. Se relaciona, del mismo modo, con instituciones nacionales e internacionales que tienen interés en establecer vínculos de amistad y cooperación con los pueblos amazónicos.

Tenemos un Convenio Ministerio de Educación – AIDSESEP-Instituto Superior Pedagógico de Loreto con el Estado peruano, para el desarrollo del Programa de Formación de Maestros Bilingües (FORMABIAP). Igualmente mantenemos un convenio con el Ministerio de Agricultura-PETT – AIDSESEP, para la titulación de las comunidades nativas de la Amazonía peruana; con el Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA) para la colaboración en la política de cuidado y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales de la Amazonía; con el Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para diseñar y gestionar conjuntamente proyectos y programas para el control de las principales enfermedades que afectan a los pueblos indígenas amazónicos y desarrollar acciones en defensa de la ecología y su impacto sobre la salud; con el Ministerio de Salud a través de la Oficina General de Epidemiología (OGE) para desarrollar acciones de diagnóstico del Análisis de la Situación de Salud de los pueblos indígenas de la amazonía y con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) para desarrollar acciones de formación y capacitación de recursos humanos para los pueblos indígenas de la amazonía.

Hemos firmado los siguientes convenios con entidades internacionales:

- Con la Cooperación Técnica del Gobierno de Dinamarca (DANIDA), a través de la institución IWGIA.
- Con la Cooperación Técnica italiana, a través de la institución Terra Nova.
- Con el gobierno de Noruega, a través de la institución FAFO Internacional.
- Con Karen Elise Jensen Fond a través de NORDECO para desarrollar acciones de Salud Indígena e Intercultural.
- Con GTZ – Alemania para desarrollar talleres con mujeres indígenas.

### Reconocimientos nacionales e internacionales

En 1986, AIDSESEP, el Consejo Aguaruna y Huambisa y la Coordinadora de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), recibieron el Premio Nóbel Alternativo de la Paz, en Estocolmo, Suecia.

En 1993, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) otorgó a AIDSESEP un diploma a nombre de la nación, en reconocimiento al apoyo otorgado para la realización del Censo Nacional de Población y Vivienda.

### Nuestra visión compartida de futuro

Nos proponemos ser una organización representativa de todos los pueblos y comunidades indígenas de la Amazonía peruana; reconocida por el Estado peruano como interlocutora válida para resolver todos los problemas de la Amazonía y por la comunidad internacional como representante genuina de las aspiraciones de los pueblos indígenas del Perú y del mundo a sus derechos consagrados en la legislación internacional.

Aspiramos construir un Estado Nacional peruano multilingüe, pluricultural, democrático y respetuoso de los derechos humanos para nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos. En el marco de ese Estado Nacional, buscamos el desarrollo humano autónomo y sostenible de todos los pueblos indígenas de la Amazonía, en su territorio reconocido y la construcción de una visión compartida de futuro con los otros pueblos.



Mapa 1. AIDSESEP: Federaciones y organizaciones asociadas.



Mapa 2. Perú: Áreas de actividades del PSI-AIDSESEP.



## 1. Introducción

### Sumario del proyecto PSI

*Thomas Skielboe, co-director de NORDECO*

#### La creación del proyecto

La fase piloto del Programa de Salud Indígena fue iniciada a mediados de 1993 como una forma de cooperación entre la agencia financiadora, Fundación Karen Elise Jensen, la agencia de desarrollo Agencia Nórdica para el Desarrollo y la Ecología (NORDECO) y la organización nacional de los pueblos indígenas de las tierras bajas peruanas, la Asociación Interétnica del Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP). El proyecto pasó por tres fases de implementación, desde 1993 hasta el fin del año 2000, y se caracterizó por una estrategia que favorece el enfoque de "prueba y error". Este enfoque pone gran énfasis en el uso de la experiencia obtenida durante la marcha, cambiando las estrategias durante el progreso del proyecto cuando fuera necesario. El Programa fue el primer proyecto a largo plazo iniciado por la agencia de desarrollo y medio ambiente, NORDECO, establecida en 1990. No obstante, el personal de NORDECO tenía muchos años de experiencia en el trabajo con los pueblos y organizaciones indígenas en las tierras bajas del Perú, específicamente con las nacientes organizaciones indígenas de la región del Río Ucayali.

AIDSESP, que fue establecida en 1980, había estado trabajando intensamente durante la última década por los derechos de los pueblos indígenas e invirtió mucho esfuerzo en la definición de territorios indígenas en el contexto legal peruano y en asegurar los títulos a la tierra para las comunidades indígenas, así como también en el desarrollo de la educación intercultural bilingüe a ser implementado en áreas indígenas. Los aspectos de la salud, medio ambiente y desarrollo económico local también habían sido tratados como parte de la estrategia de apoyo a las posibilidades de los pueblos indígenas de influir sobre su propia vida y futuro. El pasaje más intenso al sector de la salud con un enfoque integrado fue, en ese momento, un paso natural para AIDSESP en su trabajo con las organizaciones indígenas locales. El sistema nacional de salud no cubre el área amazónica de forma suficiente, y hay una seria falta de recursos, clínicas, medicina y trabajadores de la salud. En general, en ese momento había una incapacidad total para encarar la realidad indígena local, incluyendo su lengua y su comprensión de la salud. Los sistemas de salud indígenas

habían sido reprimidos, durante siglos, por la sociedad nacional y, particularmente, por las misiones cristianas, y AIDSESP quería centrarse en una revitalización del conocimiento indígena sobre la salud como parte de la realidad indígena. Entonces AIDSESP y NORDECO formularon conjuntamente un documento de proyecto para una fase piloto de dos años. Tres proyectos más pequeños que estaban siendo implementados por AIDSESP se unificaron y fueron analizados, con el objetivo de elaborar un proyecto piloto de dos años en el que se probarían diferentes enfoques para llegar a un programa real de la salud indígena, conforme a las necesidades específicas indígenas y con las estrategias generales de AIDSESP.

El documento del proyecto fue presentado a la Fundación Karen Elise Jensen, en 1992 y fue aprobado a comienzos de 1993. Los tres proyectos implementados en la fase piloto estaban ubicados en San Lorenzo, en Alto Amazonas, al norte de Perú (en asociación con tres organizaciones de pueblos indígenas), en Madre de Dios (con una organización) y en la provincia de Atalaya (con una organización). Siguiendo las lecciones aprendidas durante la implementación de la fase piloto, se decidió concentrar el trabajo en la provincia de Atalaya, donde se había implementado el proyecto mayor y el que había obtenido el mayor índice de éxito. El área del proyecto de Atalaya fue expandida de 50 comunidades hasta cubrir 119 comunidades en tres distritos, trabajando allí con tres organizaciones: OIRA (la Organización Indígena de la Región de Atalaya), ORDECONADIT (la Organización Regional de Desarrollo de las Comunidades Indígenas del Distrito de Tahuania) y OAGP (la Organización Indígena del Gran Pajonal).

**Tabla 1: Participantes del proyecto y responsabilidades principales.**

<i>Nivel Organizacional</i>	<i>Organismo Responsable Principal</i>
Financiación	Fundación Karen Elise Jensen
Supervisión General y Garantía de Calidad	Nordeco
Desarrollo Estratégico, Administración del Proyecto y Supervisión de Campo	AIDSESP-Central-PSI (Programa de Salud Indígena)
Implementación Local	OAGP, OIRA, ORDECONADIT
Implementación	Equipos de Salud y Comunidades Nativas

### Estructura del proyecto

La estructura organizacional del proyecto comprende cinco niveles de participantes, todos con diferentes responsabilidades:

La Fundación Karen Elise Jensen, la agencia financiadora del proyecto, también ha estado involucrada en la supervisión del proyecto en el sentido que ha participado junto a NORDECO en todas las visitas de revisión al Perú. NORDECO ha tenido la responsabilidad general del proyecto, suministrando supervisión, respaldo y garantía de calidad en estrecha colaboración con AIDSESEP y la administración del proyecto en Perú.

En Perú, el proyecto fue en su inicio implementado desde Lima por AIDSESEP, en asociación con las organizaciones locales. Sin embargo, en las fases II y III, el proyecto fue descentralizado y se otorgó más responsabilidad a las organizaciones locales en cuanto a su implementación. Se estableció una oficina en la capital regional, Pucallpa, y una oficina de campo más pequeña en la capital provincial, Atalaya. AIDSESEP mantuvo igual la responsabilidad general de la implementación, pero ahora había un coordinador de campo con base en Atalaya, con la responsabilidad de planificar y supervisar el trabajo de campo en colaboración con las organizaciones locales. Un Director de Proyecto, con base en Pucallpa y Lima, fue el responsable de supervisar la implementación y el funcionamiento general del proyecto. Cada una de las tres organizaciones indígenas regionales tenía su propio presupuesto y era responsable de la implementación en su propia área. La descentralización tuvo un impacto importante en términos de desarrollar la propiedad local del proyecto. En cada una de las áreas del proyecto, los equipos de salud -integrados por dos coordinadores indígenas y un enfermero/a- jugaron roles claves en la implementación del sistema de salud. Los equipos viajaron continuamente por el área, visitando a las comunidades dos o tres veces al año. Realizaron campañas de concientización, supervisión y capacitación en medicina básica occidental y tradicional para los promotores y los líderes, así como también capacitación sobre la estructura y funcionamiento del Programa Indígena Intercultural de Salud. Además, los equipos establecieron puestos de salud con sedes en todas las comunidades. Los equipos de salud estuvieron trabajando, junto con el Coordinador y el Director, en la capacitación de las organizaciones, específicamente en lo relacionado con la administración y el mantenimiento del sistema de salud.

La colaboración con el Ministerio de Salud, MINSA, ha sido una importante prioridad en la estrategia del proyecto para la sostenibilidad, y MINSA ha participado en muchos niveles.

### Organizaciones participantes

La agencia financiadora, Fundación Karen Elise Jensen (KEJ), es una de las mayores fundaciones danesas que financian exclusivamente la investigación sobre la salud y proyectos relacionados con la misma. La fundación apoya principalmente trabajos en Dinamarca y, como la participación con la salud y pueblos indígenas en Perú era una actividad completamente

nueva, la Junta de la Fundación ha estado monitoreando activamente el desarrollo del proyecto, durante las tres fases. Esto ha constituido una gran ventaja para el proyecto.

Fundada en 1990, NORDECO es una compañía consultora de propiedad exclusiva de la organización sin fines de lucro Fundación Nórdica para el Desarrollo y la Ecología. La principal área de trabajo de NORDECO es suministrar asesoramiento sobre procesos de desarrollo, integrando el desarrollo local y la conservación de la naturaleza. Los servicios de consulta ofrecidos están relacionados con el aumento de la calidad de los esfuerzos de desarrollo, enfocando las interacciones entre sociedad, cultura y el medio ambiente como un todo integrado. NORDECO está formado por expertos en ciencias sociales y naturales y, a través del enfoque integrado del desarrollo, tiene una muy amplia experiencia en el trabajo con métodos participativos. A través de los antropólogos de mayor experiencia conectados con la oficina, NORDECO también tiene una sólida experiencia en el trabajo con organizaciones y asuntos indígenas.

AIDSESEP es un participante importante del proyecto como organización nacional de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Tiene 44 organizaciones miembro, entre las que están las tres organizaciones locales OIRA, ORDECONADIT y OAGP. Las oficinas centrales de AIDSESEP están en Lima y tiene cinco oficinas regionales en todo el país. Con relación al proyecto, AIDSESEP desarrolló una sección especial, Programa de Salud Indígena, PSI. La Organización Indígena de la Región de Atalaya, OIRA, consiste de 50 comunidades de 6 grupos etnolingüísticos situadas a lo largo del Río Tambo, el Río Urubamba y el Río Ucayali y sus tributarios. La organización fue formada en 1988 y tiene una oficina en Atalaya. La Organización para el Desarrollo de las Comunidades Indígenas del Distrito de Tahuanía, ORDECONADIT, cubre 27 comunidades. Las comunidades están situadas a lo largo del Río Ucayali y sus tributarios en el distrito de Tahuanía. La organización tiene su oficina en la comunidad de Bolognesi. La Organización Ashéninka del Gran Pajonal, OAGP, cubre 38 comunidades, y tiene su oficina principal en la comunidad de Ponchoni, en el Gran Pajonal, y otra oficina más pequeña en la capital regional, Pucallpa, lo que es una necesidad debido a lo remoto del Gran Pajonal y las resultantes dificultades logísticas. El área es muy diferente de las áreas ribereñas de OIRA y ORDECONADIT. Está situada a una altura de unos 3.500 pies (1.200 m) y todo el transporte se realiza a pie o a caballo. Las tres organizaciones locales han estado previamente trabajando con proyectos, pero esta fue la primera vez que eran realmente responsables del presupuesto y la administración. Esta responsabilidad resultó ser de gran importancia, tanto con relación a la participación de la población y en el desarrollo de un sentido de propiedad del proyecto, como en términos de fortalecimiento de las organizaciones per se.

### Financiación y supervisión

La agencia financiadora, la Fundación Karen Elise Jensen, es una de las mayores fundaciones danesas que apoyan exclusivamente la investigación sobre la salud y los proyectos relacionados. Sin embargo, esta fue la primera vez que se involucraba en un proyecto de salud de este tipo. La fundación ha demostrado un remarcable interés en el seguimiento de la implementación del proyecto, su desarrollo y en compartir las experiencias obtenidas a través de las tres fases del proyecto. Dos miembros de la junta de la Fundación han visitado el proyecto por lo menos dos veces por año, participando en las misiones de revisión realizadas por NORDECO. La pericia médica de los miembros de la junta también jugó un rol importante en la garantía cualitativa del aporte médico occidental en el proyecto. Esta participación activa de la agencia financiadora demostró ser de gran importancia para el desarrollo y la interacción dentro proyecto. Un coordinador de NORDECO ha sido responsable de la supervisión de la administración danesa del proyecto durante todas sus fases y un equipo de dos antropólogos de NORDECO se encargó del respaldo técnico y de la garantía de calidad.

### Desarrollo del proyecto

Como ya se mencionó, la implementación del proyecto estuvo caracterizada por un enfoque de "prueba y error" con un enfoque específico y discusiones permanentes sobre los resultados del proyecto a todos los niveles. Como la idea era desarrollar una especie de prototipo de sistema de salud, aplicable en diferentes entornos del área de la Amazonía, fue importante probar estrategias diferentes con relación a la capacitación, entrenamiento, manejo y sostenibilidad del proyecto (ver capítulo 4). Basado en las experiencias obtenidas a través de diferentes fases, el programa ha logrado éxitos particulares en dos campos: a) aumentó el enfoque en la flexibilidad estratégica para ser capaz de ajustarse a las comprensiones específicas sobre la salud de un grupo étnico específico; y b) la concentración en la sostenibilidad del sistema de salud se expandió en dirección al desarrollo de un proyecto de curso de capacitación pública intercultural para los técnicos indígenas de la salud, quienes son considerados importantes promotores del sistema integrado de salud indígena.

### La situación actual

El sistema integrado de salud indígena ahora ha sido elaborado e implementado en tres distritos de la región de Atalaya. Todas las comunidades participantes tienen 2 o 3 promotores de la salud. Las tres organizaciones han sido capacitadas en el manejo y mantenimiento del sistema, asegurando el contacto y la supervisión de todas las comunidades tanto con relación al mantenimiento de las farmacias comunales y la relación con los recursos humanos comunales como con los contactos con el sistema de salud pública. Se elaboraron manuales para aplicar el sistema a otras áreas de Perú y está funcionando una oficina dentro del Programa de Salud

Indígena de AIDSESEP, para hacer el seguimiento de estas iniciativas. El Ministerio de Salud finalizó y aprobó una propuesta de establecimiento de un Instituto Nacional Intercultural de Salud de la Amazonía, y se formuló una propuesta de proyecto piloto de cuatro años. La Fundación Karen Elise Jensen acordó financiar el primer año de comienzo de INSIA. Se logró alcanzar una buena colaboración funcional con el Ministerio de Salud peruano, MINSA, y con la administración regional de salud, que debería tener un seguimiento de cerca en los próximos años. La actual situación es, por lo tanto, un momento crucial del programa. Este es el momento en que el proyecto demostrará si puede funcionar en manos de las organizaciones, y en asociación con el sistema público.

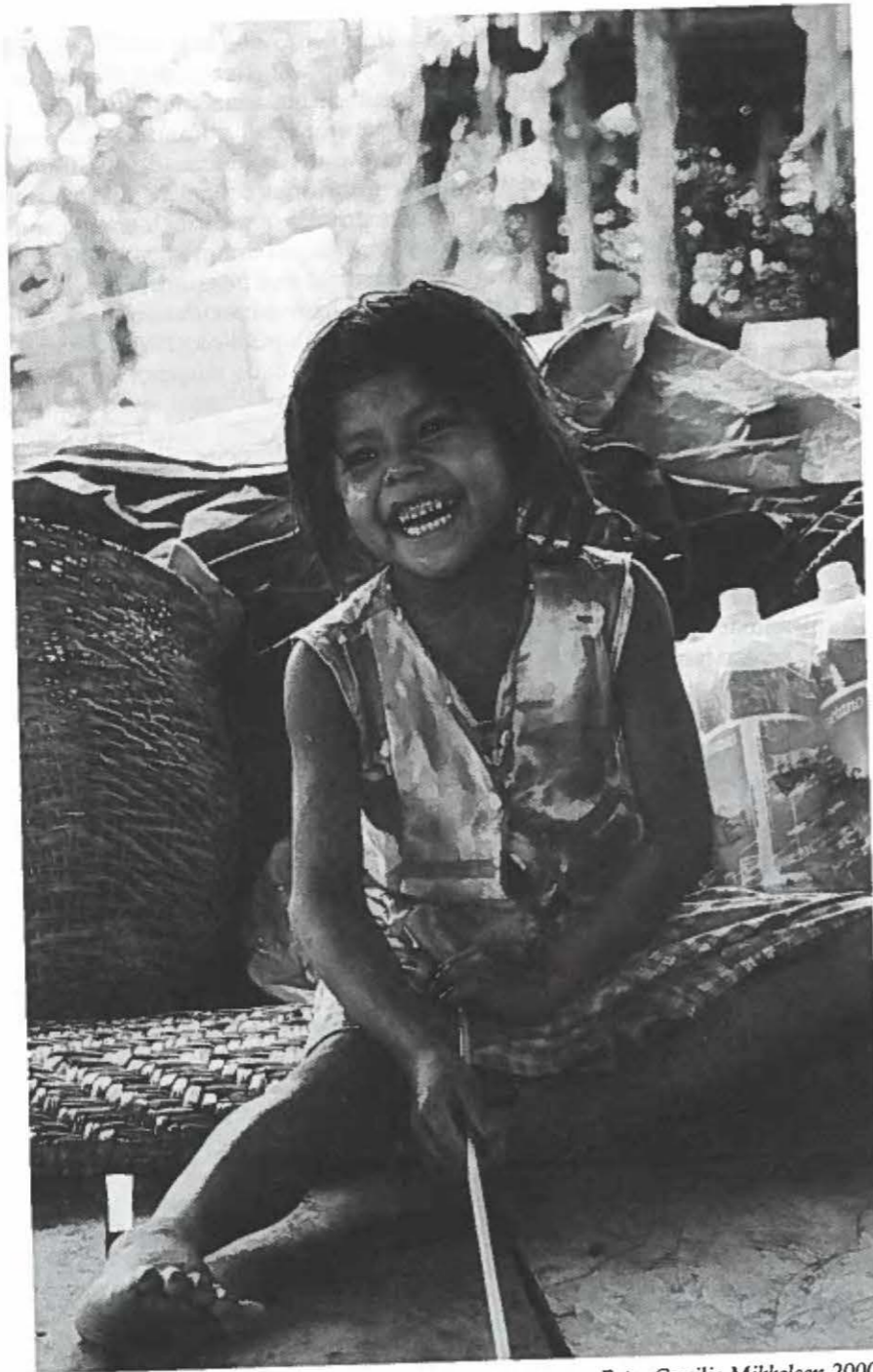
### Nota

1. Thomas Skielboe es antropólogo danés y trabaja como consultor en asuntos socioeconómicos. También es miembro del directorio de NORDECO. Tiene amplia experiencia de Asia sur-este, Africa, Latinoamérica y Rusia. El es el responsable del proyecto PSI-AIDSESEP antes la Fundación Karen Elise Jensen, y ha sido el supervisor principal durante todo el transcurso del proyecto. También ha sido muy activo en el proceso para establecer un sistema educación para Técnicos de Salud Indígena



*Pausa en la orilla del Río Ucayali.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1998*



*Esperando la gaseosa.*

*Foto: Cæcilie Mikkelsen 2000.*



## 2. El Contexto

### Lugar, población e historia

Søren Hvalkof, antropólogo.<sup>1</sup>

#### EL LUGAR

##### Introducción

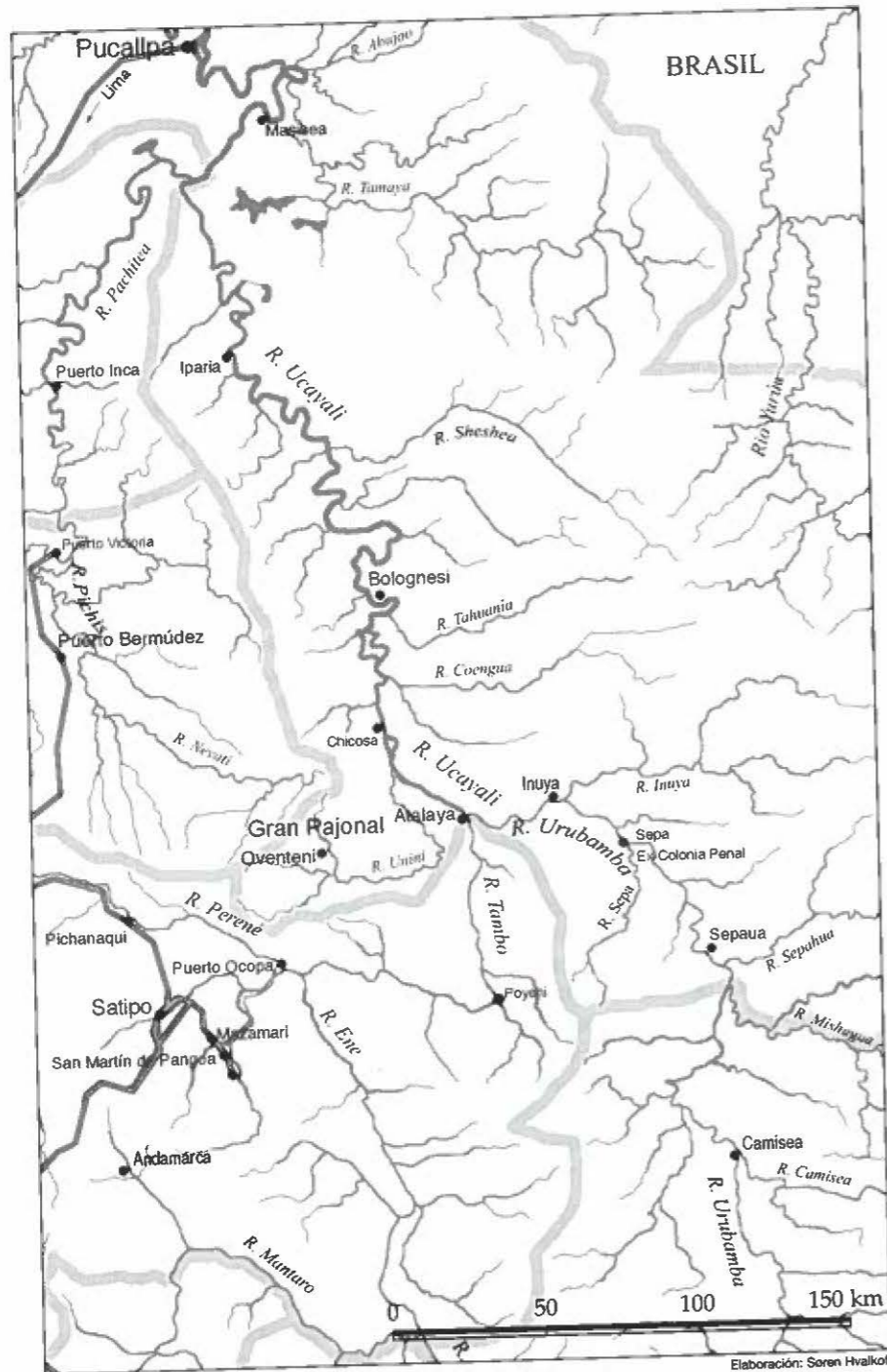
El Programa de Salud Indígena (PSI) está ubicado en la alta Amazonía de la parte oriental de Perú. Esta área se caracteriza por un dramático encuentro entre dos importantes elementos geográficos: la majestuosa cadena montañosa de los Andes y la enorme cuenca Amazónica. La conjunción de estas dos características ha creado una de las formaciones geográficas más impresionantes, variadas y logísticamente complicadas del mundo, llamada la Montaña. La formación de la Montaña limita todo el borde oriental de la gran cuenca del Amazonas, en una larga zona de transición en forma de U que, a lo largo de las laderas orientales de los Andes; corre desde Venezuela – al norte de la línea ecuatorial – a través de Colombia, Ecuador y Perú para unirse con las grandes llanuras del este de Bolivia, muy al sur de la línea ecuatorial. Obviamente, en esta zona, que contiene la más alta biodiversidad de Sudamérica<sup>2</sup>, hay una gran variación geográfica y ecológica. También es el área de más elevada diversidad cultural, constituyendo el área de América Latina donde todavía vive la mayor cantidad de diferentes pueblos indígenas. Esto, combinado con una historia dramática de expansión europea – impulsada por el supuesto potencial de la economía extractiva – ha creado un marco esencial para una comprensión de los medios de subsistencia y salud de los actuales habitantes del área y, por lo tanto, una comprensión de la situación social en general.

El siguiente capítulo describirá la geografía, historia y etnografía de la sección particular de la Montaña donde está operando el Programa de Salud Indígena, es decir, la cuenca fluvial del Alto Ucayali del oriente de Perú y las áreas interfluviales adyacentes, cada una de las cuales presenta características particulares que son imperativas para el desarrollo y la implementación del Programa de Salud Indígena. Seguiremos entonces los recientes logros políticos y sociales de la población indígena de la región y el movimiento social que han dado nacimiento durante las dos últimas décadas.

#### Los sistemas fluviales del Amazonas y del Ucayali

El Río Ucayali es el tributario más importante del río Amazonas. Drena una importante zona de captación de agua del sudeste andino del Perú, conocido por constituir las fuentes iniciales del Amazonas. El Río Ucayali cambia de nombre durante su curso desde la fuente montañosa hasta la desembocadura del Río Amazonas en el estuario brasileño del Océano Atlántico. Acrecentado por cientos de grandes tributarios en su camino, igual es posible rastrear el curso del río principal de una punta a la otra. Cubre una zona de unos 3.000 kilómetros en Perú, con una anchura que varía de 400 a 2.000 metros. Nace en el glaciar Mismi a una altitud de 5.597 m.s.n.m (Peñaherrera del Águila 1986:151) y, al incorporársele otras corrientes glaciales andinas, pronto se torna en el torrencial Río Apurímac, que hoy constituye un popular desafío para la elite de kayakers y aventureros. Una vez que llega a las zonas más bajas de bosques tropicales, cambia su nombre a Río Ene, cuando se le une el Río Mantaro, y otra vez a Río Tambo cuando se une al Río Perené. Unos pocos kilómetros más adelante, se le da el nombre de Ucayali cuando se une con el Río Urubamba que corre desde Cuzco, el antiguo centro del imperio incaico. Este punto está situado precisamente debajo de la pequeña ciudad provincial de Atalaya – donde el PSI tiene su sede central- dando un excelente acceso fluvial a la cuenca río arriba del Urubamba y río abajo al Ucayali y sus afluentes. Más adelante, unos 1.600 kilómetros río abajo, cuando se le une otro gran afluente, el Río Marañón, el nombre cambia a Río Amazonas, nombre que este río majestuoso mantiene hasta que entra a Brasil, poco más de 700 kilómetros río abajo, donde su nombre común portugués es Río Solimoes. La distancia desde la confluencia del Ucayali y el Marañón, donde el principal Río Amazonas toma su nombre y gira hacia el este hasta su desembocadura en el Atlántico, en el este de Brasil, es de 3.762 kilómetros (ibid. 169). Si sumamos el largo total de las fuentes del Ucayali-Apurímac llegamos a una longitud total del Río Amazonas de unos 6.762 kilómetros, que lo convierte en el río más largo del mundo, incluso más largo que el Nilo. Por otra parte, transporta 50 veces más agua que el Nilo; y la cuenca entera del Amazonas, estimada en unos 6.430.000 kilómetros cuadrados (sin incluir la cuenca del Orinoco), se aproxima al 25% de todos los aguas someras del mundo. En el curso del Río Amazonas a través de su cuenca, se le unen cientos de afluentes. Más de 200 de estos afluentes tienen una longitud sobre 1.500 kilómetros cada uno; y la red fluvial navegable tiene una longitud acumulada estimada de unos 50.000 kilómetros (ibid.)

El sistema fluvial del Amazonas es enorme e impresionante y, como se puede imaginar, la variedad de ecosistemas, subsistemas y variaciones locales es igualmente inmensa. El agua es el elemento creador dominante, y la diversidad de los sistemas acuáticos ha formado el mayor hábitat para todos los tipos de vida y –lo que no es menos- para la supervivencia del hombre. A pesar de esta gran diversidad, podemos distinguir a grandes rasgos dos tipos principales de hábitat en la Amazonía: las llanuras flu-



Mapa 3. Sistemas fluviales de las zonas principales.

viales aluviales a lo largo de los ríos más importantes y las áreas interfluviales.

### Las llanuras fluviales

Las llanuras fluviales, a veces llamados varzeas, son creadas y constantemente recreadas por la sedimentación causada por los niveles de agua cambiantes y las inundaciones estacionales. La variación del nivel del agua puede llegar a los 12 metros. Estos suelos aluviales son muy fértiles, pero la inundación anual convierte a la tierra potencialmente agrícola en pantanos durante grandes partes del año, imposibilitando o haciendo muy difícil su explotación para la producción agrícola o ganadera. Sólo la horticultura a pequeña escala se adapta bien, cosa que los habitantes locales, indígenas o no-indígenas, han desarrollado y practicado durante siglos. Un obstáculo adicional para la producción agrícola moderna es la impredecibilidad estacional. Las fluctuaciones de un año a otro con respecto al comienzo de las estaciones secas y lluviosas y la gran irregularidad del volumen de precipitación, intensifican la naturaleza caprichosa de las llanuras fluviales, deteniendo la mayoría de los intentos de establecer empresas agrícolas de mayor envergadura en las que la predictibilidad y la planificación son un prerequisite para el éxito.

Por otro lado, el productor a pequeña escala que combina la producción de subsistencia y la de mercado, puede adaptarse a las características estructurales del entorno de la llanura fluvial y a su caprichoso comportamiento climático. Los sedimentos a lo largo de los meandros de los ríos forman pequeñas elevaciones y colinas, que pueden permanecer secas la mayor parte de la estación. Esas lomas son llamadas restingas y son obviamente lugares favoritos para el cultivo y el asentamiento. Las lagunas encerradas, formados por los meandros cortados de los ríos, son llamados cochas o tipishcas, y son hábitats para faunas acuáticas especiales y lugares favoritos de pesca. La tierra del interior, detrás de las lomas formadas por los ríos está inundada la mayor parte del año y forma sistemas pantanosos complejos o tahuampas, entrecruzadas por canales y ríos pequeños y caños. Esos pantanos de la Alta Amazonía están caracterizados generalmente por extensiones de palmeras aguaje, aguajales, en el español local. La fruta del aguaje es un bocado muy popular y siempre hay demanda en los mercados locales.

El clima de las llanuras fluviales es tropical, con una temperatura que promedia el superior de la veintena de grados centígrados, y con una precipitación que varía localmente entre 1.500-3.000 mm anuales. La variación estacional de precipitaciones depende de la distancia del ecuador y la cercanía a la cordillera de los Andes pero, aunque llueve todo el año, generalmente hay diferencias marcadas entre las estaciones lluviosas y secas. Estas llanuras están cubiertas de exuberantes bosques tropicales de composiciones variadas, dependiendo de las cualidades del suelo local, y la copa de los árboles llega a los 30 metros.

### Las áreas interfluviales

Las áreas interfluviales más elevadas entre las llanuras fluviales de los ríos más importantes pueden ser divididas, a grandes rasgos, en dos: las áreas interfluviales de la gran cuenca del Amazonas y las áreas interfluviales unidas con las estribaciones orientales de la cordillera de los Andes, la Montaña. En la Baja Amazonía, las zonas más elevadas entre los ríos tienen por lo general una calidad de suelo más pobre que las llanuras fluviales fertilizadas por los sedimentos y allí vive menos gente. No es una zona apropiada para la mayor parte de la producción agrícola pero sigue siendo la base del más impresionante bosque tropical. Hay buenas razones ecológicas para este sistema equilibrado, pero su discusión en detalle está más allá del alcance de este capítulo. No existe un límite preciso entre la llanura fluvial y las tierras más elevadas del interior entre los tributarios y hay muchas áreas de transición que combinan características de ambas zonas, particularmente a lo largo de tributarios pequeños o medios.

El otro tipo de zona interfluvial es el bosque de montaña de las laderas, la montaña o selva alta, con características bastante diferentes. Se caracteriza por una combinación de montañas empinadas que superan los 2.000 m.s.n.m., valles relativamente estrechos y profundos con ríos torrentosos, todos tributarios del sistema amazónico, mesetas y llanuras boscosas con colinas redondeadas, entrecruzadas por ríos y corrientes de agua más pequeños que corren entre hondonadas y gargantas. Los ríos son torrentosos, con rocas y muchos rápidos, haciendo posible la navegación sólo en algunas partes, particularmente las secciones más bajas. La precipitación en este bosque tropical montañoso es la más alta de la Amazonía, llegando en ciertos lugares a más de 4.000 mm anuales que, combinado con las marcadas diferencias estacionales, significa mucha lluvia en los pocos meses de la estación lluviosa. La zona tiene generalmente mejor calidad de suelo – en particular en los valles inter montanos – que en las áreas interfluviales de la cuenca baja del Amazonas. Sin embargo, sólo el fondo de los valles es apropiado para la agricultura intensiva, debido a los inminentes problemas de erosión en las empinadas laderas que constituyen la mayor parte del entorno. La zona está cubierta por densos bosques tropicales y subtropicales, que no pueden desarrollar copas tan altas como en las llanuras fluviales pero que, no obstante, son mucho más densos y diversos. Debido a lo escarpado del terreno y las dificultades logísticas de acceso, durante la prehistoria y la historia el área ha constituido un refugio favorito para el hombre y la bestia. La combinación de un mejor potencial productivo para la horticultura de roza y quema; el buen potencial de caza; la protección y el clima agradable; y – lo que no es de menor importancia – el acceso al comercio con las civilizaciones andinas, han contribuido a que esta área sea atractiva para la mayoría de los diferentes grupos indígenas amazónicas desde tiempos pre-históricos. Examinaremos la historia del asentamiento y desarrollo humano en una sección posterior.

### El área del proyecto del Alto Ucayali

La parte de este sistema que constituye las áreas del proyecto del PSI es el Alto Ucayali y sus tributarios, el bajo Río Urubamba y sus tributarios y la meseta interfluvial del Gran Pajonal, que forma una barrera montañosa natural hacia el oeste del Bajo Ucayali. La división de los ríos en secciones "altas" y "bajas" es una forma típica de organización de la orientación en la Amazonía peruana. En Perú, es común hablar de la selva alta y la selva baja, siendo la "alta" las áreas forestales tropicales de las laderas orientales de los Andes y la "baja" los bosques tropicales de la llanura amazónica.

El área objeto del Programa de Salud Indígena abarca básicamente los tres tipos de entorno: 1) Las llanuras fluviales inmediatas del Alto Ucayali y el Bajo Urubamba y los tributarios de la ribera derecha del río, 2) las áreas interfluviales de las cuencas de los tributarios orientales de los ríos principales y la estrecha área interfluvial marginal de la ribera izquierda del alto Ucayali que limita con la barrera rocosa del Gran Pajonal hacia el oeste y 3) la meseta montañosa del Gran Pajonal hacia el oeste. Las diferentes características geográficas de las tres zonas exigen enfoques logísticos bastante diferentes para acceder a las comunidades.

A las comunidades situadas sobre los arrastres y sedimentos a lo largo de los ríos más importantes y en las tierras interiores más inmediatas se pueden acceder por lanchas con poderosos motores fuera de borda y a pie cuando están a una distancia razonable de camino del río. "Razonable" en este contexto puede implicar un día de caminata.

Las comunidades situadas en las áreas interfluviales son más difíciles de acceder. Las comunidades en las cuencas de los tributarios orientales del Ucayali y del Urubamba sólo pueden ser visitadas por canoas o botes tipo canoa con motores fuera de borda más pequeños, que son capaces de remontar el río en los tributarios extremadamente meandrosos, siempre y cuando haya agua suficiente. Esto significa básicamente que el equipo del proyecto no puede visitar estas áreas en la estación seca. Puede llevar hasta diez días alcanzar las comunidades más alejadas, y siempre en combinación con largas caminatas desde el río hasta los poblados del interior. Las comunidades del interior de la ribera izquierda al oeste del Ucayali y del Urubamba se acceden normalmente a pie con dificultades.

La tercera zona geográfica, el Gran Pajonal, plantea características bastante diferentes. Es una vasta meseta interfluvial entre los ríos Ucayali al este, el Tambo al sur y el Perené y el Pichis-Pachitea al oeste. La meseta se eleva a un promedio de 1.000 a 1.200 metros con picos más elevados en los bordes hasta los 2.000 metros. Está entrecruzada por numerosas corrientes y ríos pequeños que cavan barrancos y gargantas profundas, dando al área una apariencia muy escabrosa aunque –en términos geográficos– es igualmente considerada una meseta. El nombre Gran Pajonal es una designación obtenida debido a las muchas áreas abiertas de pastos que abarcan desde grandes sabanas de varios cientos de hectáreas cada una hasta aperturas más pequeñas en el bosque. A pesar de que el área cubierta por pastos naturales constituye menos del 10%, el área de pastos

está creciendo debido a que los colonos limpian los bosques para expandir su cría de ganado. En el Gran Pajonal no hay ríos navegables y, aunque el sistema más largo, el Río Unini, fluye hasta el Ucayali en su parte alta, sólo es navegable un par de millas cerca de la desembocadura. Todavía no hay caminos de entrada y la única forma de entrar al "Gran Pajonal" es a pie, a caballo o en avioneta. Los equipos del PSI estacionados allí se movilizan a pie y a caballo cuando visitan las comunidades.

### Divisiones regionales

La principal división política y administrativa es la Región (y Departamento) de Ucayali y el PSI ha centrado su trabajo en una de las provincias de la región: la enorme Provincia de Atalaya que está subdividida en varios distritos. El Programa trabaja en el Distrito de Tahuanía, el Distrito de Raymond, el Distrito Sepahua y además en el anexo Gran Pajonal que está en proceso de convertirse en su propio distrito<sup>3</sup>.

El Distrito de Tahuanía tiene su centro administrativo en el pequeño poblado ribereño de Bolognesi, en la ribera derecha del Ucayali. Bolognesi fue inicialmente fundado como un puesto de comercio durante el "boom" del caucho a fines del siglo pasado. Ahora tiene una pequeña clínica de salud, un puerto y una pista de aterrizaje para pequeños aviones. Hoy, tanto el alcalde como el vice-alcalde son indígenas amazónicos, un importante cambio en las relaciones de poder que será discutido más adelante en este capítulo. El PSI está trabajando con los dos grupos indígenas más importantes del distrito: 1) los ribereños shipibo-conibo que viven a lo largo de los ríos principales y en las riberas de algunos lagos mayores del distrito y 2) los ashéninka interfluviales que viven en el interior y a lo largo de los tributarios. La organización indígena del Distrito de Tahuanía es ORDECONADIT, que es socia y contraparte del PSI allí, responsable de la implementación del programa.

La próxima división surcado el río Ucayali es el distrito de Raymond que da espacio para la capital provincial Atalaya, un pequeño pueblo ribereño, situado un poco más arriba del Río Tambo, cerca la desembocadura en la unión del Río Ucayali con el Río Urubamba. Esta ubicación estratégica, con acceso a los tres ríos, es obvia, de ahí su nombre que significa "torre de vigilancia". Atalaya es un ex puesto de comercio cauchero, que un patrón cauchero local donó a la misión franciscana a fines de los años 1920. En torno a la misión creció una diminuta colonia que hoy, ha llegado a casi más de 3.500 habitantes de origen mixto. Atalaya es el centro de servicios para varios distritos abarcados por la provincia. La provincia llega hasta la frontera brasileña a lo largo del Río Breu, y penetra como cuña en el Brasil a lo largo de las estribaciones superiores del famoso Río Purús, en el lejano este. Al oeste abarca la mayor parte del Gran Pajonal.

Las actividades del proyecto del PSI son realizadas en la provincia de Atalaya, donde se trabaja con cinco de sus grupos indígenas más importantes: los ashéninka, los asháninka, los yine, los amahuaca y los yaminahua. También hay otros grupos menores en la provincia, algunos noma-

das, pero que sólo han estado casualmente en contacto con el PSI. Atalaya tiene un pequeño hospital, un puerto, y un aeropuerto con una nueva pista de aterrizaje asfaltada, que puede ser usada incluso por aviones de mayor tamaño. La base del PSI está en Atalaya, donde tiene una pequeña oficina y donde está estacionado el médico coordinador del proyecto. La mayor parte de las actividades ha sido desarrollada con los asháninka, los ashéninka y los yine y sólo en forma infrecuente ha sido posible ayudar a los yaminahua y amahuaca debido a dificultades logísticas. La organización indígena local de Atalaya, OIRA, es la organización responsable de administrar el programa del PSI en la provincia.

En el Gran Pajonal vive sólo un grupo indígena, los ashéninka, quienes constituyen la vasta mayoría de su población, sumando unos 6.500 individuos. La zona tiene un pequeño pueblo de colonos, Oventeni, en el centro, con una pista de aterrizaje para avionetas, un consejo municipal, una clínica de salud con un par de enfermeras y, ocasionalmente, un médico. La colonia obtuvo recientemente agua potable, instalada gracias a la organización indígena, OAGP. Esta organización es responsable del Programa en el Gran Pajonal. La sede de la organización es la comunidad indígena de Ponchoni, cercana a Oventeni, donde también tienen su base dos equipos del proyecto. Ponchoni también tiene su propia pista de aterrizaje. El Programa brinda servicios a las 36 comunidades del Gran Pajonal, y todo el transporte se realiza a pie o a caballo y el equipo de OAGP posee unos cuantos caballos y asnos para ese propósito.

Las tres áreas del proyecto atendidas por el PSI, cada una con su propia administración autónoma de proyecto y financiación descentralizada, están vinculadas y coordinadas por las oficinas del PSI - AIDSESP, en Pucallpa y Lima. El servicio de salud pública peruano ha participado a través de un acuerdo de cooperación con el sector regional de la salud y el hospital en Pucallpa, suministrando servicios de emergencia, cooperación en campañas específicas como campañas de cirugías menores y suministrando análisis de laboratorio de muestras de tuberculosis y otras. Por lo tanto, las divisiones políticas públicas no han constituido ningún impedimento para las actividades del PSI, pues las organizaciones indígenas se han adaptado a esta estructura administrativa peruana.

### LA POBLACIÓN

#### El escenario étnico

La población indígena de las áreas del proyecto pertenece a dos familias etnolingüísticas importantes: los que hablan la lengua arawak y los que hablan la pano. La rama arawak es una de las familias lingüísticas más antiguas de la Amazonía y, conforme a la evidencia arqueológica disponible, los primeros proto-arawak se asentaron en el área hace más de 4.000 años (cf. Lathrap, 1970). Desgraciadamente, se han realizado muy pocas investigaciones arqueológicas sistemáticas en el Alto Ucayali, y nunca en el Gran Pajonal, y puede muy bien suceder que la presencia arawak en la



zona date de mucho antes. La familia arawak del área comprende a los asháninka, los ashéninka y los yine, aunque los matsigenka y yánesha que viven fuera de las áreas del proyecto también están relacionados. Los pueblos de habla pano migraron al área del Ucayali más tarde que los de habla arawak, probablemente durante el primer siglo D.C., empujando a los grupos indígenas que ya estaban allí, río arriba y hacia el interior. Esta es, al menos, la teoría gobernante basada en el conjunto de evidencias que están a mano (ibid.). Por supuesto, este proceso de migración indígena durante miles de años es mucho más complejo que como se lo describe aquí, pero nos enfrentamos otra vez a que tenemos sólo evidencias dispersas en el área. La rama de habla pano comprende los numerosos shipibo y conibo, hoy casi unidos en un grupo, y varios grupos más pequeños como los uní (cashibo), los amahuaca, los yaminahua, los cashinahua, los sharanahua y los mayoruna. En años recientes, varios pequeños grupos nómadas, siempre de habla pano, con contacto muy esporádico con otros pueblos, han aparecido en los campos petroleros y madereros, pidiendo mercancías o medicinas. En algunos casos, el encuentro ha sido confrontativo y conflictivo. Los resultados de esos contactos son siempre los mismos: contagio de enfermedades comunes como resfríos, gripes y enfermedades virales similares, que resultan ser fatales para estos pequeños grupos familiares. El PSI ha estado en contacto con uno de esos pequeños grupos, que se habían juntado a los yaminahua en la ex colonia petrolera de Sepahua porque necesitaban atención sanitaria y solicitaron ser reasentados en un área amahuaca debido al descontento con sus anfitriones yaminahua. Pero este es el único caso en que el Programa se ha visto involucrado. El grueso de las actividades del proyecto se realiza con los asháninka y los ashéninka, los yine, y los shipibo-conibo. En las páginas siguientes daremos una breve descripción etnográfica de estos grupos más grandes, pero dejaremos de lado a los amahuaca, yaminahua y otros pueblos de habla pano porque sólo han jugado un rol menor en el proyecto, con pocas visitas esporádicas. El Programa de Salud Indígena ha tenido que restringir su trabajo a los grupos más importantes, debido principalmente a las limitaciones en la capacidad organizacional y presupuestaria generada por las complicaciones logísticas y los costos de transporte.

Además de la población indígena, el alto Ucayali también está habitado por una muy visible población no-indígena de origen mixto. La mayoría de esta población está constituida por mestizos, ya sea amazónicos locales o descendientes de mezclas de indígenas y colonos, los llamados ribereños, o colonos con una ascendencia campesina mixta de las tierras altas andinas, serranos, generalmente con raíces quechua<sup>4</sup>. Mientras que los ribereños son considerados localmente como amazónicos legíti-

mos, un grupo auto-reproductor que vive en asentamientos ribereños, los inmigrantes andinos, son considerados como recién venidos y generalmente se les refiere como colonos. Como veremos después, la mayoría de los conflictos de las comunidades indígenas sobre tierra es con los crecientes grupos de colonos. Sin embargo, estos colonos andinos tienden a asimilarse con el tiempo las poblaciones ribereñas. La última población distinta del área es el grupo de viejos colonos de ascendencia europea, aunque casados durante generaciones con mestizos peruanos. Estos son descendientes de comerciantes y patronos caucheros, que se asentaron en el área alrededor de fines del siglo pasado, durante el "boom" del caucho, que duró hasta los años veinte. Algunos permanecieron, intentando ganarse la vida con la agricultura, la ganadería o la extracción maderera. Si podían invertir se establecían en pequeños terrenos, "fundos" o "haciendas", para convertirse pronto en la elite del poder local y en patronos de trabajadores indígenas. Esta es una pequeña, pero todavía poderosa, elite de empresarios madereros, transportes y servicios; un grupo étnico que también tiende a reproducirse a sí mismo dentro de sus propios círculos y se auto-identifica como blanco.

#### Los ashéninka y los asháninka

Los ashéninka y asháninka son dos grupos dialectales distintos pero comparten la mayoría de las características culturales. Son por lejos los grupos más numerosos que participan en el programa de salud. Pertenecen a un conglomerado mayor de grupos indígenas de habla arawak de Perú, que incluye también a los matsigenka y los nomatsigenka. A veces se incluye a sus vecinos yine y yánesha, pero lingüísticamente son considerados aparte, aunque también hablan arawak. Hoy, la cantidad de individuos del conglomerado se estima en unos 85.000 personas (1990), pero dado el relativamente alto índice de crecimiento natural de la población, puede haber considerablemente más personas. En la literatura etnográfica e histórica anterior, los miembros de estos conglomerados etnolingüísticos eran comúnmente referidos como indios "campas", con la excepción de los yine, quienes eran llamados "piro" y los yánesha como "amuesha". El término *campa* es hoy considerado despreciativo y está prácticamente fuera de uso. Un término aún más peyorativo usado en la literatura más antigua y sinónimo de *campa* es "chuncho", un derivado del quechua que significa "salvaje". Sólo los ashéninka y asháninka suman más de 60.000 personas, dispersas sobre una vasta área de la Amazonía Peruana (Selva Central), un área de más de 100.000 km<sup>2</sup>. El área cubre todos los valles inter-montanos de los bosques de las laderas andinas orientales y se prolonga hacia la cuenca del Ucayali y más allá, hasta la frontera brasileña en el distrito de Breu, del Río Alto Yuruá. Sin embargo, la mayor concentración de asháninka y ashéninka se encuentra en la Montaña, mientras que en las áreas interfluviales de la cuenca del Ucayali están diseminados en comunidades más pequeñas, viviendo como islas en un área dominada por pueblos de habla pano.

La diferencia entre los ashéninka y los asháninka es principalmente de naturaleza lingüística. Las dos lenguas pueden ser definidas como dialectos diferentes del mismo idioma y son mutuamente comprensibles, aunque hay grandes diferencias. Estas diferencias son tan grandes que padres ashéninka del Gran Pajonal una vez presentaron una queja oficial debido al nombramiento de un maestro de habla asháninka para una de sus escuelas bilingües, porque los niños del Pajonal no lo entendían. Los asháninka viven principalmente en la parte sur de su territorio y predominantemente a lo largo de los grandes tributarios, mientras que los ashéninka están en su mayoría distribuidos en las zonas del norte y en las áreas interfluviales como el Gran Pajonal. Esta división se refleja también en el Ucayali, donde los indígenas que habitan desde la desembocadura del Unini río abajo -en ambos lados- hablan ashéninka, y las comunidades río arriba (sur) en torno a Atalaya y a lo largo de los ríos Urubamba y Tambo, hablan asháninka. Sin embargo, su cultura material, cosmología, prácticas religiosas y economía son básicamente las mismas. En aras de la simplicidad, nos referiremos genéricamente a los participantes del PSI como ashéninka, excepto en contextos específicos en los que se usará el término asháninka o ashéninka (u otras denominaciones de otros grupos), dependiendo de la ubicación específica.

Esta población vive típicamente en pequeñas comunidades con casas dispersas. Los que viven en un entorno ribereño tienen con frecuencia una estructura más parecida a una aldea y generalmente las comunidades están constituidas por más familias que las que están ubicadas en el interior y en las altitudes más elevadas. Estos verdaderos residentes interfluviales viven en pequeños asentamientos familiares de unidades de tres a cinco familias, a alguna distancia del próximo asentamiento pequeño. Están vinculados a través de lazos de parentesco y están agrupados generalmente en torno a la unidad familiar de un jefe. Un jefe es un líder carismático de un conjunto de esos grupos familiares. Puede ser referido como "el jefe" por los extraños, pero no tiene otros poderes formales que aquellos que sus seguidores y simpatizantes le asignan. El jefe de un grupo ashéninka local tiene la responsabilidad de organizar a la comunidad, representarla frente a extraños e invitados, y de construir y mantener una red social que garantice buenas relaciones comerciales y sistemas de intercambio. Los ashéninka y los asháninka son famosos por su red de comercio e intercambio a larga distancia, el sistema *ayumpari*, que hace que los artículos y mercaderías favoritos circulen y al mismo tiempo sustenta una red social de relaciones personales de comercio, que conecta a los diferentes grupos dialectales sobre un vasto territorio con asentamientos dispersos. El sistema opera mediante socios especializados en el intercambio y, atrayendo a esos socios *ayumpari* a que vengan al poblado local, el jefe se ocupa de suministrar a sus seguidores.

Las casas ashéninka son típicas de la arquitectura indígena amazónica, todas están construidas con materiales locales, postes y vigas atadas con lianas especiales, sin clavos, y techos cubiertos con palma, en los que

las hojas de palma están entrelazadas y trenzadas. Los ashéninka viven en todo tipo de entornos locales, desde los asentamientos de gran altura en el Pajonal – por sobre los 1.300 metros- a los asentamientos ribereños más bajos de las riberas del Ucayali, y su arquitectura refleja todas esas condiciones diferentes. En los lugares más cálidos las casas son usualmente abiertas, solamente con un techo y postes, sin paredes. En el caso de las ubicaciones ribereñas, utilizan generalmente pisos elevados sobre el terreno para protegerse de las inundaciones estacionales de los ríos. Por el contrario, en los asentamientos más elevados en la parte superior de algunas lomas de pajonal en Gran Pajonal, la temperatura en la estación seca puede descender hasta 10 grados centígrados de noche, a veces aún más abajo, y construyen casas cerradas con paredes y una puerta, y normalmente con el suelo inmediato como piso. Entre los dos extremos se puede encontrar todos los tipos híbridos de arquitectura.

Los ashéninka no dan preferencia a una estructura de aldea o chozas como tal. Incluso cuando hay grupos mayores en el entorno ribereño, las casas están organizadas en grupos familiares. Cada familia tiene normalmente dos casas, una casa familiar donde duermen las mujeres y los niños y donde se cocina, y una casa para huéspedes donde los visitantes pueden pasar la noche y donde los visitantes masculinos beben juntos cerveza de yuca. En las áreas cercanas a los poblados mestizos, colonos o ribereños, han adoptado cada vez más su arquitectura, lo que implica que las casas son construidas con tablas y chapas corrugadas y usan clavos. Son más accesibles y señalan que el dueño es una persona moderna. Pero es definitivamente una arquitectura menos elegante y está muy lejos de brindar el buen abrigo de las casas tradicionales.

Los ashéninka no son pueblos fluviales comparables, por ejemplo, con los conibo. Viven principalmente en las secciones superiores de los tributarios torrentosos y aunque las canoas son parte de los medios de transporte fluvial de los ashéninka, prefieren frecuentemente transportarse río abajo en balsas y caminar a la vuelta. Son típicos horticultores de las tierras interiores y cazadores. Disponen de uno de los tipos más desarrollados de agricultura de roza y quema de la Amazonía, un sistema conocido como "agroforestería indígena". En sus huertas, la chacra, cultivan cientos de plantas comestibles y útiles, y gradualmente se convierten en un bosque secundario mediante un sistema controlado de sucesión. Por lo tanto, las huertas pueden ser cosechadas durante años mientras que las tierras están en barbecho. El período de barbecho depende de la ubicación y de la calidad del suelo, y puede llevar hasta 25 años completar el ciclo. Su cultivo principal es la yuca (*Manihot esculenta*), de la que tienen más que 70 variedades, pero el camote, el taro y el boniato y el ñame también forman parte de la dieta diaria de tubérculos. También cultivan diferentes variedades de maíz, bananas, cacahuates/maníes, frutos y verduras. Todo esto, agregado a los cultivos de árboles perennes como el aguacate/palta, nuez de brasil y cítricos, logra una dieta muy variada. Cada punto tiene su composición de cultivos y especies. Incluso cuando una parcela ha sido aban-

donada y ha retornado al punto de constituir un bosque secundario, algunas de estas especies arbóreas sobrevivirán y pueden cosecharse en el bosque en barbecho durante años. Esos bosques en barbecho son llamados purmas, y son de propiedad de alguien aunque parece ser un rebrote de la selva. Como todos los otros grupos indígenas de la Amazonía peruana, fermentan la yuca y hacen una bebida alcohólica, el masato, una especie de cerveza lechosa de yuca. Puede ser mezclada con otros tubérculos e incluso frutos de palma que contienen azúcar para agregarle fuerza. Beben masato diariamente en una versión diluida y reservan la bebida más fuerte para las fiestas, que generalmente se transforman en encuentros alcohólicos de proporciones dionisiacas. Y les encanta.

Su necesidad de proteínas de alta calidad la cubren con los animales cazados en el bosque, pequeños animales recolectados como gusanos, insectos y anfibios, así como también a través de frutos de palmas ricos en grasa. Los ashéninka son cazadores por excelencia, mientras que sus habilidades pesqueras son un poco más limitadas. Hoy, esta economía de subsistencia está extendida con algunos cultivos comerciales y trabajo asalariado. Esto sucede particularmente cuando los ashéninka viven cerca de poblados colonos y mestizos. El cultivo comercial favorito de los ashéninka que viven en las zonas más altas de la Montaña es el café, particularmente en el Gran Pajonal, que es de muy alta calidad. El café está bien integrado en sus parcelas de cultivos múltiples y en el sistema rotativo de cultivos/barbecho. Pero también comercian otros productos como cacao, frijoles/porotos y maníes/cacahuates, aunque con resultados variados. El trabajo asalariado es hecho casi exclusivamente bajo la forma de mano de obra para los colonos o patronos madereros. Usualmente se les paga muy mal y muy frecuentemente en especies, en vez de dinero. Las condiciones laborales son terribles y la servidumbre por deudas y la esclavitud por crédito estaban bastante extendidas hasta hace muy poco. El uso del trabajo contractual por parte de los colonos todavía existe, pero es mucho más limitado que hace pocos años. La razón de este cambio de situación será tratada más adelante en la sección sobre la historia. (cf. Hvalkof 2002b).

La cultura material de los ashéninka es simple. La gente no posee mucho y puede trasladarse si así lo desea. Los hombres cazan con arcos y flechas, elementos imprescindibles en la parafernalia masculina y, si pueden acceder a ellos, con escopetas. Siempre llevan una pequeña bolsa tejida colgada al hombro que puede contener un espejo, pinzas de caparazón de molusco para quitarse el pelo facial, un peine, una bolsa de hojas de coca para masticar, una calabaza diminuta con polvo de lima para mascar la coca, un tubo de jarabe de tabaco también para mascar, un tubo de bambú con maquillaje facial rojo hecho de achiote (*Bixa orellana*), un lápiz negro o violeta para re-pintar las tatuajes faciales, amuletos y otros artefactos mágicos, un cuchillo, municiones de rifle y una pequeña caja de fósforos.

La vestimenta típica, que es virtualmente su característica étnica hoy, es la *cushma*<sup>3</sup>, una túnica larga hasta el talón, que usan tanto hombres

como mujeres. Las de mejor calidad son las hiladas a mano y tejidas en casa. El color es de diferentes tonalidades de algodón natural claro, decoradas con franjas teñidas más oscuras, generalmente marrones, grises o negras. Algunos también usan tiras de colores de hilados de fábrica. En la versión masculina, la cushma está hecha de dos largas piezas de tela cosidas y se usa a lo largo y doblada, dejando la costura en el centro y haciendo un agujero para la cabeza y para los brazos a la altura de los hombros. Es como un poncho cosido a los lados. Las mujeres usan sus cushmas transversalmente, lo que requiere una alteración del diseño ya que las aberturas para los brazos están en la misma línea de costura que la apertura para la cabeza. Esta apertura también es más ancha en la cushma femenina, para permitirles amamantar a los bebés. Si uno está alguna vez en duda sobre el sexo de una persona, mirando viejas fotos de ashéninka o asháninka, las cushmas masculinas siempre tienen las franjas verticales y las de las mujeres horizontales. Es impensable que las truequen. Las cushmas grandes y nuevas son el objeto comercial preferido de los hombres en la red de intercambio ayumpari. Cuando las cushmas comienzan a gastarse son generalmente teñidas de un color marrón rojizo, un proceso que se repetirá durante su vida útil hasta que quedan casi negras. Hoy, las cushmas son también hechas de tela industrial, pero no son tan prestigiosas como las originales tejidas a mano. (cf. Veber 1992, 1996).

Al atuendo femenino debe agregarse la eslinga para el bebé, que se usa atravesada al cuerpo, colgando de un hombro. Las mejores tienen una serie de pequeños huesos grabados colgando, que suenan como campanillas o delicados sonajeros cuando caminan. El símbolo femenino, paralelo al arco y las flechas de los hombres, es la canasta, que se porta en la espalda colgando de una vincha en la frente. Las mujeres acarrear un peso impresionante de esta manera y frecuentemente durante largas distancias. Además de la pintura facial, maquillaje de pasta de achiote rojo, tienen pocos adornos aparte de algunos pendientes para los hombros y cuello, amuletos y plumas. Los hombres usan frecuentemente largos plumajes en la espalda. Como atuendo para la cabeza, las mujeres usan a veces mantillas rojas sueltas, mientras que los hombres usan una faja ancha o corona a la que frecuentemente agregan algunas plumas en posición vertical, dándoles una apariencia muy decorativa. Aunque puedan parecer exóticos, los ashéninka son bastante modestos de apariencia, sin ornamentos llamativos, artesanías o obras de arte, ni rituales pintorescos. Básicamente usan el color de la tierra y se integran al bosque.

#### Los shipibo-conibo

Los shipibo y conibo forman el complejo mayor de habla pano de la Amazonía que, junto con el resto del conglomerado pano de unos 42 grupos etno-lingüísticos, suma una cifra estimada de 40.000 individuos. (Erikson et al. 1994) Los shipibo-conibo totalizan unas 25.000 personas. (Morin 1998: 286). A diferencia de los ashéninka, son un pueblo decididamente ribereño. Viven a lo largo del gran Río Ucayali, desde la parte alta,



Tejiendo una canasta, Gran Pajonal.

Foto: Søren Hvalkof, 1996



Tejiendo una cushma, Gran Pajonal.

Foto: Søren Hvalkof, 1996

a través de todo el curso río abajo hasta el bajo Ucayali medio, donde son reemplazados por los descendientes de los cocama, de lengua tupí, y las comunidades ribereñas de lengua española. Según el explorador y geógrafo alemán, Günter Tessmann, quien visitó el Ucayali en los años veinte, "Ucayali" significa el "río de los mosquitos" en shipibo. Esto puede no ser completamente cierto, pero bien podría serlo, porque su hábitat son las llanuras fluviales bajas del Ucayali con sus pantanos de aguaje, lagunas de meandros y otros sistemas lacustres mayores del paisaje fluvial aluvial inundado. Hay, efectivamente, una multitud aterrante de mosquitos. Nos referiremos a los conibo, como los descendientes de los conibo de la zona superior del río y como shipibo a los habitantes de la zona baja. Todavía hay diferencias dialectales aunque se han unido básicamente en un grupo etno-lingüístico. Un shipibo, aprendiz de chamán, Tomás Arévalo, explica los diferentes subgrupos:

"...un *shipi* es un mono pequeño... shipibo significa 'hombres como monos pequeños'... en realidad, en el pasado, había diferentes grupos de personas: los tigres, los pájaros, los monos ... hay muchos de ellos ... pero eran todos de la misma tribu. Con el tiempo, y debido a su explotación común, se unieron, los shipibo se unieron con los setebo y los conibo para defenderse..." (Cárdenas 1989: 29).

Los procesos históricos que ocasionan la diferenciación étnica entre los diferentes grupos pano parlantes son muy complejos, y la unificación mencionada por el estudiante shipibo es muy reciente, mientras que la mayor parte del contacto histórico está más bien caracterizado por una escalada de conflictos étnicos e incursiones esclavistas inducidos por la economía colonial, un fenómeno que trataremos más adelante.

Los conibo siempre han estado apegados al medio ambiente ribereño, desarrollando excelentes habilidades en canotaje, pesca y horticultura en la llanura fluvial. La pesca es incuestionablemente su actividad económica más importante en el contexto de la subsistencia. Es la principal fuente de proteínas de alta calidad pero también juega un rol en términos de generación de ingresos. La pesca es esencialmente una actividad masculina y los conibo utilizan una serie de técnicas y tipos de pesca diferentes. Sin embargo, cuando pescan en forma tradicional con veneno en pequeñas corrientes, arroyos y cañadas, tanto los niños como las mujeres pueden participar en la pesca y recoger los peces paralizados. Esta es una práctica común de los grupos interfluviales, incluyendo los ashéninka y otros arawak. La caza es solamente una fuente secundaria de proteínas para los conibo, y se realiza mayormente durante la inundación estacional cuando los animales se concentran, buscando refugio, en las restingas.

Los conibo practican la típica horticultura rosa y quema amazónica descrita antes en el caso de los ashéninka. Sin embargo, es menos diversa que el sistema ashéninka interfluvial en términos de diferentes cultígenos. Los conibo se benefician de los ricos suelos aluviales cubiertos de sedimentos a lo largo del Ucayali, que permite el monocultivo como las bananas y plátanos combinados con porotos/frijoles. Pero también cultivan las

típicas huertas de yuca con cultivos mixtos para su consumo diario y para la fermentación del masato. La agricultura comercial también forma parte de la economía, con plantaciones de plátanos, porotos/frijoles, maíz y arroz, que son comercializados en forma regular. A diferencia de los grupos interfluviales, los conibo ribereños son sumamente dependientes de la variación estacional del nivel de las aguas del río. La variación cíclica del nivel y curso del río crea un medio ambiente muy especial. Renueva los nutrientes del suelo, creando condiciones y oportunidades productivas especiales, que sólo se encuentran aquí. Un ejemplo es el cultivo de arroz que se realiza en la estación seca en los bancos de barro, llamados barreales. El cultivo de sandías es también un cultivo comercial favorecido en las playas arenosas secas, arenales, en el "verano". Los huevos de tortuga son otro producto popular y pueden ser recogidos en las playas arenosas y en los bancos, para ser comercializados. Los huevos de tortuga cocidos son muy populares en los pueblos y ciudades amazónicas. Cuando el río comienza a crecer otra vez, muchas especies de peces amazónicos comienzan su migración estacional río arriba hacia sus sitios de desove en los tributarios, lagunas y pantanos, creando a veces un "El Dorado" de la pesca para los habitantes locales, en constante competencia, sin embargo, con barcos pesqueros comerciales del exterior. No obstante, las bendiciones de las fluctuaciones del río son ambiguas, y la otra cara de la moneda es una carencia alimenticia estacional. La estación lluviosa inunda las aldeas y las huertas más bajas, destruyendo la mayor parte de los cultivos restantes. Sólo el cultivo en las restingas más altas es todavía posible en esta estación. En años recientes, estas inundaciones parecen haber sido cada vez más violentas, debido probablemente al efecto combinado del calentamiento global, que ha causado el derretimiento de los glaciales andinos y la deforestación expansiva en la frontera colonial, que hacen que la lluvia desagua y corra mucho más rápidamente que antes. En ciertos tramos del Ucayali, las inundaciones sorprendidas extremas han llegado a proporciones catastróficas, arrasando aldeas enteras, ahogando personas y destruyendo todos los cultivos, incluso en las lomas más elevadas. Las comunidades conibo del Alto Ucayali sufrieron uno de esos desastres durante la estación lluviosa de 2001.

La mayoría de las comunidades conibo que forman parte del Programa de Salud Indígena tienen sus aldeas situadas en los bancos formados por los sedimentos a lo largo del río, y usualmente el asentamiento principal está situado algo apartado de la costa inmediata del río, donde tienen su puerto para canoas y botes, y donde las lanchas pueden atracar para cargar y descargar mercaderías o pasajeros. A diferencia de las comunidades ashéninka, que se caracterizan por grupos de asentamientos dispersos, los shipibo-conibo prefieren una estructura de tipo aldeano para sus asentamientos. Las casas de las comunidades centrales están típicamente organizadas en dos filas de casas con un amplio y limpio "boulevard" entre las dos filas. El centro puede estar ampliado para constituir un espacio tipo plaza, cuya prolongación asume otra vez la forma de una

calle ancha. El edificio de la escuela, la oficina comunitaria y el puesto de salud (innovaciones recientes) están generalmente situados cerca de la plaza central. En las comunidades conibo mayores, que albergan hasta mil personas, el despliegue de la comunidad puede ser más extenso, con otras "calles" que cruzan o corren paralelas al "boulevard" central. Esta adaptación de la estructura aldeana colonial española es el resultado de años de contacto con las misiones católicas y los ciudadanos mestizos. La mayoría de las comunidades tiene unos pocos cientos de habitantes, pero las comunidades conibo a lo largo de las riberas del Ucayali eran conocidas por contar hasta con 1.800 habitantes en el momento del contacto europeo, entre los siglos XVI y XVII (Santos y Barclay 1998: xxii). Por lo tanto, la comunidad nuclear como tal no es un fenómeno nuevo entre los conibo. La arquitectura es típica de la mayoría de los habitantes ribereños de hoy, indígenas o no, con casas de hojas de palma entrelazadas como se describió en el caso de los ashéninka, pero siempre cuentan con un piso elevado de corteza de palma o planchas aserradas en el caso de las familias más pudientes. El piso elevado es imprescindible en un entorno que se inunda estacionalmente. La casa es básicamente una unidad de una sola familia pero también puede funcionar como hogar para la familia matrilineal extendida. Hoy, es cada vez más común ver casas con paredes divisorias para crear varias habitaciones pequeñas, otorgando privacidad a los miembros de la familia extendida y a los visitantes. En otros casos, los mosquiteros cumplen la misma función en las casas más tradicionales de una sola habitación con pocas o ninguna pared. Además de la unidad familiar especial, disponen de una unidad para cocinar con un hogar, también sobre una plataforma elevada. Las dos casas están a veces conectadas por un pequeño puente, posibilitando el pasaje entre las dos casas sin mojarse el calzado. Esto es bastante común entre los habitantes ribereños adaptados a las llanuras fluviales.

Lo que realmente distingue hoy a los shipibo-conibo de otros grupos indígenas de la Amazonía peruana es su cerámica, su vestimenta, adornos, su ornamentación y diseños exclusivos. Obviamente, su vestimenta se ha desarrollado y cambiado en el transcurso del tiempo tal como cambia la moda y como resultado de la influencia del contacto con otros pueblos, incluyendo los colonos europeos y peruanos. No obstante, hay una firme continuidad en la vestimenta y ornamentación entre los pueblos de la llanura fluvial del Ucayali desde el momento del contacto hasta el día de hoy (cf. Thomas P. Myers n.d.: 17). Hoy, los hombres conibo usan generalmente vestimentas occidentales, como camisas y pantalones o shorts deportivos pero tienen también cushmas blancas o teñidas de color rojizo que llegan hasta la rodilla, como los ashéninka. En vez de las franjas longitudinales, pintan elaborados diseños geométricos conibo en color negro, como puede verse en las viñetas de este libro. Estas cushmas son sus vestimentas festivas junto con penachos tipo corona en la cabeza y pintura corporal de genipa de color negro-azul con los mismos ornamentos y diferentes colgantes de conchillas, brazaletes y bandoleras. A diferencia de los

ashéninka, sólo los hombres usan cushmas y no su vestimenta usual, mientras que las mujeres conibo usan un llamativo y colorido vestido cotidiano, una moda que fue iniciada en la misión franciscana de Sarayacu a comienzos del siglo XIX (ibid. 8). Hoy consiste de una blusa de mangas cortas y una falda decorada de algodón hasta la rodilla, una pampanilla, que consiste de un trozo de tela tubular envuelto alrededor del cuerpo y enrollado desde la cintura hasta las caderas. La blusa está hecha de algodón fino o de nylon de colores brillantes como celeste, rojo, amarillo o violeta con o sin diseños, un largo cuello y frente con bordes de diferentes colores. La falda es generalmente negra, blanca o marrón, con el típico diseño geométrico elaborado, bordado o pintado. A este atuendo se le agrega un cinturón flojo de muchas cadenas sueltas de pequeños abalorios blancos, alrededor de la cintura, y brazaletes multicolores de cuentas. También usan un collar hecho de viejas monedas de plata o cuentas de semilla. Al vestido festivo se le agrega un pequeño disco de metal plateado fijo a través del tabique nasal y que cuelga debajo de la nariz. A veces insertan también otra pieza fina de metal de un par de pulgadas de largo que atraviesa el labio inferior. Completan su atuendo con un collar de diminutas cuentas de colores de vidrio o plástico con un diseño de hebras múltiples, enrollado ajustadamente en torno al cuello, y un cordel con pendientes de semilla atado al empeine que produce un sonido de sonaja cuando caminan.

Los shipibo-conibo son particularmente famosos por sus muy hermosas cerámicas policromas. Las producen de varios tamaños y formas, incluyendo vasijas antropomórficas. Los recipientes más grandes, producidos para la cerveza de yuca, el masato, pueden contener hasta 500 litros. Las cerámicas son generalmente blancas, decoradas con sus típicos diseños geométricos en negro, pero son también comunes el ocre, y el rojo con diseños blancos o negros. No obstante, los baldes de plástico y las cacerolas y jarras de aluminio están substituyendo en forma creciente a la cerámica en el uso diario. Un factor determinante para la producción de esta hermosa cerámica parece ser la posibilidad de venderlas a los turistas. Hasta hace pocos años, los shipibo y los conibo operaban una tienda cooperativa de arte y cerámica cerca de Pucallpa, Maroti Shobo, y exportaban bastante cerámica, ayudando a los ceramistas y a la economía de las comunidades. Hacer y diseñar las cerámicas es una ocupación exclusivamente femenina, y el conocimiento de sus elaborados diseños geométricos es un "secreto" de mujeres. Las mujeres controlan así el potencial más importante de generación de ingresos de la sociedad conibo: la alfarería. Sus diseños geométricos son también importantes marcadores de la identidad para los conibo y aplican sus diseños a cualquier "espacio" en blanco, incluyendo su propia piel. Como sólo las mujeres son capaces de adquirir el conocimiento de cómo pintar los diseños, los hombres conibo son dependientes de las habilidades diseñadoras de las mujeres, lo que otorga a las mujeres una posición central en su sociedad. Ningún otro pueblo indígena amazónico tiene diseños similares, excepto sus vecinos inmediatos río arriba, los yine.

## Los yine

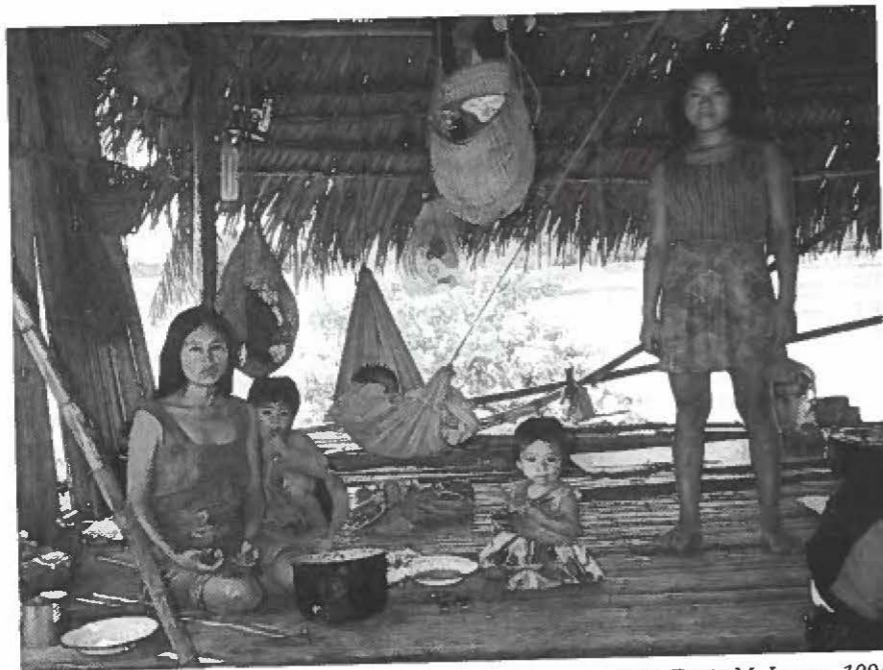
A los yine se los refería, hasta muy recientemente, como piro, tanto en la literatura etnográfica como en el lenguaje común<sup>7</sup>. Los yine que trabajan con el PSI explican que "piro" es la denominación de "un pez pequeño, gordo y feo", y es un malentendido poco afortunado usar esa designación para su pueblo. Los yine son uno de los grupos indígenas de la rama de la familia lingüística arawak que participan en el programa. Son verdaderamente ribereños, como los conibo, y son igualmente excelentes navegadores, canoeros y pilotos de motor fuera de borda. Aunque del mismo origen lingüístico, su lengua es bastante distante de la asháninka/asháninka, y no son mutuamente comprensibles<sup>8</sup>. Los yine viven en unas pocas comunidades en el bajo Río Urubamba y la punta superior del Ucayali, desde la desembocadura del Río Unini y hacia el sur hasta las desembocaduras de los ríos Sepahua y Mishagua, en el bajo y medio Urubamba. La ciudad administrativa provincial de Atalaya está de alguna forma situada en el medio del territorio yine, si es que existe tal concepto. Su cantidad se estima hoy entre 2.500 y 3.000 personas, pero es difícil dar una cifra exacta. Es difícil determinar quién debe ser considerado yine y quién no, porque se han casado frecuentemente con sus vecinos indígenas. Sus comunidades están dispersas a lo largo de los ríos principales y entre las numerosas comunidades vecinas asháninka de ambos ríos. Pero dentro de las comunidades yine también hay varias familias e individuos asháninka. Los yine podrían ser caracterizados como un grupo interétnico que, de diversas maneras, se parece a los cocama ribereños del bajo Ucayali. Los matrimonios mixtos entre los yine y los asháninka son muy comunes, aunque también son frecuentes los casamientos con mestizos y matsigenka (cf. Gow 1991). En el transcurso de la historia moderna, los yine han desarrollado una relación particular de comercio y guerra con los asháninka, los conibo, mestizos y otros grupos vecinos. Han participado de cacerías de esclavos contra sus vecinos pero también en un extenso comercio fluvial arriba y abajo del Urubamba y del Ucayali. Han sido usados frecuentemente como contratistas de mano de obra e intermediarios para los colonos mestizos y grandes patronos en torno a Atalaya. Los yine se consideran a sí mismos como el más civilizado de los grupos étnicos del nexo Ucayali-Urubamba, especializado en actividades empresariales, intermediarias y en el comercio interétnico. Ser "civilizado" en el contexto indígena no significa de ninguna manera que están perdiendo su identidad como miembros de grupos indígenas. Por el contrario, más bien significa que han desarrollado ahora un tipo de autonomía y estatus como yine dentro de la sociedad peruana moderna, que son capaces de manejar los requisitos de la sociedad moderna, un desarrollo que describiremos en la próxima sección. Parte de su imagen civilizada se expresa en sus excelentes habilidades en el idioma español y su profundo interés por la educación y las escuelas comunitarias bilingües. Los yine comparten varias características culturales con los conibo, incluyendo su tradición ceramista y sus diseños. Se ha sugerido que, en realidad, fueron los yine quienes introdujeron

varias características de la cultura material que hoy se consideran como típicamente shipibo-conibo. Aunque los yine usan cotidianamente vestimentas peruanas corrientes, los hombres usan shorts, pantalones y camisas y las mujeres un simple vestido veraniego de algodón o nylon, expresan su posición étnica cuando visten sus atuendos festivos, que comprenden cushmas blancas con diseños yine en negro y penachos decorados con plumas para los hombres y, para las mujeres, la falda envuelta, la pampañilla y una blusa o el torso desnudo decorado con motivos y figuras geométricos y bandoleras cruzadas y cordeles de abalorios de semilla que cuelgan del cuello. Su arquitectura y estructura de la vivienda son muy similares a las de los conibo y los asháninka ribereños del Urubamba. La distribución de la comunidad es indistinguible de la de estos últimos. Su producción es una combinación del avanzado sistema de horticultura roza y quema de los asháninka y la excelencia pesquera de los conibo. Tienen muchos vínculos con la sociedad mestiza del área y están aparentemente más involucrados en la agricultura comercial y la comercialización de productos que cualquier otro grupo indígena en torno a Atalaya. También trabajan regularmente en la extracción maderera para los patronos locales. Aunque son numéricamente pocos en comparación con los asháninka, siempre ocupan una serie de altos cargos en la Organización Regional Indígena de Atalaya, OIRA, una organización que representa a todos los grupos indígenas de la provincia.

## Chamanismo y curación

Cada uno de los pueblos indígenas que participan en el Programa de Salud Indígena tiene su propio e imponente sistema cosmológico, con complejas estructuras temporales y espaciales. Estos ordenamientos del mundo son mantenidos vivos y vigentes a través de una elaborada mitología que racionaliza y regula la ubicación y el significado de todas las cosas y acontecimientos. El entorno es obviamente parte de esta construcción y todas las características importantes están referidas a algún suceso mitológico. Por lo tanto, los lugares son parte intrínseca de la autoidentificación de los pueblos. Estos universos no son los mismos para cada grupo, aunque son comparables estructuralmente. El mundo occidental moderno y la racionalidad, son articulados y frecuentemente racionalizados en el proceso ideológico indígena, evitando así la alienación sobre la que los visitantes no-indígenas interesados se preocupan tan frecuentemente. La sociedad nacional peruana, su lógica y sus reglas, son generalmente consideradas más como un potencial de recursos para explotar que una amenaza a la cultura y la supervivencia indígena. Por lo tanto, aunque la economía y la cultura del estado moderno se están expandiendo, también evoluciona el proceso opuesto, una apropiación e indigenización del "mundo blanco". En la medida que se fue desarrollando el PSI, quedó bastante claro que las prácticas de curación no-occidentales y la concepción en que están basadas hicieron impacto sobre todo el programa e incluso sobre el sistema de salud pública en una forma sorprendentemente constructiva.

En este artículo no podemos reseñar los diferentes ordenamientos cosmológicos indígenas representados en el Programa, pero podemos tratar de esbozar unas cuantas estructuras básicas de la enfermedad y la curación indígena. Una característica común para todos los grupos es que básicamente en el mundo todas las cosas tienen vida propia y una historia de creación que se refleja en su mitología. Ninguna persona en particular conoce todas las historias, mitos y narrativas, pero todos saben algo y al menos tienen un conocimiento fundamental. En la mayoría de los casos, se cree que la enfermedad es el resultado de un conflicto entre el mundo humano y el mundo espiritual. Por lo tanto, se entiende que la enfermedad es un espíritu maligno que ha entrado al cuerpo para dañarlo por alguna razón. Como cuestión de principio, todas las cosas vivientes, que pueden incluir a objetos que generalmente consideramos inanimados como rocas y lagunas, pueden infligir daño a las personas. Por ejemplo, ciertos árboles pueden no gustar de las mujeres embarazadas por una razón primordial explicada en su mitología, y pueden infligir daño al feto si la mujer embarazada toca el tronco cuando pasa. Esto puede impedir a las mujeres embarazadas, por ejemplo, caminar en el bosque. Los seres humanos también pueden convocar a ciertos espíritus malignos, a través de rituales, para dañar a individuos específicos por venganza o envidia. Esto es brujería y se cree que es una de las causas más importantes de la



Familia yine en el Urubamba.

Foto: Dorte M. Jensen, 1994

enfermedad y la muerte. Los brujos y hechiceros pueden ser tanto hombres como mujeres, pero también los niños y los animales domésticos pueden ser acusados de brujería. El problema es que las almas débiles y vulnerables (p. ej., los niños y las jóvenes adolescentes) pueden ser invadidas por espíritus malignos que pueden "hipnotizarlas" e inducir las a la brujería cuando duermen. Por lo tanto, la brujería es considerada muy frecuentemente como un tipo de enfermedad en sí misma. Es severamente castigada si se puede probar y no siempre es curable. No obstante, por lo general algunas enfermedades muy comunes como resfriados o infecciones simples no son consideradas como resultado de brujería sino como contagio, algo que se propaga por sí mismo o es considerado como un castigo general de Dios y, como tal, sólo una condición de la vida cotidiana. Aunque cada cultura indígena tiene su propio sistema, hay ciertas características comunes, y todas tienen especialistas para reparar los desequilibrios en su universo animista. El más importante es el chamán, el maestro espiritual, quien puede interpretar signos y sucesos, investigar y explicar relaciones de causa y efecto. El chamán tiene también la capacidad de comunicarse con el mundo espiritual, construyendo así puentes entre los seres humanos mundanos y los espíritus y Dios (es), con quienes los hombres perdieron contacto cuando se separaron los mundos seculares y espirituales. Por ejemplo, el chamán puede renovar contactos con espíritus maestros animales para cazar una especie particular de animales o incluso entrar en lucha con genios amenazantes durante la noche. Los chamanes también pueden curar enfermedades y males a través de una serie de diferentes rituales y métodos. Los conibo, los ashéninka y yine tienen todas formas diferentes de curar. Para entrar en un estado mental que permita al chamán interactuar con el mundo espiritual, puede tomar diferentes medicinas herbales y drogas para alterar la mente. Una de las más conocidas y más comúnmente usada por los chamanes de todos los grupos étnicos de la Alta Amazonía es un poderoso brebaje alucinógeno hecho de liana ayahuasca (*Banisteriopsis sp.*) en combinación con hojas de chacruna (*Psychotria sp.*). Ayahuasca es una palabra quechua que significa "liana de la muerte" y es un término común en español andino, pero cada lengua indígena tiene obviamente su propio término. El ayahuasca produce un estado mental en el que el chamán puede ver el pasado y el futuro, identificando posibles hechiceros y otras razones causantes de las enfermedades. Aunque todos los grupos indígenas conocen y usan el ayahuasca, es mucho más dominante en los grupos ribereños como los conibo, yine e incluso los mestizos que entre los ashéninka. Los chamanes indígenas alegan frecuentemente que el conocimiento y comprensión real del orden mundial y su estado proviene de la ayahuasca.

Los chamanes ashéninka están mucho más asociados con el efecto curativo del tabaco. Producen un jarabe de tabaco muy fuerte haciendo un brebaje de hojas de tabaco e hirviéndolo hasta que quede una sustancia viscosa negra que se conserva en un tubo de bambú. El jarabe es luego lamido en porciones muy pequeñas de una varilla mojada en el jarabe. Se

mezcla con hojas de coca, que los ashéninka mastican con lima, junto con un trozo de otra liana seca que le da un sabor dulce. La intoxicación con nicotina en combinación con la coca también altera la mente y tiene como resultado un incremento de la perspicacia y visiones. El espíritu de la planta de tabaco es central en las prácticas chamánicas y curativas de los ashéninka y asháninka, de ahí que el nombre del chamán sea sheripiari, el "espíritu [maestro] del tabaco". A veces mezclan ayahuasca con el jarabe de tabaco y también con otras sustancias medicinales herbarias. El sheripiari cura casi todo con tabaco, y es capaz, en su estado de intoxicación, de succionar fuera del cuerpo al mal que causa la enfermedad. Este puede ser incluso identificado con un pequeño objeto que él puede gargar y escupir en su mano. Otra droga muy poderosa usada comúnmente es el toé (*Brugsmania sp.*), aplicado generalmente cuando no funcionan otros remedios. Algunos chamanes consideran al espíritu del toé como antagónico al de la ayahuasca.

Se requiere años de capacitación y guía por un maestro experimentado para ser capaz de lograr el suficiente talento y conocimiento para ser un chamán. Se debe respetar meticulosamente varios tabúes, incluyendo la abstinencia sexual; mantener una dieta estricta durante años y aprender y practicar cánticos sagrados chamánicos, ícaros, junto con el maestro. El chamán, unanya en conibo, sheripiari en ashéninka y kamchí o la palabra española curandero en yine, no sólo cumple la importante función de un psicoterapeuta, curando las enfermedades somáticas y mentales de los individuos, sino que él (o a veces ella) también funciona como garantizador de la salud mental de la sociedad; aquél que mantiene los valores morales y el equilibrio de la sociedad dentro del cosmos indígena. Es indispensable para el bienestar colectivo de los seres humanos, y en última instancia, para la supervivencia del grupo indígena.

Además de los chamanes, hay varios otros especialistas médicos en la sociedad indígena. Uno es el curandero herbario. También puede ser chamán, pero no necesariamente. El conocimiento de la medicina herbaria requiere una dedicación a largo plazo. Todas las plantas son seres vivientes y tienen espíritus y es el espíritu de cada especie de planta medicinal que cura las enfermedades. El conocimiento de los poderes curativos de las plantas, y cómo utilizarlos, está particularmente desarrollado entre los yine y los conibo, donde es parte del currículo chamánico, mientras que entre los ashéninka es particularmente un conocimiento que acumulado por las mujeres ancianas aunque, por otro lado, es de conocimiento común en todas las familias. La herboristería está también muy desarrollada entre los mestizos ribereños, una población que adoptó la práctica de sus grupos indígenas vecinos pero que estaba en una posición que les permitía mezclar prácticas y conocimientos de diferentes grupos étnicos.

Un tipo especial de curación herbaria es la curandera de vapor, la "vaporadora", quien casi siempre es una mujer. En muchos aspectos, la vaporadora es la contraparte femenina del chamán masculino. Sin embargo, sus actividades están centradas particularmente en la curación perso-

nal y no alcanzan a la esfera chamánica de más amplia participación cosmológica. La terapia del vapor se aplica poniendo piedras calentadas al rojo vivo en un recipiente con agua y hierbas con propiedades curativas particulares y luego se deja que los pacientes se agachen sobre el recipiente cubiertos por una cushma que mantendrá el vapor adentro, como en una tienda de campaña. Después, las hierbas remanentes en el recipiente serán examinadas y se exorciza un objeto del cuerpo identificado entre los residuos. La vaporadora es frecuentemente también una partera. Las parteras son, por lo general, sumamente respetadas en las comunidades indígenas y se supone que son personas con amplios conocimientos de curación, la "nurse principal" de la comunidad. La última categoría de especialistas médicos que deberíamos mencionar es el huesero, el osteópata, quien está especializado en curar fracturas de huesos y volver a colocar dislocaduras. Algunos son muy hábiles y combinan su capacidad osteopática con tratamiento anestésico herbario. Todos los tipos de curanderos y especialistas médicos indígenas son frecuentemente visitados por habitantes no-indígenas del área, aunque en forma discreta.

Los chamanes son sumamente respetados pero también temidos, pues sus poderes espirituales y capacidad psicológica pueden tornarse en contra de una persona si así lo desean. El chamanismo y otras prácticas curativas han sido reprimidos por la iglesia y los misioneros de todas las comunidades religiosas, católicas o no, durante siglos. Un importante objetivo del Programa de Salud Indígena ha sido revalorizar, recuperar, legalizar y restaurar a estos especialistas, ya que son cruciales para la aceptación, apoyo y construcción de cualquier sistema rural de salud indígena sostenible. Su conocimiento y cooperación son indispensables para lograr el éxito.

## VISIÓN HISTÓRICA GENERAL

### Introducción de las fronteras colonizadoras

Como se mencionó previamente, la alta Amazonía del Perú puede dividirse a grandes rasgos, en dos zonas geográficas principales: una es la selva alta, el bosque tropical de altura constituido por las rugosas estribaciones orientales de los Andes, que se extiende hasta la cuenca del Amazonas. La otra es la selva baja, el bosque tropical bajo que comprende las cuencas fluviales del Río Ucayali y otros ríos y tributarios importantes. Estas dos formaciones geográficas diferentes han determinado la forma especial en que la colonización y la expansión de la sociedad nacional se ha desarrollado en las dos zonas. La selva alta está conectada directamente con los Andes que, a pesar de su difícil topografía, ha tenido ciertas ventajas logísticas porque está relativamente cerca de los mercados y el trabajo. Todos los ríos de esta área son tributarios, de corriente rápida, sin ningún potencial para el transporte fluvial. La penetración al área requiere la construcción de caminos. Debido a estas características, las áreas más altas de bosques tropicales han sido seleccionadas primariamente por su poten-



Hombres cocinando, Gran Pajonal.

Foto: Bente Korsgaard, 1994

cial agrícola y ganadero, conectándolas por caminos a los centros comerciales nacionales.

Los bosques tropicales más bajos pertenecen a la gran cuenca del Amazonas, caracterizada por ríos de corriente más lenta que fluyen hacia Brasil, lejos de los centros comerciales peruanos de la costa del Pacífico. A pesar de sus ricos suelos aluviales a lo largo de los ríos principales, esta área no ha sido dominada por la expansión agrícola, debido a la combinación de las fluctuaciones impredecibles de las inundaciones estacionales y por la distancia a los mercados. Todo el transporte es realizado por río, conformando una compleja red logística – tradicionalmente orientada hacia los mercados de Brasil. Desde el primer contacto europeo, la Baja Amazonía de Perú ha sido un apéndice del resto del país, con una vida económica propia, dominada por las industrias extractivas, como la corteza de chincona para la quinina, la extracción de caucho, la extracción de maderas tropicales duras, oro y depósitos petroleros, para mencionar unos pocos productos.

Por lo tanto, tenemos dos fronteras de expansión económica nacional que presionan a los territorios indígenas, enmarcando el desarrollo de las sociedades indígenas del área: la frontera agrícola que se mueve hacia abajo y hacia el este de los Andes, imponiendo una permanente colonización e infraestructura y la frontera extractiva que avanza río arriba hacia el oeste, y que inicialmente implica menos asentamientos permanentes pero una gran demanda de conocimiento y fuerza de trabajo indígena. A continuación, haremos una breve revisión de la historia de la colonización en el Gran Pajonal y el Ucayali simultáneamente, en orden cronológico.

### Misioneros y rebeliones

La expansión y colonización europea de la Amazonía peruana comenzó, como en muchas otras partes del mundo, con un proceso de pacificación impulsado por los misioneros católicos, quienes fueron pioneros en la penetración y la exploración de tierras desconocidas y establecieron estaciones y puestos misioneros en el territorio de los "infieles", como consideraban a los habitantes indígenas, porque no eran bautizados.

Sin embargo, la primera ascensión del Ucayali tuvo lugar mucho antes que los misioneros hubieran puesto un pie aquí. Fue la expedición de Juan Salinas de Loyola quien, ya en 1557, partió de Ecuador en busca del famoso "El Dorado" y nuevas tierras para reivindicar para la corona española. Viajó río arriba del Ucayali y escribió varios informes sobre sus descubrimientos. De acuerdo a su descripción, tres grupos indígenas dominaban el Ucayali, los cocama en la parte inferior del río, los conibo en la sección media y alta, y un pueblo que podría ser identificado con los yine en el área en torno a la conjunción de los ríos Urubamba, Ucayali y Tambo. Salinas nos relata que vivían en grandes poblados ribereños, que usaban vestimentas de algodón con elaborados diseños bordados y pintados y que usaban joyas de oro y plata como pendientes nasales, caravanas, collares y cadenas en la cintura, además de tocados en la cabeza. Como

esos metales no pueden encontrarse río abajo del Ucayali, deben haber sido objetos comercializados, presumiblemente una de las especialidades de los yine, que tenían contactos río arriba del Urubamba hasta el corazón del imperio incaico en la región andina de Cuzco (Morin 1998: 199-200). Tendría que pasar otro siglo antes de que se hicieran intentos serios de asentarse allí.

Las actividades misioneras se aceleraron rápidamente durante el siglo XVII, una vez que el orden colonial español estuvo bien establecido. Tanto la orden jesuita como la franciscana obtuvieron el derecho de concesión del virreinato español de Perú para colonizar y civilizar a las poblaciones indígenas de nuestra área de interés. Los jesuitas tenían su base en Quito, en donde ahora es Ecuador, y los franciscanos estaba basados en Lima, la capital del virreinato español. Las dos órdenes competían por influencia y proselitismo en el Ucayali, una disputa que finalizó con la expulsión de los jesuitas en 1767. A partir de entonces, la orden franciscana quedó sola en la escena, y tuvo un impacto decisivo en la historia de la Amazonía Central peruana y el Ucayali durante los dos siglos siguientes. La estrategia preferida de estos primeros misioneros era establecer relaciones positivas con los líderes de grupos indígenas en particular o secciones de los mismos, mediante el obsequio de herramientas de metal y otras herramientas codiciadas, a cambio de su conversión y lealtad. Una vez que se establecía un puesto misionero, el próximo paso era concentrar la mayor cantidad posible de "indios" en torno al puesto y desarrollar gradualmente una comunidad controlada por la misión. Esas colonias idealistas llamadas reducciones, fueron establecidas en toda América del Sur durante el primer par de siglos de actividades misioneras.

Los franciscanos penetraron en la montaña oriental peruana y establecieron sus misiones entre los asháninka y yánesha a mitad del siglo XVII, con el apoyo del ejército colonial. En 1641 intentaron continuar hacia el este para llegar al Ucayali pero el intento inicial fue fallido, detenido por un ataque de los shipibo quienes, en ese momento, vivían río arriba del Aguaytia, uno de los tributarios del Ucayali. El próximo intento de los franciscanos para hacer conversión en el Ucayali tuvo lugar once años más tarde cuando lograron fundar dos puestos misioneros que, sin embargo, fueron rápidamente destruidos por rebeliones indígenas. En realidad, la mayoría de las estaciones misioneras iniciales tuvieron un corto lapso de vida, y fueron destruidas o abandonadas debido a los levantamientos indígenas. Esto sucedió tanto en la Selva Central como en el Ucayali. La razón de las rebeliones parece ser la misma durante el primer período de contacto: epidemias virulentas en y en torno a las misiones y reducciones que devastaron a la sociedad indígena, abusos cometidos por los soldados y colonos acompañantes, y prohibiciones cristianas y represión. Las epidemias recurrentes de viruela, sarampión y otras enfermedades virales introducidas por los misioneros y soldados, en particular, causaron una violenta reacción contra los contactos por parte de los asháninka y conibo (cf. Santos-Granero 1987, 1992). Estas epidemias tuvieron un efecto dra-

mático sobre la sociedad indígena y la estructura demográfica de toda la región. Una epidemia devastadora de viruela hizo estragos en grandes poblaciones de cocama en el bajo Ucayali alrededor de 1644, causando un descenso de la población de un 85% en un período muy corto de tiempo (cf. Myers 1988). Los jesuitas establecieron otras reducciones en el norte, a lo largo de otros tributarios del Ucayali, los ríos Huallaga y Marañón, reasentando a un gran número de sobrevivientes cocama desde el Ucayali hasta el Huallaga. (Morin 1998: 302-303) El orden social de los cocama sufrió prácticamente un colapso, abriendo el comercio para los conibo río abajo a un territorio que previamente había sido inaccesible para ellos. Algunas de las misiones tuvieron éxito en sus esfuerzos y se convirtieron en centros comerciales locales donde los comerciantes indígenas podían intercambiar sus diferentes productos, como artículos alimenticios, por hierro y sal. Este sucedió en la selva central, donde los franciscanos establecieron una misión en la vecindad del famoso Cerro de Sal (cf. Varese 1973, Santos-Granero 1992), y también en la misión jesuita del bajo Huallaga. Las epidemias habían abierto el camino a los conibo, quienes comenzaron a comerciar río abajo hasta las misiones jesuitas del Huallaga, ¡un viaje de ida y vuelta de unos 2.300 kilómetros en canoa! Los viajes de comercio se convirtieron rápidamente en incursiones de piratería y los conibo se hicieron famosos por saquear los poblados indígenas y capturar esclavos. El botín y los esclavos eran llevados a los jesuitas, quienes compraban los esclavos, les enseñaban quechua y los usaban como intérpretes y guías para seguir evangelizando en el alto Ucayali (Morin 1998: 303). Pronto se desarrolló una nueva economía y orden social en el Ucayali y sus vecindades, basados en el comercio indígena, la piratería y el tráfico de esclavos. Las sociedades indígenas fueron desestabilizadas, siguieron las epidemias y la consecuente disminución rápida de la población. Los grupos indígenas tenían una actitud ambigua con respecto a los misioneros católicos. Por un lado, eran sumamente apreciados como fuentes de herramientas de metal, sal y otros artículos comerciales raros y, por otro lado, constituían una molestia que traía opresión, muerte y desorden.

Tanto los jesuitas como los franciscanos intentaron establecer una misión en el Ucayali Central y finalmente entraron en conflicto en torno a una estación misionera sobre la que ambos reclamaban derecho. Los frecuentes viajes, río abajo y río arriba, de ambas partes causaron que los yine intervinieran, atacando a una delegación jesuita en camino a Lima vía el Ucayali-Tambo. La situación se exasperó cuando el Virrey español en Lima, entre 1686-87, decidió dividir el territorio en dos, el bajo Ucayali y el norte de la Amazonía para los jesuitas y el medio y alto Ucayali y la selva central para los franciscanos. Entonces, el famoso franciscano, el Padre Biedma, quien tenía años de experiencia con los asháninka en la selva central, estableció una nueva misión cerca de donde hoy está situada Atalaya, como base para un nuevo esfuerzo con respecto a los conibo. Desgraciadamente, fue muerto en 1687 por los yine en una emboscada en el Río Tambo, que hizo que los franciscanos abandonaran su misión en el

Ucayali. Esto provocó esfuerzos renovados de los jesuitas para reasentar la mayor cantidad posible de grupos de lengua pano en sus "reducciones". La turbulencia general en las relaciones interétnicas, causada por una combinación de epidemias e imposiciones misioneras, aliaron finalmente a los conibo y piro (yine) en una rebelión conjunta contra los jesuitas entre 1695-1698, destruyendo las estaciones misioneras en el Ucayali. La rebelión puso fin a los viajes e influencias de los jesuitas y franciscanos en el Alto Ucayali durante los siguientes 15 años. A continuación siguieron varios levantamientos de los pano parlantes. Los asháninka, los yánesha y los ashéninka de las áreas más altas de la montaña también se rebelaron repetidamente contra la influencia franciscana.

En el momento de las rebeliones de los pano-piro del Ucayali, los franciscanos todavía no habían visitado el Gran Pajonal, pero el área se hizo cada vez más interesante, en parte debido a los rumores sobre las pasturas, que evocaban los sueños franciscanos de una gran producción ganadera y agrícola. Pero aparte de este potencial económico y el potencial de evangelizar a los ashéninka, el Gran Pajonal también abría la posibilidad de viajar por tierra al Ucayali desde la selva central, evitando así el viaje por el Río Tambo, que pasaba a través del territorio hostil yine, para llegar a los conibo. Los franciscanos hicieron su primera entrada al Gran Pajonal en 1734, cuidadosamente planeada durante varios años antes. Fueron bien recibidos inicialmente por los ashéninka locales que estaban muy interesados en sus herramientas de hierro, alcohol y armas. Fue aparentemente un gran éxito y, durante los años siguientes, se establecieron varios puestos misioneros, establecimientos ganaderos y pequeñas colonias en el Gran Pajonal. Los franciscanos estaban muy satisfechos hasta 1742, cuando estalló sorpresivamente una gran rebelión coordinada en el Gran Pajonal. El espíritu impulsor fue la figura, hoy legendaria, de Juan Santos Atahualpa, quien tenía el opulento título de Apu Inca. Juan Santos era un mestizo que alegaba ser de ascendencia incaica, educado por los jesuitas en Cuzco y con antecedentes de viajes a Europa y Angola. Escapando de una acusación de asesinato, descendió por el río Apurímac-Ene, llegando hasta los ashéninka en el Gran Pajonal en 1742. Desde allí, instrumentó una incursión masiva con mil participantes asháninka, ashéninka y yine contra la misión franciscana. Durante la reunión, declararon la zona liberada y emitieron una prohibición contra todas las actividades misioneras, dando a los misioneros y sus seguidores dos semanas para abandonar el área, cosa que hicieron. Juan Santos también declaró la guerra contra los poderes coloniales españoles y prometió liberar a todos los habitantes indígenas de toda la Montaña de los colonizadores españoles. Junto con jefes poderosos, organizó una milicia permanente de varios miles de hombres. Poco tiempo después de esta primera reunión, trasladaron su cuartel general fuera del Gran Pajonal al área de la Montaña de Sal, controlando la ruta principal y el comercio entre las montañas andinas y la Amazonía. La rebelión se extendió rápidamente y atrajo el creciente apoyo de todos los grupos y divisiones indígenas en la Amazonía Central

peruana, incluyendo a los shipibo y conibo. Los rebeldes asháninka y ashéninka, y los grupos vecinos, limpiaron completamente la Amazonía Central peruana de misiones franciscanas y colonizaciones, y mantuvieron una milicia permanente durante más de 15 años. La rebelión finalizó en 1756, después de la cual Juan Santos desapareció de la escena. Esta fue la mayor y más importante de todas las insurrecciones indígenas en la Amazonía peruana, con efectos de largo alcance sobre el desarrollo de la región, que permaneció prolongadamente descolonizada hasta fines del siglo XIX (Hvalkof 1998, Metraux 1942, Santos-Granero 1987, Varese 1973, Veber 1998).

El virreinato y la administración colonial española en Lima no prestaron gran interés económico a la Amazonía Central peruana. Su principal preocupación eran las elevaciones andinas y la costa del Pacífico, con sus centros económicos mineros, agrícolas y comerciales. Sólo las estribaciones orientales andinas, al borde de la cuenca del Amazonas, eran de interés limitado por su potencial minero y agrícola. Como ya se mencionó, todos los intentos de establecer misiones y colonias permanentes fracasaron finalmente. Sin embargo, los franciscanos, solos en el escenario después de la expulsión de los jesuitas, tenían la visión de desarrollar una utopía católica con la conversión de la Montaña en la "canasta de pan" del Perú. Además del objetivo de evangelizar y salvar almas, el interés de la misión en la Baja Amazonía era mayormente logístico: encontrar una forma de conectar la costa del Pacífico al Ucayali y al importante Río Amazonas y sus vías fluviales. El establecimiento de esa conexión a través de los Andes fue pronto considerado como el gran detonante de un tremendo potencial desarrollista y esto se ha mantenido como motivación recurrente para colonizar el área (cf. Hvalkof 1989, 1998, 2002a; Santos-Granero y Barclay 1998).

En la cuenca del Río Ucayali, durante el siglo XVIII, estaba tomando forma una economía extractiva. Se estaba expandiendo rápidamente la extracción de la raíz de zarzaparrilla (*Smilax sp.*), un artículo de exportación a Europa como medicina antisifilítica favorita y la corteza del árbol de quina (*Cinchona officinalis*), también conocida como cinchona o cascari-lla, para producir quinina con propósitos antipiréticos. Esto no fue impulsado por el celo misionero sino por inversores y comerciantes privados. Las limitaciones logísticas todavía hacían que los indígenas canoeros fueran los dueños de esta área. Sin embargo, también los convirtió en blancos obvios para el trabajo contractual en la emergente economía extractiva, que era totalmente dependiente del conocimiento y el trabajo indígena. Como hemos visto, la esclavitud y el comercio a larga distancia ya estaban bien integrados en la economía indígena, y la búsqueda de herramientas de metal, armas de fuego y mercancías europeas estaba creciendo. Se estaban estableciendo las bases de una economía y relaciones interétnicas nuevas y brutales. La modernidad estaba invadiendo.

### Caucho y esclavos

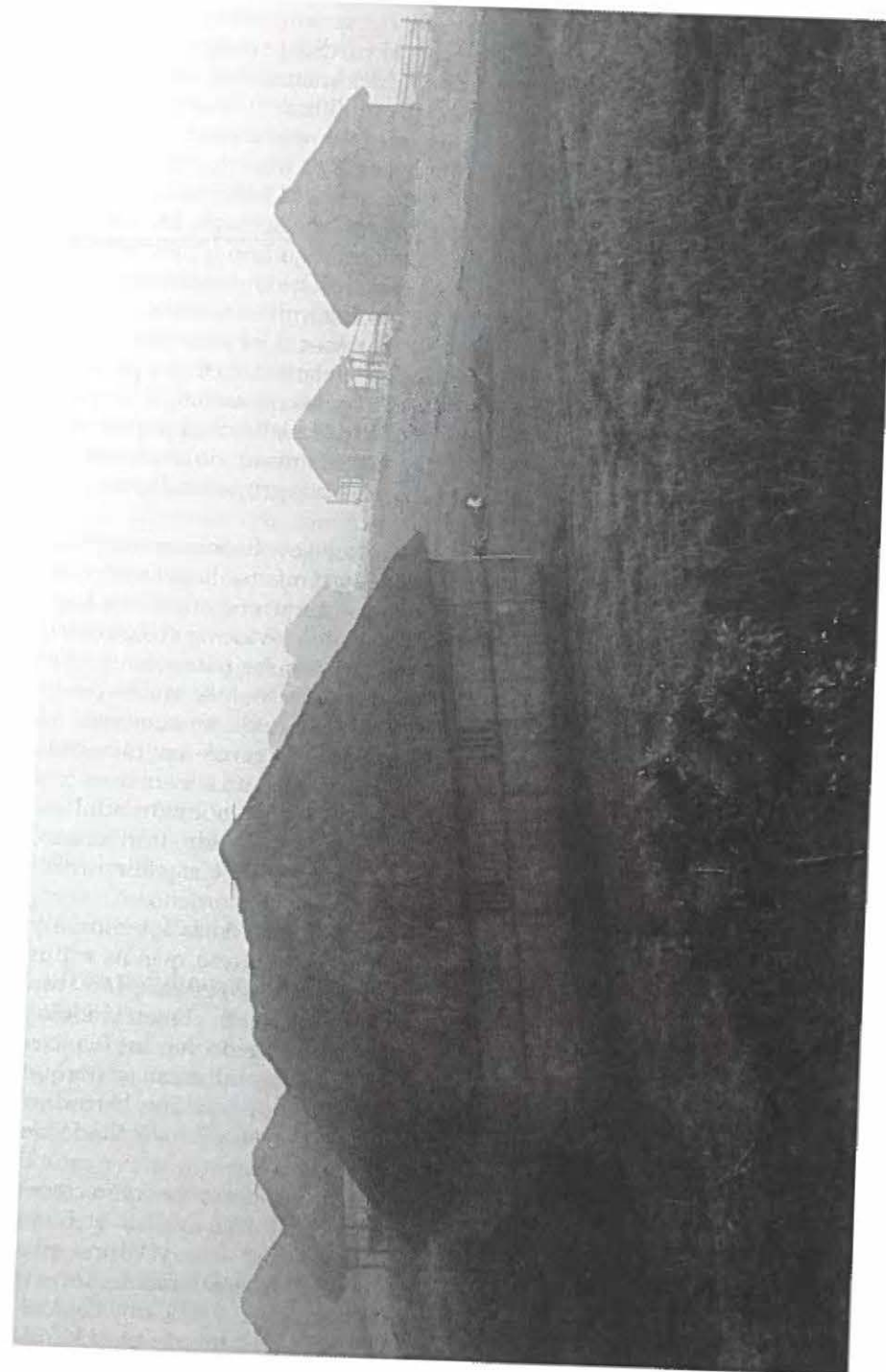
La independencia de Perú de España en 1821 dejó al país en un desorden total, y llevó casi cincuenta años para que la República del Perú se consolidara razonablemente y comenzara a funcionar como un Estado contemporáneo. Mientras tanto, los franciscanos estaban inactivos, expulsados del país durante un tiempo, esperando la venida de tiempos mejores, y tanto la Montaña como el Ucayali permanecieron libres de los evangelizadores católicos durante medio siglo. Pero la pérdida de uno es la ganancia del otro y, en la región amazónica se estaba desarrollando rápidamente una nueva empresa extractiva – la extracción del caucho. Tres invenciones europeas fueron decisivas para este nuevo desarrollo: la invención de la máquina a vapor, que condujo a la introducción de barcos a vapor en los ríos a mediados del siglo XIX, la invención del proceso de vulcanización del caucho crudo, y la cámara y cubierta neumáticas. La demanda de caucho en Europa y América del Norte era explosiva y desató una verdadera bonanza del caucho en la Alta Amazonía y en el Ucayali desde 1860 hasta 1915. Las empresas comerciales europeas y el capital se aventuraron en este negocio tan rentable, y grandes cantidades de aspirantes a patrones caucheros, y otros soldados de la fortuna, invadieron la Amazonía en una imprudente búsqueda de riqueza instantánea.

Hay varias especies de árboles productores de látex y varias formas de extraer el caucho. Algunos métodos hacen incisiones en los árboles para extraer el caucho de una manera que les permiten sobrevivir, otros los dañan severamente o los destruyen completamente al cortarlos. La forma común de producir caucho silvestre en el Alto Ucayali es encontrar las arboledas de caucho en la selva, cortar los árboles y drenarlos completamente para obtener el jugo lechoso del látex, que luego es coagulado, ahumado y enrollado en bolas gigantes o en la forma de planchas gigantes, que pueden pesar más de 50 kilos cada una. El caucho es luego transportado al tributario navegable más próximo, cargado en canoas o balsas primitivas y transportado río abajo hasta el Ucayali hasta un puesto de recolección de caucho, para ser luego embarcado hasta la estación comercial o colonia más cercana en el río principal. Si la extracción se realizaba en las fuentes superiores de los tributarios orientales, era más fácil acarrearla por tierra hasta uno de los ríos que corren hacia el este, como el Yurúa o Purús, y venderlo río abajo en Brasil. (cf. Santos-Granero y Barclay 2000 por una excelente presentación y análisis de la economía cauchera peruana).

La mayor parte de la mano de obra involucrada en la ardua recolección del caucho era indígena, procurada a través de los sistemas de servidumbre por deudas, conocidos como enganche y habilitación. El patrón contrata a sus trabajadores mediante pagos adelantados en especies, quie-

Foto: Søren Hvalkof, 2000

Madrugando, Gran Pajonal



nes luego los pagan mediante la entrega de cierta cantidad de caucho. La trampa es mantener al trabajador endeudado mediante el constante adelanto de pagos o alegando que el valor de las mercancías adelantadas subió, requiriendo entonces más trabajo para equilibrar "la cuenta". El sistema de habilitación y este sistema de servidumbre por deudas y esclavitud por mercancías están sistematizados en una cadena de explotación, con contratistas y sub-contratistas que llegan hasta el nivel más bajo del extractor indígena, quien sufre el grueso del peso de la carga. En este sistema, el agente comercial o habilitador subcontrata a uno o más reclutadores de mano de obra, "habilitándolos" con suficiente mercancías, para que puedan reproducir la habilitación al próximo nivel inferior, contratando trabajadores o jefes indígenas locales quienes, a su vez, controlan a los trabajadores locales a través de pagos por adelantado, etc. La productividad se mantenía a través de represalias violentas o muertes si los peones no cumplían con sus contratos. Junto con los caucheros, que penetraron en todos los rincones de la Alta Amazonía, entraron violentas epidemias de enfermedades virales, diezmando a muchos grupos indígenas del interior que no tenían resistencia inmunológica.

Otra economía mucho más destructiva estaba evolucionando rápidamente paralelamente a la economía cauchera en sí misma: la del tráfico de esclavos de mujeres y niños indígenas. Como se mencionó antes, el tráfico de esclavos ya había sido practicado por los conibo y yine en el siglo XVII pero, con la influencia de los habilitadores externos, los patrones caucheros y comerciantes, la demanda de esclavos domésticos —y sexuales— creció rápidamente, creando un mercado esclavista de rápido crecimiento. La forma común de obtenerlos era habilitar grupos indígenas incursionistas quienes, junto con un capataz mestizo o blanco, asaltaban e incursionaban los asentamientos indígenas del interior, matando a los hombres adultos, y llevándose a las mujeres más jóvenes y a los niños. El padre franciscano, Luis Sabaté, quien hizo una expedición al Urubamba y Ucayali en 1874, describió la situación de esta manera:

"Ese día los piro [yine] realizaron una correría contra los campa y tomaron muchas cosas. Fue uno de esos ataques sorpresa que las tribus salvajes realizan entre ellas cuando están mutuamente en guerra. Tomaron a las mujeres y a los niños y los vendieron a los blancos, comerciándolos como si fueran algún tipo de mercancía. Como se puede ver, los blancos del área actúan como estímulo para estas incursiones inhumanas, porque si ellos no mantuvieran este tráfico detestable de carne humana, los indios perderían el incentivo para sus bárbaras excursiones" (Sabaté citado de Izaguirre 1925: 99)

Esas incursiones esclavistas son conocidas comúnmente como correrías, una práctica difundida en la cuenca del Alto Ucayali y el Gran Pajonal. Participaron todos los grupos indígenas del área, y varios jefes indígenas conibo, asháninka y yine eran conocidos notoriamente por sus expediciones esclavistas en los tributarios, al este, o en el Gran Pajonal, hacia el oeste<sup>9</sup>. La economía cauchera declinó rápidamente después de

1914, cuando las nuevas plantaciones comerciales en Malasia, Indonesia y África comenzaron a producir a un costo mucho menor. La recolección de caucho fue finalmente abandonada completamente en los años 1920. A pesar de esto, el tráfico de esclavos se siguió desarrollando y se practicaron correrías hasta bien entrado el siglo XX, se informó al autor que la última tuvo lugar a fines de los años 1970 en Gran Pajonal, en el Río Unini (cf. Hvalkof 1998: 134-140).

El período cauchero, entre 1860 hasta 1915, resultó ser completamente desastroso para la población indígena. El modelo demográfico cambió drásticamente, con rápidos descensos de la población. La gente fue trasladada y asentada en territorios distintos, las economías tradicionales de los grupos del interior fueron casi completamente destruidas y epidemias terribles, particularmente el sarampión, arrasaron áreas enteras. Las sociedades indígenas fueron completamente quebrantadas y divididas, y llevó décadas superar el efecto catastrófico de las correrías, tanto en términos de despoblación como en términos de desconfianza mutua y enemistad entre los grupos locales. Las áreas quedaron abiertas a la colonización y muchos de los patrones caucheros se volcaron a actividades económicas más sedentarias, como la agricultura y la extracción de madera. En el Alto Ucayali se establecieron haciendas y pequeños poblados de colonos en lugar de los antiguos puestos comerciales caucheros, creando una nueva necesidad de mano de obra indígena leal. El sistema de enganche continuó proveyendo trabajadores contractuales para los patrones locales y ha continuado haciéndolo hasta el día de hoy. Pero paralelamente a la demanda de peones masculinos leales, también creció una demanda de servicio doméstico, que los nuevos patrones aseguraron trayendo niños asháninka secuestrados a sus haciendas. Atalaya fue fundada en 1928 y obtuvo estatus de distrito independiente. Un ex barón cauchero del área, el Sr. Francisco Vargas, donó tierras de su hacienda, La Colonia, a los franciscanos de Atalaya, y con la ayuda de los colonos locales y trabajadores indígenas, se construyó la misión franciscana. Fue inaugurada en 1932 y la nueva ciudad de Atalaya se convirtió en realidad (ibid. 140).

### La frontera agrícola

Con el desarrollo de la nueva economía extractiva y el nuevo orden social en las áreas del Ucayali y Urubamba, estaba tomando forma la colonización de las áreas boscosas más altas, perdidas antes de la independencia frente a la milicia rebelde indígena de Juan Santos Atahualpa. La misión franciscana había retomado su colonización de la Selva Central en 1860 y el nuevo estado peruano estaba sumamente motivado para respaldar este proceso. Se creía que los bosques de la alta y baja Amazonía tenían un tremendo potencial agrícola, y se planearon grandes proyectos de colonización. En 1891, una vasta área de la selva central peruana, de unos 2 millones de hectáreas, fue otorgada en concesión a una compañía de propiedad británica, la Peruvian Corporation, para colonizar y desarrollar la Montaña. Fue parte de un arreglo de compensación con acreedores extran-

jeros como consecuencia de una bancarrota del estado peruano. El área de concesión abarcaba una gran parte de los territorios yánesha, asháninka, ashéninka y nomatsigenka. La Peruvian Corporation "sólo" logró explotar 500.000 hectáreas en la valle Chanchamayo, estableciendo grandes plantaciones de café, cacao y cítricos, pero mantuvo el control del área hasta las reformas agrarias de los años sesenta (Santos-Granero y Barclay 1998).

Vale la pena mencionar que la compañía también contrató a un misionero adventista del Séptimo Día de los EE.UU., Ferdinand Stahl, para pacificar y disciplinar a los asháninka y hacerlos trabajar para la compañía a cambio de un fácil acceso a los conversos. Después de casi 30 años de trabajo en el Chanchamayo, Ferdinand Stahl fue finalmente expulsado por la compañía en 1948 y decidió abandonar el área y establecer nuevas misiones adventistas más al este. Esto ocasionó un éxodo asháninka de la selva central peruana hacia los ríos Tambo, Urubamba, Ucayali y Pichis. Stahl tenía muchos seguidores indígenas y, cuando decidió abandonar el área, creció en su torno un verdadero culto de tipo mesiánico. Logró establecer varias misiones adventistas en las áreas mencionadas, y tuvo un éxito particular entre los yine y asháninka en el nexo Ucayali-Urubamba. Los misioneros adventistas trabajaron en el área durante muchos años; y las misiones todavía están allí con sus seguidores adventistas hasta el día de hoy. Varios de los líderes indígenas del área del proyecto PSI están capacitados por los adventistas y apoyan el programa.

La población indígena sufrió un agudo descenso debido a las epidemias, y las frecuentes correrías -que se extendieron hasta las estribaciones de los Andes- habían quebrado la solidaridad entre los grupos locales. Entonces, aunque ocurrieron intermitentemente escaramuzas y resistencia local a la recolonización, se abrieron nuevas sendas de mulas, conectando a Lima a través de la región andina hasta los tributarios navegables del Ucayali. Los franciscanos hicieron varias expediciones para investigar si era seguro asentarse y lograron establecer varias estaciones misioneras al oeste del Gran Pajonal y, como ya se mencionó, también en Atalaya. El Gran Pajonal no fue recolonizado hasta 1934, cuando se establecieron tres puestos misioneros, de los que sobrevivió solamente uno, la pequeña colonia de Oventeni en el centro del Gran Pajonal. Los franciscanos contrataron a colonos andinos, en su mayoría campesinos de habla quechua, para ayudar a desarrollar la nueva colonización. El temor por los ashéninka locales y la necesidad de apoyo logístico de la Fuerza Aérea peruana, los obligó a construir una pista de aterrizaje de 1.600 metros de largo, que ha mantenido viva a la colonia hasta hoy. Pero no fue fácil colonizar las praderas. La distancia de los mercados, el elevado costo de transporte, la ecología diferente y el relativo aislamiento del resto de la sociedad peruana hizo que muchos de los colonos andinos contratados abandonaran el intento. Sin embargo, los franciscanos insistieron en establecer una misión real y lograron construir una iglesia de ladrillos, una escuela de internado para niños ashéninka y viviendas para los padres y hermanas católicos

que trabajaban allí. No obstante, eran muy conscientes que la supervivencia a largo plazo de la colonia Oventeni dependía del acceso y entonces, en 1940, los franciscanos comenzaron la ardua tarea de construir un pequeño camino de 80 kilómetros desde la misión de Puerto Ocopa, en el Río Perené, hasta el Gran Pajonal y a lo largo del Río Unini hasta el Ucayali y Atalaya. El camino, incluyendo un puente suspendido, fue finalizado en 1946, el mismo año en que se abrió una nueva pista de aterrizaje en Atalaya. La pista de aterrizaje fue una iniciativa muy razonable porque más tarde, ese mismo año, un intenso terremoto destruyó completamente el camino.

La colonización del Gran Pajonal no fue un éxito y la colonia creció muy lentamente, hasta que un grupo de inversores de Lima obtuvo una concesión para establecer una hacienda ganadera moderna en el interior de la pradera en 1950. Se realizaron relevamientos fotográficos aéreos de la zona y se introdujo buen ganado, junto con caballos, mulas y asnos. Se contrató veterinarios y especialistas, y trabajadores experimentados de Lima y las tierras altas. Se levantaron cercos, se plantó café y se contrató a ashéninka locales para producir alimentos para los trabajadores. Pareció promisorio, pero finalmente resultó ser un fiasco. La combinación de costos de producción extremadamente elevados, problemas para la comercialización de la carne o del ganado en pie, enormes problemas logísticos y costos elevadísimos de transporte, el pobre valor nutritivo de las pasturas naturales y enfermedades del ganado y, lo que no es menos, la mala administración, contribuyeron al fracaso del proyecto. La aventura ganadera recibió su golpe mortal en enero de 1966 cuando el frente guerrillero MIR, encabezado por el legendario Guillermo Lobatón, penetró el Gran Pajonal y, durante un par de semanas, ocupó Oventeni y la hacienda de Shumahuani (cf. Brown y Fernández 1991). Los guerrilleros mataron y comieron los mejores ejemplares de ganado, dieron charlas ideológicas para los colonos y los trabajadores de la hacienda, amenazaron y asustaron a los misioneros franciscanos y finalmente abandonaron el área. Aparentemente habían esperado apoyo de los ashéninka, pero estos no apoyaron a los guerrilleros - ni tampoco se les opusieron. Inmediatamente después que la guerrilla abandonó Oventeni, fuerzas especiales contrainsurgentes, los "Rangers", con entrenamiento americano, aterrizaron en Oventeni a la caza de Lobatón y sus hombres. Con la ayuda de un guía asháninka de la misión adventista de Unini los encontraron cerca de la comunidad ashéninka de Mapitzeviari, donde mataron a la mayoría. Lobatón y su segundo comandante, Jaime Martínez, fueron capturados y luego ejecutados y enterrados en un pajonal, no lejos de Oventeni. El incidente decretó el fin del proyecto ganadero y también de la misión franciscana en Oventeni. La misión fue evacuada y se clausuró la escuela de internado, y tres años más tarde, en 1968, también tuvo que abandonarse la hacienda.

Algunos de los trabajadores de la hacienda permanecieron en el Gran Pajonal, intentando establecerse por su cuenta como colonos individuales.



Otros se trasladaron a Atalaya y Ucayali, que parecían lugares más promisorios con el surgimiento de una nueva economía maderera. Durante la próxima década, la colonización espontánea fue el único movimiento en el área y la afluencia de población nueva fue limitada. Los colonos usaron el viejo sistema del enganche para asegurarse mano de obra ashéninka para cultivar sus campos, cuidar el ganado y recoger el café.

En 1968 también aparecieron en escena misioneros protestantes americanos del Instituto Lingüístico de Verano, el ILV, cuando comenzaron a trabajar en la traducción de la Biblia al ashéninka. Se asentaron en la vecindad de la hacienda abandonada en el interior y comenzaron a trabajar con jóvenes ashéninka como informantes lingüísticos y también se dedicaron a un discreto proselitismo. Esto trajo, más tarde, un impacto decisivo sobre el movimiento indígena del área. La población indígena del Gran Pajonal había alcanzado probablemente su punto más bajo durante décadas debido a epidemias devastadoras de sarampión que los muchos trabajadores de la hacienda ganadera trajeron con ellos. Probablemente había solamente unos 1.500 ashéninka viviendo en todo el Gran Pajonal en ese momento (Bodley 1972). Pero con los misioneros protestantes llegaron las campañas de vacunación y un limitado servicio de salud. El colapso del proyecto ganadero también abrió la zona al reasentamiento indígena y las familias ashéninka que habían huido del área debido a una combinación de correrías, epidemias, ganado y nuevos colonos, comenzaron a retornar a su antiguo territorio. La población indígena del Gran Pajonal creció rápidamente durante los años setenta. Los colonos estaban contentos porque esto inicialmente significaba más mano de obra barata para contratar para su producción agrícola y ganadera. Se hizo más importante cuando, alrededor de 1975, los colonos de Oventeni comenzaron a plantar con éxito buen pasto nutritivo en las tierras boscosas limpiadas, en vez del pasto natural de las sabanas, de bajo valor para el ganado. El escenario económico y social del Gran Pajonal estaba comenzando a cambiar. En 1980, un nuevo gobierno y un nuevo préstamo internacional para el desarrollo, impulsaron radicalmente este proceso. Durante los años 80 se lanzaron grandes proyectos integrados de desarrollo y colonización en la Selva Central, financiados y apoyados por agencias internacionales para el desarrollo como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, USAID y la agencia internacional alemana para el desarrollo, GTZ, entre otras. Estos costosos programas, llamados "los Proyectos Especiales", fueron dirigidos principalmente a la construcción de caminos y miles de campesinos sin tierra de los Andes inundaron el área, invadiendo las tierras indígenas, destruyendo la ecología de la zona al talar indiscriminadamente los bosques, criminalizando el área a través de la producción de coca para los narcotraficantes colombianos y, finalmente, la penetración de las

guerrillas del Sendero Luminoso y el MRTA al área, seguidas más tarde por el ejército peruano. Los Proyectos Especiales fueron un fracaso total y las agencias internacionales que los promovían y financiaban se retiraron cuando las cosas comenzaron a arder, dejando un caos social y un estado peruano endeudado. Aunque estaba bajo su mandato, afortunadamente nunca lograron continuar sus esfuerzos en el Gran Pajonal. El desarrollo tuvo un efecto notable sobre el Gran Pajonal, cuando comenzaron a aparecer nuevos colonos y los nuevos créditos para ganaderos pequeños comenzaron a hacer impacto en el escenario social. Los colonos del área de Atalaya también percibieron los nuevos vientos que soplaban y expandieron sus actividades económicas, ganaderas, de extracción maderera y producción ilegal de cocaína.

### Usurpación y conflicto

La situación cambió drásticamente durante los años ochenta. Los nuevos programas internacionales de desarrollo, los Proyectos Especiales, empujaron a nuevos colonos al Gran Pajonal y la región de Atalaya, y aumentó la presión sobre la tierra y los recursos. Los habitantes indígenas del Gran Pajonal y Atalaya, en particular, se sintieron atrapados entre los antiguos patronos y los nuevos colonos que se expandían desde los ríos y la frontera agrícola que avanzaba desde los Andes. Las nuevas posibilidades crediticias para los ganaderos motivaron una expansión agresiva de nuevas áreas de pastoreo con pasto forrajero. Se limpiaron miles de hectáreas de bosques tropicales para hacer lugar a la nueva expansión ganadera. El trabajo de corte y quema del bosque, plantación de pasto y cuidado del ganado fue -como es usual- realizado por los ashéninka a través de las típicas relaciones de servidumbre por deudas con sus patronos. La explotación de la mano de obra indígena desde 1980-85 escaló hasta tal punto que amenazó la economía de los ashéninka y los colonos. Los ashéninka tenían poco tiempo libre para hacerse cargo de su propia producción y ciertamente no tenían excedente para vender a los colonos. Los precios de los artículos de necesidad diaria aumentaron agudamente en un período muy corto de tiempo. Los colonos respondieron aumentando su explotación del trabajo indígena y la represión de los que se negaban a cumplirlo. En la colonia del Gran Pajonal, esto se hizo azotando y golpeando a los peones ashéninka rebeldes durante los domingos en la cárcel primitiva de Oventeni. La humillación hizo que muchos se suicidaran, incluyendo un suicidio masivo de toda una familia ashéninka, con niños pequeños, que había sido amenazada por las autoridades de los colonos. En la región de Atalaya, donde los patronos estaban expandiendo sus actividades de extracción de madera y tenían una necesidad urgente de mano de obra indígena, ocurrieron abusos similares e incluso peores (cf. García 1998, Hvalkof 1998). Se presentaron varias demandas judiciales, pero las autoridades locales y regionales las ignoraron completamente. La negación de las violaciones de derechos humanos era obvia a la luz de la historia de las relaciones colono-indígenas, y debido al hecho que las autoridades eran

los mismos colonos, que tenían poderes políticos irrestrictos en toda la región del Ucayali. Los colonos y los patronos consideraron todo esto más bien como una expresión de sus esfuerzos pioneros para civilizar a los salvajes y desarrollar el país. Los conflictos aumentaron rápidamente y hubo varios enfrentamientos violentos entre los peones ashéninka y los patronos colonos. La situación era tensa y amenazaba evolucionar en un conflicto étnico más amplio.

### EL MOVIMIENTO INDÍGENA

#### Organización y titulación de tierras

En los años ochenta, el escenario político general, tanto en Perú como internacionalmente, estaba cambiando. Se estaban comenzando a formar organizaciones indígenas y había un nuevo movimiento indígena en desarrollo. Las primeras organizaciones indígenas de la Amazonía peruana habían sido fundadas en los años setenta. En 1979 salió a luz una organización indígena nacional, con el nombre un tanto extraño de la "Asociación Interétnica del Desarrollo de la Selva Peruana", AIDSESP. Al comienzo, tenía solamente tres organizaciones miembro regionales, una que representaba a los pueblos aguaruna del norte de Perú, otra que representaba a los shipibo-conibo de Pucallpa y una tercera que representaba a los yánesha de la Selva Central. Durante los años ochenta se formaron más organizaciones locales que comenzaron a unirse a AIDSESP, incluyendo las primeras organizaciones ashéninka de la selva central. El Gran Pajonal y Atalaya todavía estaban al margen de este movimiento emergente, pero los ashéninka y yine no aceptaban tácitamente la creciente opresión de los colonos y comenzaron a organizarse.

Las poblaciones indígenas estaban aumentando rápidamente, fundamentalmente como resultado de eficientes campañas de vacunación iniciadas por los misioneros protestantes. Las misiones del grupo evangelista americano, Instituto Lingüístico de Verano (ILV) habían estado trabajando desde los años sesenta en la traducción de la Biblia a diferentes lenguas indígenas. Como parte de su estrategia proselitista, habían construido un sistema de escuelas bilingües con pequeñas escuelas locales diseminadas en todas las comunidades indígenas del Gran Pajonal y en torno a Atalaya. Los maestros indígenas evangelistas fueron capacitados para enseñar en su propia lengua nativa. El programa entero estaba acompañado de apoyo logístico, con pequeñas avionetas capaces de aterrizar y levantar vuelo en las muy cortas pistas de aterrizaje de las comunidades. Además de las fundamentales campañas de vacunación, también suministraron servicios básicos de salud y otro tipo de apoyo a la población local. Al ILV se le unieron pronto otras misiones evangelistas, como la Misión Suiza India y la conservadora Misión Sudamericana (South American Mission) de California. Las nuevas escuelas indígenas establecidas en las comunidades eran bastante populares y los ashéninka, en particular, que vivían dispersos en el Gran Pajonal y las áreas interfluviales

del Ucayali, comenzaron a acercarse a las escuelas. Las escuelas pronto pasaron a jugar un rol organizativo para los grupos locales y los asentamientos, donde se podía fomentar la oposición a los colonos usurpadores. Los protestantes evangelistas también simbolizaban la oposición a la iglesia católica y sus misiones que, durante siglos, se habían equiparado con la elite de poder y los colonos locales. El ILV fue ampliamente criticado durante los años ochenta por destruir la cultura indígena, propagar los valores de la clase media americana, ser un agente encubierto de los intereses imperialistas de los EE.UU., etc. (Hvalkof y Aaby 1981, Stoll 1982). Sin embargo, en retrospectiva, debe subrayarse que de no haber sido por el trabajo de los misioneros del ILV, sus escuelas bilingües y sus vacunaciones -a pesar de su agenda dogmática- no hubiera habido ninguna organización indígena, ni en el Gran Pajonal ni en el Ucayali. Tampoco es probable que lenguas pequeñas como la piro (la lengua yine) hubieran sobrevivido (cf. Hanne Veber 1991 para un estudio del sistema escolar del ILV en el Gran Pajonal).

En Gran Pajonal, fueron los maestros escolares capacitados por el ILV quienes tomaron inicialmente la iniciativa para reunir a los jefes locales, sus parientes y seguidores, en un intento de crear una organización que pudiera contrarrestar la expansión colonizadora y poner fin a las invasiones y los abusos. La nueva legislación de Perú, a continuación de la reforma agraria en las altas zonas andinas había abierto la posibilidad de crear comunidades indígenas en la región de la Amazonía. La organización indígena del Gran Pajonal, OAGP, comenzó a promover el establecimiento de Comunidades Nativas en los años ochenta. Una Comunidad Nativa es una unidad administrativa legal reconocida por la constitución peruana y otras leyes, que otorga a los habitantes indígenas derechos exclusivos a territorios comunales demarcados y titulados, derechos exclusivos a los recursos renovables dentro de la comunidad, un cierto grado de autogobierno y derechos indígenas especiales a la educación en su propia lengua, etc. Lo que querían los líderes ashéninka de OAGP eran los títulos de sus tierras, para detener la destructiva expansión ganadera de los colonos. La nueva dirección indígena pidió a los misioneros del ILV, los antropólogos que trabajaban en el área y otras personas de recursos, que le otorgaran ayuda logística y técnica para poner en marcha un proceso de titulación de tierras. Las cinco primeras comunidades fueron demarcadas y tituladas en 1984 y, mediante contactos con el Banco Mundial, lograron convencer a los -de otra manera desastrosos- Proyectos Especiales para que financiaran e implementaran la demarcación y la titulación del resto. Hacia 1988, unas 24 comunidades del Gran Pajonal disponían de sus propios títulos. Aunque los colonos protestaron y obstaculizaron el proceso lo más que pudieron, el peso político del programa de desarrollo financiado internacionalmente superó a la administración colona local y la jerarquía de poder. En los años siguientes se establecieron, demarcaron y titularon más comunidades ashéninka. Los indígenas estaban gradualmente recuperando el territorio y el control que habían perdido hace cincuenta años y esta-

ban logrando frenar la expansión de los colonos, deteniendo el conflicto emergente en el momento en que estaba por explotar.

En el área de Atalaya, los patrones locales a lo largo del Alto Ucayali y Bajo Urubamba estaban igualmente ansiosos por consolidar su expansión y control sobre la base del trabajo indígena. Aunque en los años setenta se habían establecido y titulado varias Comunidades Nativas con ayuda de los adventistas, la mayoría de la población indígena todavía estaba desorganizada, muchos vivían exclusivamente con sus patrones, los descendientes de los barones caucheros que se establecieron en el área después de la bonanza. Cuando aumentaron los abusos, a mitad de los años ochenta, algunos líderes indígenas de Atalaya contactaron a AIDSESEP en Lima, solicitando intervención y ayuda. Lograron convocar una investigación independiente. Una -así llamada- comisión multisectorial, bajo los auspicios del Ministerio de Justicia y el Ministerio del Interior, visitó la zona e investigó los alegatos. La comisión emitió un informe oficial en 1988, presentando pruebas terribles de innumerables abusos, como violación, asesinatos múltiples, secuestro de mujeres y niños, esclavitud a cambio de mercancías y servidumbre por deudas, tráfico de esclavos, robos y otra serie de crímenes (García et al. 1998). Sin embargo, aunque el informe fue apenas poco más que otro trozo de papel y no cambió nada por sí mismo, constituyó una buena base para la causa indígena. Con este documento en mano, AIDSESEP contactó a una ONG con sede en Dinamarca, el Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas - IWGIA, solicitando apoyo financiero para realizar un proyecto de titulación de tierras a través de toda la región del Ucayali. Pareció obvio aplicar la metodología y las lecciones positivas aprendidas en el Gran Pajonal para poner fin a la situación social, intolerable y peligrosa, en torno a Atalaya. IWGIA solicitó a la Agencia Internacional Danesa para el Desarrollo, DANIDA, la financiación del proyecto y la respuesta fue positiva. Se diseñó un proyecto de demarcación y titulación de tierras para las comunidades indígenas de la región del Ucayali y el proyecto comenzó a funcionar en Atalaya en 1989, supervisado por AIDSESEP e IWGIA, a través de un contrato de cooperación con las autoridades peruanas.

### Conflicto y democracia

En ese momento, la sociedad peruana en general se estaba hundiendo en una profunda crisis social y económica, con una rampante inflación de un porcentaje de varios miles anuales, falta de producción y decadencia política. Esto generó los dos notorios grupos guerrilleros, el maoísta Sendero Luminoso y el socialista de ala izquierda MRTA. Un comando del MRTA cometió el gran error de matar a uno de los líderes ashéninka en el Río Pichis, en el invierno de 1989-90, en venganza por la captura y ejecución de un líder guerrillero del MIR en 1966, supuestamente denunciado por el hombre ashéninka. Esto causó un levantamiento inmediato en el Valle del Pichis al nordeste del Gran Pajonal, donde los ashéninka organizaron muy rápidamente una milicia permanente y, armados con rifles y arcos y fle-

chas, limpiaron el área de guerrillas y simpatizantes. El Sendero Luminoso también estaba en pie de guerra, matando a líderes indígenas y miembros comunitarios quienes, por una u otra razón, no los apoyaban u obedecían. Perseguido por el ejército peruano y tropas antiguerrilleras, el Sendero Luminoso se refugió en territorio asháninka al sur y al oeste del Gran Pajonal, en el área del Río Tambo, donde la guerrilla sustentó un régimen de terror durante años contra las comunidades asháninka. Los líderes del Gran Pajonal fueron amenazados y, después de varios incidentes disturbadores, la OAGP del Gran Pajonal interpretó la situación como sumamente peligrosa para la estabilidad de su recién obtenido territorio y su libertad y decidió apoderarse del poblado colono de Oventeni, otorgar un salvoconducto a los guerrilleros infiltrados para abandonar el área dentro de 48 horas y, finalmente, OAGP organizó una milicia, llamada el Ejército Ashéninka, para patrullar los límites del Gran Pajonal, en un intento de evitar la intervención militar o un apoderamiento por parte de la guerrilla del Sendero Luminoso. Todo esto sucedió en 1990.

El ejército peruano había puesto a la ciudad de Pucallpa bajo ley marcial y se impuso un toque de queda, debido a la intensa actividad guerrillera en el área, con constantes incidentes armados. Así estaba la situación, y complicó las condiciones de trabajo bajo las que había comenzado el proyecto de demarcación y titulación en el Ucayali. En la región de Atalaya se había fundado la organización indígena OIRA y, junto con AIDSESP, era responsable de implementar el difícil proyecto de demarcación y titulación comunitaria. Se establecieron oficinas en Pucallpa y Atalaya, donde el personal indígena y los topógrafos trabajaron doce horas diarias. A pesar de todas las dificultades y la empeñada resistencia de la sociedad colona de Atalaya, junto con otros innumerables problemas de naturaleza logística, técnica, legal y política e intentos de alto nivel de detener el proyecto, hacia julio de 1992 OIRA y AIDSESP lograron demarcar y asegurar títulos para 114 comunidades. Se presentaron solicitudes para una segunda fase del proyecto y fueron aceptadas por DANIDA en 1993 y, para 1998, 209 Comunidades Nativas habían recibido títulos colectivos para sus tierras comunales, y eran ahora los dueños legales de unos dos millones y medio de hectáreas (cf. Gray 1998).

La titulación colectiva de tierras del Gran Pajonal y una gran parte de la Provincia de Atalaya y el resto del Ucayali significó que la población indígena tenía ahora la posición legal de propietarios de la tierra en el Perú moderno. El proceso había cambiado radicalmente la situación de los indígenas dentro de la sociedad local. La propiedad de la tierra significa el control de los recursos y la influencia política. Durante el proceso, la población indígena sufrió una metamorfosis, de peones explotados y siervos se convirtieron en ciudadanos peruanos con derechos civiles e integrantes del registro de votantes. Consolidaron sus organizaciones representativas, resistieron los intentos de las guerrillas de tomar el poder y mostraron a los sorprendidos colonos y otros peruanos no-indígenas que eran perfectamente capaces de organizarse. Por primera vez en la historia

moderna, pudieron participar en la sociedad civil y tomar parte en los procesos de toma de decisión. También intentaron presentarse para cargos políticos en la elección local con su propia lista electoral, fuera de los partidos políticos convencionales. En 1995, lograron obtener los puestos de alcalde tanto en el Gran Pajonal como en Atalaya y Tahuaná, y una mayoría en los consejos municipales. Este fue un vuelco increíble en un lugar donde la población indígena, sólo pocos años antes, no tenía ningún derecho, no tenía ciudadanía registrada y ni siquiera aparecía en los censos y otras estadísticas nacionales. La sociedad peruana superó gradualmente su crisis. Los movimientos guerrilleros se retiraron finalmente y los conflictos con los colonos disminuyeron drásticamente. Los pueblos indígenas de la Provincia de Atalaya eran ahora una parte importante de la sociedad civil y del proceso de democratización de la región. Es paradójico que fuera la población indígena la que dio sentido al concepto occidental de democracia por primera vez en la historia de Atalaya y no la población colona y mestiza que todo el tiempo había legitimado su presencia con su función "civilizadora".

#### Salud indígena – el último paso

Pero las nuevas comunidades indígenas todavía necesitaban servicios sociales para poder enfrentar a largo plazo a la sociedad moderna: educación, cuidado de la salud e infraestructura, para no mencionar lo más importante: una nueva sostenibilidad económica. Los indígenas comprendieron que ahora tenían derechos y obligaciones, y querían el resto. OIRA y AIDSESP acordaron que el próximo tema complejo a ser tratado después de que los derechos territoriales habían sido asegurados, era la situación de salud de las comunidades indígenas. Se consideró crucial que el índice de mortalidad infantil fuera disminuyendo y que se mantuviera el crecimiento general de la población indígena. El último aspecto puede sorprender a los extraños, que creen que el control de la natalidad es una necesidad para disminuir el tamaño de la familia. Pero este no es un problema en una sociedad indígena que está basada principalmente en una economía de subsistencia y donde no escasea la tierra. Una de las razones de por qué los ashéninka perdieron sus territorios frente a los colonos fue, en primer lugar, una disminución abrupta de la población debido a las epidemias y, si no hubiera sido por un rápido crecimiento de la población indígena en los años setenta y ochenta, hubiera sido imposible ocupar el espacio y establecer las comunidades; fue la única forma posible de recuperar su derecho a tierras y territorios. Por lo tanto, en la agenda política de las organizaciones indígenas está el objetivo de alcanzar una población indígena numerosa, y es considerado algo imprescindible para consolidar y ganar la necesaria influencia política y control para poder desarrollar su sociedad de la forma en que quieran. Esto es lo que ellos entienden como autodeterminación.

El Programa de Salud Indígena –el PSI– constituye precisamente ese intento de dar el próximo paso y asegurarles una mejor supervivencia e

integración como ciudadanos indígenas en el Perú moderno, con el debido respeto a sus propias visiones del mundo y a sus creencias, y con su propia agenda de desarrollo vigente y controlada por ellos mismos. Por lo tanto, el PSI no trata sólo sobre la salud, es igualmente una iniciativa muy importante para consolidar el proceso organizacional y los logros territoriales en un lugar donde a nadie más le interesa y donde la ecuación todavía están en contra del éxito indígena. El Programa de Salud Indígena de AIDSESEP en Ucayali – llamado Desarrollo de Salud Indígena, DESSAI – jugó un rol muy importante en el seguimiento del proceso de titulación de tierras. Mediante visitas recurrentes a las comunidades, el trabajo con las parteras locales, curanderos y chamanes, el establecimiento general de sistemas y servicios de salud, las comunidades se pudieron manejar a sí mismas, la gente sintió que su lucha por tierras y los esfuerzos organizativos eran respetados, que ellos mismos eran respetados y eran parte de una sociedad más amplia. No debería desestimarse el efecto movilizador y motivador del Programa de Salud Indígena sobre las nuevas comunidades, además de sus beneficios inmediatos de una mejor situación de la salud. El PSI ha sido la contribución más actual a la saga indígena del Alto Ucayali, Urubamba y Gran Pajonal – el capítulo sobre la implementación de la democracia y la dignidad.

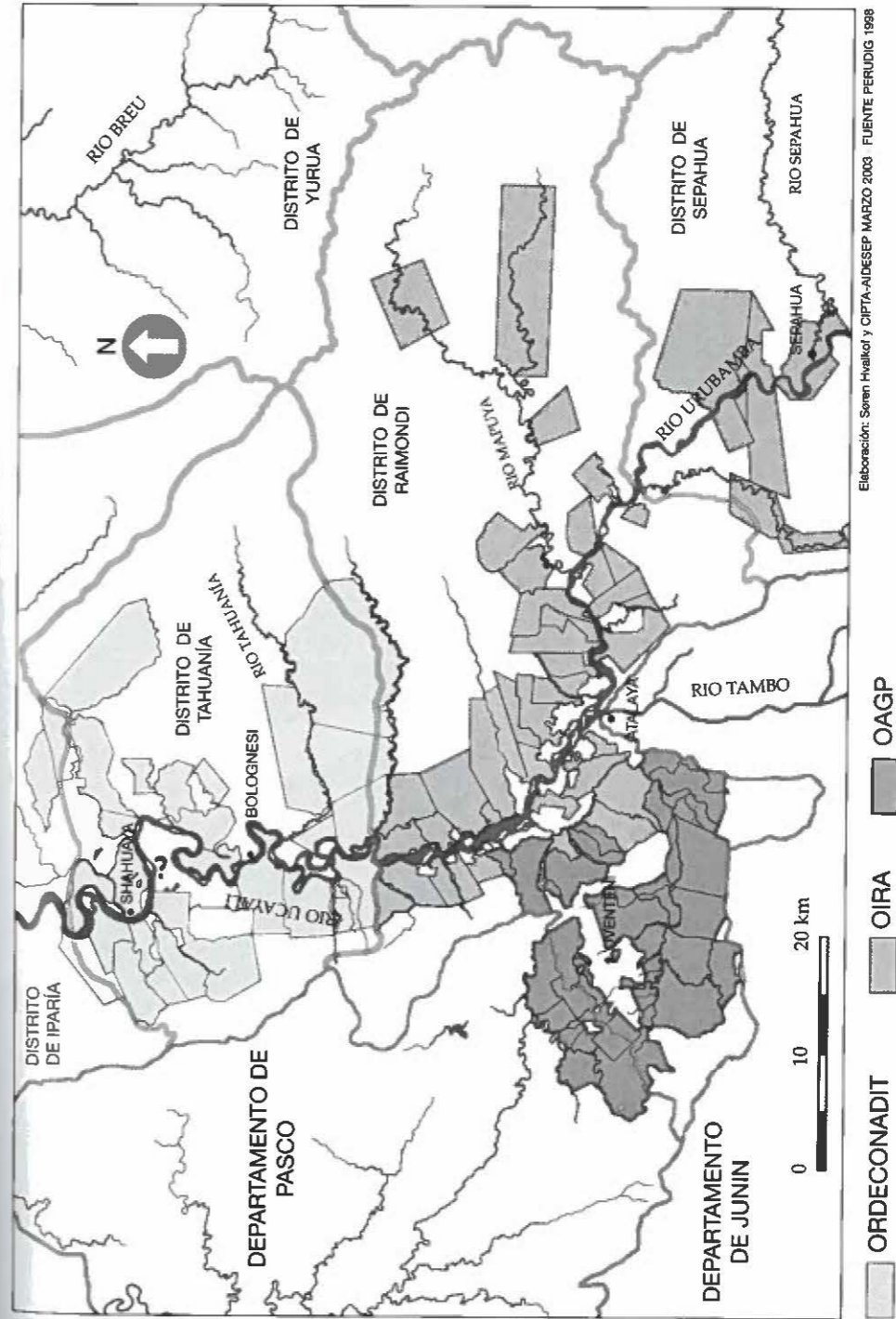
## Notas

1. Søren Hvalkof es antropólogo y trabaja tanto como consultor e investigador. El es miembro de la directiva de NORDECO, de la Fundación Solsticio y de IWGIA. Tiene amplia experiencia trabajando con los pueblos y organizaciones indígenas en Latinoamérica en titulación de tierras y su trabajo académico está enfocado en la Ecología Política. Fue el impulsor del proyecto sobre el PSI en el inicio y participó en el desarrollo de la primera fase. El es el compilador y redactor de este libro.
2. En realidad, hay otra área en Sudamérica que puede tener un índice de diversidad biológica tan elevado, los bosques tropicales de la costa del Pacífico de Colombia y el Darién de Panamá. Sin embargo, la Montaña constituye por lejos la mayor área continua con un índice extraordinariamente elevado, cubriendo varias zonas ecológicas. Los bosques costeros del Pacífico son más uniformes.
3. El Gran Pajonal todavía no ha logrado el estatus de Distrito sino que todavía es un Anexo del Distrito de Raymondi donde Atalaya está situada, aunque el sistema político peruano está procesando actualmente la "promoción" como distrito independiente. No obstante, funciona como si fuera un distrito, con su propio alcalde y administración.
4. El quechua es la lengua indígena dominante de los Andes, y es considerada la lengua oficial inca. Se extendió con la expansión del imperio incaico y se convirtió en una lengua franca de los Andes y la Montaña de Perú y Ecuador. Fue usado igualmente por los primeros misioneros jesuitas, franciscanos y dominicanos en sus asentamientos misioneros, las llamadas Reducciones, donde se reasentaba a diferentes grupos indígenas.
5. Cushma es un término español de origen quechua. El nombre ashéninka para la túnica es kitharentze.
6. La estación seca con clima claro y soleado es llamada "verano" en la Amazonía peruana aunque en realidad corresponde realmente al invierno del sur, y la estación lluviosa es llamada "invierno" localmente, aunque correctamente es el verano del sur.
7. Los ashéninka usan el término "simirintsi" cuando se refieren a los yíne, que significa algo como "los que hablan diferente", aunque también tiene un significado ligeramente peyorativo.
8. El término "piro" todavía es usado por los lingüistas cuando se refieren a la lengua yíne, que es de origen arawak pero está más estrechamente relacionada con la lengua apuriña, hablada en el área de Purús en el lejano este de Brasil.
9. Uno de los bien conocidos barones caucheros y traficantes de esclavos que operaban en ese momento en el Alto Ucayali y Urubamba fue Carlos Fermín Fitzcarrald, romantizado e inmortalizado por el cineasta alemán Werner Herzog en su película "Fitzcarrald", que fue producida en el lugar en 1980-81, usando a indígenas ashéninka de Atalaya y ashéninka del Gran Pajonal como extras. El papel de Fitzcarrald fue representado por el difunto Klaus Kinsky.

## Referencias

- Bodley, John H.  
1972 *Tribal Survival in the Amazon: The Campa Case*. IWGIA Documento 5. IWGIA, Copenhague.
- Brown, Michael F. y Eduardo Fernández  
1991 *War of Shadows. The Struggle for Utopia in the Peruvian Amazon*. University of California Press, Berkeley, California.
- Cárdenas Timoteo, Clara  
1989 *Los Unaya y Su Mundo. Aproximación al Sistema Médico de los Shipibo-Conibo del Río Ucayali*. Instituto Indigenista Peruano. CAAP, Lima.
- Erikson, Philippe; Bruno Illius, Kenneth M. Kensinger y María Sueli de Aguilar  
1994 *Kirinkobaon kirika (Gringos books). An annotated Panoan bibliography; Amerindia, Supplement 19(1)*. Association d'Ethnolinguistique Amérindienne, París.
- García Hierro, Pedro  
1998 *Atalaya: Caught in a Time Warp*. En: *Liberation through Land Rights in The Peruvian Amazon*, pp. 13-79. Parellada, Alejandro y Søren Hvalkof (eds.) Documento IWGIA No. 80. IWGIA, Copenhague.
- García Hierro, Pedro, Søren Hvalkof y Andrew Gray  
1998 *Liberación y Derechos Territoriales en Ucayali – Perú*. Editado por A. Parellada y S. Hvalkof, Documento IWGIA No. 24, Octubre. IWGIA, Copenhague.
- Gow, Peter  
1991 *Of mixed blood. Kinship and History in Peruvian Amazonia*. Clarendon Press, Oxford.
- Gray, Andrew  
1998 *Demarcating Development: titling indigenous communities in Peru*. En: *Liberation through Land Rights in The Peruvian Amazon*, pp.163-216, Alejandro Parellada y Søren Hvalkof (eds.), Documento IWGIA No. 80. IWGIA, Copenhague.
- Hvalkof, Søren  
1989 *The Nature of Development: Native and Settlers' views in Gran Pajonal, Peruvian Amazon*. En: *Folk Vol. 31*. Danish Ethnographic Society, Copenhague.
- 1994 *El desastre y la lucha asháninka – La guerra olvidada en la Amazonía Peruana*. En: *Asuntos Indígenas No. 2/94*. IWGIA, Copenhague.
- 1998 *De la esclavitud a la democracia: Antecedentes del proceso indígena del Alto Ucayali y Gran Pajonal*, pp. 85-167. In A. Parellada y S. Hvalkof. editores: *Liberación y Derechos Territoriales en Ucayali – Perú*. Documento IWGIA No. 24, Octubre. IWGIA, Copenhague.
- 2002a *Beyond Indigenous Land Titling: Democratizing Civil Society in the Peruvian Amazon*. En: *Space, Place and Nation: The Geographies of Neoliberalism in Latin America*. Editora Jacquelyn Chase. Kumarian Press, 2002.
- 2002b *Progress of the Victims: Political ecology from the Peruvian Amazon*. En: *Imagining Political Ecology*. Aletta Biersack y James B. Greenberg, eds. Ecologies for the Twenty-First Century Series. Duke University Press, Chapel Hill. Próxima aparición.
- Hvalkof, Søren y Peter Aaby  
1981 *Is God an American. An anthropological perspective on the missionary work of the Summer Institute of Linguistics*. 192 pp. IWGIA Doc. 43. IWGIA/Survival International, Copenhague / Londres.
- Lathrap, Donald W.  
1970 *The Upper Amazon*. Ancient Peoples and Places Series vol. 70. Thames y Hudson & The Camelot Press Ltd, Southampton.
- Metraux, Alfred  
1942 *A Quechua Messiah in Eastern Peru*, *American Anthropologist, n.s., Vol. XLIV*, pp. 721-725.
- Morin, Françoise  
1998 *Los Shipibo-Conibo*. En: *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía, Vol. II*, pp. 275-439. Fernando Santos y Frederica Barclay, eds. Smithsonian Tropical Research Institute. Editorial Abaya-Yala, Quito.
- Myers, Thomas P.  
1988 *El efecto de las pestes sobre las poblaciones de la Amazonía alta*. En: *Amazonía Peruana, No. VIII (15)*, pp. 61-81. CAAP, Lima.
- n.d. *Conservatism in Conibo Dress and Ornamentation*. Manuscrito. University of Nebraska State Museum.
- Peñaherrera del Águila, Carlos  
1986 *Gran Geografía del Perú. Naturaleza y Hombre*. Capítulo III. p. 67-186. Manfer-Juan Mejía Baca, Lima.
- Sabaté, Luis  
1925 *Viaje de los padres misioneros del Convento del Cuzco a las tribus salvajes de los Campas, Piro, Curibos y Shipibos en el año 1874*. En: *Historia de las Misiones Franciscanas y Padre Fray Bernardino Izaguirre, vol. X*, pp. 19-197. Talleres Tipográficos de la Penitenciaría, Lima.

- Santos-Granero, Fernando  
 1987 Epidemias y sublevaciones en el desarrollo demográfico de las misiones Amuesha del Cerro de la Sal, siglo XVIII", *Histórica*, Vol. XI (1), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- 1992 *Etnohistoria de la Alta Amazonía. Del siglo XV al XVIII*, Editorial Abya-Yala, Quito.
- Santos, Fernando y Frederica Barclay (eds),  
 1998 *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía, Vol. III*, pp. 275-439. Fernando Santos y Frederica Barclay, eds. Smithsonian Tropical Research Institute. Editorial Abya-Yala, Quito.
- Santos-Granero, Fernando y Frederica Barclay  
 1995 *Ordenes y Desórdenes en la Selva Central. Historia y Economía de un Espacio Regional*. Lima: IFEA/IEP/FLACSO-Ecuador.
- 1998 *Selva Central: History, Economy and Land Use in Peruvian Amazonia*. Smithsonian Institute Press, Washington D.C./Londres. (Versión en inglés editado del 1995)
- 2000 *Tamed Frontiers. Economy, Society, and Civil Rights in Upper Amazonia*. Westview Press, Boulder, Colorado.
- Stoll, David  
 1982 *Fishers of Men or Founders of Empire. The Wycliffe Bible Translators in Latin America*, Zed Press and Cultural Survival, Londres y Cambridge, Mass.
- Varese, Stefano  
 1973 *La Sal de Los Cerros. Una aproximación al mundo Campa*. Retablo de Papel, Lima.
- Veber, Hanne  
 1991 Schools for the Ashéninka. Ethno-Development in the Making. Documento presentado ante el 47º Congreso Internacional de Americanistas. Nueva Orleans, julio 7-11.
- 1992 Why Indians Wear Clothes: Managing Identity Across an Ethnic Boundary, *Ethnos* 57 (1-2), pp. 51-60
- 1996 External Inducement and Non-westernization in the Uses of the Ashéninka Cushma, *Journal of Material Culture* Vol 1, No. 2, pp. 155-182. July. Sage, Londres.
- 1998 Salt of the Montaña. Interpreting Indigenous Activism in the Rain Forest, *Cultural Anthropology* No. 13 (3). Agosto .



Mapa 4. Ubicación de organizaciones indígenas en los distritos de Tahuania, Raimondi y Sepahua, Provincia de Atalaya, Departamento de Ucayali.

Foto: Søren Hvalkof, 2000

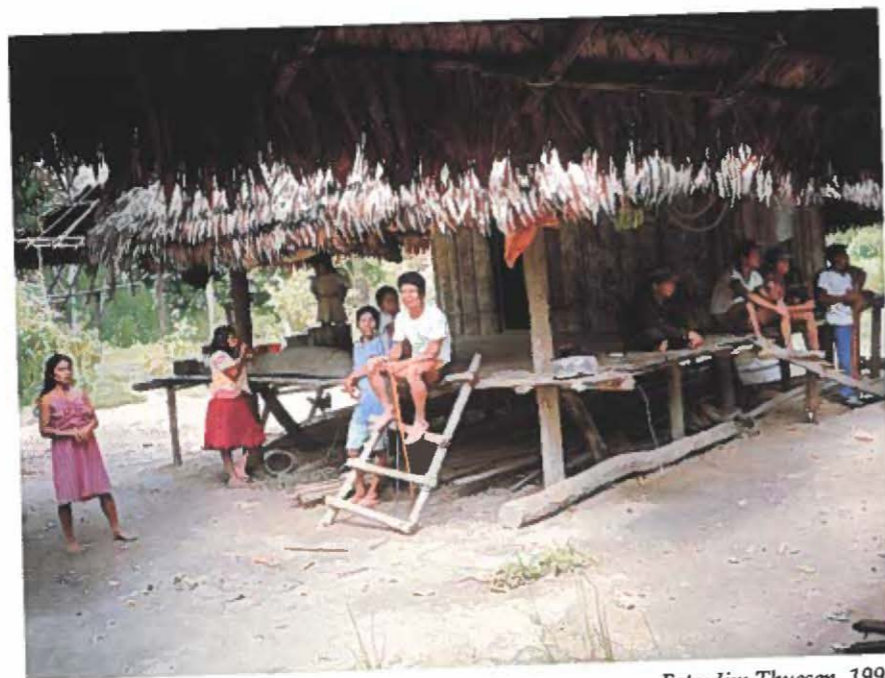
Calentándose en la mañana, Gran Pajonal.





*Casa asháninka, Ucayali.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



*Familia indígena ribereña, Ucayali.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Lagunas, bajo Río Huallaga.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1993*



*Preparando pescado, C.N. Shahuaya, Ucayali.*

*Foto: Cæcilie Mikkelsen, 2002*



*Casa conibo, Ucayali.*

*Foto: Dorte M. Jensen, 1998*



*Comunidad chayahuíta, Rio Cahuapanas.*

*Foto: Jim Thuesen, 1993*



*Casa ashéninka, Unini.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Puesto de salud, Unini.*

*Foto: Rune Hvalkof, 2000*



Yurimaguas.

Foto: Thomas Skielboe, 1993



Hostal Denis, Atalaya.

Foto: Jim Thuesen, 1994



Operando la radio, OIRA, Atalaya.

Foto: Jim Thuesen, 1994



Titulación de comunidades nativas, AIDSESEP, Pucallpa.

Foto: Jim Thuesen, 1994

**PUEBLOS INDIGENAS MIEMBROS  
DE OIRA**

**ASHANINCA**

**YINE**

**AMAHUACA**

**SHIPIBO**

**YAMAMINAHUA**



*Oficina de OIRA, Atalaya.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*

### 3. La Historia del Proyecto

## El origen del Programa de Salud Indígena

*Entrevista con el director del programa*

*Juan Reátegui Silva, nacido en 1962, pertenece al pueblo aguaruna. Creció en Borja, en la provincia de Alto Amazonas. Es el director del Programa de Salud Indígena de AIDSESP y fue el que impulsó este programa.*

### Nace la idea

Primero quiero relatar algo sobre mi infancia, de cuando era niño. Tenía problemas porque vi muertes en mi familia, mis hermanos, mis dos primeros hermanos murieron de una simple enfermedad. Una causada por el animal sacha-perro [perro del monte] y el otro por una simple diarrea. Así crecí con esa connotación un tanto particular. Finalmente, concluí mi educación primaria y pasé a la secundaria y decidí estudiar medicina. Estuve un tiempo en Trujillo, pero no pude estudiar allí, y me vine a Lima. No alcancé el puntaje necesario para ingresar en medicina, entonces comencé a estudiar en la facultad de enfermería. De ahí partió la necesidad de aprender lo que es la enfermería. Obtuve un diploma por ser el estudiante de mejor conducta, y por esa razón el mismo colegio donde estudié secundaria me promovió para ser profesor y quedarme trabajando ahí, enseñando matemática, física y química, porque eso era mi fuerte; me querían dar la plaza de docente, para que yo enseñara desde primero hasta quinto grado. Si me hubiera quedado allí no hubiera tenido otra posibilidad, ya que mi papá tampoco tenía dinero. Yo no podía estudiar más a pesar de que tenía el deseo de querer estudiar medicina, porque mis padres eran muy simples. Gracias a la promoción y ayuda del Consejo Aguaruna-Huambisa, AIDSESP me apoyó con una beca y estudié enfermería.

Terminé la carrera el año 1989, y en 1990 obtuve el título. En 1991 hice mi colegiatura y en 1992 hice un curso básico de nivel de Post Grado en Salud Pública y Administración de Servicios en Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública. Empecé a trabajar en AIDSESP en 1989 hasta el final de 1989, y todo el año 1990 trabajé con el Proyecto de Titulación. Cuando entré, visité todo Río Urubamba, que contaba en esos momentos con 29 comunidades, estuve haciendo un diagnóstico para elaborar posteriormente un proyecto, una forma para desarrollar la salud en las comunidades. Pero todo el trabajo que hacía estaba orientado a lo que había

aprendido en la universidad, y me encontré con la sorpresa de que muchos de esos servicios no llegan en forma efectiva y no han tenido acceso a las comunidades. Había muchos problemas, pero al mismo tiempo encontré algo muy singular, muy importante, de lo cual nació una iniciativa: que todas las comunidades, las mamás, los curanderos y vaporadoras que había identificado, todos utilizaban sus plantas medicinales, y pensé que sería mejor empezar por ahí. Mi familia shuar y aguaruna también usa plantas medicinales. Mi padre es un huaymaco, y mi madre es una mujer que también tiene visión y toma plantas medicinales. Mis abuelos han sido grandes iwishin y grandes huaymacos, yo procedo de eso. Y por ello, surgió muy rápidamente en mí el deseo de orientarme por ese lado, por nuestro lado: el deseo de empezar a desarrollar nuestros propios conocimientos. Quizá el aprendizaje en la Universidad me ayudó a entender esto mucho más rápido, y a entender mejor que esto pertenece a mi propia cultura.

### El inicio

A partir de ahí empecé a desarrollar esta actividad que se llama medicina tradicional. A principio del año 1991, con un apoyo inicial de FONCODES, empezamos a trabajar en el ámbito de la Provincia de Atalaya, especialmente con OIRA, para poder recuperar este "Recurso Chamánico", los sheripiaris. Su entonces presidente, Bernardo Silva, me apoyó mucho. Él sí tenía las cosas bien claras y quería que el trabajo se desarrollara a la par con el trabajo de titulación de territorios con las comunidades asháninkas, ashéninkas, y otras.

Empezamos a trabajar recorriendo las comunidades y logramos motivar a la gente, incentivarla y crearle cierta necesidad de que debemos desarrollar este aspecto. Inicialmente, en este primer trabajo, se notaba un divorcio muy fuerte entre estos recursos chamánicos y sus dirigentes y su propia organización, cada cual en lo suyo. Entre otras cosas, ni siquiera se reconocía a este recurso tan valioso para la comunidad: no se le conocía. Entonces, debido a lo hecho en esta fase del proyecto surgió un acercamiento y a propósito de éste, se plantea un proyecto en el año 92, que ya podríamos llamar la segunda fase, una segunda experiencia mucho más integral. Pero en este caso nosotros ya teníamos la experiencia de haber trabajado aquí, teníamos un proyecto en la mano. Es ahí donde Usted<sup>1</sup> interviene en el proceso para lograr la financiación y el respaldo. El abogado Pedro García también ayudó en la elaboración del Proyecto de San Lorenzo y nosotros completamos el proyecto desde aquí para presentarlo a FENAMAD. Iniciamos el trabajo en el año 1993 y este continúa hasta la actualidad.

### Las primeras experiencias participativas

Este proyecto también ha tenido tres fases: en la primera fase creímos que utilizando un recurso chamánico como los sheripiaris, el más experto, se podría comenzar a trabajar en la comunidad. Esa fue la primera metodo-

logía, para ir enseñando y encontrándose con la gente, pero ésta metodología no funcionó. Inició muy bien, pero nos encontramos que en las comunidades no había aparentemente recursos, como los sheripiaris, y aparecían algunos cuestionando qué hacía yo allí, "por qué vienes tú a mi comunidad a querer enseñarme"; eso hizo que inmediatamente replanteáramos nuestra propuesta. Planteamos en cambio, que era mejor hacer un equipo integrado por dirigentes de OIRA, y un experto indígena y una enfermera, para poder hacer un viaje para incentivar más aquellos recursos que tienen las comunidades, para hacer una estadística para saber cuántos recursos chamánicos tenemos en cada comunidad. Seguimos esa metodología y cuando culminó esta segunda fase ya habíamos encontrado los recursos. Luego se pasó a una tercera fase, dirigida a aquellas comunidades que no tenían esos recursos, y aquellas comunidades que no usaban las plantas medicinales. Era una tercera fase para poder complementar a las comunidades que no tienen esos recursos y al mismo tiempo incentivar que las mamás y los recursos humanos puedan utilizar y recuperar sus plantas medicinales, y promocionar y transmitir esos conocimientos a sus hijos. Ese es el proceso que hemos realizado hasta ahora.

Precisamente, en este proceso también dijimos que hay enfermedades en estas alturas que no se pueden curar con plantas medicinales. Algunas de ellas son la tuberculosis, la neumonía, y otras enfermedades tropicales; aunque la uta se puede curar (Leishmaniasis) con plantas medicinales, todavía no han llegado a eso porque han perdido ciertos conocimientos que se están recuperando ahora. Todo eso ha permitido entonces que tengamos una profesional de la enfermería, una licenciada en enfermería. La enfermera participa en este equipo, por lo que ella ha venido a capacitar al promotor seleccionado por su comunidad, igualmente que al sheripiari, la vaporadora, la partera, ya reconocidos por su comunidad.

#### La organización y el sector público

Por consiguiente, la organización interna en cada una de las comunidades se está consolidando y por supuesto, esto a su vez está fortaleciendo a su propia organización que representa la OIRA, la OAGP, y la ORDECONADIT. Ahora hemos avanzado en este proceso, es decir, el trabajo que hicimos en equipo en el campo de manera itinerante también es de condición política, porque ayudamos e incentivamos a las comunidades para que la salud indígena incorpore el territorio sobre todas las cosas, y dentro del mismo, sus recursos naturales, sus bosques, que es el mejor patrimonio que tiene el pueblo. El bosque encierra todo el conocimiento del pueblo indígena, y si destruimos el bosque, si sacamos la madera indiscriminadamente, estamos empobreciendo el conocimiento indígena porque las plantas medicinales también van desapareciendo. Por eso, nosotros queremos incorporar todos esos elementos en el Proyecto de Salud Indígena, y estamos trabajando con la organización todo ese aspecto. Hasta ahora hemos visto que este enfoque se ha consolidado bien, es una metodología que ninguna ONG está utilizando, que ninguna entidad del Estado está

trabajando de esta manera itinerante como nosotros. Más bien hemos provocado que el Ministerio de Salud hiciera también su trabajo a esos niveles imitando lo que estamos haciendo nosotros. Es como una competencia, los estamos obligando hacer lo mismo, pero que lo hagan bien.

Este aspecto ha demostrado que los problemas existentes en las comunidades son mayores que los que revela el Ministerio de Salud, mucho mayores, y ahora el Ministerio de Salud está reconociendo el trabajo y está tomando esos datos que nosotros estamos trabajando. Porque ellos solamente están sentados en su Centro de Salud esperando que vengan pacientes, como es su metodología, como es el sistema del Ministerio. En cambio, el sistema que utilizamos nosotros es empezar desde abajo, visitamos comunidad por comunidad, familia por familia, hacemos un recorrido que dura tres meses. Luego de los tres meses el equipo hace una evaluación y en esa evaluación encontramos las fallas y los avances. Al mismo tiempo tratamos de corregir las fallas e implementar las correcciones y el equipo continúa su recorrido otra vez. Las informaciones que surgen de ahí son las efectivas, las verídicas, las que deben llamar la atención pública en general y sobre todo la del sistema oficial, porque ellos no están cumpliendo su rol como tal. Esto es importante; a partir de ahora, que ya estamos terminando, vamos hacer la evaluación final. En esta evaluación final vamos a plantear otra iniciativa para continuar con el funcionamiento del sistema pero a través de la formación de un Técnico de Salud Intercultural.

¿Por qué hemos utilizado ese nombre, Intercultural? Porque lo básico para el pueblo indígena es primero conocer su propia cultura, su realidad, sus conocimientos, y a partir de su tecnología incorporar elementos de la tecnología occidental. Entonces, la conjunción de los conocimientos hace que a la vez se fortalezcan y se puedan atacar y resolver mejor los problemas de la comunidad, con mucho más propiedad. Por lo tanto, esta cuestión es la que vamos a desarrollar en una nueva fase. Ojalá que la Fundación Karen Elise Jensen nos siga apoyando, que pueda seguir colaborando en este sentido, en forma integral. Esa es la manera en que nosotros entendemos la continuidad del sistema que hemos venido desarrollando en el marco del Programa de Salud Indígena. Vamos a seguir trabajando en ello y espero que muy pronto estemos iniciando una nueva fase del proyecto.

#### AIDSESEP

Inicialmente, los dirigentes de AIDSESEP veían un poco escépticamente al Programa de Salud Indígena, pero con el tiempo, a medida que vamos avanzando en el trabajo y esclareciendo muchas dudas que tenían y que también había dentro de la comunidad. Inicialmente decían que nosotros estábamos incentivando la brujería, que estábamos impulsando algo que no es nuestro, pero en el fondo está reconocido por toda la sociedad, inclusive la occidental, que la cultura indígena y su conocimiento indígena -que son las plantas medicinales y todo lo demás-, son efectivamente una inno-

vación para la misma sociedad occidental. En el tema del medio ambiente, con la aprobación del Convenio de la Biodiversidad, firmado por más de 140 países en el mundo, el art. 8 inc. J, reconoce el conocimiento de las prácticas y las innovaciones indígenas como un elemento para promover el mejoramiento de la salud de todos. Ahora estos conocimientos están siendo incorporados en sus sistemas de trabajo, entonces es por eso que los dirigentes tienen que poner en orden sus propuestas, o sea, tienen que adquirir una visión más clara e introducir más sus propias raíces culturales. Nosotros creemos que esto es lo primero, estoy convencido que hay que empezar por ahí. Es un desarrollo mucho más a largo plazo y además podemos apoyar a la sociedad occidental con todos los recursos que tengamos, en el marco de la autonomía y la autodeterminación de los pueblos. Es en ese marco que tenemos que trabajar con la sociedad occidental. Por eso nosotros creemos que hay que trabajar en ese sentido, y los dirigentes también ya lo tienen claro. Como decía hace un momento, antes miraban por la rendija, miraban el escenario, ahora ya entraron al escenario, están ahí en este momento, sobre todo la dirigencia. He recibido mucho apoyo y no tengo por qué dudarlo. He recibido mucho apoyo de dirigentes actuales, y es por eso que hemos avanzado bastante; hemos avanzado muchísimo. Yo tengo también muchos amigos, sobre todo entre los hermanos sheriariaris, las parteras, y las vaporadoras; he estado con ellos, he compartido con ellos. Bueno, también me interesa mucho profundizar en esto, para que finalmente el mundo occidental vea que es una visión elástica o sincrética. Esto resume todo nuestro conocimiento.

### Salud Indígena Internacional

Fui también dirigente Nacional de AIDSESP, elegido el año 1991. Ocupé dos áreas: la de Salud Integral y la de Desarrollo y Políticas. A partir de las mismas obtuvimos muchas experiencias, y como consecuencia de esto empecé a viajar a muchos países, estuve en muchos congresos, en muchos seminarios de pueblos indígenas, aprendiendo de sus experiencias, lo que me ha permitido también desarrollar mi especialidad, mejorar en el trabajo que desempeño. Ahora, como director del Programa de Salud Indígena, estoy aprendiendo muchas cosas y también ayudando a otras organizaciones, asesorando a las organizaciones indígenas, en sus trabajos y organización. Hay un detalle que quiero mencionar sobre la experiencia de Salud Indígena. Cuando era dirigente, en el año 1993, fui invitado para participar en el grupo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. El tema era la salud de las poblaciones indígenas, y en esa oportunidad llevé una propuesta. Expuse en la asamblea una propuesta para que se conformara una comisión de pueblos indígenas a nivel de las Naciones Unidas para hacer una evaluación de todas las organizaciones indígenas del mundo, para proponer propuestas de salud indígena de los pueblos indígenas del mundo. Era una propuesta que tenía la finalidad de encontrar salidas para el desarrollo de programas y proyectos que estén vinculados directamente con pueblos indígenas, involucrando al Estado, al Ministerio de Salud y



El director y Dr. Torres

Foto: Thomas Skielboe, 1994

a las OPS<sup>2</sup> de la Región, una propuesta que para mí parecía muy simple, pero tuvo repercusión. Al año siguiente se conformó la Comisión de Pueblos Indígenas, presidida por una doctora mapuche, Oara Alderete. Ella hizo un trabajo enorme sobre esto. A partir del Programa de Salud Indígena, yo también aporté una experiencia en un documento que se va a entregar a las OPS. Nuestra experiencia ha sido un aporte nuevo, y ha sido muy bien acogida, por lo cual, igual que AIDSESP, nos sentimos también un poco orgullosos. Hemos avanzado por ese lado, hemos dicho al mundo "las organizaciones indígenas tenemos propuestas". Continué trabajando en el Proyecto Salud Indígena, con la Fundación Karen Elise Jensen y con NORDECO. Si no hubiera existido ese apoyo internacional yo estaría trabajando como un burócrata más del Estado. Pero mi compromiso, como decía inicialmente, era con los pueblos indígenas y eso sí lo voy a hacer hasta el final, si no hay apoyo de las organizaciones indígenas puedo plantear iniciativas para seguir desarrollando las experiencias que hemos ganado hasta ahora. Bueno, en el año 1998 ya estaba trabajando mucho en la parte cultural pero me gustaría conocer la parte metodológica, la parte técnica, lo que me ha impulsado a postular a una Maestría en la Universidad Nacional San Marcos. Yo postulé a Antropología Amazónica y desde entonces sigo estudiando hasta el presente. Quiero estudiar, quiero saber más lo que pasa adentro, en las esferas amazónicas

pero también al mismo tiempo quiero continuar con el desarrollo. En fin, desde ese punto de vista puedo defender desde cualquier ángulo los derechos de los pueblos indígenas, puedo ayudar a desarrollar lo que está en el marco de lo que es la autodeterminación, la autonomía, la libre determinación de los pueblos indígenas y sus culturas. Por eso me estoy preparando, porque quiero apoyar íntegramente a mi pueblo.

#### Notas

1. N. del E. Se refiere al entrevistador.
2. Organización Panamericana de la Salud.



### 3. La Historia del Proyecto

## El desarrollo del proyecto PSI-AIDSESP

*Thomas Skielboe, co-director de NORDECO*

### Introducción

El proyecto PSI fue realizado en tres fases. La primera fue diseñada como una fase piloto con el objetivo de probar diferentes posibilidades estratégicas para integrar los sistemas de salud indígena con el sistema de salud pública peruano. Esto resultó ser un triple desafío: en muchos lugares, el conocimiento indígena de salud ya no estaba en uso (o así lo parecía) y tenía que ser revitalizado. El sistema de salud pública enfrentaba una serie de dificultades para trabajar en las áreas remotas y difíciles del bosque tropical: recursos insuficientes, importantes barreras culturales a superar por personal que no estaba capacitado para tal tarea y, finalmente, el desafío de integrar dos sistemas muy diferentes en un sistema indígena que fuera más o menos autosostenible. El enfoque principal del trabajo de campo ha sido el uso de equipos móviles integrados de enfermeros/as, expertos en salud indígena y representantes políticos de las organizaciones locales, que han trabajado de formas diferentes en la capacitación a todos los niveles y áreas. La fase piloto fue realizada en tres áreas diferentes con muy diferentes características socioculturales. El proyecto se concentró más tarde en un sólo área.

### Elección de áreas, organizaciones y pueblos

En 1991, AIDSESP decidió fortalecer su compromiso con el trabajo sobre la salud indígena y estableció un Secretariado de Salud en el seno de la organización. El Secretariado tenía que coordinar el trabajo de salud y elaborar políticas y estrategias específicas de salud para AIDSESP. En 1992 el Secretariado de Salud de AIDSESP identificó las tres áreas del proyecto para la fase piloto basándose en principio en unas pocas experiencias obtenidas inicialmente. Las áreas del proyecto estaban ubicadas en la provincia de Alto Amazonas en el norte de Perú, la provincia de Atalaya en el centro del país y Madre de Dios en el sur del Perú. (Ver mapa p. XX) En la región del Alto Amazonas, AIDSESP había estado involucrada desde 1991 en un proyecto financiado por la Unión Europea. Este proyecto no estaba diseñado específicamente para incorporar enfoques indígenas sobre la salud sino que estaba más bien dirigido a fortalecer el sistema de salud pública en el área, centrándose en el compromiso y participación de la

población local. Además, apoyaba la implementación de campañas nacionales de vacunación, higiene, cuidado de niños, etc. Este proyecto estaba programado para funcionar durante un período de seis años pero, los problemas con la financiación del programa significó que se detuviera después de solamente un año. Por lo tanto, la estrategia del proyecto PSI en Alto Amazonas fue encarar las actividades hasta que se encontrara más financiamiento, pero en un sistema de salud indígena integrado. En Madre de Dios, la federación indígena regional, FENAMAD, había completado recién un proyecto de medicina etnobotánica, AMETRA 2001 (Aplicación de la Medicina Tradicional), centrado en el uso y cultivo de plantas medicinales. Este proyecto había estado siendo implementado desde 1986. Sin embargo, el proyecto no había mostrado los resultados esperados dentro de las comunidades locales.

La provincia de Atalaya por su parte fue seleccionada primariamente debido al trabajo organizacional realizado por AIDSESP en la región, más que por su experiencia previa con el trabajo de la salud. La situación de la población indígena en la provincia de Atalaya había cambiado dramáticamente durante un período de tiempo relativamente corto, de menos de quince años. Los ex esclavos indígenas y trabajadores contractuales de los fundos locales estaban ahora por recibir títulos legales para sus tierras comunitarias y habían establecido su propia organización que trabajaba por sus derechos legales en el área. Se elaboró un programa sólo para incluir estas tres áreas, centrándose en la generación de capacidad de las comunidades para tratar su propia situación de salud y sus problemas. Esto se haría con relación a la medicina indígena, para centrarla como una parte importante de la vida indígena y con relación al sistema de salud pública a través del personal de la salud nombrado en las comunidades, los técnicos sanitarios, el establecimiento de farmacias comunitarias, capacitación de promotores y la participación de la población indígena. Sin embargo, el programa tomó los proyectos previos como punto de partida, desarrollando de esta manera un ángulo indígena en el proyecto de Alto Amazonas y amplificando la concentración indígena en Madre de Dios con énfasis en el trabajo en las comunidades. En Atalaya, el objetivo era desarrollar un programa de salud indígena a plena escala, y trabajar así con expertos indígenas de la salud en las comunidades y medicina occidental y el sistema de salud pública a través de un equipo de enfermeros/as viajantes. El Proyecto de Atalaya era por lejos el mayor proyecto de los tres, y demostró asimismo la idea más completa de un enfoque indígena para un sistema de salud en la Amazonía.

El proyecto piloto fue elaborado e implementado junto con AIDSESP, a través de las federaciones regionales en las tres áreas, todas miembro de AIDSESP. En Atalaya, el proyecto fue realizado en cooperación con la Organización Indígena Regional de Atalaya, OIRA. Cincuenta comunidades de OIRA formaron parte del proyecto, cubriendo seis grupos indígenas, asháninka, ashéninka, yíne, yaminahua, shipibo-conibo y amahuaca. En Alto Amazonas, el proyecto colaboró con la oficina regional de AIDE-

SEP en San Lorenzo que fue establecida en 1987. A través de la oficina, el proyecto eligió tres federaciones, CHAPI SHIWAG, ONAPAA y FECONADIC, y trabajó con dos grupos indígenas, los aguaruna y los chayahuita, cubriendo unas 42 comunidades en totalidad. En Madre de Dios, se colaboró con FENAMAD, que es la organización regional de una federación de unos 11 grupos indígenas<sup>11</sup>. El proyecto cubrió todos los 11 grupos en apenas 26 comunidades. Como se mencionó, FENAMAD había trabajado durante muchos años (hasta 1991) en AMETRA 2001, intentando construir una base para el sistema médico tradicional indígena, y el PSI era una oportunidad de asegurar este trabajo y desarrollarlo en un sistema de salud indígena real.

La fase piloto inicial generó experiencias importantes en todas las tres regiones, particularmente en relación a la coordinación entre los sistemas indígenas y de salud pública. La segunda fase se conformó sobre la base de las lecciones aprendidas. Se decidió concentrar el trabajo en un área y concentrar los esfuerzos, con el objetivo de desarrollar un sistema que pudiera ser duplicado en todas las áreas indígenas de las tierras bajas de la Amazonía peruana.

Había grandes expectativas con respecto al potencial de desarrollar un sistema de salud indígena en el área de Madre de Dios, pues FENAMAD ya tenía años de experiencia en el trabajo con la salud indígena. El área del Alto Amazonas también necesitaba apoyo, pero ya había varias ONG e instituciones religiosas trabajando con programas de salud. Sin embargo, en la evaluación final de la fase piloto, no hubo dudas que la región de Atalaya tenía por lejos los mejores resultados y estaba demostrando el mayor potencial para un futuro desarrollo. El proyecto de Atalaya era el mayor de los tres y había sido capaz de desarrollar una base importante para el desarrollo futuro. Por lo tanto, se decidió concentrar el trabajo en la región de Atalaya y se investigaron posibilidades para expandir el proyecto.

Como resultado, se decidió trabajar en tres áreas en la provincia de Atalaya. El proyecto continuaría su trabajo en las 50 comunidades involucradas durante la fase piloto, formando parte de OIRA y se expandiría solamente a cuatro nuevas comunidades, sumando un total de 54 comunidades. No obstante, se incorporaron otras dos áreas al proyecto: una más abajo del Río Ucayali, limitando con el área de OIRA. Aquí se incorporaron 27 comunidades del distrito de Tahuania que formaban parte de la Organización de Comunidades Indígena del Distrito de Tahuania, ORDECONADIT. La tercera área elegida fue la zona ubicada a más altura, en el Gran Pajonal, y la Organización Ashéninka de Gran Pajonal, OAGP, con sus 27 comunidades se convirtió entonces en la segunda área del proyecto (la OAGP hoy cuenta con 38 comunidades miembro). El desarrollo de la segunda fase estuvo basado en gran medida en las experiencias obtenidas durante la fase piloto. Los principales cambios realizados como consecuencia de estas experiencias fueron:

- Los expertos de salud indígena, chamanes, vaporadoras y "sabios" en general, y la importancia de estas personas era todavía una gran parte de la sociedad indígena y la vida cotidiana. Esto fue una sorpresa en algunas áreas, ya que el trabajo de los "sabios" era considerado como el trabajo del demonio y había sido estrictamente prohibido por las misiones cristianas durante décadas (y en algunos casos durante siglos).
- Debería ponerse más énfasis en estrategias de trabajo y ajuste para que se amoldaran a los grupos indígenas específicos y su comprensión específica de la salud. Este fue un claro resultado del trabajo en la fase piloto. Los muy diferentes significados, connotaciones y comprensiones de, por ejemplo, la brujería demostraron cuán importante era usar a los expertos de salud indígena verdaderamente locales. Esto quedó demostrado específicamente en el trabajo con los harakmbut de Madre de Dios. La importancia y peligro de la brujería y su asociación con los chamanes en estas sociedades, había demostrado que el procedimiento de chamanes viajantes, lo que significaba que chamanes desconocidos podían entrar a una comunidad, era potencialmente peligroso. Había que cambiar esta estrategia, para alcanzar un enfoque mucho más flexible para cada pueblo indígena que participaba en el proyecto y sus diferentes comprensiones de la salud.
- Enfoque constante en la sostenibilidad y sistemas de supervisión a largo plazo y una participación más directa de la salud pública. Dos aspectos cruciales con relación a la sostenibilidad del sistema de salud indígena parecieron ser: cómo asegurar una supervisión suficiente y a largo plazo del trabajo realizado en las aldeas y, segundo, cómo asegurar la participación a largo plazo de la administración pública en el apoyo del trabajo.
- Mayor capacitación organizada, combinada con el desarrollo de mecanismos continuos de evaluación en apoyo del enfoque de "prueba y error".
- Fuerte énfasis en la generación de capacitación de las organizaciones. La organización regional local tiene un rol fundamental para asegurar el manejo, la supervisión y mantenimiento del sistema.
- Descentralización. Se hizo obvio que, para asegurar la propiedad local y hacer participar la mayor cantidad de personas posibles en el uso y mantenimiento del sistema, la administración y fondos del proyecto necesitaban ser centralizados. Las tres nuevas organizaciones deberían administrar su propio presupuesto y hacerse responsables de su propio personal de proyecto.

#### Estrategias, metodología y prioridades

El principal objetivo del programa es asegurar la salud y mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Esto se logra mediante el suministro de un programa de salud integrado, coor-

dinando las prácticas curativas de cada grupo indígena con apoyo médico no-indígena. El objetivo es fortalecer ambos sistemas dentro de un marco, a la vez que identificar las necesidades de las diferentes comunidades.

El enfoque general del PSI ha sido probar diferentes estrategias de implementación durante la fase piloto y utilizar las lecciones aprendidas para elaborar un "prototipo" de sistema de salud indígena integrado. Este "prototipo" es entonces probado en la siguiente fase de implementación, durante la que se tendría que identificar acciones para la sostenibilidad a largo plazo. La estrategia general para la fase de implementación se ha concentrado en las cuatro áreas siguientes de aportes principales:

- a) Identificación y generación de capacidad de los recursos de salud disponibles en las comunidades, incluyendo los trabajadores indígenas de la salud y el sistema de salud pública.
- c) Desarrollar y apoyar la colaboración entre las diferentes personas implicadas en el trabajo de la salud en la comunidad y en el área como un todo (incluyendo los trabajadores indígenas de la salud y el sistema de salud pública) y el establecimiento de un comité de salud en cada comunidad.
- d) Generación de capacidad para las organizaciones regionales indígenas y desarrollo de un sistema de apoyo y supervisión del trabajo de la salud, entre la comunidad, la organización regional y la oficina de salud pública en la organización indígena nacional, AIDSESP.
- e) Desarrollo de una cooperación funcional entre el sistema de salud indígena integrado y el sistema peruano de salud pública.

Los actores claves de esta estrategia han sido los equipos de salud móviles, compuestos de tres personas: un enfermero/a, una experta en medicina indígena (con el objetivo específico de las mujeres) y un coordinador masculino de la organización regional, para hacerse responsable del aporte medicinal indígena y para vincularse con la organización que, en el futuro, será responsable de mantener el sistema de salud mediante el apoyo y la supervisión del trabajo de la salud en las comunidades. Las tres áreas del proyecto han sido divididas en seis secciones y, durante los últimos dos años del proyecto se ha adjudicado seis equipos de salud para cada área. Los enfermeros/as, con unas pocas excepciones, no han sido indígenas pero han sido minuciosamente entrenados antes de comenzar el trabajo, a través de cursos establecidos por el programa indígena.

El trabajo principal de los equipos de salud ha consistido en:

- Recolectar datos en todas las comunidades
- Realizar reuniones en las comunidades, para discutir minuciosamente el programa y la idea general de integrar su propia medicina con la medicina pública occidental
- Visitar todas las familias y discutir problemas de salud

- Establecer farmacias comunitarias
- Capacitar a un mínimo de dos promotores de la salud por comunidad para hacerse responsable de las farmacias
- Colaborar con los expertos en medicina indígena.

Además, alentaron encuentros de expertos en medicina indígena y talleres con promotores de la salud, y supervisaron un nuevo sistema de capacitación para chamanes, "vaporadoras" y parteras indígenas. Los equipos han estado en contacto con las organizaciones indígenas locales y, junto con la organización, han sido supervisados y capacitados por el director y el personal de campo que representa al programa de salud de AIDSESP, PSI.

La cooperación con el sistema de salud pública se ha desarrollado notablemente bien durante la implementación del proyecto. Un aspecto central a tratar con relación al sistema público fue informar a las administraciones de salud sobre la idea general de trabajar con un enfoque integrado, y superar la ignorancia en torno al trabajo con los pueblos indígenas y sus situaciones específicas, que todavía está muy vigente en la mayoría de los niveles. El PSI negoció un acuerdo con las autoridades regionales, delineando la cooperación durante el período del proyecto. El contenido del acuerdo implicó primariamente destacar actividades que ya son servicios obligatorios que deberían haberse realizado pero, que por muchas razones (principalmente logísticas y económicas), no se han llevado a cabo. El programa utilizó los medios logísticos establecidos por el sistema integrado de salud que, por lo tanto, posibilitó la realización de diferentes programas nacionales de salud contra la tuberculosis, malaria y leishmaniasis, suministro de tratamiento libre de gastos en ciertos hospitales y realizar dos -así llamadas- campañas quirúrgicas, operando principalmente hernias. Tanto las autoridades regionales como las nacionales han mostrado un creciente interés en el trabajo realizado por el programa y, en la última fase, ambas partes participaron en la elaboración de una solución a largo plazo para mantener el programa.

Ha sido importante para la estrategia asegurar que cada organización sea responsable de la implementación del proyecto en su área. Asimismo, el trabajo de salud fue presentado y realizado como parte de la agenda política de la organización local, y ha sido importante fortalecer los lazos entre la población de las comunidades y la organización. Durante la implementación, quedó demostrado que es crucial que el proyecto sea implementado por la organización, incluyendo la responsabilidad del presupuesto. Esta estructura organizacional fortaleció en forma marcada la propiedad del proyecto hasta el nivel de comunidad. Indudablemente, es más difícil descentralizar las tareas presupuestarias y, en algunos casos, ha causado problema y doble trabajo, pero crea un sentimiento de propiedad que ha sido muy importante en la implementación, y que es considerado esencial para la futura sostenibilidad. No obstante, un importante aspecto a destacar es que la supervisión y el monitoreo minuciosos son fundamentales para el funcionamiento de esta estrategia.

### Implementación, supervisión y dinámicas

Cada equipo de salud visitó todas las comunidades de su área aproximadamente tres veces al año, durante un período de 3 a 4 días cada vez. Durante la visita, los equipos recogieron datos sobre cada familia de la comunidad, que luego fueron registrados y son mantenidos y utilizados por cada organización local.

Todos los miembros de los equipos de salud han sido nombrados por las organizaciones indígenas locales, OIRA, ORDECONADIT y OAGP. Sólo las enfermeras/os licenciadas recibieron salario; los otros miembros del equipo recibieron sólo una pequeña remuneración para compensar los 3 o 4 meses de ausencia de sus familias y aldeas mientras que realizaban trabajo de campo. Ninguno de los participantes del proyecto de las aldeas recibió salario. Las personas que participaron directamente en las comunidades fueron las siguientes:

- Promotores
- Chamanes
- Vaporadoras
- Parteras
- Aprendices de expertos indígenas

Estos grupos han recibido, como parte del sistema, un pequeño paquete como incentivo, que contiene elementos necesarios para su trabajo. Esto incluye normalmente un machete, un mosquitero, una linterna, baterías, jabón, cerillas, etc.

Cuando los equipos llegan a las comunidades, siempre se celebra una reunión con el jefe de la comunidad. Se anuncia una reunión de la comunidad, donde cada uno de los miembros del equipo explica en detalle el trabajo de los próximos días. Durante la estadía en la comunidad, el enfermero/a visitará todas las familias, acompañado por el promotor (o los promotores), concentrándose específicamente en la capacitación mediante la enseñanza práctica. Los enfermeros/as, junto con los promotores, atienden a los pacientes en las aldeas y llevan a cabo los programas específicos sobre tuberculosis, malaria y leishmaniasis. Los expertos indígenas visitarán a los chamanes y las vaporadoras para discutir cómo funciona el trabajo de entrenamiento, concentrándose especialmente en la coordinación entre el conocimiento y trabajo de salud indígena y el trabajo realizado por los promotores.

Luego se celebrarán cuatro sesiones de capacitación más prolongadas, de 10 a 12 días, en las que se reúne a los promotores de 8-12 aldeas en un lugar, brindando capacitación en administración y mantenimiento de la farmacia, atención médica simple, y planificación y coordinación del trabajo de salud en la comunidad. También se organizan encuentros para chamanes, vaporadoras y parteras dos veces al año.

Durante las dos primeras visitas a las comunidades, se establece una farmacia en todas las comunidades del proyecto. Estas farmacias son muy simples y contienen solamente los medicamentos más necesarios. Son administradas por los promotores del proyecto. Se requiere que las comu-

Tabla 1. Cantidad de expertos indígenas involucrados en las áreas del proyecto.

	CC.NN	Chamanes	Vaporadoras	Parteras	Promotores capacitados	Botiquines
<b>OIRA</b>						
Sector Ucayali	29	23	45	20	72	29
Sector Urubamba	26	10	20	23	55	26
<b>ORDECONADIT</b>						
Sector Shipibo -						
Conibo	13	23	15	18	28	13
Sector Ashéninka	20	16	51	21	41	20
<b>OAGP</b>						
Sector I	13	59	71		24	13
Sector II	17				36	17

nidades construyan o donen un local pequeño para albergar a la farmacia. Cada comunidad es responsable de la sostenibilidad de la farmacia y de elaborar una estrategia para reabastecer los medicamentos. La reposición de medicamentos varía enormemente de comunidad a comunidad, algunas venden los medicamentos mientras que otras comunidades tienen campos de cultivos comerciales, o venden otros productos como pollos. Al fin del proyecto, el inventario de medicamentos demostró que casi el 75% de las comunidades disponían de estrategias funcionales para el reabastecimiento.

Antes y después de cada viaje, los equipos de campo de cada organización celebraron reuniones con la organización local, el coordinador de campo y el director. Durante estas reuniones, se realizó una evaluación minuciosa del trabajo con relación al sistema de monitoreo del proyecto y con relación a la estrategia de implementación. Para el monitoreo, se aplicaron indicadores de funcionamiento de la matriz de marco lógico como parte de esta herramienta de dirección del proyecto, destacando posibles ajustes en la estrategia de trabajo. Estas reuniones han sido muy importantes para asegurar una implementación flexible, y han involucrado tanto a la parte política de la organización como al personal del proyecto. El proyecto ha jugado un rol clave en el trabajo y el desarrollo de la organización en sí misma, y la generación de capacidad dentro del sistema de salud también ha estado encarando la capacidad organizacional para desarrollar, organizar y coordinar el trabajo con las comunidades. Las reuniones concluían con la planificación del trabajo del próximo viaje.

La colaboración con el sistema de salud pública, específicamente con la administración regional de salud (Dirección Regional de Salud Ucayali - DRSU) es una parte importante del programa de salud indígena. El

aumento de la capacidad de las organizaciones para manejar los problemas de salud en su área deberían dejar, al mismo tiempo, a la organización en una posición para negociar acuerdos de salud con la DRSU, especialmente acuerdos para el tratamiento gratuito en los hospitales, la implementación de campañas de salud y la organización de campañas quirúrgicas.

### Resultados y problemas – situación actual

Algo que demostró ser de gran importancia es mantener la flexibilidad del proyecto, sobre todo la estrategia de implementación. El trabajo con indígenas amazónicos significa trabajar con distintos grupos étnicos que tienen comprensiones muy diferentes de su entorno, lenguas completamente diferentes y, lo más importante para ese proyecto, diferentes comprensiones de la salud y de los métodos curativos. Las estrategias de implementación para el trabajo de salud que han demostrado funcionar muy bien entre los asháninka del Perú central, pueden enfrentar problemas serios, por ejemplo, entre los harakmbut en el sur o los chayawita en el norte. Específicamente, la estrecha conexión entre el trabajo de los chamanes y la siempre presente amenaza potencial de la brujería apela a una implementación flexible y sensible.

La implementación a través de las organizaciones indígenas, nacionales y regionales, demostró ser importante, particularmente con relación al fortalecimiento de la apropiación del proyecto. Esta estrategia tiene también el potencial de fortalecer la estructura organizacional y el trabajo político de la organización.

La constante concentración en la sostenibilidad de los resultados es un tema importante para la implementación de todos los proyectos. El Desarrollo del Sistema de Salud Indígena, DESSEI, se centró de diversas formas en la sostenibilidad del sistema. Al concentrarse en la generación de capacidad de las organizaciones locales, ha intentado desarrollar un sistema de trabajadores de la salud (promotores y expertos indígenas) y, al mismo tiempo, la organización, apoyada por la organización nacional (AIDSESEP), debería ser capaz de negociar acuerdos para la salud con el funcionario regional de la salud del Ministerio de Salud. El segundo aspecto importante de la sostenibilidad es lograr un vínculo más permanente con el sistema de salud pública. Esto se logró mediante la certificación de los promotores de salud, quienes recibieron un certificado y una cédula de identidad de las autoridades regionales de la salud, la DRSU, que establece que todos han sido capacitados como promotores. Un aspecto importante de esto es que ha sido logrado mediante el desarrollo de propuestas de un curso de capacitación de 3 años para técnicos indígenas de la salud. (Trataremos sobre este nuevo proyecto más adelante).

Por lo tanto, las organizaciones locales, como se explicó anteriormente, se consideran un vínculo fundamental en la cadena. Sin embargo, también son el eslabón débil de la cadena. Si la organización no puede soportar esta carga, será difícil sustentar el proyecto a largo plazo. Esto,



La enfermera Lidia explicando la realidad.

Foto: Jim Thuesen, 1998

por otro lado, impone una gran responsabilidad sobre los hombros del PSI de AIDSESEP. El PSI es la unidad central responsable de la salud dentro del sistema organizacional indígena y, por lo tanto, debe monitorear y supervisar de cerca el desarrollo del trabajo y el sistema de salud. Esto constituye un importante desafío a encarar por la organización en el futuro cercano. Ahora el proyecto llegó a su fin, la situación es que el Programa de Salud Indígena ha sido implementado en las tres áreas de la región del Ucayali, cubriendo tres organizaciones locales y 119 comunidades. Todas las comunidades disponen entre uno y tres promotores de salud, y el centro de atención sobre los expertos indígenas de la salud y la cooperación entre los dos sistemas de salud han sido fortalecidos en forma importante. Existe una buena relación con el DRSU y un buen potencial para una futura cooperación con el sistema de salud pública. Como ya se mencionó, la elaboración de una propuesta para un curso de capacitación para técnicos indígenas de la salud ha sido un importante resultado del proyecto. Esta idea surgió del proyecto y está centrada en la sostenibilidad a largo plazo del sistema integrado de salud. Fue además motivada por una comparación con la estrategia de educación de AIDSESEP y un estudio más detallado de su instituto en Iquitos, FORMABIAP. Era necesario vincularse con el sistema de salud pública y había necesidad de asegurar la supervisión de los promotores que trabajaban en las aldeas más allá de lo que las organizaciones indígenas podían proveer. El sistema de salud pública



Bajando Río Ucayali.

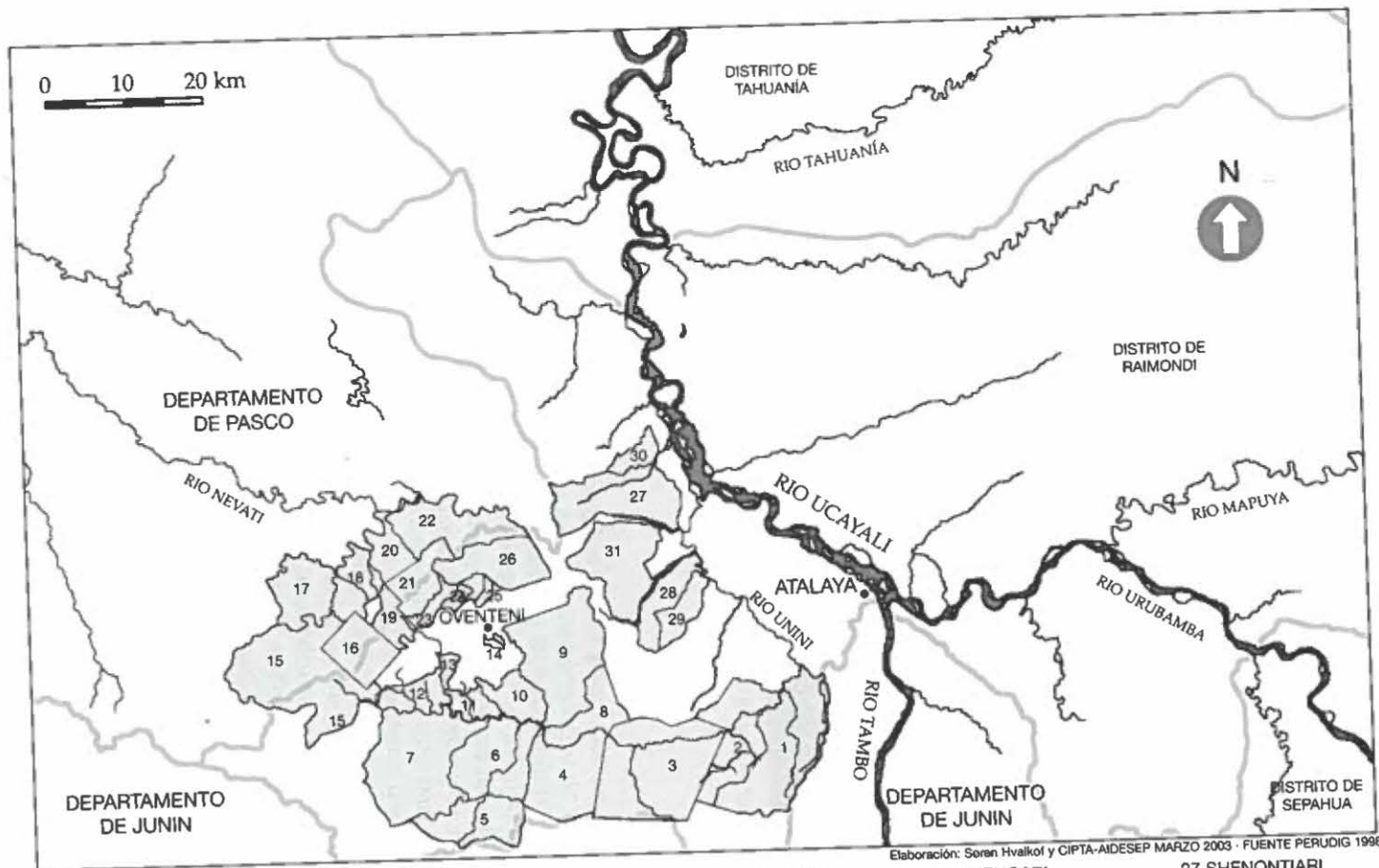
Foto: Thomas Skielboe, 1998

es representado, aparte de un hospital y unas pocas clínicas en los pequeños pueblos en cada región, por pequeños dispensarios de salud, aproximadamente uno cada 10 comunidades. Un técnico sanitario está estacionado en cada puesto de salud, empleado por el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, estos técnicos, hablan muy raramente la lengua local indígena y no tienen un conocimiento del concepto indígena de salud. Esto ha creado frecuentemente problemas tanto para los técnicos que trabajan en el área como para los pueblos indígenas que viven en las comunidades. Los técnicos tienen una educación básica en salud occidental de 3 años. La idea es crear un nuevo curso de capacitación, para producir técnicos calificados en la salud intercultural que dispongan de una capacitación diseñada especialmente para trabajar en áreas indígenas. Deberían ser capacitados en medicina occidental y en la comprensión indígena de la salud para poder ayudar a la integración de los dos sistemas diferentes. El nuevo curso de capacitación debería permitir a los técnicos de salud indígena supervisar a los promotores que trabajan en cada comunidad y apoyar a las organizaciones locales en su trabajo de salud. La idea del curso fue presentada al Ministro de Salud, quien ha mostrado un genuino interés en desarrollar un instituto de este tipo.

Durante el último año del proyecto, se elaboró entonces una propuesta para este curso en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud, el DRSU y la Escuela Nacional de Salud Pública, ENSAP. Se presentó una propuesta para el establecimiento del Instituto Nacional de Salud Intercultural Amazónica, INSIA que ha sido aprobado por el Ministerio de Salud, y también se formuló una propuesta de proyecto piloto de cuatro años. La Fundación Karen Elise Jensen aceptó financiar el año inicial de INSIA. El establecimiento del instituto y el nuevo curso significará un importante paso hacia la consolidación de un Sistema de Salud Indígena Integrado, desarrollando un enfoque mejor para enfrentar los problemas de salud en las áreas indígenas. El logro de esto será un importante paso político para AIDSESP y para los pueblos indígenas de la Amazonía peruana.

#### Nota

1. Amaraeri, ese-eja, amahuaca, hachipaeri, yíne, pukiri, matsigenka, yaminahua, shipibo-conibo, kichwa runa y arazaeri.



Elaboración: Soran Hvalkof y CIPTA-AIDSESP MARZO 2003 · FUENTE PERUDIG 1998

- |              |                 |                   |                   |                    |                |
|--------------|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| 1 PITZA      | 7 JAVIROSHI     | 12 TSIYONI        | 17 MAPITZIVIARI   | 22 CHENGARI        | 27 SHENONTIARI |
| 2 SHIMPI     | 8 SHAANI        | 13 TARISA         | 18 SHUMAHUANI     | 23 ALTO CHENCORENI | 28 ANACAYALI   |
| 3 CHINCHENI  | 9 MAÑARINI      | 14 PONCHONI       | 19 MAJONTONI      | 24 BAJO CHENCORENI | 29 TZIVETARI   |
| 4 MANCOITE   | 10 MATERIATO    | 15 CENTRO JANTENI | 20 TZIAVENTENI    | 25 QUITERIAVO      | 30 ALTO COCANI |
| 5 QUIRISHARI | 11 CHOCHOQUIARI | 16 CHEQUITAVO     | 21 QUEMPOROQUISHI | 26 CATOTENI        | 31 CORINTONI   |
| 6 PAUTI      |                 |                   |                   |                    |                |

Mapa 5. Organización Ashéninka de Gran Pajonal, OAGP - comunidades afiliadas.



### 3. La Historia del Proyecto

## Un alma financiera – notas de campo

*Dorte Mette Jensen, miembro de la junta directiva de la Fundación Karen Elise Jensen.*

### La fundación

La fundación danesa que apoya el Programa de Salud Indígena (PSI) fue establecida como fundación en 1986 por la Sra. Karen Elise Jensen quien dedicó su herencia al patrocinio de la ciencia médica. Su motivación para establecer esta fundación fue la gratitud hacia la medicina por sus esfuerzos en intentar curar a su hija, Suzanne, quien falleció de leucemia a la temprana edad de 29 años. La fundación fue establecida en memoria de Suzanne.

La Junta Directiva, electa por la Sra. Karen Elise Jensen, está integrada por tres miembros con antecedentes en la ciencia médica, un abogado y yo misma – también hija de la Sra. Jensen, antes maestra escolar y ahora agricultora orgánica. Los proyectos normalmente financiados por la fundación son dentro de la ciencia médica, desde la investigación básica hasta tópicos especiales, incluyendo la cooperación internacional entre equipos científicos. La decisión alternativa de apoyar a la organización indígena amazónica, AIDSESEP, ciertamente fue muy diferente al apoyo de los usuales proyectos de investigación médica de alta tecnología financiados hasta ahora. El proyecto presentado por la organización indígena era un proyecto piloto de salud preventiva de baja tecnología. No obstante ello, se trataba de un proyecto aceptable para la fundación dado que la medicina preventiva está incluida en su mandato.

La solicitud fue presentada por la Agencia Nórdica del Desarrollo y la Ecología (NORDECO), una pequeña empresa consultora sin fines de lucro que actuó como vínculo entre la Fundación Karen Lise Jensen y AIDSESEP. Se propuso que NORDECO asumiera la responsabilidad de supervisar el proyecto. La Junta Directiva de la fundación discutió extensamente esta atípica propuesta de proyecto y, después de la debida consideración, acordamos unánimemente apoyar el Programa de Salud Indígena, con la condición de que se cumpliera con ciertas condiciones. Además de los requisitos administrativos y de auditoría, la Fundación insistió en ser parte integral de la supervisión del proyecto para obtener un conocimiento de primera mano. Esto implicaba que al menos un miembro de la junta directiva participara en las misiones semestrales de revisión en Perú.

### Aprendiendo en el campo

Dos miembros de la Junta Directiva, el médico Dr. Jim Thuesen Pedersen y yo misma, fuimos nombrados como representantes de la Fundación K.E.J. para participar en las misiones de seguimiento y para informar desde el campo. Yo estaba muy entusiasmada por participar, pero me preguntaba como resultaría. ¿Seríamos meramente espectadores, observando desde fuera o podríamos realmente contribuir al impacto del proyecto? Estas preocupaciones iniciales fueron pronto superadas en la medida en que nos integramos bien al equipo supervisor. La combinación de mis antecedentes como maestra de escuela y agricultora resultó una herramienta útil para el trabajo del equipo y el encuentro con una cultura indígena tan diferente, de la Amazonía peruana, se convirtió en un importante proceso de aprendizaje. Aparte de las dimensiones culturales del trabajo, tanto el Dr. Jim Thuesen Pedersen como yo, tuvimos que aprender español. Al inicio trabajamos con interpretes, pero luego alcanzamos un nivel de comprensión con el cual podíamos arreglarnos por nuestra cuenta. La observación y el enfoque participativo en el trabajo de campo, trabajando con los equipos de proyecto de AIDSESEP, contribuyeron en gran medida a nuestro aprendizaje del español. La lectura de los informes del proyecto y la participación en numerosas reuniones y discusiones a todos los niveles constituyeron un factor positivo contribuyendo al progreso de nuestras habilidades lingüísticas.

Obviamente, la enorme cantidad de nueva información que acumulamos era abrumadora y difícil de manejar y comunicar a la Junta Directiva. Había que transmitir nombres de personas, grupos étnicos, instituciones y organizaciones, títulos y cargos en diferentes jerarquías, funciones y tareas e innumerables acrónimos y abreviaciones. Finalmente, uno se familiariza con esas redes cuando reconoce las estructuras inclusivas y complicadas que impregnan todo el sistema. Sin embargo, esto planteó otra cuestión. ¿Era realmente necesario que una organización indígena como AIDSESEP mantuviera una red de trabajo tan amplia y un sistema organizado jerárquicamente que abarca desde la más pequeña comunidad indígena en el lejano bosque hasta la oficina nacional de Lima e incluso hasta una representación panamericana? Yo estaba sorprendida e intrigada por esta estructura organizacional. Pero los recurrentes viajes de campo visitando comunidades indígenas donde operaba el programa de salud, me convencieron de la importancia y de la necesidad de esa red de trabajo amplia y organizada. En mi opinión, este es el aspecto fundamental. El éxito del proyecto depende de una red de trabajo de organizaciones indígenas independientes que funcione bien. Aunque el documento del proyecto describía esta estructura en detalle, esto sólo no me habría confirmado la necesidad de un sistema y una organización tan extensa “de abajo hasta arriba” si no lo hubiera experimentado personalmente en el campo. El hecho que la gente común, en lejanas comunidades, es parte de un sistema mayor en el cual tiene influencia e incluso una posición con nombre propio, genera mucho orgullo para las comunidades. Las personas invo-



La Sra. Dorte y el Dr. Jim

Foto: Thomas Skielboe, 1998

lucradas en los proyectos aprecian sus títulos y responsabilidades – es prestigioso y crea autoestima- las vuelve conscientes de su trabajo y de la fortaleza organizacional – una situación novedosa para comunidades que hasta ahora han sido completamente marginadas en la sociedad nacional.

### Dinámicas de supervisión

El proyecto nunca sobreviviría sin estar estrechamente vinculado con las organizaciones indígenas y las organizaciones no hubieran logrado el impulso que han alcanzado sin un proyecto tan focalizado – un efecto mutuo de promoción de la autoconfianza. El conocimiento tradicional de enfermedad y cura se unió con el conocimiento occidental de salud en una visión holística y el hecho que los mismos indígenas fueran responsables de la implementación y del trabajo cotidiano fortaleció considerablemente la capacidad del proyecto. Los problemas y las soluciones se discutían y se trataban en reuniones comunitarias; se proponían y discutían cambios y adaptaciones a las condiciones culturales locales con el equipo supervisor y ello posibilitaba el ajuste del proyecto en la marcha. Tales ajustes incluían desde cambios estructurales que afectaban todo lo establecido hasta decidir sobre problemas muy concretos. La decisión de permitir que los chamanes permanecieran en sus comunidades nativas, en oposición a la decisión inicial de que ellos deberían formar parte de los equipos de

salud itinerantes que visitaban las comunidades, fue un cambio importante. La educación y capacitación de estudiantes chamanes siempre ha sido parte de los objetivos inmediatos del Programa. A la inversa, ahora los estudiantes viajarían hasta donde está el chamán para obtener su capacitación. Esto requirió cambios tanto en el presupuesto como en la planificación, que sin embargo, podía ser acordada en el momento. La decisión de comprar grandes ollas de aluminio para rituales curativos con vapor realizados por parteras tradicionales; pares adicionales de botas de goma para las enfermeras en la estación de lluvias; y barras de tabaco seco para que los chamanes usaran en las curaciones con humo, fueron ajustes más específicos.

Estos no son todos sino unos pocos ejemplos de ajustes que fueron realizados conforme a necesidades y tradiciones locales, y que permitieron mejorar la implementación e incluso afinar los objetivos. Esta metodología de ensayo y error, en combinación con la interacción directa entre el equipo supervisor, el personal del proyecto y los integrantes de las comunidades, ha sido muy alentadora y eficiente. Los financiadores y los beneficiarios tienen ahora “rostro”. Se convierten en personas que interactúan con responsabilidades mutuas. Los financiadores no son solamente una administración anónima lejana, sino personas conocidas que muestran interés y un compromiso visible con los asuntos locales.

Otro efecto de la supervisión permanente por equipos de proyecto y de las revisiones semestrales con la participación de la fundación financiera ha sido la consciencia, ampliamente extendida, del Programa de Salud Indígena en toda el área del proyecto del Alto Ucayali. Una consecuencia del seguimiento permanente por parte de los equipos viajantes de campo ha sido la mejora considerable en la comunicación entre las comunidades y las personas involucradas arriba y abajo del sistema fluvial. Esto posibilitó a las organizaciones indígenas registrar a los indígenas como ciudadanos peruanos, permitiéndoles así participar en las elecciones locales tanto como votantes como candidatos políticos, creando una nueva realidad democrática en la Región de Ucayali.

Las comunidades visitadas estaban muy orgullosas de mostrar su proyecto, de enseñarnos sobre su cultura y tradiciones y sobre sus huertas con plantas medicinales, presentadas como sus “farmacias”. Siempre tuvimos una recepción muy hospitalaria con “muestras” de la cultura local y generalmente con un impresionante banquete compuesto por delicadezas locales como cangrejo de río, pescado, hierbas comestibles, yuca cocida o asada, plátanos verdes y maduros, bananas, caimanes cocidos, carne de mono ahumada y gusanos tostados. Durante tal comida toda la comunidad era audiencia y testigo de nuestros extraños hábitos de comer, los cuales eran abiertamente señalados y objeto de risa. Los indígenas del Ucayali son sumamente pacientes. Pueden esperar durante horas, observando despreocupadamente. Más de una vez me sorprendí de tal disciplina grupal, cuando estaba sentada en reuniones en la escuela comunitaria. Casi todos los habitantes estaban presentes observando a los visitantes, usur-

pando los diminutos asientos de los niños debajo del pizarrón. En todo el salón de clase se alineaban mujeres y niños de todas las edades, hombres con arcos y flechas, sentados en el suelo, en bancos escolares, parados contra las paredes – todos conscientes y ventilando sus opiniones a la asamblea. La mitad de las personas presentes en la reunión eran niños pequeños y bebés en las mantas que sus madres llevaban sobre sus hombros para acarrearlos, pero apenas si se oía un llanto. Se sentían seguros a pesar de los huéspedes de apariencia extraña y las circunstancias inusuales tan diferentes de la vida cotidiana. La equilibrada coherencia humana y comunal impresiona a un atareado europeo acostumbrado a una vida tensa en una realidad fracturada, enfatizando la importancia de apoyar la continuación de la cultura indígena.

#### Extractos del diario

##### *Una comida:*

“Estoy tomando la sopa y el ruido del plato de hojalata señala el fin de la comida. Tengo contacto visual con una hermosa madre joven de unos 18 o 19 años de edad, sentada con sus dos niños – un pequeño bebé en su pecho y una niña de tres años a sus pies. Ella sonríe y al mismo tiempo tiene una expresión de bondad y digno distanciamiento, enmarcado por calma y



Visita de la Fundación K. E. J.

Foto: Thomas Skielboe, 1994

armonía. Después de la comida, se servirá la chicha local de yuca, el masato. La lujosa comida es seguida por música de bienvenida para los invitados, invitándolos a unirse a las personas locales en el baile”.

##### *Una típica reunión comunitaria:*

“La reunión va a comenzar y todos los participantes se presentarán a sí mismos y harán declaraciones para ser discutidas. El coordinador local se referirá entonces al proyecto, preguntando detalles suplementarios y sacando conclusiones con respecto a la situación actual. El curso de los recientes eventos será presentado por el equipo del proyecto y comentado por la audiencia, la cual evaluará luego su proyecto de salud específico. Los diferentes puntos de vista serán especificados claramente y las posibles irregularidades y problemas serán discutidos en forma adecuada. Se sacarán las conclusiones de la visita y, usualmente, serán presentadas como un ejemplo de su exitosa implementación del proyecto, tal como fue atestiguado por los visitantes y los miembros de la comunidad”.

##### *Las enfermeras del PSI:*

“El núcleo central del éxito de los equipos móviles del proyecto son las enfermeras y los coordinadores locales. Capacitan a los miembros comunitarios para mantener el cuidado de la salud indígena – presentan, organizan, registran, previenen y curan, en cada comunidad. Las comunidades aman a las enfermeras a causa de su capacidad para curar y aconsejar, y por sus enseñanzas de reglas importantes para la prevención de las enfermedades – un proceso de aprendizaje que aumenta su influencia sobre su propia calidad de vida. La implementación de la medicina tradicional indígena se ha hecho más visible. Los líderes indígenas están expresando una creciente confianza en sus propios sistemas. La cantidad de ‘sheripiaris’, chamanes ashéninka que utilizan el tabaco, curanderas que utilizan el vapor, parteras tradicionales y expertos en medicina tradicional está aumentando en las comunidades, existe un creciente conocimiento y producción de artes y oficios tradicionales, concebidos como parte de los mismos poderes espirituales”.

##### *Ojeadas de una visita al Gran Pajonal:*

“Al llegar a la comunidad ashéninka de Chequitavo en la pequeña avioneta de la misión, pudimos ver a toda la comunidad – más de cien personas – alineadas a lo largo de la pista de aterrizaje en filas de a dos. Allí había hombres, mujeres y niños de hasta dos años de edad. Habían estado parados en fila durante horas, aguardando pacientemente nuestra llegada. Nos dieron una cálida bienvenida y les dimos la mano a casi todos. Se sirvió una comida tradicional en el salón escolar y todos los habitantes locales nos observaban mientras comíamos. Luego comenzó la reunión con introducciones, informaciones, discusiones y evaluaciones. La fuerza del proyecto yace en su estructura descentralizada. Cada organización indígena local es responsable de las actividades de sus comunidades miembro.

El coordinador local tiene su red local y se siente responsable de la organización y del proyecto”.

“Fuimos alojados junto con la enfermera del proyecto, Isolina, en la pequeña casa de los misioneros protestantes, quienes estaban ausentes en ese momento. Isolina es una enfermera que trabaja en más de 30 comunidades en el Gran Pajonal. Su hijo de once años la acompañará durante el próximo par de meses durante sus vacaciones de verano. Isolina es una madre sola. Su hijo vive normalmente con su hermana y va a la escuela en Lima. Isolina ve a su hijo durante las vacaciones de verano y cada tres meses, cuando tiene algún tiempo libre. Hablamos con Isolina hasta las ocho de la noche a la luz de una vela. Luego llegó el momento de poner el mosquitero y hacer las camas adentro”.

“Desperté muy temprano al amanecer, a las cinco de la mañana. Todas las mujeres ashéninka se levantan a esta hora para hacer los fuegos y comenzar a cocinar. Trajeron fuego a nuestro fogón y alimentos – plátano verde, yuca, piña y sopa de pollo. Había llovido toda la noche. Es dudoso que la avioneta llegue al mediodía como estaba planeado. Pronto fuimos invitados a una sesión de curación con vapor. Las “vaporadoras” – las mujeres encargadas de la terapia con vapor – toman una gran olla de agua mezclada con diferentes hierbas y la ponen en el fuego. Cuando el agua hierve, se calientan piedras en el fuego y se ponen en el agua para aumentar el vapor. El paciente es ubicado en una especie de “tienda” – poniendo sus “cushmas”, una túnica de algodón, sobre la olla hirviente. Cuando el tratamiento está finalizado, se examinan cuidadosamente las hojas y los residuos de hierbas de la olla. Se pueden encontrar pequeños objetos como huesos, exorcizados del organismo como desecho maligno. Los elementos malignos que causaban la enfermedad han sido eliminados”.

“Llovió todo el día y hacía un poco de frío incluso en este ambiente tropical – quizá no sea de sorprenderse pues este lugar está situado a una altitud de más de 1.200 m. Desde esta comunidad de altura podemos contemplar el ganado pastando en las laderas al otro lado de la barranca. Proviene de un programa ganadero financiado por el gobierno peruano. El propósito era mejorar la nutrición de los pueblos indígenas del Alto Amazonas, quienes se suponía comerían la carne y beberían la leche. El gobierno dio por sentado que la población indígena bebe leche y cría ganado para su consumo doméstico. No lo hacen – para nada. Así que ahora las vacas están libradas a sus propios menesteres, envejeciendo en las verdes laderas”.

“Se suponía que la avioneta nos recogería al mediodía, pero la lluvia continuó, haciéndonos comprender que tendríamos que pasar otra noche allí. Pusimos el mosquitero – una actividad que se estaba convirtiendo casi en un ritual. Me fui a dormir después de nuestra cena, huevos duros, bizcochos, bananas y lo que quedaba de Nescafé. No llovió durante la noche. Amaneció en forma hermosa, la bruma desaparecía y el silencioso humo de los fogones se elevaba entre las casas. Las mujeres trajeron sopa. Salió



Una niñita tímida, Gran Pajonal

Foto: Søren Hvalkof, 1995



Ya menos tímida, Gran Pajonal

Foto: Søren Hvalkof, 1995

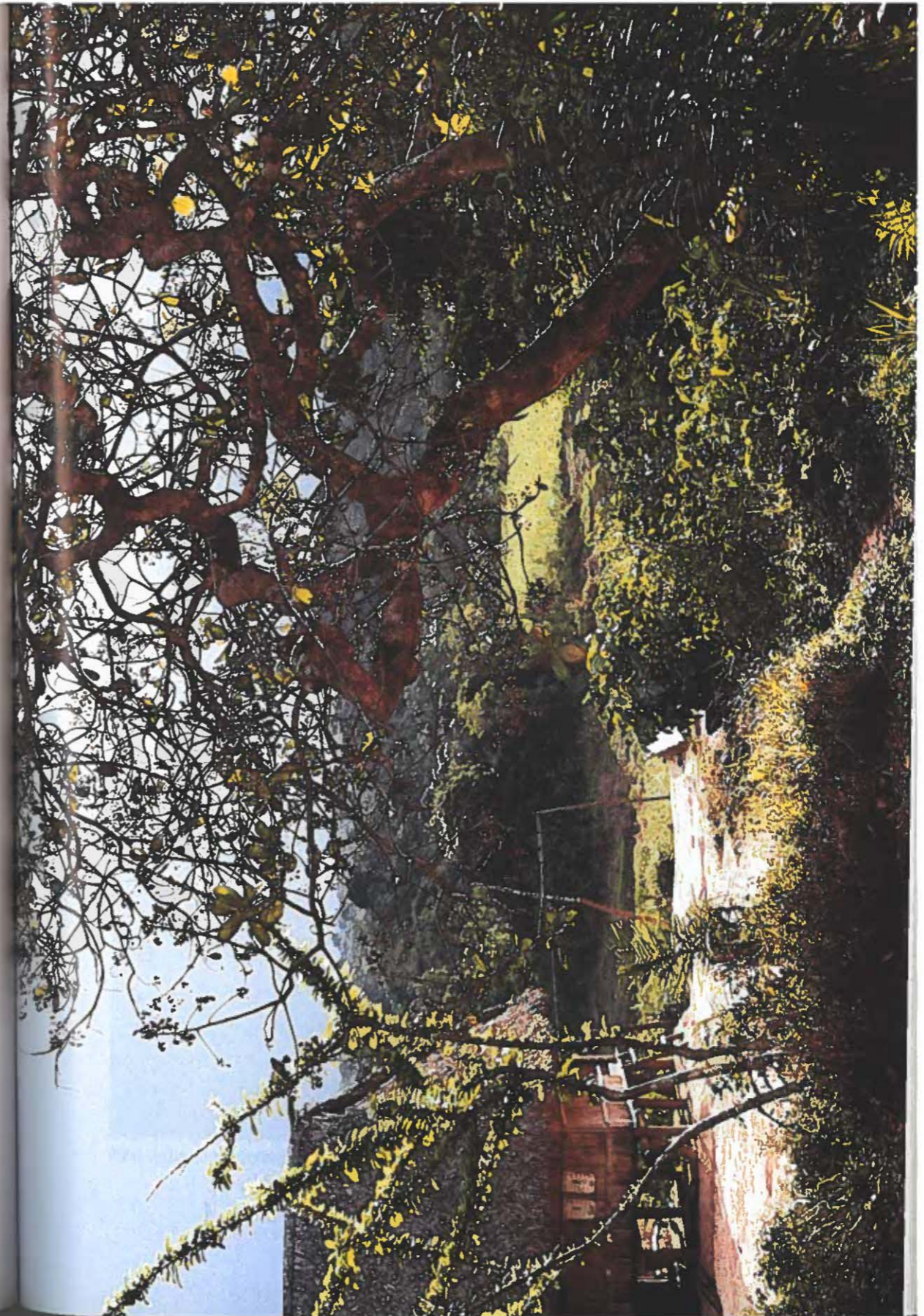
el sol. Este será otro día hermoso. Temprano en la tarde, llega la avioneta y abandonamos Chequitavo. Isolina, su hijo y el coordinador empacarán su caballo para emprender el largo camino a lo largo de la difícil senda para ir a otra comunidad”.

#### Observaciones concluyentes

Desde el punto de vista de un miembro de la Junta de una fundación financiadora, puedo recomendar de todo corazón la participación directa en un equipo profesional de revisión y la participación en el trabajo de seguimiento en el campo. El vínculo directo entre los habitantes de las comunidades y los miembros de la Junta que toman decisiones que contienen importantes implicaciones para la población indígena ha sido fundamental. La experiencia directa en el trabajo de campo ha hecho posible que nosotros explicáramos el contexto al resto de la Junta y discutiéramos las propuestas y decisiones sobre una base informada. Hemos visto, oído, tocado y olido los problemas y hemos experimentado soluciones a nuestro alcance. Sin embargo, realizar un proyecto de salud indígena sustentable “para consumo doméstico” requiere el compromiso a largo plazo del servicio público de salud peruano, vinculado al programa de salud indígena. Esto se hace más urgente pues el PSI está influenciando cada vez más las políticas de salud rural en la Amazonía. En este contexto, parece imperativo diseñar e implementar un programa público de educación indígena para los trabajadores comunitarios de la salud, integrando la medicina indígena y la occidental. El establecimiento de una educación sanitaria reconocida oficialmente para estudiantes altamente motivados y capacitados de las comunidades indígenas constituiría un loable resultado de los esfuerzos indígenas apoyados por la Fundación Karen Elise Jensen.

Foto: Søren Hvalkof, 1994

Contraluz, Comunidad de Misión Unini.





*Pajonales de Shumahuani, Gran Pajonal.*

*Foto: Søren Hvalkof, 1996*



*Surcando el Río Unini en el verano.*

*Foto: Rune Hvalkof, 2000*



*Estiaje del verano, Río Ucayali.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Remando en río creciente.*

*Foto: Jim Thuesen, 1998*



*El equipo en una playa, Río Urubamba.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1994*



*Esperando en el Urubamba.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*La Libertad, Río Marañón.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



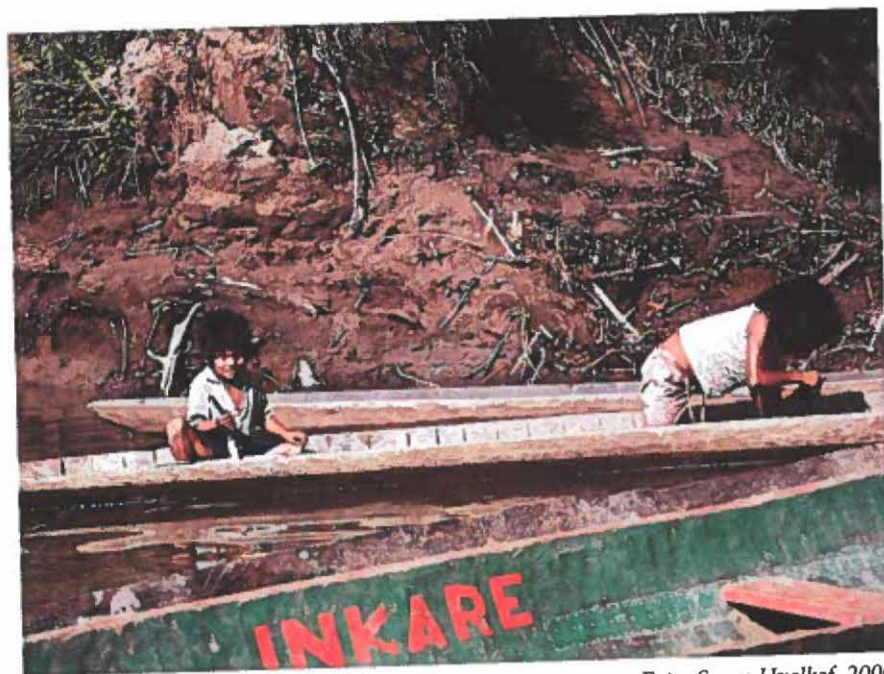
*Bajando el Río Ucayali.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Lanchas cargadas, Río Ucayali.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1998*



*Niños asháninka pescando.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



*Una comunidad en la ribera, Río Ucayali.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



*Ganado y madera, Pucallpa.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Una trocha en el monte.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1994*

## Otilia

*Otilia Tuesta Cerrón tiene 35 años, es originaria de Condorcanqui, Amazonas. Hija de padre loreetano y madre aguaruna es la única enfermera indígena que trabajó en el Programa. Estudió enfermería en la Universidad San Martín de Porres de Lima, titulándose el año 1997. Se incorporó al trabajo organizativo en 1992-93 como personal del Programa de Salud de la Coordinadora Regional de Pueblos Indígenas de San Lorenzo (CORPI), Alto Amazonas. En 1995 se incorporó como profesional de campo al Programa de Salud Indígena (AIDSESP-PSI) de su organización Indígena Regional de Atalaya (OIRA) en Ucayali, trabajando allí hasta 1998.*

### Anticristo en San Lorenzo

Me inicié como enfermera en el Proyecto de Salud Indígena de AIDSESP, haciendo un primer recorrido de las 25 comunidades chayahuita y aguaruna para informarles el tipo de trabajo que se iba a desarrollar, explicándoles qué significaba la salud indígena. En la segunda visita hubo, más que todo, una muy buena acogida de las madres, lo que significa que las mamás tenían más comunicación. También había malentendidos de parte de algunos comuneros. Empezaron a decir: "van a venir los anticristos", por lo tanto, nos recibieron en la primera comunidad pero luego en la segunda a la que llegamos no encontramos a nadie. Los hombres y las mujeres se fueron al monte, no había nadie, lo que nos causó mucha sorpresa. Porque la comunicación ya se había hecho, sólo había una familia que se había quedado y nos comentaba que todos se habían ido al monte por que iba a venir el anticristo. Por lo tanto, ellos no estaban de acuerdo con el tipo de trabajo que íbamos a hacer, porque, según ellos decían, con las plantas no se podía recuperar, no se podía sanar. La idea del "anticristo" surgió de una Iglesia que estaba trabajando allí durante muchos años. Eran evangelistas, y esa era la idea que tenían. Su temor era que ellos iban a ser "sellados con el 66", no se qué, ellos tenían esa idea bíblica. Todos iban a ser sellados en la frente, y por ese temor huyeron al monte.

Bueno, nosotros retornamos y tuvimos que informar esto a los dirigentes en la reunión. Con las mujeres que encontramos logramos realizar el trabajo que se había pensado, eso fue en el grupo de los aguaruna. Los chayahuita también tenían alguna idea, pero ellos no se retiraron de sus comunidades. Y con ellos se hizo el trabajo. Sobre todo el trabajo que consistía en recolectar los tipos de plantas medicinales que se usaban en las comunidades.

### Las mujeres en Urubamba

Esta fase inicial se desarrolló en el año 1992 y en 1993; luego surgieron algunas dificultades en el Programa. Se lo trató de cerrar y luego me invitaron para participar en el Proyecto que se iba a realizar en la parte Urubamba-Ucayali y entonces nos dedicamos al mismo. La recepción ahí fue diferente: ellos tenían otra idea, estaban con ganas de trabajar, ahí no había enfermeras, solamente dirigentes y comuneros. Estaban muy contentos con la idea del Programa de Salud Indígena, nos pedían apoyo, sobre todo las mujeres querían que se las visitara más constantemente, ellas decían que el Ministerio no llegaba. Las mujeres estaban contentas porque generalmente cuando hay visitas van los varones y ellas decían: nosotros no podemos debido a las mismas costumbres indígenas que tenemos. Ellas no pueden expresar a un hombre que tienen este problema, en el caso de los descensos, o estoy gestando, o tengo esto. Entonces esa confianza era muy diferente.

Luego, sobre el tipo de uso de sus plantas también tenían que tener confianza en alguien para poder decir: esta planta se usa para esto, para lo otro, o sirve para esta enfermedad; entonces ellas comenzaron a expresarse. No pueden contar nada a cualquier persona, por que no tienen confianza. Fue una recepción muy diferente. Estuve muy contenta de trabajar allí, entre 1995 y 1998. La gente también estaba muy contenta sobre el tipo de trabajo que se desarrollaba, no había problemas de Iglesia, tampoco de "anticristos."

### Diferenciación étnica

El tipo de trabajo fue sobre todo estadístico, basándose en enfermedades frecuentes, por ejemplo, leismaniasis y enfermedades diarreicas, luego sobre enfermedades transmisibles de la selva, incluyendo la malaria, el dengue y otras. Se hizo también una recolección de plantas medicinales, tanto en los yíne como en los asháninka y también con los yaminahua. Entre los tres grupos o pueblos indígenas, el uso de las plantas son bien diferentes, por ejemplo: los tres pueblos tienen un uso muy diferente del *toe* (*Datura sp.*) o la ayahuasca (*Banisteriopsis sp.*). Los tres pueblos tienen diferentes creencias, ellos relacionan la naturaleza con la salud. Por ejemplo, si hubo susto, o este niño se asustó de repente, porque la madre del agua o la madre del monte le hicieron daño. El concepto de salud es muy diferente, ellos se relacionan con el medio donde viven. Para curar a un enfermo los yínes usan el *toé* y los asháninka usan la ayahuasca, también he observado que los yaminahua usan también la ayahuasca para tomar y ver que enfermedades tienen, los asháninka usan también bastante el tabaco. Se podría decir que cada pueblo tiene su propia creencia o cultura. Nosotras teníamos que respetar esto y, de acuerdo a eso, teníamos que aplicar su tipo de sistema de salud. No podíamos imponer y decir que tal pueblo use lo que el otro pueblo usa, o sea, para curar una determinada enfermedad ellos tenían también sus propias plantas.

Al inicio ellos decían que no querían que los visitara un curandero

shipibo acá, en la zona donde estamos los asháninka y yíne, porque nosotros también tenemos nuestros curanderos, nosotros también tenemos nuestras vaporadoras, o sea que cada pueblo tenía su propio médico. Entonces ahí fue donde el sistema de trabajo fue mejorado para poder desarrollarlo mejor, ahí fue donde se decide que ellos mismos elijan sus propias vaporadoras sus propios sheripiaris [chamanes tabaqueros], sus propios sistemas de salud. Esto se fue formando en cada comunidad, llegando a una etapa muy avanzada, para que ellos mismos sigan desarrollándola. También trabajó para que hicieran un huerto, que no sea comunal sino familiar. Sólo así se podía mejorar el tipo de sistema de salud. Porque ellos opinaban también que el huerto comunal no funciona, porque decían que cuando es comunal todos empiezan a decir: vete a cultivar, yo no quiero ir, pero cuando es familiar ya la familia y cada uno de sus miembros empiezan a cuidar sus plantas.

#### Alimentación y civilización

Se observa que en la parte de nutrición hay una diferencia en la forma de sembrados. Las comunidades indígenas que están más cerca de un pueblo, por ejemplo, de un pueblo mestizo, son escasas, no tienen sembrados, chacras, hay escasez de alimentación, por ejemplo, hay carencia de carne, de pescado. Pero las comunidades que están muy lejanas, a un día del pueblo mestizo, ellas sí cuentan con chacras, tienen pescados y hay una mejor alimentación que las que están cerca de un pueblo mestizo. Las que están más cerca no tienen una alimentación adecuada y las que están más aisladas sí la disponen.

Pienso que eso sucede porque hay una dependencia, por ejemplo, si en un pueblo indígena hay una familia, que prefiere cambiar esta gallina por una lata de atún o un par de kilos de fideos, entonces ¿qué es lo que hace?, hace intercambios malos. También se les ha recalado que no deben hacerlo, pero ellos dicen que prefieren comer lo de fuera que el producto de ellos -así dicen- queremos atún. En este aspecto el programa también ha tenido que hablar con las mamás, sobre cuál es la mejor alimentación o el equilibrio, sobre todo. No deberían perder esto de vista; que toda alimentación no es cantidad sino calidad, o sea que no hay un buen acuerdo, en las reuniones dicen que sí, que está bien; se les explica sobre toda la alimentación que contiene cada producto, y ahí ellos, o algunos, quedan conscientizados.



Otilia tomando masato.

Foto: Thomas Skielboe, 1994



Chismeando en la posta médica.

Foto: Thomas Skielboe, 1994

## Gloria

*Gloria O. Bullón López tiene 26 años, es procedente de Tarma, y trabaja en el Programa de Salud Indígena desde el año 1998. Desempeña sus labores en el Sector I del Gran Pajonal con OAGP, juntamente con el Sr. Rómulo Leiva Rossi y la Sra. Esther Chiri Santiago, los dos coordinadores ashéninka. Trabajan con 13 Comunidades Nativas: Materiato, Ponchoni, Chochoquiari, Pauti, Javiroshi, Anexo Javiroshi, Quirishiari, Anexo Pauti, Anexo Pizta, Bajo Shimpe, Chinchini, Mancoite y Shani.*

### ¡Nunca por la selva!

El trabajo de campo lo hemos empezado en noviembre de 1998, después de la capacitación que hemos tenido en Lima. Mis prácticas de enfermería las tenía en la escuela de Tarma, y estaba por decidirme a trabajar en el hospital de neoplástica. El Dr. Torres estaba buscando allí enfermeras para el programa, pues ya tenía antecedentes de otras enfermeras de Tarma en el programa. Entonces la directora me pasó la voz, me preguntó si me interesaba un trabajo en la selva, en Pucallpa. Yo había jurado que nunca iba a trabajar a la selva, por que no me gustaba ni el calor ni los mosquitos. Era algo para mí totalmente desconocido; siempre he deseado trabajar por la sierra y la costa, pero nunca por la selva. Entonces yo empecé a tomar en serio estas ideas, más que nada por ser soltera. No se que experiencia voy a tener para contar en un futuro a mis hijos, entonces me dije que debería tener una experiencia diferente, algo nuevo. Aparte, era una gran oportunidad pues estábamos pasando por momentos económicamente difíciles.

Bueno, me decidí y le comuniqué a mi familia que me iba, pero al principio no me creyeron por que yo decía que nunca iba ir a la selva.

Al llegar, presenté mis documentos y me explicaron un poco en que consistía el trabajo con los promotores y las comunidades. Luego pasé a una entrevista con el Sr. Juan Reátegui como Director del Programa. El empezó a preguntarme si conocía la selva y yo le dije que hacía mucho calor y que había mosquitos. Le referí lo que sabía. Le dije que sinceramente conocía muy poco de los pueblos indígenas, pero sabía que tenían una cultura diferente a lo que es la sierra. Tienen eso de comer algunos tipos de animales que yo nunca pensé que se podían comer, como los gusanitos y las hormigas.

El caso es que estaba interesada en conocer lugares nuevos, y a otro

tipo de gente y como yo estaba saliendo recién egresada, quería probarme a mí misma, hacer algo como profesional.

El reto era ese. Entonces dije "tengo que probar lo que yo puedo" y me dio más coraje todavía cuando me dijeron que en ese sitio no había agua, no había luz, no había televisión, que no había civilización, que tienes que caminar un montón. Pero yo creo que las personas se pueden adaptar a muchas cosas y uno aprende.

### Las primera impresión

Empecé a trabajar con Isolina, tratando de conocer por medio de ella como era la zona, que tipo de personas habían allí, y más que nada conocer quienes eran los dirigentes con los que íbamos a trabajar.

Me dijo que estaba ahí el Sr. Pascual Camaiteri, el Sr. Ydelfonso Campos, el Sr. Miguel Camaiteri y me habló también de sus coordinadores y el tipo de trabajo que estuvieron haciendo los dos años anteriores. Me dijo que era bastante pesado el trabajo ya que a veces sólo se podía ir a caballo.

Nunca había visto algo como Oventeni, sólo por televisión, en algunas películas de lugares lejanos, olvidados. Ella me decía por allí estaba tal comunidad, por allá la otra.

Llegamos a bajar en avión a la misma comunidad de Ponchoni donde se me presentó la señora del Presidente de la comunidad, pues su marido Pascual no estaba. Esa primera noche nos acomodamos y conocimos los vecinos y luego con el paso del tiempo me pareció más fácil.

Al comienzo parece que choca un poco el alejarse de la familia, de tener que compartir el cuarto con una persona que con la que jamás una tuvo contacto. Isolina me ayudó mucho y es una persona muy especial, muy noble. Estuvimos ahí más o menos una semana, ajustando nuestros detalles para visitar las primeras comunidades: a una cercana llamada Quirahuanero y a Catoteni.

### Introducción al campo

Empezamos a ir a esa comunidad, fue el primer contacto que tuve con una comunidad nativa. Ya sabían que íbamos a llegar y nos recibieron muy bien. Ya conocían a Isolina y estaban a la expectativa de ver quien era la nueva enfermera. Así que en esa primera reunión me presenté y les di a conocer las inquietudes por las que iba a trabajar con ellos.

Ahí hemos estado tres días más o menos, recorriendo tres comunidades. Fuimos justo en tiempo de lluvia, era invierno, entonces había bastante barro por el camino. Yo le preguntaba a Isolina si eran así todos los caminos, si siempre era tan difícil de llegar y ella me respondió que eso era cerca, que lo peor era en las otras comunidades. Yo estaba con las botas llenas de barro, el pantalón sucio y jamás había transpirado tanto. Poco a poco me iba haciendo de la idea que tenía que ser así, que todo se podía superar. Conversé bastante con ella, no solamente de trabajo, sino también de cosas personales.

### Si el Ministro de Salud...

Si el Ministro de Salud fuese a las comunidades, se alcanzaría mucho. Yo veía que hacía falta bastante tratamiento con el paciente, con las personas que necesitan atención en sus lugares. Entonces se ve que el profesional es alguien extraño para la gente, en la comunidad todos lo miran con recelo, lo miran así como pendiente de qué va hacer, que va a decir. Y el personal del Ministerio se queda sólo por unas horas o máximo un día, y no llega exactamente a la gente, con la que está trabajando, a pesar de que es su jurisdicción. Si trabajarían como nosotros, se mejoraría mucho. Lo primero que se debe hacer cuando se llega a una comunidad es tratar de conocer quienes son los líderes, o quienes están ahí en la comunidad, presentarse y decirles a que viene uno, tomando en cuenta la opinión de ellos, que dicen, que piensan de lo que se va hacer, como les gustaría participar y hacer un pequeño plan de trabajo con ellos mismos para los días que vamos a estar.

### La solidaridad social

Empezamos a salir a las comunidades más lejanas, donde nunca en su vida han salido, nunca en su vida han visto a Dios, o tener otro tipo de cultura, otras formas de vida. Allá es muy diferente, ellos son menos complicados que las personas que estamos afuera. Si tienen hambre no importa, si no es la hora del desayuno o la hora del almuerzo, no importa, ellos comen nomás a la hora que tienen hambre, sean las diez o las 5 de la mañana.

Otra cosa que me llamó bastante la atención es de que como ellos saben compartir, por decir sancochan su yuquita, o tienen ahí sus pescados, o consiguen un pajarito o algo, lo asan o le hacen su caldito, y todos comen de un solo plato o de una sola olla. A veces están junto a sus candelas, en el suelo con sus hojitas, su estera, lo que sea ahí comen. Desde el punto de vista de salud hay cositas que no son correctas, por ejemplo comer con las manos sucias, o el hecho de comer en el suelo, en eso sí yo les decía; van a comer pero lávense las manos, no importa aunque coman en el suelo, pero su plato debe estar limpio.

Tratamos de enseñarles esas cosas sencillas, sin modificar lo que ellos hacen, por que eso de compartir, se empieza así en familia, es algo único, esas cosas nunca deberían cambiar.

El hecho de modificar un poco sus hábitos higiénicos les ayudaría mucho a prevenir enfermedades, básicamente la carencia nutricional y parasitosis. Se enferman bastante de diarrea y a lo que lo tienen pánico es a la gripe, pues se mueren. El año pasado hubo una gran epidemia más o menos por mayo y junio, donde han llegado a morir muchas personas.

### Tristeza y suicidio

Otra cosa que me llamó la atención en la epidemia de gripe, fue en la comunidad de Chochoquiari, donde falleció un sheripiari. Él tenía un alumno que al ver que su maestro murió, se suicidó, se colgó con un bejuco. Por la pena no podía soportar la idea que su maestro se había muerto.

Al verlo también la señora y los hijos del sheripiari, se fueron al monte y toditos se colgaron de un bejuco.

Toda una familia, hasta su lorito que decía que era el espíritu del sheripiari. En esa comunidad prácticamente hemos quedado sin sheripiari, ni alumno, ni siquiera interesados. Es algo triste de ver.

Es que hay sentimientos grandes que no pueden concebir la vida sin el ser que se ha ido. Prefieren juntarse, según dicen donde estén. No lo conocen ni como cielo ni como infierno.

### Educación y salud

Algunos padres han cuestionado el año escolar, dicen que los niños se vuelven ociosos cuando van a la escuela, que están jugando, que no hacen en sus casas lo que deben hacer: traer leña o ir al monte. Nosotros les decimos que están trabajando con la cabeza y que este trabajo les va a ayudar mucho más. Y que pueden hacer las cosas de la casa durante la tarde. Pero hay muchas reservas sobre esto en el Gran Pajonal y algunas comunidades lejanas.

Otros padres están decepcionados con sus maestros, a pesar de que se ha tratado junto con la organización que la mayoría sean profesores bilingües. Se ve casos de que algunos maestros van a la comunidad solamente por cumplir o por cobrar. Pero no hacen sentir su trabajo realmente; a veces sacan promociones y los chicos de la escuela no está leyendo bien, confunden las letras y no tienen una facilidad para expresar sus ideas, entonces el trabajo de los profesores hasta el momento no se ha visto totalmente efectivo.

Pero varía de un lugar a otro. Con el trabajo de los profesores se podría ayudar bastante, no solamente para aprender la lectura o escritura; sino que también para el desarrollo de su pueblo. Suponemos que los profesores tienen un poquito más de preparación que los comuneros, por lo que pueden aportar sus ideas, ayudar a organizarse, estando mas tiempo con ellos. Pero los profesores, como los promotores, deben hacer practicas y los frutos se verán lentamente. Nosotros ya tenemos la satisfacción de tener temas prioritarios: las diarreas, todas las infecciones respiratorias, sobre todo tuberculosis y la malaria. Ya podemos contar con promotores capacitados que pueden tratar esas enfermedades.

El sistema publico de salud tampoco es muy eficiente por falta de continuidad. La gente de las comunidades no van a la posta médica en Oventeni. Siempre está llegando un médico o una enfermera Serminista, que cumplen solamente un año y cambian por otro, entonces no hay continuidad. En las comunidades nativas más lejanas, ni los conocen, solamente piensan que las enfermeras son para poner ampollas, vacunas, no conocen la verdad del trabajo, por eso le decía - si el Ministerio trabajaría como el Programa, llegando al menos por unos días a las comunidades, se haría bastante por los indígenas.

### El Programa y el desarrollo

Las comunidades han recibido a este programa super bien y ahora no quieren que termine. Están tristes por que se irá la enfermera, el coordinador y la coordinadora, y cuando se vayan no habrá quienes vean si el promotor está cumpliendo con sus tareas, si el jefe está yendo mal. Nosotros le decimos que ya se ha trabajado los cuatro años, y que eso debería ir dando frutos, que es cierto que al comienzo quizás va a estar tambaleando, van a estar teniendo dificultades pero siempre deben tratar de reforzarse con su organización, la OAGP. El trabajo con la organización siempre debe estar, mantenerse, coordinar con ellos, pedir el apoyo a ellos y hacer en lo posible gestiones con las entidades públicas, con el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Salud. Tienen Juez de paz no Letrado, tienen autoridades, tienen representaciones allá, ante las que se pueden gestionar. Por decir, ellos pueden mejorar su tipo de alimentación, viendo policultivos, y no se dediquen solamente a sus yucas, y a su café. Ya empiezan también a tener sus naranjales, plátanos y piñas. Para que tengan variedades de alimentos ahí en algunas comunidades crecen hortalizas, algunas verduras; pero no conocen la técnica, no conocen que tiempo es bueno para sembrar, que cantidad de semillas ni que tipo de suelo.

Como le decía, las personas que van allá como representantes del Ministerio de Agricultura, no tienen tampoco un gran acercamiento con las comunidades. Creo que es la dificultad de acceso a las comunidades distantes y el poco presupuesto que les da el Gobierno. Eso no se puede manejar tan fácil. Nosotros tratamos de darles ideas a la comunidad, a los jefes, a la organización, de cómo se podría mejorar. La idea es ver como ellos pueden adaptar nuestras ideas con las ideas de ellos y hacer algo. Pero el caso es que falta bastante coordinación con las autoridades.

Hubo un tiempo en que no había ninguna coordinación entre la organización y el Ministerio de Agricultura y otras autoridades, pero felizmente allá Don Pascual hizo valer bastante lo que es la organización. Entonces si alguna institución va a trabajar con las comunidades indígenas, tiene que coordinar con OAGP. De esta manera se han logrado varias cosas. El Ministerio programa sus salidas de acuerdo a los censos que hizo el programa. Hemos por ejemplo realizado la relación de niños que faltan vacunar. En base a eso están trabajando ellos, y también en la capacitación de pacientes acerca de problemas respiratorios o casos de malaria.

### La organización y el futuro

Todo se coordina con la organización y nosotros reforzamos de todas maneras, diciendo que este trabajo debe continuar, que las enfermeras no son indispensables. Y que igual que nosotros puede llegar en cualquier momento otra persona, que ellos deben saber ya. Deben tener también en cuenta que ahora que está entrando la carretera por Pauti ya están entrando carros, así que hay que deben saber que por ahí van a entrar tanto per-

sonas buenas como malas, que deben estar preparados para eso. Estando por allá, en el mes de mayo llegó justo el primero carro a comprar café. Habían entrado otros carros solamente por motivos de trabajo de la misma carretera, pero ese día llegó un carro pequeño a comprar café y ellos lo han recibido con un poco de alegría, porque su café había sido vendido a un precio mejor que cuando se lo saca en avión del Gran Pajonal. Ahora han tenido un poquito mas de ganancia y estaban emocionados. Yo les dije que acopiaran sus productos y vinieron los compradores y no solamente a buscar café sino a comprar plátanos, yucas y no tenían que vender. Ni tenían para su casa. Entonces ahí veían que no les engaábamos, que no exagerábamos. Ellos mismos han visto que venían a comprar sus plátanos, su yuca. Me daban la razón y me pedían que les distingua quienes eran buenos y malos.

Va a ser un gran problema en ese sentido. Ya hemos hablado con don Pascual para que vea en esta comunidad la forma de mantener una buena organización - por que ahí hay gente que ha terminado su secundaria, pero no están trabajando por su comunidad, al contrario se han ido a Santa Cruz, han salido a Satipo y a veces vienen con ideas negativas para su comunidad. Se empieza con las envidias, con la mezquindad, con algunos celos. La comunidad de Pauti era la más antigua, la más organizada y ahora con el cambio de jefe, el está ahorita con muchas ideas de desarrollo para su comunidad, pero le falta estrategias, los métodos de cómo hacer, como llevar a cabo sus ideas y motivar a la gente. Por mucho que se les diga, ya están con ideas de afuera.

Lo que sí es una gran experiencia para mí es el hecho de haber estado casi dos años allá, un cambio totalmente grande quedó de mi vida, pues de todas maneras, con un poco de temor, me he dado cuenta de que ese trabajo ha sido muy importante y que es necesario que ellos se den cuenta de eso y creo que se dan cuenta de los cambios que hubo en las comunidades con el Programa. Ahora tienen sheriiparis, tiene sus alumnos, tienen sus vaporadoras interesadas, sus alumnas, tienen sus huertas. Entonces se dan cuenta que no están solos; de que ellos mismos puedan solucionar sus problemas en las comunidades y que organizados están mucho mejor.

## Voces I: Las Enfermeras

### Maria Isolina

*Maria Isolina Valdéz Felipe es licenciada en enfermería graduada en el año 1988. Tiene 34 años y es originaria de Chanchamayo, Selva Central. A partir de 1990 comenzó sus actividades en el Hospital del Perené en Chanchamayo, donde recorrió algunas comunidades de Satipo trabajando en el área de inmunizaciones, para el Ministerio de Salud. Desde 1993 se ha desempeñado como enfermera en diferentes organizaciones indígenas asociadas a AIDSESP, como CECONSEC en la Selva Central, FENAMAD en Madre de Dios y OIRA en Atalaya. En 1996 inició su trabajo en el Programa de Salud con OAGP en Gran Pajonal.*

#### El inicio con las organizaciones

En AIDSESP necesitaban a seis enfermeras para trabajar en una campaña contra el cólera, y de esa manera comencé mis actividades en septiembre de 1993 junto a CECONSEC, visitando 83 comunidades. Allí trabajaba yo sola y el representante de salud de la organización. Fui a Lima, para capacitarme, para saber valorar los recursos humanos de las comunidades. Necesitaba saber como los indígenas atendían a sus pacientes, como los curaban. Por donde yo vivía, sabía que tenían vaporadoras y curanderos de hierbas, pero no los conocía.

Me puse en contacto con el jefe de la comunidad de Chanchamayo que estaba afectada por el cólera pues teníamos que hacer una campaña para remediar este problema de salud. Salí a recorrer todas las comunidades y como estaba sola, apenas terminaba el recorrido y en dos días tenía que volver a salir y así no se podía. Era la primera vez que trabajaba y conversaba con ellos para que defiendan su cultura. No querían que sus hijos aprenden su idioma, me decían "¿como van a ir sino al Perené, como van a ir al colegio?".

Yo no me encontraba muy bien preparada y ellos nos veían como gente de afuera, pero les pudimos inculcar algo, poco a poco. En la campaña, evitamos el cólera. Algunos curanderos daban hierbas para tomar; había una planta que tenía olor a canela con la que salyaban a sus pacientes. También había parteras que estaban organizadas, que venían a recibir charlas al Perené o Chanchamayo, donde les daban los materiales. En este sentido, el Ministerio de Salud estaba llegando a las parteras, pero muy poco a los sheripiaris y vaporadoras. Pero entonces nosotros dejamos una semilla.

#### Terrorismo, tiempo y recursos

Cuando llegué a Chanchamayo, la situación estaba muy movida por el terrorismo.

No podía quedarme mucho tiempo en cada comunidad, por el riesgo. A veces tenía que llevar medicinas, en mi mochila y de CECONSEC, con la persona encargada de la Defensa de los Derechos, me conseguían un pase para pasar por algunas bases militares que estaban en camino a las comunidades y allí me hacían un montón de preguntas. Los jefes de las comunidades eran los encargados de cuidarme. Ellos eran los encargados de llevarme y de esperarme y si había movimiento, me sacaban aunque sea a media noche, para traerme lo más cerca posible de Chanchamayo. Entonces era el problema del terrorismo.

Otro problema para las comunidades, aparte del cólera, era el paludismo. CECONSEC era una organización que no tenía recursos, entonces teníamos que gestionarlos pidiendo apoyo al Municipio de Perené. Teníamos que coordinar con el hospital de la Merced, para que apoye a las comunidades indígenas. Entonces nos apoyaban con medicinas para la campaña ya que la medicina que traíamos del Programa era insuficiente. El municipio nos ayudó y así trabajamos siete meses.

#### Los primeros resultados

En ese tiempo se decía "deben tener un promotor" pero nada más, no teníamos programado capacitaciones, no podíamos dejar a alguien que se ocupara de las atenciones de la salud. Bueno, así fue como me inicié. Sin pensar demasiado he llegado a trabajar en las comunidades indígenas y fue una experiencia bonita, algo diferente. Tenías que tener creatividad, ver la forma de hacer algo.

Tuvimos una evaluación en Iquitos y al regreso nos reunimos con seis enfermeros que habíamos trabajado en las diferentes zonas y nos dimos cuenta que necesitábamos mucha más preparación. Había un colega que había trabajado con comunidades indígenas pero ni yo ni las otras teníamos experiencia y necesitábamos capacitarnos, saber un poco la historia de las comunidades.

En una reunión en San Lorenzo salieron los lineamientos de política de salud indígena, entonces ahí empezamos a entender un poco más lo que se quería. Lo principal era ir complementando dentro de las comunidades indígenas, la parte occidental. Ver que sistema de salud está más avanzado e ir complementándose en base a su sistema de salud indígena. No era cuestión de decir "hay que lavarse las manos" o "hay que tomar agua hervida" sino saber como han estado viviendo y por cuanto tiempo, con su propio sistema.

De ahí fuimos comprendiendo un poco más lo que era trabajar con comunidades nativas. Pensé que bueno, voy a seguir capacitándome para seguir luego con otros trabajos.

### Desarrollando el Programa de Salud

Me llamaron nuevamente para trabajar en OIRA, para iniciar un ensayo del Programa de Salud. Ahí empezamos cuatro enfermeras, y nos dijeron que teníamos que reunir a los recursos humanos de las comunidades, para formar un Consejo de Salud Indígena. Trabajamos con un coordinador que también hacía de motorista y nos ayudaba solamente para hacer los trabajos en la comunidad. Como el motorista hablaba el idioma, podíamos llegar bien a las comunidades, el Consejo de Salud funcionó bien y nos fuimos quedando más tiempo en las comunidades. Teníamos 50 comunidades en total y cada enfermera atendía 12 ó 13 comunidades. Yo estaba por la parte de Unini. Fuimos viendo que recursos teníamos, las vaporadoras, la partera, el promotor. A ellos se les fue capacitando, desde nuestro punto de vista lo que es la parte académica. También en las evaluaciones queríamos algo propio de las comunidades y del Consejo de Salud Indígena y queríamos también organizarles la parte occidental de la medicina. Finalmente, hicimos una evaluación con Otilia que ya estaba más integrada, por que había trabajado mucho tiempo por San Lorenzo. El proyecto ADAR ya había formado un Comité de Salud o sea que había enfermeras. Ellos estaban construyendo letrinas y las habían hecho muy bien pero los comuneros no las querían usar, decían que estaban llenas de moscas y zancudos y que olían mal. Ellos sólo iban a construir las letrinas y nosotros tratamos de decirles a los comuneros que las usen y que se laven las manos.

Luego de este primer ensayo, pudimos ver en la evaluación que ya estábamos mejor organizados. En Atalaya ya habíamos iniciado la primera recopilación de datos con los sheripiaris. En la primera etapa, la misma OIRA había hecho la primera recopilación de datos pero a nosotros nos pareció que faltaba una parte, lo veíamos todavía débil pero nosotros, como parte de la medicina occidental no lo podíamos hacer, pues era parte del propio sistema indígena.

En ese momento se presentó el trabajo de FENAMAD en Madre de Dios para el Programa de Salud Indígena.

### La experiencia de Madre de Dios

Dos de nosotras fuimos a Madre de Dios y ahí encontramos una situación muy diferente. Era una organización que, según ellos, tenía mucha experiencia, que venían trabajando durante años. Con un coordinador fuimos a las comunidades y nos encontramos con una realidad muy diferente. Había una mezcla tremenda, había mucho mestizo que hablaban muy bien el castellano. Donde yo trabajaba en Madre de Dios había shipibos, harkmbuts, arahuacas y quichuas. Me encontré con una situación terrible. Allí había funcionado el proyecto AMETRA 2000, estaba el Hospital Botánico y hablaban bastante de un consultor francés. Cuando llegamos a las comunidades, a buscar los recursos humanos, al principio nos rechazaron, como Programa de Salud.

Habían tenido problemas con el francés que le había hecho tomar



Paralizado en accidente, paciente de Maria Isolina.

Foto: Søren Hvalkof, 1994

ayahuasca a los curanderos harakmbuts. Y ellos que no tomaban ni ayahuasca ni toé, dijeron que la ayahuasca les había hecho mal y por eso no querían saber nada del Programa de Salud. Nosotros les dijimos que nosotros no queríamos que cambien las costumbres de cada pueblo. Los harakmbut usaban sólo el tabaco mientras que los shipibos usan la ayahuasca en su sistema de salud y hay otras etnias que solamente cantan, que curan al paciente cantando.

En el segundo y tercer recorrido en Madre de Dios recién comenzaron a aceptarme, pero a los nueve meses, se cortó el trabajo por los malos manejos de fondos. Entonces nosotras viajamos a Lima para hacer la evaluación y solas tuvimos que hacer frente a todo. Demostramos al Hospital de Madre de Dios que no eran en las comunidades indígenas donde había tuberculosis. El Hospital decía que todas las comunidades tenían tuberculosis y que los gastos en Madre de Dios eran muy altos, que alcanzaron en 1994 el primer puesto de tuberculosis. Nosotros hicimos una búsqueda intensiva y solamente encontramos un caso de tuberculosis ganglionar. Era un comunero que estaba trabajando con las dragas de oro y llegó enfermo a la comunidad. Los mineros, que venían de Cuzco o Ayacucho, de cada grupo de 10, 7 u 8 tenían tuberculosis, así que llegaron a darse cuenta de que no eran los indígenas sino la gente de afuera, la que viene a trabajar en las dragas en la búsqueda de oro, los que tienen tuberculosis.

Nos reconocieron mucho el apoyo que habíamos dado en esta búsqueda. En cada puesto de salud de las comunidades capacitábamos a los promotores y técnicos de salud. Dejamos paquetes de medicinas por que se vio que era necesario en la zona. No se hizo mal el trabajo ahí, pero hubo que cortarlo a los nueve meses y debimos regresar a Lima.

### Hepatitis y malaria

Cuando regresamos a Lima justo AIDSESEP estaba preparando para el Instituto Nacional de Salud los trabajos de investigación de prevención de hepatitis B y Delta de la Amazonía. Para poder apoyarles en esta tarea, me mandaron a prepararme al Instituto Nacional de Salud, para hacer las prácticas para la extracción de sangre y hacer un muestreo en todas las cuencas del Río Marañón, Putumayo, Tigre, Napo y regresar a Atalaya, en Ucayali. Entonces hice el primer muestreo con el Dr. Torres y de ahí me mandaron sola a todas las cuencas para sacar sangre y enviarlas para poder ver los tipos de parásitos que pueda haber en esa zona. También atendíamos los casos de malaria que se estaban presentando en toda la zona del Marañón. Allí coordinamos bastante con el Ministerio de Salud para los trabajos de investigación.

Tuvimos un poco de problemas con el Consejo Aguaruna-Huambisa, pues teníamos que pedir permiso al Consejo, pero el pueblo quería que les apoyemos. También hemos tenido todo el apoyo del Ministerio de Salud, del Municipio para poder llegar y gracias a ellos ya estamos vacunando, al menos a los niños menores de un año, contra la hepatitis B. El objetivo era llegar a los menores de cinco años, por su predisposición a contagiarse la hepatitis. Ahora el Programa de Salud está planteando la continuidad del trabajo, donde trabaja el Dr. Torres y Otilia. En un principio estaba pensado hacerlo solamente en OIRA, pero también se puede coger la parte del Gran Pajonal.

### La fuerza de la OAGP

La tercera fase del proyecto, que ya se había preparado con OIRA se demoró un poco. A mí me eligieron para trabajar en el Gran Pajonal y de esa forma llegué a la organización OAGP. Con mi experiencia en otras organizaciones, vi a la OAGP muy fuerte, con muchos fundamentos.

Ni bien llegué me dijeron "enfermera, aquí no hay bote, no hay carro y aquí se camina tres o cuatro días para entrar a una comunidad". Me chocó como primera impresión. Me preguntaron dónde había trabajado antes y les dije que mayoritariamente por río, caminando muy poco en Chanchamayo. Entonces Don Pascual Camaiteri me dijo "bueno enfermera, aquí se camina. La primer comunidad queda a cuatro días". Yo me decía que no podía asustarme y ellos me veían tranquila.

Pensaba que el trabajo es el mismo, donde sea. Empezamos el recorrido y teníamos los mismos objetivos de recuperar y revalorar la medicina indígena, complementándola, reforzándola con la medicina occidental. En el equipo teníamos un coordinador y una coordinadora que era una

mujer muy experta. Había también una organización de mujeres que nos colaboraba. Hicimos un recorrido muy largo para hacer un reconocimiento de toda la zona. Los indígenas tenían mucho miedo y no querían decir lo que había o no había.

En la zona trabajaba también la Misión Suiza y empezamos a identificar promotores que los de la misión estaban preparando. Hubo una buena acogida pues sabían que iba a empezar un nuevo Programa. Tuve la oportunidad de conocer a la hermana Liselotte de la Misión, justo en una capacitación en la que había reunido a todos los promotores que ellos estaban preparando. Conversamos, coordinamos y nadie se opuso al trabajo, pues OAGP necesitaba reforzar sus sistema de salud indígena. La hermana entendió que teníamos que atenderlos dentro de su sistema de salud.

Los comuneros nos decían que los *chori* [N.d.E.: colonos] les traen la enfermedad, les traen *joncawontse* (gonorrea), que eran enfermedades nuevas. Entonces veíamos si se podía trabajar con las dos medicinas, articuladas. Los sheripiaris o los curanderos decían que sólo podían curar hasta aquí y de acá para adelante no. Entonces eso iba para el promotor. Así nos íbamos dando cuenta hacia donde apuntaba el Programa de Salud.

### Forma de trabajo

Nuestro equipo está compuesto por un coordinador responsable de cada organización que aquí es un ashéninka, una coordinadora también ashéninka y la enfermera. También se considera a una mujer experta, una vaporadora. Pero no en las comunidades donde ya había vaporadoras. También hubo dos escuelas en la primera fase, una en la comunidad de Chequitavo y la otra en la comunidad de Tarisa, donde está el maestro sheripiaris. Allí van los alumnos para prepararse. También tenemos un asistente administrativo.

Demorábamos meses en hacer un recorrido. A los dos años de trabajo, ya teníamos promotores y se habían identificado promotores que se están formando. Lo mismo con los sheripiaris.

También trabajamos con colonos. Cuando hicimos el censo, visitamos a todos, indígenas y no indígenas. Hemos también enfocado el trabajo en las comunidades con familias de afuera. En Oventeni hay gente que recién ha llegado, que están a las afueras, que no están en ninguna comunidad. También a ellos los hemos censado. Ellos viven dentro de los fundos, con patronos y ellos mismos se nos han acercado y aceptado muy bien el Programa. Nos han dicho que tienen su vaporador ashéninka y a él acuden para que le curen. Es un vaporador de Oventeni muy bueno, muy respetado y lo hemos invitado varias veces a nuestros encuentros. También hay un huesero y un partero, que los hemos hecho su reconocimiento y presentado al pueblo.

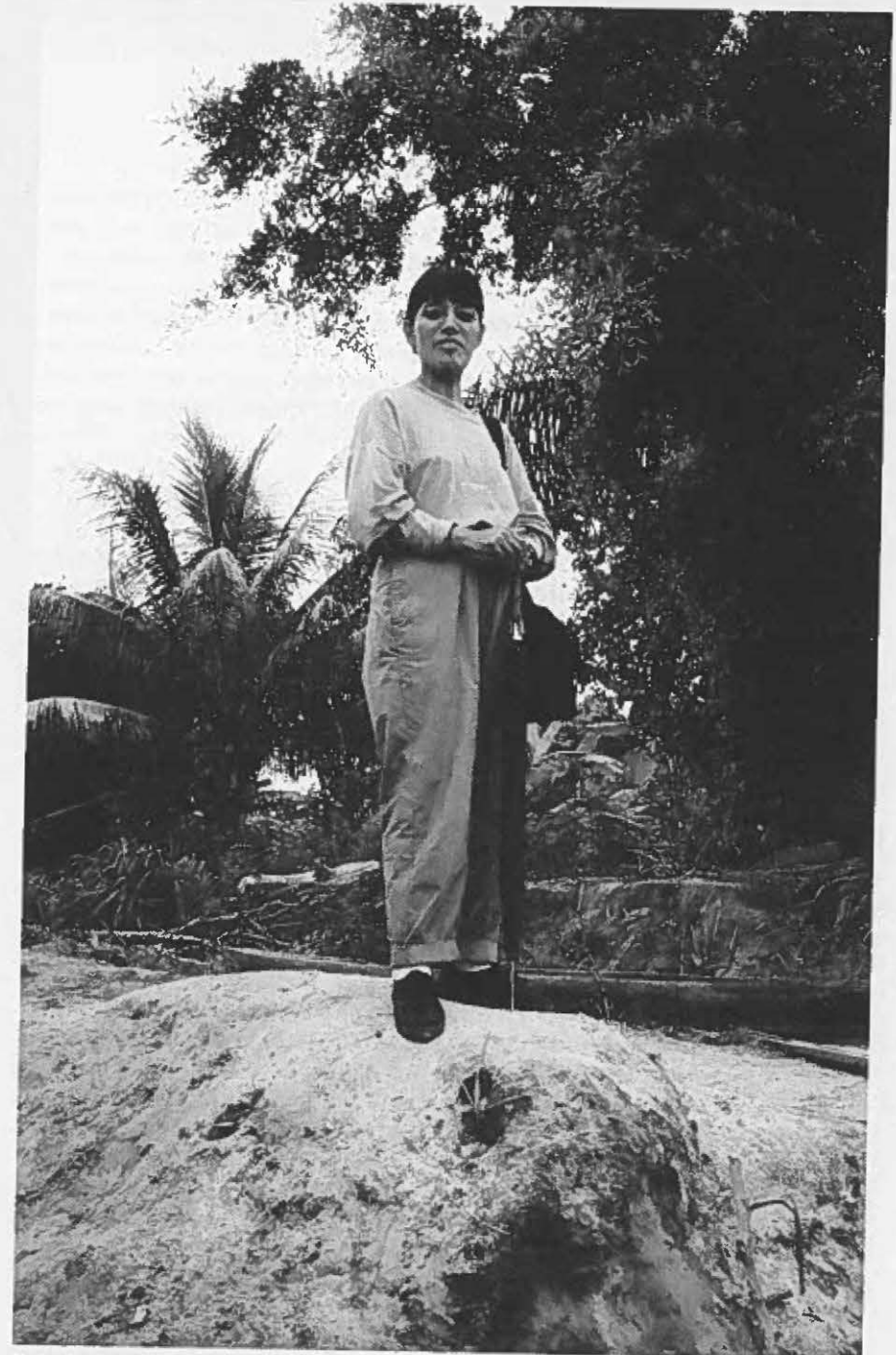
### Evaluando los trabajos

Hicimos una evaluación donde dije que había una formación débil, que trabajábamos con promotores en una comunidad, que se los dejaba por cinco meses sin verlos ni darles continuidad en la capacitación. Entonces nosotros planteamos la necesidad de ampliar el trabajo, que necesitábamos otro equipo más, para poder llegar más fácil a las comunidades. Es así que se logró la ampliación y vinimos ya dos equipos.

Hicimos un convenio con la Municipalidad con la OAGP y se incluyó a Oventeni en el Programa. Hemos buscado a gente que nos ha apoyado durante años en Oventeni. La organización consideró la inclusión de Oventeni como algo estratégico, para que disminuyan los problemas políticos con los colonos.

En el transcurso de nuestro trabajo hemos recuperado muchos médicos indígenas y tenemos 60 promotores, de los cuales 33 ya tienen un buen nivel. Han participado en todas las capacitaciones, tienen prácticas óptimas, se han repuesto las medicinas, se trabaja en las chacras para los botiquines y la venta de sus productos para la compra de medicamentos. La dificultad es en la parte occidental, por no tener un sistema de compra de medicinas. Esto todavía queda como un punto para buscar una estrategia, una alternativa para poder hacer que nuestros promotores sigan adelante. Es importante que podamos trabajar con el Ministerio para poder abastecer el puesto de salud de Oventeni y que allí los promotores puedan comprar las medicinas.

Para mí fue una experiencia muy bonita trabajar con OAGP, no hubo ningún problema y la administración siempre estuvo a la par con el trabajo. Eso era siempre nuestro pedido, que la parte administrativa estuviera cerca de la parte técnica del trabajo. Y eso se dio en el Gran Pajonal. Nosotras estamos muy contentas con el reconocimiento de OAGP, con el trabajo que se hizo con los dirigentes de la organización y les agradezco mucho haberme permitido trabajar en esa zona.



La enfermera Lidia.

Foto: Jim Thuesen, 1998

## Lidia

*Lidia Orihuela Zapata, licenciada en enfermería, natural de Tarma, Departamento de Junín en la zona andina. Es la enfermera del equipo que ha trabajado más años en la selva amazónica. Inició su trabajo en AIDSESEP, en el año 1991, en Atalaya, con el proyecto "Lucha Contra el Cólera". Ha trabajado desde entonces con el PSI en varios proyectos regionales, entre ellos en el Bajo Huallaga y Achual Tipishca con FEDECOCA (1993) y después en la Reserva Nacional Pacaya-Samiria con los cocamillas y ribereños. Su larga experiencia del campo concluyó con el presente programa trabajando con OIRA y ORDECONADIT hasta el fin del proyecto en el año 2000.*

### La epidemia de cólera

En un primer momento fui designada para trabajar en CECONCEC, que es la parte de Satipo Selva Central; bueno, como en ese entonces el terrorismo estaba presente en la zona, me designaron para venirme a Atalaya. Hice mi trabajo en Atalaya, con el Proyecto de "Lucha Contra el Cólera". En ese momento AIDSESEP tenía su secretaria de Salud encabezada por el Sr. Juan Reátegui Silva. Empezamos a trabajar en 1991 capacitando a los promotores en el tratamiento del cólera, porque en aquel entonces el cólera había diezmado a una gran cantidad de personas acá en el Ucayali y encontramos 144 personas que habían fallecido por cólera. Los promotores no sabían dar tratamiento de rehidratación endovenosa, pese a que el Centro de Salud de Atalaya les había implementado con sueros endovenosos. Ellos no sabían administrar sueros caseros, y había muerto mucha gente en 1991. Ese año empecé a trabajar capacitando a los promotores en el adiestramiento del tratamiento del agua, incentivando a la población sobre la limpieza y la importancia de la higiene, entonces a partir de ahí los promotores empezaron a controlar más el cólera y disminuyó la mortalidad por cólera. En aquél entonces se llamó a las concentraciones, y me di con la sorpresa que no sólo venían los promotores, sino también asistían sheripiaris, Jefes de comunidades, maestros bilingües, autoridades, parteras, vaporadoras. A todos se les enseñó el tratamiento del cólera y ellos se veían muy contentos porque tenían interés en luchar contra esta enfermedad, querían ya erradicar esta enfermedad. Se encontraba una inquietud tremenda en la población. En ese momento, cuando hice la supervisión, nos dimos con la grata sorpresa que la mayoría, o sea un 70% a 75%, construyó sus letrinas, había mejorado su limpieza o sea que ellos

habían entendido la importancia de la higiene, de la limpieza, en la lucha contra la diarrea y el cólera.

### Salud y especialistas indígenas

En 1993 fui al Bajo Huallaga, lo que es FEDECOCA, y trabajé también en AIDSESEP en la Reserva Nacional Pacaya-Samiria, en la zona de Samiria. Ahí empezamos a trabajar conformando los consejos de Salud Indígena, donde se integraron los icaradores, parteras, vegetalistas con los promotores y los jefes de capacitación. Se trabajó en cuanto a lo que son los medicamentos occidentales, en cuanto a la farmacéutica, pero también se trabajó con la medicina indígena. Ahí también encontramos que la medicina indígena prevalecía, se utilizaba bastante, sobre todo las mujeres. Las mujeres eran las que hacían uso de las plantas medicinales, lo que acá le dicen piripiri, pinitisi, también trabajamos en cuanto a la limpieza y los icaradores. Había muy buenos icaradores por esa zona del pueblo cocamilla. En 1995 volví nuevamente aquí a Atalaya, trabajamos ya con el Programa de Salud Indígena, acá con las Comunidades de OIRA, nuevamente, continuamos trabajando ya fortaleciendo más a la medicina indígena y a sus recursos humanos. Acá es diferente, no eran reconocidos los sheripiaris, las parteras, las vaporadoras, porque en el pueblo ashéninka antes no existían las parteras. En una comunidad habían tres, cuatro o cinco parteras, pero atendían en familia, una partera atendía a sus nueras, a su hija, a sus nietas, a sus bisnietas, y así; otra familia también tenía su partera y a veces se pasaban la voz, por ejemplo, que en una familia ya murió la partera, así se hacían conocer las parteras, pero no era propiamente reconocida en una Asamblea que ella es la partera, pero sí conocían ya las vaporadoras, en una comunidad habían dos o una vaporadora.

### Resistencia religiosa

En algunas comunidades no se encontraban vaporadoras porque ahí, con el ingreso evangelista habían desaparecido incluso los sheripiaris y las vaporadoras. Decían que eso era contra la cristiandad, que es demoníaco, entonces nosotros teníamos que luchar contra eso, porque ellos estaban yendo contra lo que es propio, lo de la cultura, lo que es su medicina en sí y que pues, había sobrevivido a los avatares de hace siglos y los habían empezado a satanizar.

Continuamos con ese trabajo nuevamente acá en ORDECONADIT. También nos encontramos con la sorpresa en ORDECONADIT, a partir de 1996, había más comunidades todavía acá, mucho más comunidades adventistas, donde pues los sheripiaris eran satanizados en todo el sentido de la palabra, que es demonio, brujo, que eso está contra la Ley de Dios, incluso hay comunidades bien definidas que no cuentan con sheripiaris por eso; pero sí hay vaporadoras, por que lo que ellos sí dicen, sí permiten que trabajen con vegetales, pero no permiten a los sheripiaris porque son demoníacos. Eso es lo que opinan las personas que pertenecen a estas comunidades adventistas.

### Reconocimiento y éxito

Ahora seguimos trabajando; estamos contentos, y al término de este proyecto tenemos un número de sheripiaris que están muy bien reconocidos en sus comunidades, igualmente parteras, vaporadoras en cada comunidad. También tenemos promotores que vienen trabajando en las comunidades. La gran mayoría de las familias han hecho sus huertos familiares, han reconocido y valoran sus plantas medicinales. Nuevamente se ha recuperado el respeto hacia los sheripiaris, hacia las vaporadoras. Hoy en día los sheripiaris ya no trabajan escondidos, ocultos. Incluso actualmente hay un Proyecto de Salud Integral para las comunidades nativas que está desarrollando la Dirección Regional de Ucayali, donde también están tomando en cuenta a los sheripiaris, a las parteras, vaporadoras, a todos los recursos humanos del sistema de salud indígena y aquí en la sede es definido por los agentes comunitarios de salud. Entonces qué sucede, ahora en nuestras comunidades, nuestros sheripiaris se sienten más fortalecidos, igualmente nuestras parteras, nuestras vaporadoras, nuestros promotores porque ya ven que hasta el Ministerio los está reconociendo y los está valorando. El sistema occidental ha entendido la importancia de la medicina indígena, como la principal acá en la zona, y está entendiendo ya que la medicina occidental ya es un complemento necesario, y ya dejan que trabajen incluso, también coordinan, trabajan con sus parteras, vaporadoras, incluso ya quieren trabajar directamente con los sheripiaris. Sin embargo, les es un poco problemático, porque aún hoy en día todavía se siente el celo de nuestros sheripiaris hacia ellos, siempre hay un poco de desconfianza.

### Supervisión y seguimiento

Los promotores están igualmente contentísimos. Hoy día coordinan con los puestos y Centros de Salud. Lo que ellos piden y lo que ellos necesitan es más fortalecimiento en cuanto al conocimiento de los manejos de medicamentos. Eso es lo que les falta. Entonces ahora, en este último recorrido que estoy haciendo, doy más énfasis a la supervisión. Estoy viendo que algunos promotores están flojos todavía, y también hemos tenido promotores que han cambiado en algunas comunidades, dado que un promotor, por ejemplo, se va a la madera y no vuelve durante mucho tiempo, porque tiene sus patrones para quienes trabaja y como ya no puede volver a la comunidad se ha elegido otro promotor y a ellos se les está capacitando. Ahora en este viaje hemos recorrido con un grupo de promotores y en ese recorrido de comunidad por comunidad ellos han aprendido bastante, porque ellos aprenden más viendo que escribiendo en la pizarra. Esa forma es positiva para ellos. Es mejor la demostración, la enseñanza con la práctica y esperamos que éstos, sus conocimientos, ya estén dando frutos. Ya tenemos nuestra medicina indígena fortalecida, valorada, nuestros recursos igualmente en cada comunidad ahora vienen con facilidad. Por ejemplo, la brigada del Ministerio de Salud, ellos se acercan diciendo "yo soy la partera", "yo soy vaporadora", aunque no tanto todavía los sheri-

piaris, pero sí las parteras y las vaporadoras se acercan a la brigada, se hacen conocer y dialogan con ellos. Se ha notado que hay más acercamiento de parte del Ministerio de Salud hacia las comunidades.



Especialistas y técnicos asháninka, ORDECONADIT.

Foto: Jim Thuesen, 1998

## Voces I: Las Enfermeras

### Beatriz

*Beatriz Cuellar Contreras, nació en Pucallpa y tiene 32 años. Es enfermera con más de nueve años de experiencias trabajando en salud pública en Lima. Ha trabajado dos años en el Programa, con OIRA en Atalaya. Trabaja con los pueblos yine, asháninka, yaminahua y amahuaca en el sector de Río Urubamba.*

#### El inicio

Soy de Pucallpa y nací exactamente a dos horas de San Alejandro y por ahí también hay ríos, parecidos a los de Atalaya y están los nativos cacataibos. Nunca pensé trabajar directamente con indígenas, a pesar de haber nacido en la selva, y la verdad que es muy bonito, muy grato para nosotros. Ellos nos reconocen, nos agradecen y una es siempre bien recibida y ya me he acostumbrado al trabajo. Ya sabemos como trabajar en las épocas de lluvia o de sol, donde tenemos que caminar mucho para ver a un paciente. Cuando nosotros estamos en las comunidades trabajamos de lunes a domingo.

Atalaya es diferente y me llama la atención el sector de Urubamba donde siempre hay movimiento de las personas. A veces elegimos a un promotor y luego nos dicen que se fue a estudiar a Pucallpa, o sea que hay oportunidades de apoyo, quizás de parte de los padres que quieren que sus hijos se superen. Tampoco hay enfermos tan graves, como en otras comunidades pues en la comunidad hay puestos de salud. Yo pienso que hay menos enfermedades allí por que de repente la alimentación es mejor. También la ropa es mejor; ya no hay comunidades del sector de Urubamba que usen cushma, solamente cuando hay frío utilizan la cushma como abrigo. Siempre se comenta que los de arriba, del sector de Urubamba, tienen más dinero. La diferencia es que arriba trabajan madera, hay bastante por allá.

En la comunidad de Onconashari usted puede ver que tienen su beneficio. Ahí, por ejemplo, la mayoría tiene pequeñas radios. En esa comunidad nunca hay silencio, siempre para funcionando la radio en diferentes casas.

En estas comunidades hemos encontrado a señoras con enfermedades venéreas. Es que hay muchos madereros. La primera vez que fuimos, había una fiesta con más de 30 madereros y usted sabe, de tanto mareo ellos habrán contagiado, de repente las señoras han estado con uno de ellos. Donde llegan madereros hemos visto enfermedades venéreas y se

les da su tratamiento. Siempre se conversa con la vaporadora y aparte de sus hierbas se le dice a los jóvenes que sigan el tratamiento.

En la zona de Bufo Pozo, Puija, son comunidades que tienen más medicinas que las demás. Es que son personas que saben administrar mejor sus medicinas. En el caso de Bufo Pozo, la promotora es una administradora excelente. Tienen también la organización PISAQ que siempre les capacita y dona medicinas. Ellos tienen el doble o triple capacitación que la parte de abajo. Aparte de PISAQ tienen también a OIRA y el Centro de Salud.

#### La medicina indígena y la occidental

Hemos tenido la oportunidad de salir con el Sr. Angel que es un experto en medicina indígena. El curso ha sido muy interesante pues aparte de los promotores, han sido capacitadas las pateras, las vaporadoras y curanderos. Nosotros siempre decimos en cada reunión que lo más fácil para ellos es que cojan las plantas medicinales, que las pastillas cuestan y hay comunidades que sí lo ponen en práctica, pero no todas. Otras dicen que es más fácil una pastilla para el dolor de cabeza y algunos se acostumbraron así. Pero el promotor trabaja siempre con la partera, entonces el promotor ve si se puede curar con la medicina occidental o con la indígena.

Había una señora que tenía su hijo con neumonía entonces el partero le sopló, o sea le echaba humo de tabaco a los pulmones. Pensaba que era susto y por eso fue al curandero. Pero a la vez tenía pulmonía, entonces llegó acá y el niño iba a fallecer. Llegó mal al Centro de Salud. Al pobre niño no debieron echarle mas tabaco pues ya estaba agitado con la neumonía. Entonces hubo que salir diciendo que hay cosas que sana la medicina tradicional. Pero ellos creen en el daño.

Allá en el Urubamba hay dos de los mejores sheripiari. Dos que son maestros, el señor Cañari en Centro de Pucani y otro que está en Capirona. Al de Capirona no le creían mucho por que decían que había hecho daño, pero el problema mayor fue que este señor se había metido con las dos hermanas, entonces por eso no lo querían en la comunidad. Lo botaron prácticamente, aunque para él era normal tener hijos con las dos señoras. Otras personas lo habían acusado de haber hecho daño a sus nietos. A veces, cuando ya son expertos, no solamente hacen cosas buenas, también hacen cosas malas. Eso es lo que siempre comentan. Tenemos también a 10 alumnos sheripiaris como le dicen los asháninka, o kajonchi como le llaman los yine o yowu los yaminahua o amahuaca. Lo practican de manera diferente. Los yamu no utilizan la ayahuasca sino el tabaco. A través del tabaco curan. Había otro en Bufo Pozo que curaba todo a través de su Biblia y le nombraron kajonchi en esa comunidad. No todos toman ayahuasca, o purga como le dicen ellos, para ver que es lo que va a pasar.

#### El Programa de Salud Indígena

Pienso que el programa genera futuro, es la ayuda que realmente necesitan. También en los viajes para sacar la yuca, el plátano a Pucallpa. Por que

una lancha baja a Pucallpa cada cuatro días, así que el Programa les ayuda en todo, no solamente en salud.

Yo he trabajado cuatro años por ésta zona y pienso que los promotores están capacitados y si de repente se va el Programa, siempre queda el Centro de Salud y se les va a capacitar a los nuevos promotores, como deben administrar sus medicinas. Ahora ellos están tristes pues saben que el Programa se está acabando, entonces ellos dicen que siempre los visiten, que siempre los apoyen.

Les explicamos que el Programa se amplió por dos años, que la ayuda económica era de dos años más y ellos nos preguntaban si iba a haber otro proyecto. Nosotros les decimos que de los promotores de aquí quizás van a tener de repente un trabajo, que lo mejor es que sean las mismas personas indígenas la que atiendan a sus paisanos, que les entienden mejor, que hablan su mismo idioma. Jamás un mestizo va a atender a una indígena por temor a que le vean los varones, ellos cuidan bien esa parte, la intimidad digamos.



La especialista Luzmilla asando pescado.

Foto: Cæcilie Mikkelsen 2000

## Voces I: Las Enfermeras

### Sofía

*Sofía Vivanco Hilario, 37 años es licenciada en enfermería. Ingresó al Programa de Salud Indígena en septiembre de 1998. Trabaja en el sector de Ucayali, en 29 comunidades pertenecientes a OIRA, Atalaya.*

#### Integrando las sistemas diferentes

Tenemos una buena experiencia de trabajo en este programa por la diversidad de los sistemas y motivos por los cuales hemos venido trabajando. Las comunidades siguen conservando su sistema de salud tradicional, que utilizan en la prevención y en el tratamiento de enfermedades comunes. Otro aspecto importante es la mortalidad infantil causada por diarrea, parasitosis y desnutrición.

En los 19 meses que vengo trabajando, hemos recogido una buena experiencia, laborando con las vaporadoras, sheripiaris, parteras, huerosos y la formación de los promotores de salud bajo un sistema de capacitación, tomando en cuenta el uso de sus medicinas tradicionales. Es una experiencia innovadora y no se la puede comparar con una simple capacitación. Nuestra medicina occidental es muy sistematizada y no podemos actuar de igual manera frente a las comunidades, pues ellos practican otro tipo de medicina. Esta medicina tradicional viene conservándose durante generaciones, y el sistema no varía. La preparación de plantas medicinales tampoco varía y transmiten sus conocimientos en forma oral.

Hemos tratado de adaptar nuestro lenguaje, nuestra forma de vida, nuestras costumbres a la realidad indígena y hemos visto la importancia del promotor de salud en las comunidades. Venimos formando promotores en cada comunidad y es importante ya que si un promotor se ausenta por motivos de trabajo otro tiene que asumir su puesto. De la misma manera, hemos puesto énfasis en la reposición de medicamentos, también bajo sistemas creados por las propias comunidades. Se han fomentado las chacras comunales, la crianza de aves, la venta de productos como el arroz. En Atalaya el arroz se compra a 25 ó 30 céntimos el kilo por lo que las ganancias no son suficientes. Este es un problema que limita bastante la reposición de medicamentos; el esfuerzo que hace cada promotor de salud y el jefe de cada comunidad para poder afrontar el mantenimiento y sostenimiento de estos tipos de trabajos. Pero a pesar de todas estas limitaciones, los promotores de las comunidades están incentivados en seguir conservando un botiquín comunal para casos de emergencia. Nosotros

hemos llevado una lista de 12 medicamentos de urgencia, analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, antiparasitarios y antibióticos. Son medicamentos que se pueden usar de emergencia o para tratamientos complicados. También contamos con un convenio con el Centro de Salud de Atalaya para que colaboren en el diagnóstico de enfermedades por que hay casos que el promotor de salud no puede solucionar en su comunidad.

En el mes de febrero hemos tenido una reunión con el Centro de Salud de Atalaya, con los técnicos de salud que trabajan en los puestos periféricos. Son técnicos que trabajan sólo bajo el sistema de salud occidental y en la reunión han comprendido que es necesario renovar el sistema de trabajo, por lo que nosotros les invitamos a nuestros recorridos, para ir de comunidad a comunidad, con el tiempo suficiente para que les conozcan los comuneros, los respeten y los integren a su sistema de vida. Por que si una persona desconocida llega a la comunidad, no es fácilmente aceptada y eso nosotros lo hemos vivido durante 4 ó 5 meses, para que la gente nos acepte, nos confíe y nos dé lugar en su sociedad. Es un sistema nuevo y fue aceptado por algunos técnicos de los puestos de salud. No es lo mismo ir a visitar una comunidad por 2 ó 3 horas, que permanecer uno o dos días en cada comunidad. Para nosotros, que optamos por la convivencia, nos ha dado buenos resultados.

En el quinto recorrido hemos trabajado con un señor que es experto en uso de vegetales, que ha estudiado y se ha capacitado con el maestro Shipibo Sr. Angel Ruíz, de la organización ORDECONADIT. Con él hemos reunido a las vaporadoras, sheripiaris, parteras y promotores de salud para que todos aprendan el uso y la preparación de las medicinas para el tratamiento de enfermedades comunes. Para tratar la diarrea, enfermedades respiratorias, la gripe, el mal de aire, el susto o vómitos y parasitosis, se prepara la leche de ojú. Con este preparado hemos tenido buenos resultados.

Nuestra preocupación ha sido siempre la participación de los promotores de salud. Hemos llegado a reunir un grupo de 35 personas, con gente muy animada, colaboradora. En cada sede donde se ha desarrollado la evaluación, los resultados han sido muy satisfactorios. La participación, la enseñanza entre ellos ha sido importante. Las vaporadoras compartían sus conocimientos con las más nuevas. Ha sido la primera vez que se hacían reuniones de este tipo. Aprendieron a compartir sus conocimientos y aprendieron también a reconocer los vegetales y tal vez a corregir algunas formas de preparación. Los sheripiaris de igual manera curaron a sus pacientes con tabaco y ayahuasca y han participado en el tratamiento de otras enfermedades. Para nosotras ha sido una grata experiencia trabajar por ejemplo con Ramón Castilla. Nosotros atendíamos a los pacientes, nosotras como enfermeras, junto a los promotores de salud desde una opinión de la medicina occidental, mientras que la vaporadora daba su opinión desde la medicina tradicional. Lo mismo el sheripiari y la partera. Hemos tenido por ejemplo el caso del tratamiento de diarrea. El

paciente presentaba sus síntomas bajo el interrogatorio que ellos hacían y después de haber entrevistado al paciente, el promotor da su opinión desde el punto de vista occidental y la vaporadora daba su opinión desde el punto de vista tradicional. Ha sido un tratamiento muy dinámico, muy bonito por que coincidíamos en muchas cosas. Hemos elegido el tratamiento de acuerdo al sistema tradicional. La vaporadora opinó que se le podría dar la corteza de margo hervido, con una flor que no recuerdo el nombre. Si no mejoraba el caso en dos días, entonces empezamos el tratamiento occidental, con antibióticos. Este sistema de trabajo creó bastante interés y muchos opinaron que así se debería trabajar en las comunidades.

Los promotores, vaporadoras, sheripiaris y parteras pueden utilizar este sistema por que muchas veces hemos tenido casos de paciente trabajando con un sheripiari, 40 días sin recibir opinión de otras personas. Tuvimos un caso de un absceso en glúteo en la comunidad de San Francisco. El paciente era sometido al tratamiento del sheripiari con tabaco. Le sobaban, le hacían vaporación y el paciente no mejoraba. El absceso iba creciendo de manera tal que el glúteo derecho tenía un volumen cuatro veces superior al izquierdo. Entonces, a los 40 días, el sheripiari dijo que era una enfermedad para médicos. Al paciente lo encontré en una situación muy desfavorable, con un estado de anemia severa y desnutrición. El paciente ya no caminaba y frente a ese caso, iniciamos un tratamiento con antibióticos. El paciente tuvo miedo, incluso intervino el jefe de la comunidad y lo dejamos bajo la responsabilidad de su familia. A los seis días volví a la comunidad y ya el paciente estaba mucho mejor, nos agradeció nuestra oportuna intervención y aceptó continuar con el tratamiento, que lo prolongamos por 15 días para evitar complicaciones. A los seis meses estaba muy mejorado y eso ha sido una demostración por que a los sheripiaris que a veces se les complican las cosas. Con estos ejemplos hemos llegado a cada sheripiari, que no deben ser tan cerrados, que el paciente a veces necesita de todo. Que son un equipo de salud, promotor, partera, sheripiari y hueseros. Deben comunicarse entre sí, frecuentemente. Estas reuniones de capacitaciones que hemos hecho en todos los recorridos han sido para ellos, para que se conozcan, para que no haya rivalidad entre ellos, de que se abran un poco más, que sean más comunicativos, que aprendan a respetar otras opiniones.

Hemos tenido también casos de partos donde es muy difícil ingresar a lo de una familia para atender un parto con la partera y el esposo. A veces no nos hacen participar, por la reserva, la vergüenza de ellas o el miedo o celos del esposo. En este aspecto nuestro trabajo ha sido muy limitado por estos motivos. Tuvimos un caso en el caserío Pozo, de un parto prolongado por seis horas, donde el niño no podía descender. La partera me llamó y cuando llegamos a la casa había cuatro parteras, la enfermera, la mamá de la niña de 15 años y el esposo. Entonces, cuando empecé a colocarlo en buena posición fue algo chocante para la mamá que decía que no era así y la otra partera que tampoco, que tenía que sentarse, que tenía que echarse, tenía que pararse. La verdad que no me sentía mal

por que yo quería hacer las cosas que me habían enseñado. Entonces les dije que también van a aprender lo que yo sabía, así que acomodé el paciente y el niño nació. Pero el problema siguió cuando había que cortar el cordón umbilical. No quisieron por nada del mundo hasta que nazca la placenta. Todos decían que se iba a morir. Fue una hora de estar ahí con el bebé ligado a la madre a través del cordón. Cuando terminamos el parto, las señoras dijeron que así como lo hicimos, también era bueno el parto. El cordón lo cortaron a 15 cm con nudos especiales y la placenta fue tratada por el esposo. El esposo la pisó para que no tenga más hijos. No quiso después de haberla visto sufrir tanto. Así que para mí también ha sido un momento de aprendizaje.

También en la comunidad de Pensilvania, más o menos a los 15 días de haber iniciado mi trabajo, encontré un niño de ocho años con artritis. Para mí era doloroso ver al niño postrado, con 40 grados de fiebre, a punto de convulsionar y la familia sin poder hacer nada por que no tenía los medios económicos. No tenían gasolina para trasladarlo de Pensilvania a Atalaya, que son seis horas de navegación. No podían siquiera comprar una pastilla contra la fiebre. Entonces le empezamos a dar tratamiento y a los ocho días el niño había mejorado bastante. Hemos tenido la participación del Dr. Torres quien nos ayudó en el diagnóstico y con el tratamiento. Como en estos casos, las limitaciones económicas son muy frecuentes. Por último, quisiera agradecer a la financiera y a AIDSESEP por el sistema de trabajo que se está optando en las comunidades nativas. Esto no existe en ningún libro, es algo innovador y la creatividad de este trabajo ha ido creciendo día a día, viendo los problemas, las necesidades, las oportunidades que se presentan en cada comunidad. Las formas de capacitación, la metodología ha sido adaptada por que hay muchas cosas que nosotros quisiéramos plantear desde un punto de vista occidental. Hemos tenido que modificar nuestro método de trabajo de acuerdo a la realidad y ha sido un trabajo muy duro. Nos ha costado meses aprender, tiempo y paciencia. Los promotores por su parte no cuentan con el nivel educativo que nosotros quisiéramos. A veces no tienen la primaria completa o sólo segundo o cuarto año de primaria y es muy difícil enseñar cosas escritas. Tuvimos que propiciar la parte práctica para que aprendan. Queremos que nuestros aportes sean válidos para las comunidades nativas, de cualquier país.

## Voces I: Las Enfermeras

### Rosario

*Rosario Vega Camarena es enfermera y tiene 30 años. Recién en 1999 comenzó trabajar en la selva con AIDSESEP y su Programa de Salud Indígena. Trabaja por el sector de Ucayali con la organización regional ORDECONADIT.*

#### Introducción a la cultura indígena

En 1991 tuve conocimiento por primera vez de la existencia de AIDSESEP, a través de la Lic. Lidia Orihuela Zapata, que viene como yo de Tarma. Me contó del proyecto, me mostró fotos y desde entonces me interesé. En 1994 me quisieron contratar pero tuve problemas de salud y no pude venir. Más tarde me puse en contacto nuevamente con AIDSESEP, a través del Sr. Juan Reategui y es así que vine para ésta zona. Para mí era algo nuevo, si bien había estado en la selva por La Merced en Chanchamayo, era muy diferente. Siempre había trabajado en costa y sierra. Cuando llegué al Ucayali, comencé a trabajar con 13 comunidades shipibo-conibo. Nueve son comunidades shipibas y 4 son mixtas

Me pude dar cuenta que la cultura shipiba estaba más emparentada con la pesca que los asháninka. Estos son más cazadores y también más trabajadores. También son un poco más dependientes de la cultura occidental, esperando siempre ayuda de afuera. Mi trabajo entonces fue tratar de revalorar sus culturas, que no se pierdan, que no se occidentalicen, por que ahí sí se perdería todo. Hasta hoy han conservado su cultura durante milenios y nosotros tratamos de que conserven los sistemas de trabajo, de las parteras, las vaporadoras y sheripiaris.

Las 13 comunidades con las que trabajo, cuentan con el sistema de salud indígena. En el caso de Shahuaya ya tienen un alumno y en Tumbuya también hay un huesero aunque allí no hay curandero. Pero se atienden entre las comunidades vecinas. Vienen de Shahuaya, de 9 de Octubre, de Tumbuya o Nueva Fenicio o bajan de Santa Ana. Los promotores estaban un poco distanciados, pero ahora se ha tratado de unirlos, que coordinen, que articulen sus trabajos, que estén atentos si ocurre alguna enfermedad. Por ejemplo el promotor no puede tratar el choque de aire y por lo tanto es consciente que tiene que llevarlo al curandero o si hay cosas que el curandero no puede curar, hay que mandarlo al promotor. En este aspecto hemos trabajado y seguimos trabajando bien.

### Botiquines y madereros

Ahora estamos en el último recorrido, la reposición de medicamentos para los botiquines es de más o menos el 80% en forma continua y un 20% a largo plazo. Hay una comunidad que no ha repuesto los medicamentos y que su plata la tiene un maderero que los anda vacilando. Les dice que vengan mañana que no tengo o que tengo un poco. Entonces intervino la organización y también nosotras como enfermeras y el maderero, el señor nos dijo que nos avisará cuando venga el dinero a la Organización, para comunicarle a la comunidad para la reposición de sus medicamentos.

Los shipibos casi no trabajan la madera y por lo tanto no son muy dependientes de los madereros. El año pasado por ejemplo todos se dedicaron a pescar en sus comunidades pero este año han entrado madereros que a veces no cumplen con la comunidad. Siempre les hablan de un porcentaje, que el porcentaje ya está dado, pero no cumplen y los indígenas esperan y esperan y en este caso interviene la organización.

Los madereros son un problema para las comunidades. Sacan a la gente y se la llevan al monte donde no les dan la debida atención. No les brindan ningún beneficio, carecen de alimentos y si les pica una víbora, no les prestan atención médica, ni los llevan al puesto de salud.

### Salud y derechos indígenas

Hemos tenido reuniones con los miembros de la comunidad junto al onanya, a la vaporadora, el sheripiari, la partera, el promotor y parte de los jefes. Se han hecho seminarios donde se habló de la OIT, del Convenio 169, de la Constitución Política del Perú, entonces un poco que están tomando conciencia y ya saben que tienen sus recursos y como los pueden administrar. Hemos tenido también una o dos reuniones con los asháninka para solucionar problemas similares.

Nosotros no nos dedicamos sólo a la salud, sino que también asesoramos a la organización, a nuestro equipo, para que ellos lleguen a la comunidad y cumplan con los objetivos. A veces nos quedamos una noche más en una comunidad para solucionar pequeños problemas, pero siempre en coordinación con el equipo. También trabajamos en la prevención y capacitación de por ejemplo captar los síntomas de problemas respiratorios, síntomas de leishmaniasis o malaria. En mi zona no hay malaria salvo los que vienen por ejemplo de visita del Alto Ucayali. Hay algunos casos de lepra, entre los asháninka. En los casos de leishmaniasis, cáncer o tuberculosis, son los promotores los que hacen el tratamiento, con nuestra supervisión. Hacemos el seguimiento para que se cumpla el tratamiento y se evite la cadena de transmisión.

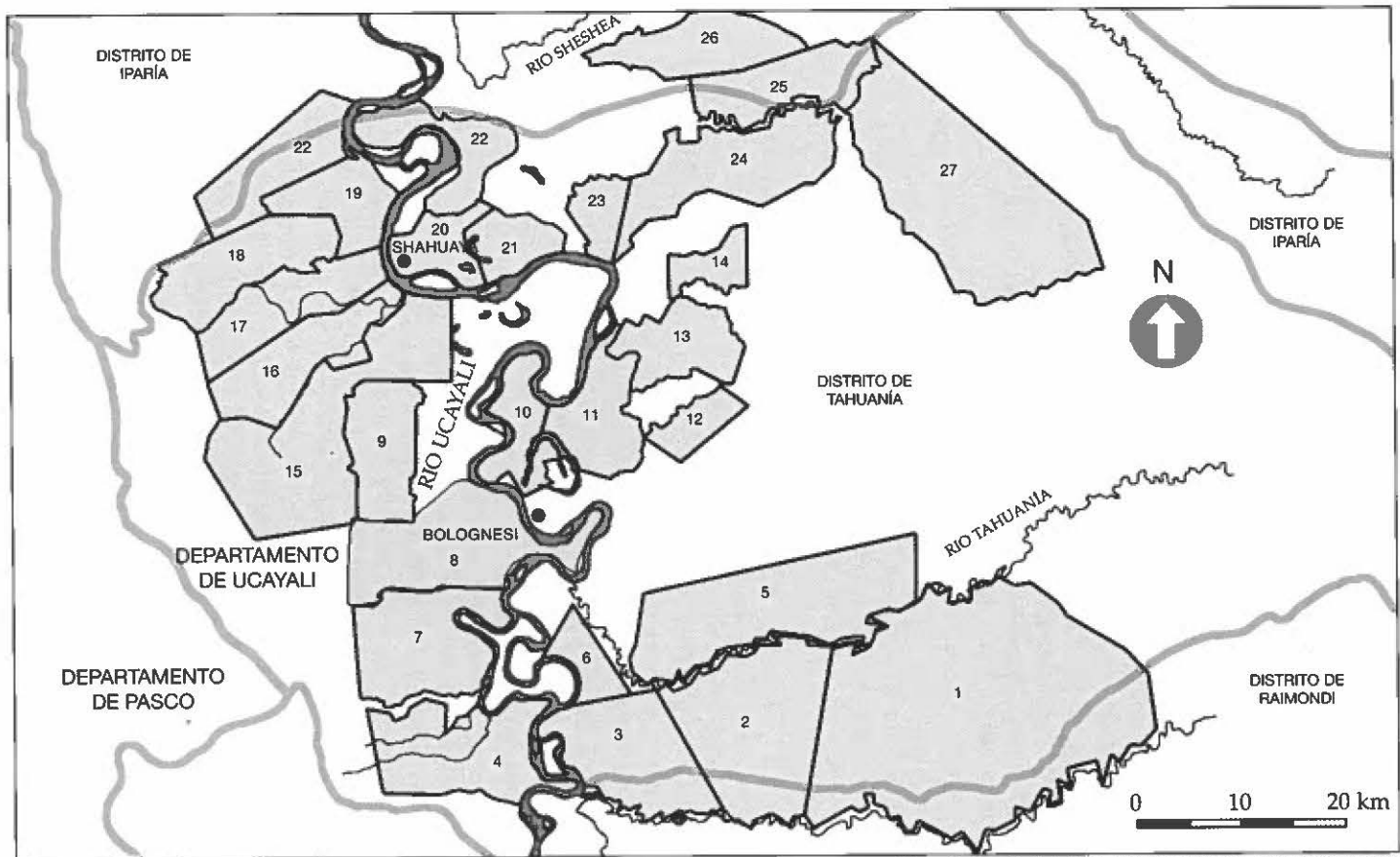
El trabajo en el Programa es muy amplio y complejo, desde todo punto de vista, pero es muy satisfactorio. Por ejemplo con el Ministerio de Salud, termina el turno de uno y se lo pasa a otra enfermera y ya el asunto es de ella. Acá tomas al paciente y lo terminas de tratar. Ves la mejoría poco a poco y con satisfacción inicias y terminas el tratamiento.

Yo vine aquí con muchas ganas de trabajar con los pueblos indígenas,

gente que tiene muchas necesidades. Y el trabajo para mí ha sido muy importante, siento que he ayudado en algo. No se puede hacer todo de una vez, pero me siento muy bien, me he adaptado a ellos y lo que es más importante, he aprendido a pensar como ellos e interpretar lo que tratan de decir.

Nosotros somos serranos y tanto en la selva como en la sierra hay curanderos, que con diferentes procedimientos llegan a la curación del paciente. Entonces para mí no fue tan desconocido por que en algún momento hice uso de las medicinas tradicionales en mi pueblo y también aquí utilicé la medicina indígena. Me vaporaron dos veces, una en Paraíso, por que me sentía un poco mal y otra en Santa Ana. Entonces, de alguna manera yo también fui paciente y funcionó.

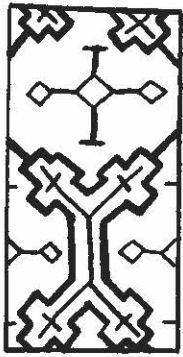
Si tuviera la oportunidad, me encantaría seguir con este trabajo. Es una experiencia muy bonita, que jamás olvidaré.



Elaboración: Soren Hvalkof y CIPTA-AIDSEP MARZO 2003 FUENTE PERUDIG 1998

- |               |                   |                   |                 |                         |
|---------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
| 1 MENCORIARI  | 7 QUEMPITIARI     | 14 N. ESPERANZA   | 20 SHAHUAYA     | 26 N. CLARIDAD DE BAMBU |
| 2 CANAPISHTEA | 8 QUIPATCHARI     | 15 NVO. PARAISO   | 21 TUMBUYA      | 27 FLOR DE CHENGARI     |
| 3 TONIROMASHE | 9 SHIMA           | 16 FERNANDO STAHL | 22 SEMPAYA      |                         |
| 4 DIOBAMBA    | 10 BETIJAY        | 17 BAJO ARUYA     | 23 SAN FERNANDO |                         |
| 5 PTO. ALEGRE | 11 STA. CLARA     | 18 ALTO ARUYA     | 24 SANTA ANA    |                         |
| 6 JATITZA     | 12 N. ROCA FUERTE | 19 N. DE OCTUBRE  | 25 MAPALJA      |                         |
|               | 13 TUPAC AMARU    |                   |                 |                         |

Mapa 6. Organización de Comunidades Nativas del Distrito de Tahuania, ORDECONADIT - comunidades afiliadas.



#### 4. Emergencia

### El ataque del caimán

#### Versión de Andrés

*Andrés Ruíz Ferrari es conibo y morador de la Comunidad de Tumbuya. En 1997 fue atacado por un caimán, cuando estaba sacando madera de la laguna, para la construcción de una nueva oficina de su organización ORDECONADIT. En el incidente Andrés perdió un brazo. Milagrosamente logró caminar a la comunidad donde la enfermera Lidia Orihuela del Programa de Salud Indígena decidió llevarle en bote, durante una noche, al Hospital Regional de Pucallpa. Andrés salvó su vida pero con un solo brazo tiene dificultades para trabajar y sobrevivir en la selva. Su ilusión es la de conseguir un trabajo administrativo en algún proyecto o en su organización, aprovechando que tiene estudios secundarios. Andrés tiene esposa y dos hijos.*

Yo soy morador de Tumbuya y la organización me había encargado conseguir madera para la nueva oficina en Shahuaya. El domingo me fui a sacar madera y el lunes pasó el accidente. El lagarto estaba debajo del agua y le asusté, pues en el mes de abril ya tienen sus huevos. Entonces me volteó la canoa y me tiró al agua. Cuando salía del agua vi al lagarto de frente y antes de que me muerda el cuerpo le entregué mi brazo. Me agarró del codo para abajo. Ya casi soleaba y comencé a gritar y llorar. El lagarto ya no me seguía y me quise salir del agua, subir a un palo pero no podía. El lagarto estaba ahí con mi brazo... Luego me quedé como muerto durante más de tres horas.

Botaba sangre como de un balde. Me desmayé un ratito y me fui a mi casa. Salí a las 6 de la mañana y llegué a las cuatro de la tarde, caminando, bogando, llegué casi desnudo, solamente llevaba un calzoncillo. Felizmente me encontré con el profesor Silo Santos que tenía un peke [canoa o bote con un motor fuera de borda de cuatro tiempos de bajo caballaje] y me llevó al puesto de salud en Nueva Italia. Apenas llegué, mi cuñado se comunicó con la Srta. Lidia Orihuela para que me vea. Ella lloró al verme y ahí mismo me puso una ampolla y me trajo a Shahuaya.

A las diez tenía bien hinchado el hombro y ya no me podía mover, ni comer ni aguantar el dolor. Ahí la Srta. Lidia me llevó a Pucallpa. En Nueva Italia hay una posta médica pero no han podido hacer nada, por ese me llevaron al Hospital de Pucallpa donde me operaron.

Foto: Søren Hvalkof, 2000

Andrés, su esposa e hija.



Lidia me llevó en el bote del proyecto. Si no fuera que tenía el bote me moría. Le agradezco bastante a la Srta. Lidia que me haya ayudado, por ella estoy viviendo.

Regresé a mi casa tranquilo en el mes de mayo. Pero ahora no puedo trabajar. Tengo una hijita de cuatro años y mi señora que está embarazada. Yo estoy muy mal. A veces no como durante tres días o una semana. Tengo mi hermano, mi cuñado, pero nunca me alcanzan ni siquiera un pescada, nada. Hace seis años que estoy sufriendo y no puedo hacer nada. Me canso bogando sólo con un brazo. A veces se me hincha pues mi sangre no puede circular bien y me duele. Así estoy viviendo.

### Versión de Lidia

*La enfermera Lidia Orihuela salvó a Andrés Ruíz, llevándole en bote al Hospital de Pucallpa. Anduvieron toda una noche por las aguas del río Ucayali. Lidia nos cuenta su versión del incidente y reflexiona sobre otros casos de emergencia y los problemas iniciales con el hospital.*

El Sr. Andrés fue a sacar madera en la cocha por que en un Congreso extraordinario de la organización, se había decidido construir una oficina para su funcionamiento. Diferentes comunidades se comprometieron a poner los materiales y el Sr. Andrés fue a conseguir horcones. Estaba en una cocha y sintió como la canoa se paraba sobre un palo. Con la tangana se paró para hacer avanzar la canoa pero no se percató que era un lagarto o caimán, que miden aproximadamente 8 metros. Le picó con la tangana y el lagarto con un guantazo lo botó al agua. Fue directamente a la boca del lagarto y le dio el brazo. El joven todavía luchó con el lagarto en el agua y luego salió remando. Cuando quiso agarrarse de un palo para poder salir, estiraba los brazos y sólo uno respondía, cuando mira a su derecha se da cuenta que le faltaba un brazo. No había sentido nada, ni dolor. La impresión de haber visto que no estaba su brazo lo llevó a nadar hacia la canoa y como estaba sangrando tenía miedo que las pirañas lo vinieran a devorar. Ha remado luego sólo con un brazo y pudo salir al camino. Esto le pasó como a las 10 de la mañana y llegó a Tumbuya a las 4 de la tarde. Es muy largo el camino de la comunidad hacia la cocha. Llegó casi desmayado a su comunidad y todos los comuneros se impresionaron por lo que estaba pasando y lo trasladaron a Nueva Italia. En mi vida jamás había visto algo igual.

En ese momento no había ningún médico en Nueva Italia. Solamente había un técnico. Ya era las 6 de la tarde y de milagro la radio de Shahuaya estaba prendida, por que el horario es de 3 a 5 de la tarde. Yo estaba preparando los paquetes de medicina para entregar a las comunidades y me llama el técnico para decirme que había una emergencia en Nueva Italia. Me fui corriendo y me dicen que no sabían que hacer, que había un comunero de Tumbuya, Andrés Ruíz Ferrari, de 23 años, que perdió un brazo con un lagarto. Pero nunca había tenido una experiencia así. Le di las instrucciones al técnico para parar la hemorragia y calmar el dolor y me fui

inmediatamente a Nueva Italia. Llegué como a las nueve de la noche. Fue una impresión horrible verlo ahí echado, con las arterias y nervios desgarrados. A pesar de todo terminé de hacer la curación, cubrí la herida, le di antibióticos e inmediatamente bajamos a Shahuaya. Allí ya estaba el bote y a las 11 de la noche salimos a Pucallpa. Cuando hay un caso de emergencia no se mide el peligro. Viajamos en la oscuridad, durante toda la noche, con linternas. Nos acompañó la esposa del motorista que no lo quería dejar sólo.

El paciente tenía mucho dolor y yo le ponía un calmante cada seis horas y penicilina. Apenas llegamos lo hospitalizamos y lo metieron en la sala de operaciones.

Cuando llegamos hice funcionar el Convenio que teníamos con la Dirección General de Salud y el Programa de Salud Indígena - AIDSESP. El Convenio estipulaba que se debía exonerar a los pacientes de los gastos de hospitalización, exámenes auxiliares, operaciones y tratamientos especiales. Lo exoneraron de la operación pero no de las medicinas especiales. Yo me sentía mal, sufría por él. Cuando le dieron de alta entré a su cuarto y me recibe con una amplia sonrisa y me pregunta alegre: Señorita que tal, como estás?.

A pesar que yo he llevado medicinas, me pidieron otras especiales por ser una herida amplia. Así que canjeamos algunas de las medicinas que tenía, coordinando con la asistencia social y la jefa de farmacia. Al final, quedé debiendo 25 soles que pagué de mi bolsillo. No querían soltar al paciente hasta que no pague. Me demoré dos días en pagar la deuda y el paciente ya estaba dado de alta, aburrido y quería salir. Estuvo 11 días en el hospital y apenas salió retornamos a Shahuaya y le llevé hasta Tumbuya.

Ahora sé que está bien, pero tiene limitaciones con la pérdida de su brazo. Al principio perdía el equilibrio y se caía cuando manejaba el machete. Por su limitación física tenía problemas con su esposa y se han querido separar pero la familia del esposo los han hecho volver, para que ella le apoye.

En un congreso de la organización se acordó que le iban a apoyar, dándole trabajo, pero no ha sido posible. Ahora el dirigente actual está buscando la forma de apoyarle.

Esta experiencia ha sido horrible pero también hemos tenido otras. La mala suerte es que se nos presentan de noche y tenemos que viajar en la oscuridad. En ésta fase del proyecto hemos tenido dos pacientes graves: una señora de la comunidad de Bambú, con rotura de cuello genital. Su niño estaba en mala posición y había salido sólo un piecito. Las parteras le habían manipulado demasiado y le habían roto el cuello genital. Salió la placenta pero no la criatura así que lo tuvimos que llevar a Pucallpa. Fueron 12 horas con un motor Yamaha de 40 HP. Ha sido un milagro que se haya salvado la señora por que una rotura de útero lleva a la muerte por hemorragia. Pero como el bebido estaba fuera de la cavidad y presionaba al útero, evitó que se desangre. Cuando lo revisó el doctor de Nueva Italia

que gracias a Dios estaba en Shahuaya, me dijo que la señora tenía rotura de útero y no se atrevía a tocarle por que con un poco de movimiento se desangraba. Así que me fui llevando al paciente y después se me presentó otra señora con una colega, que tenía un caso de retención de placenta. El médico obstetra intentó sacarle la placenta pero no pudo, así que tenía que también bajar a Pucallpa.

En la fase anterior del proyecto tuvimos un caso de infección intestinal que hay que atender de inmediato. No se puede esperar para la intervención quirúrgica. Hemos tenido una niña de 6 años que falleció en el hospital por infección intestinal. Otra señora que también la operaron resultó que era un quiste. Hay experiencias tristes y buenas.



## 5. Conceptos y Proyectos

### El Programa de Salud Indígena – PSI-AIDSESEP

*Juan Reátegui Silva, director, PSI-AIDSESEP*

#### Origen

En 1991, AIDSESEP decidió crear en su seno una estructura orgánica responsable de proponer políticas de salud para ser definidas por la institución, de la misma manera como se había hecho anteriormente con el trabajo en educación. Esta instancia orgánica de AIDSESEP fue encargada de diseñar las estrategias y formular, ejecutar y evaluar los proyectos y programas correspondientes.

Inicialmente, esta estructura se denominó Secretaría de Salud (1991–1994); luego y hasta hoy, tomó el nombre de Programa de Salud Indígena–PSI. Su conducción, desde el inicio, fue encargada a un profesional indígena en el campo de la salud.

¿Por qué se crea el Programa de Salud Indígena – PSI?

- Por la experiencia negativa de los pueblos indígenas con la atención de salud dada por el Ministerio de Salud (a través de su gestión).
- Por la serie de proyectos de salud realizados por diferentes ONG en el seno de los pueblos indígenas con escasa participación de ellos en los aspectos de decisión y con resultados insatisfactorios y expectativas frustradas.
- Por la presencia cada vez más frecuente de epidemias producidas por enfermedades introducidas desde occidente. Lo que precipitó la decisión fue la epidemia de cólera del año 1990.
- Por la tendencia cada vez más fuerte de las políticas indígenas de la cuenca amazónica, hacia la revalorización cultural, cuya acción tiene que ver con la cultura sanitaria de sus áreas centrales.
- Por la demanda occidental de conocimientos amazónicos sobre salud.

#### Salud Indígena

En 1992, la entonces Secretaría de Salud Integral (SSI), presentó a todos los niveles organizativos de AIDSESEP la propuesta de Salud Indígena que contenía su filosofía, políticas y estrategias.

A partir de 1995, el Programa de Salud Indígena (PSI), desarrolla las

ideas ejes de salud indígena. Salud Indígena es una propuesta política y estratégica, desde dentro de la organización de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana, para preservar y mejorar la salud de sus pueblos.

Tiene dos componentes: el primero y fundamental es revalorar y desarrollar los sistemas de salud indígena como parte central de la estructura de la sociedad indígena. El segundo, en el marco de la interculturalidad, buscar espacios de complementariedad en todo los campos con los sistemas occidentales o modernos de salud que garanticen un mejor nivel de atención a la salud de los pueblos indígenas e incluso de la población peruana en su conjunto al posibilitar la concurrencia de cosmovisiones distintas, pero cada una aportadora desde su propia realidad.

Desde esta perspectiva surge esta propuesta para ejercitar la capacidad de los pueblos indígenas de recuperar y actualizar su rica herencia cultural en el manejo de su salud, y articularla con nuevos saberes, procedentes de otros universos culturales.

Por otra parte, la forma de abordar el proceso salud–enfermedad–curación–muerte, como fenómeno que afecta a todo ser vivo, se relaciona directamente con la cultura de cada grupo humano, y las diferentes respuestas culturales constituyen los sistemas médicos o sistemas de salud de grupo humano correspondiente.

En nuestro ordenamiento jurídico se reconoce a la población peruana como una población multicultural, es decir, conformada por varias culturas, lo que significa la coexistencia de varios sistemas de salud en el seno de la población peruana. Sin embargo, la sociedad peruana funciona en todos sus sectores con paradigmas uniculturales, todos provenientes de la cultura occidental, cuya eficacia ya está siendo cuestionada, tanto por su monetarización como por su dependencia. En la actualidad, también está demostrado que ningún sistema de salud por sí solo, está en condiciones de resolver todos los problemas de demanda de la población, ni siquiera los de su propio ámbito cultural.

En este sentido, esta propuesta de salud indígena, si bien prioriza y enfatiza la reactivación de sus propios sistemas de salud, lo hace desde una perspectiva intercultural que posibilita la concurrencia de dos o más visiones contribuyentes a la solución de los problemas de salud de la población peruana en su conjunto; y que además, esta interculturalidad haga posible la generación de paradigmas interculturales que faciliten la complementariedad de los conocimientos indígenas y no-indígenas, particularmente en el campo de la salud.

#### Objetivos

Desarrollar los sistemas de salud indígena de los grupos étnicos representados por AIDSESEP.

- Mejorar e incrementar el acceso de estos grupos a los recursos del sistema occidental de salud.
- Promover y desarrollar investigaciones que alimenten el cumplimiento de los objetivos 1 y 2.

- Realizar actividades de capacitación en la salud desde una perspectiva intercultural.
- Contribuir al fortalecimiento de la organización indígena, principalmente en los niveles regionales, federativos y locales.

### Estrategias

La estrategia general del PSI ha estado orientada a vincular estrechamente las acciones de salud al fortalecimiento de la organización indígena y a construir el Sistema (Programa) de Salud Indígena con las organizaciones de base, como única alternativa que garantizaría sostenibilidad al mismo.

Se han desarrollado estrategias específicas para identificar, coordinar y apoyar a los recursos humanos de salud indígena de cada comunidad, promoviendo el restablecimiento de su prestigio social y la autoestima personal.

Se han desarrollado estrategias para vincular en las comunidades a los expertos en conocimientos de vegetales y preparados tradicionales, con los aprendices y con los propios Promotores de Salud occidental.

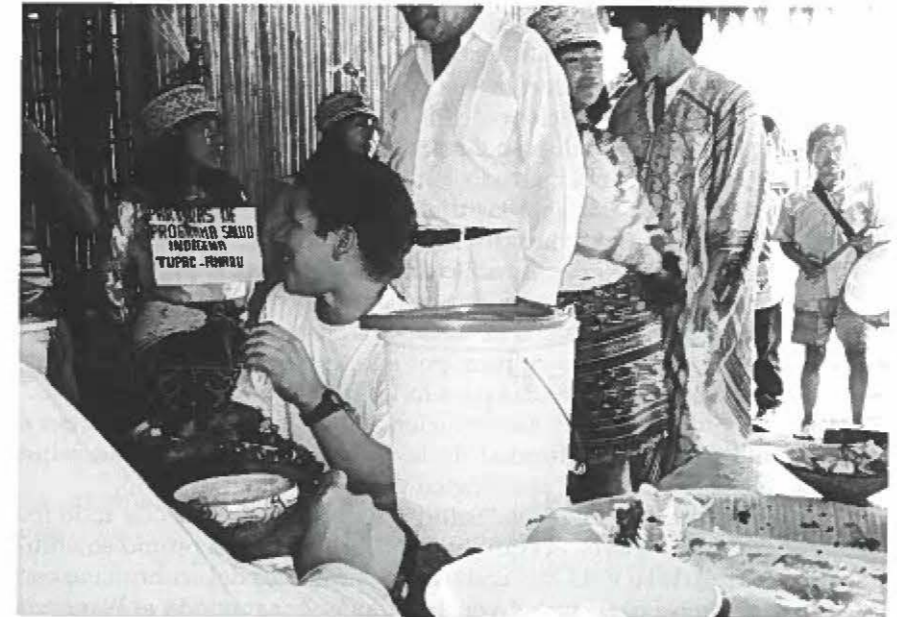
Se han desarrollado estrategias creativas para mejorar el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud occidental, como el mantenimiento de los botiquines, las vacunaciones y las campañas quirúrgicas.

Todas y cada una de las estrategias particulares han respetado la estrategia general de vincular el trabajo de salud con el fortalecimiento de la organización de los pueblos indígenas.

### Actividades

#### Proyectos de Salud Indígena

- Formulación
- Gestión
- Ejecución
- Supervisión
- Evaluación
- Asesoría y apoyo al consejo directivo de AIDSESP en asuntos relacionados con el área.
- Talleres de encuentro de los trabajadores de salud de AIDSESP de todas sus federaciones, para redefinir las políticas y estrategias de salud.
- La gestión y firmas de convenios con diferentes instituciones del Estado y privados (Ministerio de Salud, Universidad Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud).
- Conformación del consejo consultivo del Programa de Salud Indígena.
- Presentación de ponencias en eventos nacionales e internacionales a nombre de AIDSESP.



Presentación shipibo-conibo.

Foto: Jim Thuesen, 1998

### Proyectos

De Medicina Tradicional con FONCODES: 1992.

Para el Control del Cólera: 1993.

Primer proyecto con NORDECO: 1994.

Medicina Indígena con los cocama-cocamilla: 1995.

Prevalencia de marcadores serológicos para Hepatitis B y Delta: 1996.

Ampliación del Proyecto DESSAI: OIRA, OAGP, ORDECONADIT en Atalaya.

### PSI y el movimiento indígena

La recuperación y fortalecimiento de los Sistemas de Salud Indígena significan la revitalización de la estructura central de las sociedades indígenas, con la consiguiente reafirmación de su identidad y su autoestima.

- El conocimiento tradicional de los pueblos indígenas, cuyos depositarios principales son los chamanes, es la base que garantiza un desarrollo de los mismos y de la Amazonía en su conjunto.
- El chamán, como líder de su pueblo, es el depositario del conocimiento integral de los pueblos y cumple el papel de guía en su colectividad. Es el recurso político por excelencia para conducir cualquier proceso indígena. Tomémoslo como un potencial, no como una realidad.

### El enfoque indígena de los conceptos de: salud, enfermedad y curación

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos y cosmovisiones.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a todo los problemas fundamentales. Estas respuestas, no sólo obedecen a las dinámicas internas de las sociedades sino en gran medida a los condicionamientos externos.

En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas y prácticas muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social, la economía y la naturaleza en el que se asienta cada cultura; por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas.

El concepto de "Salud" ha evolucionado también en la cultura occidental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo.

Para los pueblos indígenas "Salud" significa la armonía de todo los elementos que constituyen el equilibrio, es decir: Tener su propio entendimiento y control de su vida, y la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social. Para ello, los pueblos, a través de sus sabios, han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos muy complejos y bien estructurados en sus contenidos y en su lógica. La fuerza y capacidad de supervivencia se deben a la eficacia de sus sistemas de salud, cuyo eje conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

La cosmovisión indígena define las relaciones del individuo con los otros individuos, y de éstos con la sociedad, con la naturaleza y con los seres espirituales, en condiciones de armonía, equilibrio e integralidad. Esta cosmovisión -a la que se suma un conjunto de normas, hábitos y costumbres transmitidos de generación en generación por la tradición oral, más los recursos vegetales, animales y minerales manejados sabiamente por sus chamanes y otros especialistas- constituye en su conjunto lo que se conocía como medicina indígena y que hoy, más apropiadamente se denomina Sistema de Salud Indígena, que es propio de cada pueblo, de cada cultura.

En la mayor parte de las culturas indígenas no existe, en sus idiomas un término equivalente a "salud", en castellano. Esto es explicable, porque el pensamiento indígena es holístico, integral; no segmenta la realidad ni los individuos. Si éstos no están enfermos es porque conservan un equilibrio armonioso entre su mente, su espíritu y su cuerpo, y al mismo tiempo, con los otros individuos y con la naturaleza. Y cuando enferman, es porque este equilibrio se ha alterado en algunos o varios de sus puntos y en consecuencia, el individuo también se ve alterado tanto en su mente o espíritu, como en su cuerpo. Luego, el individuo enferma en su totalidad y por consiguiente, su tratamiento debe ser integral.

Para designar la enfermedad y sus diversas formas sí existen términos indígenas y casi todas las culturas indígenas le atribuyen un origen externo. Las enfermedades vienen de afuera, son sopladadas de fuera y se imputan a la malevolencia ajena o a los espíritus del bosque. Su tipificación se hace en función de la incapacidad para cumplir sus tareas cotidianas y en razón de la causa atribuida.

### 1. Cuadro Comparativo de Enfoques de Salud

Enfoque Occidental	Enfoque Amazónico
Separa la naturaleza del hombre.	Integra la naturaleza y el hombre.
En el hombre, separa el espíritu del cuerpo.	En el hombre, espíritu y cuerpo son inseparables.
La enfermedad es un problema individual del cuerpo o del espíritu.	La enfermedad es un desequilibrio del hombre, su familia, su comunidad y la naturaleza.
La curación es una tarea de especialidades cada vez más específicas.	La curación es una tarea de los sabios, los hombres y mujeres cuya disciplina y sabiduría los comunica mejor con el paciente y su entorno.
Altamente mercantilizada. No sólo existen sistemas sino también medicamentos para los que tienen y no tienen dinero.	Completamente separada del mercado y la producción. La sabiduría y la apropiación privada y económica del conocimiento son incompatibles.
Medicinas estándares y dirigidas exclusivamente al cuerpo.	Medicinas específicas, dirigidas al paciente, al curandero y al contexto. Dirigidas al cuerpo y al alma de todos ellos.

Como teorías explicativas de las enfermedades, en general, se manejan dos hipótesis: primera, la presencia en el organismo de un cuerpo extraño; y, segundo, la salida de los espíritus del cuerpo. Un desposeimiento de las instancias vitales. En el primer caso, el chamán pone en marcha técnicas de extracción; en el segundo, técnicas de reincorporación de los espíritus.

En la curación de las enfermedades, el rol que juegan los vegetales es decisivo; y no es principalmente por su función terapéutica, sino porque son fuente del saber y de muchos poderes. Esto no sucede sólo en las culturas amazónicas; en el mundo son numerosas las sociedades que otorgan un lugar privilegiado a los vegetales en su sistema de pensamiento. El rol



Salud Indígena y Educación Bilingüe.

Foto: Thomas Skielboe, 1994

del chamán en el mundo amazónico debe abordarse desde esta perspectiva.

En el lenguaje chamánico se conoce al espíritu o madres de los vegetales como entidades que enseñan y actúan por sí mismas; en el caso de las madres de las plantas maestras, éstas están asociadas a un modo específico de conocimientos y aprendizaje, de ahí el uso obligado de estas plantas en todo proceso de iniciación chamánica.

### El Sistema de Salud Indígena

Es el conjunto de elementos creados por el hombre amazónico para preservar y mantener el equilibrio ecológico dentro del cual se desarrolla. El Sistema de Salud Indígena, por lo tanto, no ha desarrollado un Sistema para atender al individuo "enfermo"; sino un Sistema para restablecer el equilibrio ecológico, del que forma parte el sujeto.

Comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención y origen de las enfermedades. Se entiende que estos conocimientos son transmitidos por tradición (de generación en generación), oralmente y de acuerdo a restricciones establecidas en

cada cosmovisión; lo que quiere decir que este conocimiento es circunscrito, local, colectivo, anónimo y lleva en lo profundo un mensaje universal, donde la integralidad y lo sistémico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena.

En los sistemas de salud indígena, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. La mayoría de los pueblos indígenas dividen a las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo, producidas por causas sobrenaturales por encantos, vientos, espíritus que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas; y, enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena.

En general, cada curandero usa la tecnología de salud indígena de acuerdo a su formación, a sus poderes y preferencias, pero siempre en comunicación espiritual con la naturaleza. Esta comunicación puede darse bajo el efecto de plantas maestras o interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, minerales y animales.

El individuo acude al curandero en busca de ayuda ante la presencia de una enfermedad, para protegerse de una posible enfermedad o para reafirmarse en su estado de salud.

La curación busca recuperar el equilibrio que se ha perdido y la acción del curandero resulta eficaz cuando, una vez identificado el origen del mal, se logra restablecer la unidad y la armonía en el enfermo, y entre el enfermo y el mundo que lo rodea.

El curandero es insustituible en su comunidad porque es conocedor profundo de las leyes que regulan el equilibrio y los desequilibrios productores de la salud y de la enfermedad. En él, los pueblos indígenas reconocen al indígena defensor de su propia identidad y al indígena que, a través de su arte, reafirma los conocimientos y los valores de su pueblo.

## 5. Conceptos y Proyectos

### Articulación de conceptos y conocimientos indígenas y no indígenas en procesos de desarrollo

Juan Reátegui Silva, director, PSI-AIDSESP

#### Conceptos y conocimientos

En nuestra historia, que no es corta, en cuanto a interrelacionarnos con otras culturas y sociedades no indígenas, nos muestra claramente que, quienes deben revisar y replantearse sus ideas, actitudes y conductas en esta relación, son los no indígenas.

Nosotros somos conscientes de que en términos más igualitarios, de respeto mutuo y apelando a nuestros principios y valores más trascendentales, esta relación entre indígenas y no indígenas, será de gran beneficio para ambas partes y para las condiciones de vida en nuestro planeta. El término integración que se propone para designar a estas interrelaciones, nos produce una especie de alergia al recordar las muchas veces que utilizando ese nombre, los no indígenas quisieron absorbernos, desaparecernos como cuando el pez grande se come al chiquito.

La tendencia aún hoy dominante en el pensamiento y el discurso no indígena es promover la integración de los pueblos indígenas en las sociedades dominantes. Querámoslo o no, nuestra vida cotidiana se da en países con una sociedad dominante, de un lado, y los pueblos indígenas, de otro, en una relación asimétrica, donde la integración es entendida como una forma lenta de asimilación.

Frente a esto, nosotros como sociedades culturales distintas, planteamos nuestro principio de autodeterminación como un derecho fundamental de los pueblos indígenas a controlar nuestras vidas, nuestros recursos y nuestro propio desarrollo. Y como parte de ello, en nuestras relaciones con los no indígenas damos y exigimos una balanceada relación de igualdad que podría denominarse articulación, simbiosis o un término similar que rescate la noción del respeto mutuo.

Para conversar específicamente sobre la articulación de conocimientos y conceptos indígenas y no indígenas en procesos de desarrollo, es necesario que nosotros precisemos algunos aspectos del conocimiento indígena.

Lo más importante, a nuestro criterio es no dar por establecida una oposición entre conocimiento indígena y conocimiento no indígena y tampoco hablar de dos tipos de mentalidad opuestos.

Si bien la idea de "mentalidad primitiva" que normó la conducta de los no indígenas durante mucho tiempo, ha sido ya abandonada, la noción de "mentalidad mítica" sigue viviendo y ejerciendo su poder, aún reconociendo que no carecemos de lógica, sino que seguimos una lógica distinta.

Por ejemplo, uno de los prejuicios más difundidos es que el pensamiento chamánico solo opera con categorías concretas; sin embargo esto ha sido ya refutado por un antropólogo Colombiano, Sr. Reichel Dolmatoff, desde finales de la década de los 60, demostrando que, según el nivel de conocimiento, podemos expresarlo metafóricamente con categorías concretas, a un nivel más alto, con nociones abstractas como "energía" y a otro nivel, más alto aún, como "pensamiento muy abstracto" y "símbolo". De este modo, la actividad del chamán la definimos como un traslado de patrones lógicos a simbolismos que fácilmente pueden ser comprendidos y puestos en práctica. Los mitos son uno de esos códigos simbólicos que usa el chamán para construir cultura: ideas, costumbres, fantasías.

Si embargo, en la práctica esta articulación de conceptos y conocimientos indígenas y no indígenas se viene dando desde hace mucho tiempo, muestra de esto es que tres cuartas partes de los medicamentos de farmacia que hoy se prescriben en el mundo, derivan de plantas que han sido descubiertas a través del conocimiento indígena. La parte negativa de esta interacción es que a la hora de las utilidades, la industria farmacéutica ni nadie se acuerda de los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas. Esto se debe cambiar si realmente queremos articular positivamente nuestras sociedades.

En el mundo indígena también viene dándose esta articulación de conocimientos: desde hace 5.000 años nuestros chamanes cuando quieren entrar en "trance", consumen una mezcla alucinógena compuesta por un bejuco llamado ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) y por un arbusto llamado chacruna (*Psychotria sp.*) El número de aditivos a esta mezcla de base es ilimitado, puesto que el ayahuasca es un medio de explorar las propiedades de nuevas plantas.

Hace pocos años, el conocimiento no indígena nos ha mostrado que la chacruna contiene dimetil triptamina, un principio alucinógeno que es producido en el cerebro humano, pero que es inactivo cuando se consume por vía oral, pues es inhibida por una enzima digestiva llamada monoaminooxidasa. En cambio, el ayahuasca contiene harmina, harmalina, tetra hidro harmina, que son sustancias inhibitoras de la monoaminooxidasa y que también son alucinógenas.

A la luz de ambos conocimientos, hoy podemos saber y comprender que hace 5.000 años nuestros ancestros fueron capaces de identificar precisamente, entre miles de plantas a dos de ellas, una que tuviera el principio activo que ellos buscaban (alucinógeno) y otra, que hiciera posible sus uso por vía oral, al protegerla de las enzimas digestivas que la inactivan.

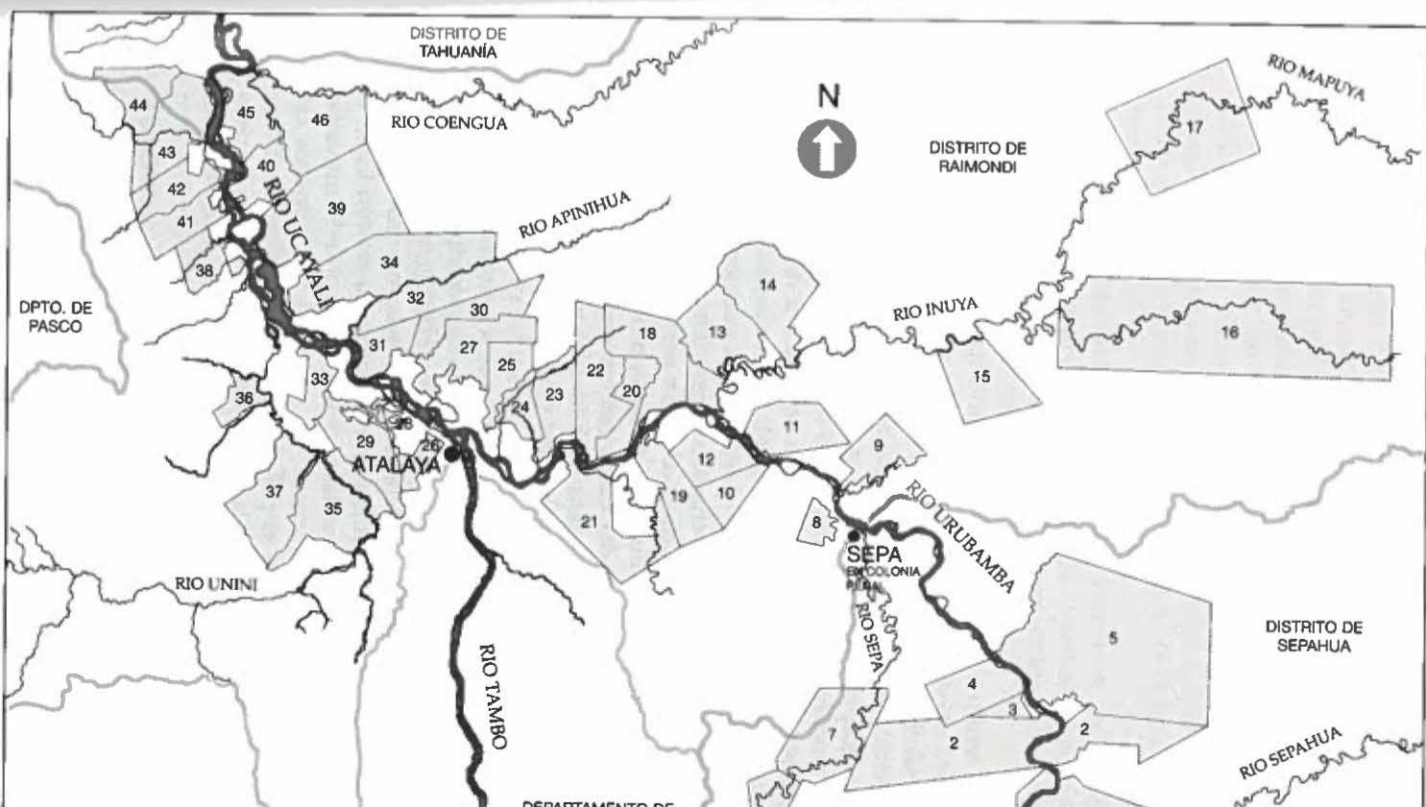
Esta es una muestra de la gran calidad del conocimiento indígena que sumada a la propia del conocimiento no indígena, en condiciones de

equidad y consideración mutua, el potencial de bienestar para la humanidad que se puede generar es incommensurable.  
 Se dice que un modo de entenderse mejor es igualar información para ir eliminando los malos entendidos. Espero que esta oportunidad sea propicia para ello.



Especialista en medicina vegetal shipibo.

Foto: Jim Thuesen, 1994



## Chamanismo

Juan Reátegui Silva, director del PSI-AIDSESP

### Introducción

El chamán es un término de origen siberiano inventado por los primeros antropólogos para describir las prácticas menos comprensibles de los pueblos primitivos. En la lengua tungus, de Siberia, la raíz sami indica la idea de movimiento de agitación corporal. En esta lengua un chamán es una persona que golpea un tambor, entra en trance y cura a la gente. En realidad, cualquier concepto de chamanismo refleja el punto de vista del antropólogo que está detrás del concepto, cualquiera sea su perspectiva.

Desde un punto de vista académico, el chamanismo es el estudio racional de lo irracional, hasta que el pensamiento occidental tenga un tipo de comprensión sobre lo que el chamán quiere decir cuando expresa que las mismas plantas revelan sus propiedades y otras cosas más.

En la Amazonía peruana también se denomina chamán, de manera genérica, al hombre que dispone del conocimiento espiritual, adquirido por sus ancestros o herencia, de manera individual o por elección de los espíritus y que, a medida que va adquiriendo poderes, se va interrelacionando con su medio en armonía con la naturaleza y las plantas maestras.

En la Amazonía cada cultura o pueblo tienen su propia denominación. El pueblo asháninka y el ashéninka le denominan: sheripiari; el yine: cajunchi, el shipibo: onanya, los awajun y huambis: iwishig, etc.

El conocimiento chamánico no trata de representar un orden "natural"; porque si así lo hiciera, la cultura y la naturaleza se confundirían y, en última instancia, no tendríamos sentido de una ni de otra. El universo chamánico puede verse, entonces, como un esfuerzo por imponer un orden cultural sobre la naturaleza: el pensar "la naturaleza" en términos sociales y establecer un diálogo con ella. No es el "dominio" sobre la naturaleza lo que identifica al conocimiento chamánico, sino su comunicación con ella.

Es la naturaleza la que hace poderoso al chamán, en la medida que desarrolla su capacidad de interpretarla e interrelacionarse con ella. Para ello se somete a rigurosas dietas y dificultosos ritos. El chamanismo, en su contenido simbólico, ritual, pretende proyectar un contenido ético en la sociedad de los pueblos indígenas.

El chamán es un mediador entre el mundo social del pueblo y el mundo extrasocial de los espíritus. El chamán se especializa en la comprensión de lo inconcebible, reduciendo su terrible y desconcertante complejidad, y se atreve a negociar con ello. En los momentos de crisis individual o colectiva, el chamán aplica sus conocimientos y experiencias para la transformación de los poderes de los espíritus indomables en fuerza social positiva y culturalmente significativa. Es decir, el chamán utiliza las categorías cognitivas, simbólicas y cosmológicas que son elementos esenciales en la construcción del orden social y la definición del poder político.

El conocimiento chamánico resulta difícil – si no imposible – de comprender, por quienes no pueden vivir la experiencia de los pueblos indígenas de la Amazonía y las vivencias personales del chamanismo, como nos cuenta un indígena yine:

"Por primera vez, de manera experimental, a los 16 años ingerí ayahuasca. Luego continué experimentando y aprendiendo los secretos del chamanismo desde el interior de mi familia. Mis conocimientos provienen de mis ancestros, de mis padres en primer lugar. Ellos han cultivado estas disciplinas y las vienen practicando hasta hoy. Mi inclinación a la práctica de la medicina indígena se debe a la herencia. Me inicié con las dos disciplinas: el toé y la ayahuasca; ellas me enseñan a valorar sus conocimientos, su tecnología, y las enseñanzas que me brindan las plantas maestras y su mundo espiritual son maravillosas. Esta disciplina es muy sana; enseña a respetar a todo lo que nos rodea, el mundo y los recursos naturales. Es además depositaria de conocimientos y valores culturales de una sabia armonía entre hombre y naturaleza, razón por la cual es especialmente importante para los niños y los ancianos."

La ayahuasca está relacionada con los conocimientos del bosque y los espíritus de las plantas maestras de las partes altas y bajas de la selva. En cambio el toé (*Brugmania sp.*) se relaciona con los espíritus del agua, así como de las zonas baja, media alta y alta de la selva.

El tabaco, por su parte, se relaciona con los espíritus de las tierras altas, con los animales los pájaros, y está representado especialmente por el picaflor.

Si un varón practica la medicina, estas plantas maestras se transforman en una mujer muy bella que no es de esta tierra, es del universo y es invisible para las personas que no la practican. Y si una mujer practica la medicina, estas plantas maestras se transforman en varón en las mismas condiciones. Estos espíritus que acompañan van enseñando los secretos del conocimiento de la medicina de manera progresiva, con mucha disciplina y ética, y va perfeccionando permanentemente sus conocimientos hasta la muerte.

## EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

### El pueblo asháninka

El pueblo asháninka, según las primeras informaciones que se tiene de él, era un pueblo de habitantes de las zonas bajas, donde habían desarrollado formas iniciales de agricultura que generaron incrementos poblacionales importantes. Habitaban las zonas altas del Río Ucayali. Posteriormente, y como consecuencia de un desplazamiento de otros pueblos amazónicos, los asháninka serían desplazados de estas zonas por la familia lingüística pano, proveniente de tierras interfluviales del Brasil, que llegaría por vía terrestre a esa zona. Estos pueblos darían lugar a los pueblos de lengua pano, shetebo, shipibo y conibo ubicados a lo largo del Río Ucayali.

Está comprobada la existencia de un estrecho intercambio entre la población de los Andes Centrales y de la zona selvática, vecinas desde épocas pre-incaicas. Este intercambio siguió realizándose aún después del establecimiento del Imperio Incaico.

Iniciada la colonización, la penetración se efectuó por los mismos lugares que servían para la comunicación normal entre los incas y la región de la Selva Central. Los franciscanos comenzaron a establecer reducciones para facilitar la catequización de los asháninka, a la vez que se apropiaban de su fuerza laboral.

En 1635, los franciscanos fundaron el Convento de Ocopa, y cinco años más tarde ya tenían siete centros misionales, de los cuales el más importante era el del Cerro de la Sal. Entre 1671 y 1673, los franciscanos llegaron a reducir más de 1.000 asháninka en dicha misión. Apenas dos años más tarde, los franciscanos tenían 38 misiones que agrupaban cerca de 8.500 asháninka.

La colonización se interrumpió a mediados del siglo XVIII por la rebelión de Juan Santos Atahualpa, quien logró agrupar a asháninka, yine, yanesha, mochobo, simirinche y shipibo-conibo para luchar contra el poder colonial. Durante aproximadamente los siguientes cien años, la Selva Central permaneció cerrada para los españoles.

En la segunda mitad del siglo XIX se produce el segundo proceso de avance sobre territorio asháninka, la República criolla entregó en concesión 500.000 hectáreas de territorio en la zona del río Perené y el río Ene a la Peruvian Corporation, empresa inglesa formada por los acreedores del Estado. Como era natural, junto al medio millón de hectáreas de tierras, la empresa inglesa tuvo acceso a la población asháninka y yanesha que habitaba allí desde tiempo inmemorial, que se convirtieron en esclavas de dicha empresa.

Con la mencionada concesión se inició la penetración en la Selva Central y en territorio asháninka de colonos procedentes de otras regiones y de otras nacionalidades atraídos por la explotación "moderna" de la "Peruvian".

Durante el período misionero (siglos XVII-XVIII), el pueblo asháninka sufrió fuertes bajas demográficas debido a las epidemias producidas

por los encuentros poblacionales tan distintos. Aparecieron las "enfermedades de fuera", sobre las que la medicina indígena no había producido respuestas tecnológicas.

De acuerdo al etno-historiador Lehnertz, los pocos datos demográficos confiables producidos por los misioneros en el período entre 1711 y 1723 indican un número total de 10.000 asháninka, y un número de bautizados en el período de 1709 a 1742 de 40.000 a 50.000 asháninka. Este autor (1974) estima que durante el siglo XVIII se dio una despoblación de 3,5 a 1 entre los asháninka.

Durante la República hubo muchos factores externos que actuaron en contra de una recuperación demográfica: las correrías y la violencia surgidas por el alza del precio del caucho; la captura de mano de obra indígena para los gamonales que, entre otras razones, mantuvieron el descenso poblacional hasta fines del siglo XIX y comienzos del XX.

En 1970, el geógrafo cultural W. Denevan detecta una rápida recuperación demográfica en el pueblo asháninka. Para ese año calcula la población en un total de 24.000 a 26.000 asháninka. Uriarte señala para 1976 la cifra de 34.000 asháninka y en 1989 Hvalkof consideraba la población asháninka en alrededor de 45.000 individuos.

El censo de 1993 estimaba la población asháninka en 51.063 habitantes, distribuidos en 359 comunidades ubicadas en las áreas del bosque tropical de los departamentos de Junín, Cerro de Pasco, Cuzco, Apurímac y Ucayali, constituyendo la población indígena amazónica más numerosa de la Amazonía peruana.

Este incremento demográfico, unido a la dinámica de conflicto latente entre los grupos indígenas de la Cuenca del Alto Ucayali, ha llevado a que hoy en día el pueblo asháninka se encuentre ubicado en los ríos del Alto Ucayali, Perené, Pichis, Ene, Tambo y zonas interfluviales como el Gran Pajonal. Se encuentran igualmente en el llano inundable del medio Ucayali, hacia el cual la población asháninka del Gran Pajonal ha venido expandiéndose desde 1970.

### El pueblo shipibo-conibo

El pueblo shipibo-conibo, de la familia lingüística pano, está ubicado en las márgenes del Río Ucayali y afluentes. Fueron dos etnias distintas que aún pueblan las riberas del Río Ucayali.

En 1657, misioneros y soldados incursionaron en territorio de los shipibo, a los que llamaron calliseca, pero fueron muertos. En 1660, los shipibo atacaron las misiones del Río Huallaga. En 1661, 2000 ó 3000 los shetebo y shipibo fueron reducidos en dos centros poblados, pero se sublevaron contra los misioneros y, en 1670, atacaron la misión de los panatahua. Desde 1686 hasta 1698 estuvieron bajo la influencia de los jesuitas. Este último año mataron a los misioneros. En 1765 se fundaron varios puestos misioneros y hacia 1766 fue convertida la población shipibo de cinco aldeas. A raíz de la sublevación de Runcato, en 1776, esos puestos se perdieron. Por el año 1790, habían shipibo en los ríos Pisqui, Tamaya, Aguaytía

y el Ucayali arriba del Sarayacu y en el Cushabatay. Los shipibo se caracterizaron, entre otras cosas, por ser grandes viajeros y comerciantes de sal. Sus armas tradicionales eran la macana, el arco, la flecha y el arpón. Las dos últimas se emplean aún actualmente para la caza y la pesca. Es frecuente también en la actualidad el uso de la escopeta, la tarrafa y la red para pescar.

En el mundo del pueblo shipibo-conibo se desarrolló primero, una cultura mítica de rasgo lunar, una cosmovisión mágico-religiosa pan-naturalista; que ha influido en los métodos usados para la conservación de la vida, la ecología, el medio ambiente.

El pueblo shipibo-conibo en su conjunto han generado todo una vida y cultura, que podemos apreciar en el arte de la pesca, la caza y la artesanía hasta la actualidad.

### Los chamanes y sus contextos

La relación del chamán con su medio ambiente no es de competencia ni de utilización y explotación, sino de complementariedad y respeto. Él toma del medio ambiente lo que necesita, lo que quiere, pero para ello debe tener el "consentimiento", la "aceptación" de la naturaleza. Es una relación armoniosa entre él y su medio ambiente.

Las características más llamativas del chamanismo de las sociedades amazónicas es el pensar y establecer relaciones en términos de principios de reciprocidad.

El territorio indígena cubierto de densa vegetación, ha logrado desarrollarse en armonía con el hombre y la naturaleza; su biodiversidad ha permitido configurarlo como el altar de la medicina indígena y guarda celosamente los conocimientos adquiridos por generación, el poder espiritual y curativo de cada planta; así como su aplicación, dosificación y su significado simbólico.

El conocimiento del medio ambiente esta acompañado igualmente de un conocimiento sobre el uso del suelo. El chamán protege los bosques, los ríos, y la naturaleza, porque forman parte de su subsistencia. De ellos se provee de recursos alimenticios y en ellos se preservan los conocimientos milenarios. Es una relación armónica del hombre con la naturaleza, lo cual se ha plasmado en nuestra visión del mundo, nuestra organización sociopolítica, nuestra ciencia, nuestra tecnología y nuestra vida espiritual.

El conocimiento también está relacionado con el territorio en la medida que en el mismo se distribuyen los diferentes sistemas tradicionales de manejo técnico del suelo, para que el sistema productivo sea aplicable y viable en armonía con el medio ambiente. Todo esto sólo será posible si no hay deforestación ni se destruyan los recursos naturales y las cuencas de los ríos.

El proceso de conocimiento está articulado indisolublemente a una cosmogonía. En este sentido, se puede hablar apropiadamente de un ecosistema, de las ligazones y vínculos que existen entre cada cosa y su entorno. Comprende una visión de totalidad. Muchas plantas no podrían tener

la misma función, uso e importancia, si se les saca de su entorno natural, si se les cambian las condiciones originales.

## EL CHAMANISMO ASHÁNINKA

### El sheripiari

En sociedades como la asháninka, sin mayor especialización ni autoridad centralizada, no existen cargos análogos, el control social de la conducta individual en el interior de cada nampitsi reposa en gran medida en las creencias socialmente generadas acerca del orden social y los poderes que atentan contra éste. En el caso de los asháninka, cazadores, pescadores y recolectores, una parte de estas creencias tiene que ver con las relaciones hombre-naturaleza, referida a castigos de seres espirituales de los animales y los peces al individuo que cace o pesque en exceso, comprometiendo la regeneración de los recursos y, por tanto, la existencia del grupo.

El otro aspecto del control de la conducta individual se encuentra en la brujería. Mediante la brujería, quien no cumple las normas de conducta y disciplina en lo referente a la cooperación recíproca y distribución de alimentos, puede ser castigado. En ambos casos es el sheripiari quien puede ejercer el mecanismo coactivo.

### Adquisición de poderes para el sheripiari

Para aprender a ser sheripiari, un hombre o mujer debe ser enseñado por un sheripiari viejo y experto. Su entrenamiento puede ser desde seis meses hasta años, debiendo mantenerse en dieta, es decir privarse de algunos alimentos como carne, bebidas alcohólicas, ají, etc., y abstenerse de mantener relaciones sexuales. Entre otras exigencias, sólo debe comer alimentos vegetales y especialmente yuca fría y pescado como el boquichico. El sheripiari-instructor dará a chupar pasta de tabaco-ampiri al aprendiz, produciéndole alucinaciones y así durante mucho tiempo, por lo que el joven debe estar completamente decidido para poder asumir esta responsabilidad. Cuando se vea a sí mismo en vuelo, convertido en tigre, uniéndose al espíritu femenino del tabaco en forma de una mujer, se habrá convertido en sheripiari, formando pareja con dicho espíritu y teniendo la capacidad de recorrer el bosque convertido en tigre. Este proceso transforma al nuevo sheripiari procurándole una dimensión natural y convirtiéndolo en un intermediario entre el ámbito social y cultural, el grupo y los poderes fuera del mismo.

A este sheripiari-especialista ritual, se le atribuirá entonces el acceso a niveles y aspectos de la realidad no percibidos por el común de los individuos, siendo capaz -a través del trance- de visitar a los espíritus que habitan en el mundo de la naturaleza, o a los padres de los animales en las cuevas de las alturas de los cerros, manteniendo relaciones especiales con los espíritus femeninos de determinadas plantas maestras y cultivadas culturalmente.

Los asháninka, como ya hemos visto, son muy cuidadosos en la con-

servación de las especies de animales en las diferentes zonas del bosque, alternando la explotación de las zonas de caza. El retiro de los animales a otras zonas se debe a la caza demasiado intensa y es interpretado como resultado del enojo del dueño de la especie afectada que, en principio, envía los animales a los hombres para que les sirvan de alimentos.

En estos casos, el sheripiari actúa a través del trance logrado al ingerir el sumo del tabaco (sheri), identifica al cazador que ha cometido la infracción, repara ritualmente el daño, restablece el equilibrio y su conducta a la norma social, transportándose con el cazador en cuestión a la morada del dueño de los animales para pedirle disculpas y obtener el envío de nuevos animales. Si el cazador vuelve a infringir las reglas, pesa sobre él la amenaza de ser convertido en un animal posible de ser cazado por los miembros del nampitzi (la comunidad o asentamiento; N. del E.).

## EL CHAMANISMO SHIPIBO-CONIBO

### El onanya

Los shipibo-conibo, provenientes de la familia lingüística pano, están ubicados en los márgenes del Río Ucayali y afluentes. Las prácticas de la medicina indígena, un aspecto importante de la cultura shipibo-conibo, están sufriendo el impacto de la cultura occidental.

Actualmente, entre los shipibo-conibo existen muy pocos curanderos de alta categoría, así como los meraya o yube, sólo existen onanya. Se espera que en el futuro se revalore el conocimiento y la técnica de la medicina indígena para recuperar los niveles del chamanismo anterior.

El chamán shipibo-conibo clasifica a la ayahuasca según el color:

- a) Panshin oni, por su color amarillo.
- c) Josho oni, por su color blanco (su existencia es escasa).
- d) Huizo oni, por su color marrón oscuro.

Esta variedad está representada por diferentes espíritus:

- a) La boa (anaconda). En shipibo esta planta se llama ronin oni.
- c) El grillo (saltamontes). En shipibo esta planta se llama *champo oni*.
- d) La chicua (pájaro negro). En shipibo esta planta se llama *chisca oni*. Es un pájaro mensajero, tanto para los curanderos como para los miembros de la comunidad. Presagia el bien o el mal. Este pájaro siempre vive junto a la ayahuasca.

Estas representaciones de la ayahuasca no se pueden distinguir o reconocer. Sólo el curandero puede hacerlo por medio de la toma del ayahuasca y a través de sus visiones.

Para que la ayahuasca produzca efectos alucinógenos debe ser complementada con las hojas de una planta llamada chacruna. Asimismo se puede agregar flores, cortezas o raíces de plantas que se desee experimentar, las cuales poseen espíritus superiores.

La persona que quiere aprender debe cumplir con una regla muy estricta, como la dieta, de forma como lo hace el maestro curandero. Cada maestro curandero tiene sus recomendaciones sobre la forma cómo su maestro lo enseñó y de acuerdo a su propia experiencia. Los pacientes - durante y después del tratamiento- y las personas particulares que acceden a estas experiencias, o con otras plantas maestras, también deben cumplir una regla muy estricta.

Hay dos formas esenciales de dieta para el aprendizaje y la adquisición de poderes chamánicos:

1. El ayuno: no dejarse ver ni conversar. Permanecer en la cama durante varios días. Se puede beber líquidos.
2. La dieta estricta: abstinencia sexual y social. No comer sal, condimentos, picantes, ácidos, algunos pescados y animales.

Las dietas estrictas; el curandero debe preparar los alimentos para sí mismo o para el aprendiz. Otra opción es que se encargue estas tareas a una muchacha que no haya menstruado o a una mujer que haya pasado la menopausia; esta última no debe tener relaciones sexuales y mantener su vestido con plantas aromáticas.

Las dietas que se hacen se deben principalmente a que los espíritus son celosos y débiles. Los espíritus de los animales y peces muertos hacen la guerra a los espíritus de las plantas. Si no cumple con la dieta, el aprendiz es reprendido, castigado o muerto.

Existen dietas simples que duran dos semanas y hasta medio día después de un tratamiento simple o después de ingerir ayahuasca en forma experimental.

### La adquisición de poderes para el onanya

La adquisición de poderes chamánico proviene de tres mecanismos:

1. Por herencia.
2. Por elección de los espíritus.
3. Voluntariamente, con o sin maestro.

En el mundo chamánico shipibo-conibo existen tres categorías de aprendizaje:

Onanya. Es el curandero que tiene todo el conocimiento de los primeros auxilios. Usa los poderes mágicos y las plantas medicinales.

Meraya (banco). El curandero de esta categoría es como un mago. Posee las enseñanzas de los espíritus semidivinos. También sus plantas medicinales.

Yube. El curandero de esta categoría está especializado en extraer dardos mágicos, por lo cual cuenta con el padre y la madre del yachay o chonta mariri. Además, tiene los mismos conocimientos que el Meraya y usa plantas medicinales.

## TECNOLOGÍA Y CHAMANISMO

La interacción social y el calendario indígena, guardan relación con la distribución de las diferentes actividades productivas de la sociedad a lo largo del ciclo anual. Esta adecuación de los límites que impone la ecología a la producción de los recursos y la propia reproducción social, permite asegurar la continuidad del sistema social y la reproducción de sus condiciones de vida a lo largo del tiempo.

La adaptación del hombre comprende un conjunto de actividades sociales y éste es consciente que, por ser tales, suponen representaciones e interpretaciones socialmente generadas acerca de la naturaleza.

Un aspecto de dichas representaciones e interpretaciones permite la identificación del momento más adecuado para la realización de las actividades productivas dentro del ciclo anual. Los conocimientos acerca del cuándo hacer representaciones colectivas, constituyen los referentes de memoria colectiva por medio de los cuales los miembros de la sociedad indígena, dominadores de tecnologías agrarias especiales, adecúan el actuar individual y colectivo sobre la naturaleza a los ritmos de desarrollo biológico de los organismos vivos en los que basa su reproducción material.

### Técnicas del sheripari asháninka

La distribución del tiempo constituye un calendario anual de actividades cuyos criterios generales son astronómicos, climáticos e hidrológicos, habiéndose elegido en correlación con estos factores, otros florísticos y fáunicos que forman parte de los conocimientos necesarios para la práctica de las actividades productivas de horticultura, caza, pesca y recolección. En el mundo asháninka existe una variedad de técnicas. Una de las técnicas más importantes en la horticultura de roza, que practican los agricultores amazónicos, es la selección del terreno. Luego, la etapa de roza y tumba, se inicia con un gesto de amplio significado purificador. El sheripari mastica ivenki y lo sopla por todo el lugar y sobre sus hijos varones y yernos para no tener choques con seres malos del bosque.

La etapa de la quema es fundamental en la técnica de la agricultura de roza ya que a través de la transformación de la materia vegetal en ceniza se busca trasladar los nutrientes, en su mayor parte localizados en la cubierta vegetal, al ecosistema de bosque tropical. En las fases de la siembra y la cosecha es donde los gestos simbólicos que acompañan a los gestos técnicos muestran cómo es entendida la relación entre el horticultor y las plantas cultivadas. Cosecha y abandono, un aspecto simbólico de la cosecha son los cánticos de la mujer al momento de transportar la yuca cosechada de la chacra a la casa.

Las técnicas de caza al acecho practicado en los comederos de animales silvestres es probablemente la más difícil. En ella se emplean mayormente flechas. Para las técnicas de caza es fundamental lograr la pureza del cuerpo y las armas para establecer una relación adecuada con los animales del bosque. Para la pesca practican tanto técnicas individua-

les como colectivas, estas últimas son practicadas en épocas de verano, en los meses de julio y agosto. Las mujeres que menstrúan o están embarazadas tienen prohibido participar en este tipo de pesca porque "endulzan el veneno".

Finalmente, a lo largo de todo el año se practica una técnica de pesca individual y masculina, nylon y anzuelo de acero, utensilios obtenidos en el mercado y que son los sustitutos modernos del cordel de algodón y los anzuelos de espinas y de huesos que utilizaron los pescadores durante miles de años.

### Técnicas del onanya shipibo-conibo

En el caso de los shipibo-conibo, el vínculo es una cuestión de estética, y de aplicaciones terapéuticas. Bajo la influencia de la ayahuasca, el meraya percibe una información que él conoce, con frecuencia caótica, proveniente del mundo espiritual, con la forma de diseños luminosos. Entonces domestica esta información, transformándola en diversas nociones estéticas: patrones geométricos, melodías, ritmos y fragancias, que desempeñan un papel psicológico y espiritual clave, tanto para el paciente como para la sociedad.

Una de las tareas de los Meraya era, en la tradición shipibo, conseguir diseños de los espíritus y pasarlos a las mujeres encargadas de su elaboración artística. Así, el Meraya tenía una función clave en el arte y sobre las ideas religiosas dominantes que quedaban simbolizadas en diseños y motivos individuales. Además, el significado se transmitía a través de la pintura de sus utensilios, vestidos y tinajas, etc., con las redes geométricas características a un nivel más generalizado, donde cada diseño no especificado simboliza a Ronin, la anaconda cósmica.

Las ceremonias de las adolescentes eran ritos fundamentales que servían tanto para la vida religiosa como para la actividad artística de las mujeres. Es entonces cuando se concentraban las mejores piezas de vestido, ornamentos, cerámica, armas, provenientes de extensas zonas del pueblo shipibo-conibo. Estas fiestas interregionales eran grandes presentaciones artísticas, y centros de difusión y mensajes de la experiencia religiosa expresada en las decoraciones de objetos.

Actualmente, el grabado en madera es una tecnología cuyo delineado lo realizan las mujeres y el labrado los hombres. Toda la producción artística es realizada por las mujeres, así como cubrir todo con sus diseños geométricos, el teñido o bordado de los textiles, el dorado de la cerámica el ensartado de chaquiras, algún diseño facial y el marcado de las personas con diseños corporales invisibles.

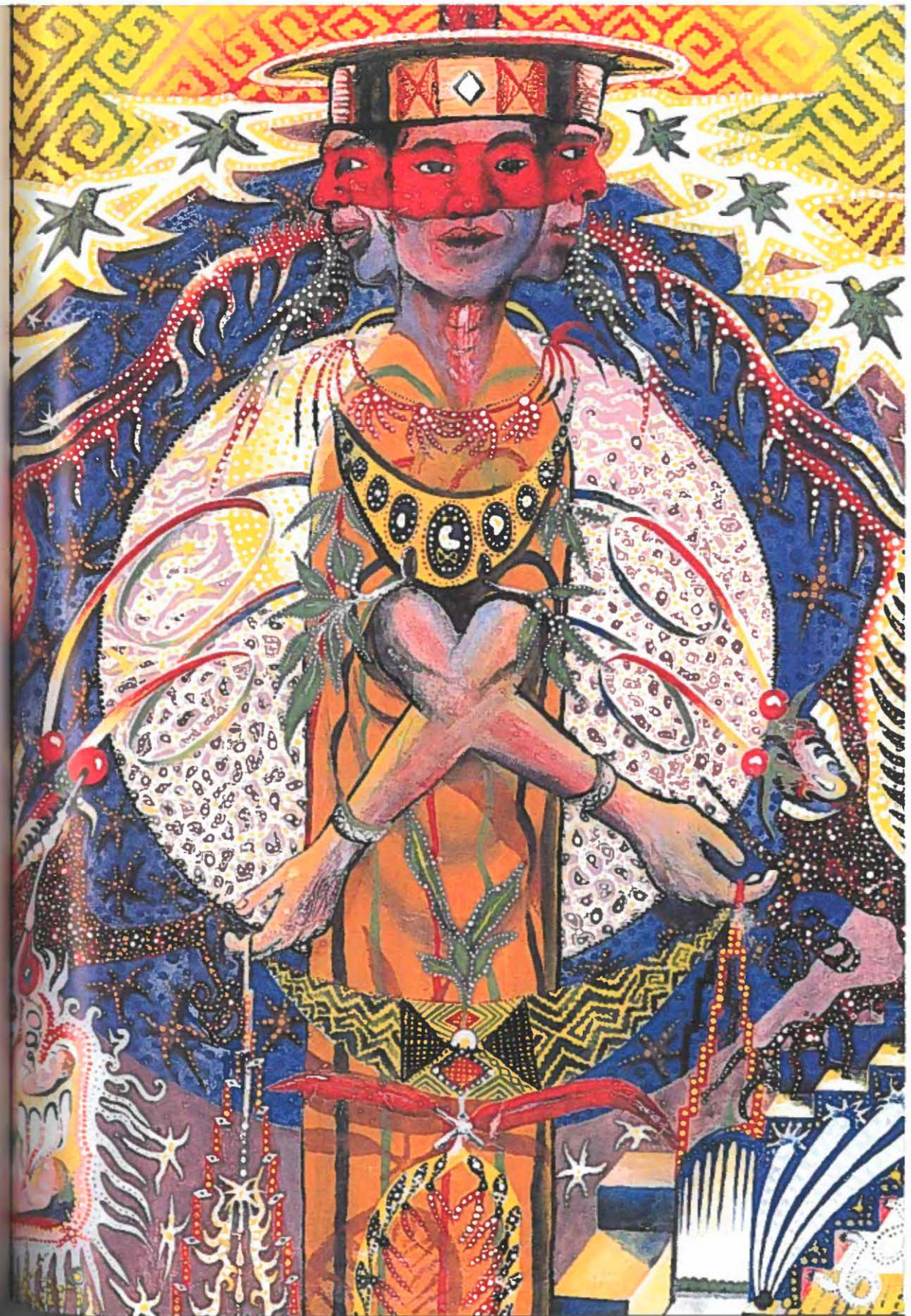
La terapia shipibo-conibo es esencialmente una visión de diseños ideales, aplicados al cuerpo del paciente. El concepto de la anaconda cósmica, Ronin, es central para el conocimiento del simbolismo de los diseños. Ronin es un espíritu principalmente relacionado con el agua y fundamento físico del universo.

Como donante primordial de todo los diseños geométricos, Ronin, es

simbolizado en el arte shipibo-conibo en tres niveles de percepción: Primero, en la confección de vasijas de cerámica. En esta tecnología, los rollos de barro añadidos representan la anaconda enrollada descansando. Segundo, el estilo del diseño como un todo está relacionado con la piel de Ronin, que presenta todo los diseños y colores existentes e imaginables. Y, tercero, Ronin y otras serpientes son simbolizadas por motivos individuales más o menos estilizados de forma ofídica, integrada al diseño.

Dibujo: Noé Silva Morales, 2000

El sheripiari





Don Angel enseñando medicina tradicional.

Foto: Soren Hvalkof 2000



Curso de capacitación.

Foto: Jim Thuesen, 1994



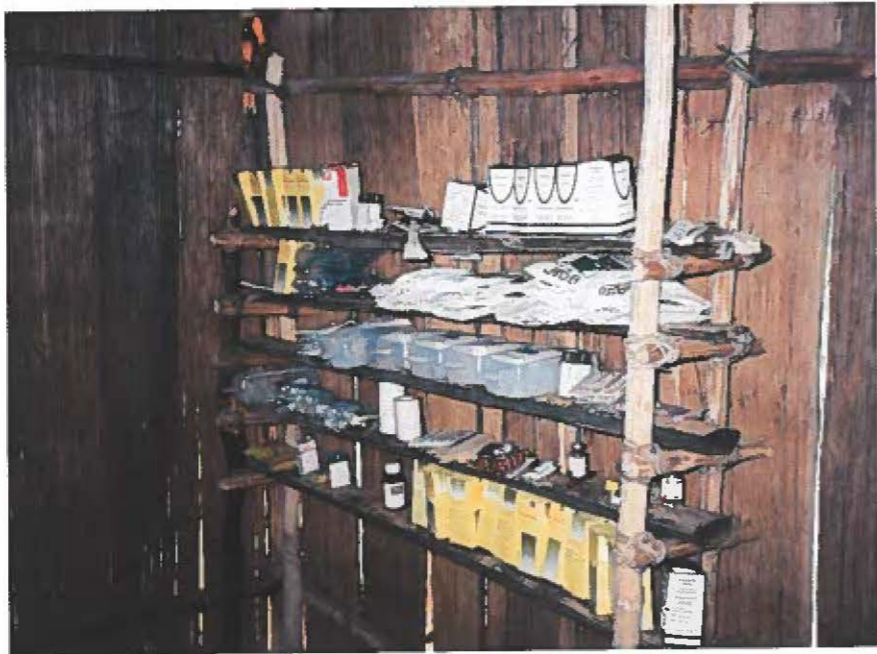
Reunión sobre el PSI.

Foto: Thomas Skielboe, 1994



Técnicos sanitarios ashéninka, Ucayali.

Foto: Rune Hvalkof, 2000



*Botiquín comunal.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1994*



*Vacunando.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Posta médica distrital.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1994*



*Curando con tabaco.*

*Foto: Jim Thuesen, 1993*



*Maestra Amelia y la partera curando.*

*Foto: Thomas Skielboe, 1994*



*Vaporando.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Vaporadora Amelia en acción.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Materializando la causa del mal.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Sheripiari tratando una paciente.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Sheripiari curando.*

*Foto: Jim Thuesen, 1993*



## El curandero asháninka

*Dionisio Moron Ríos es chamán con mucha experiencia. Fue presentado por su yerno el Sr. Luis Cushmariano, su aprendiz y motorista del PSI. Ambos viven en el bajo Río Unini.*

### Presentación

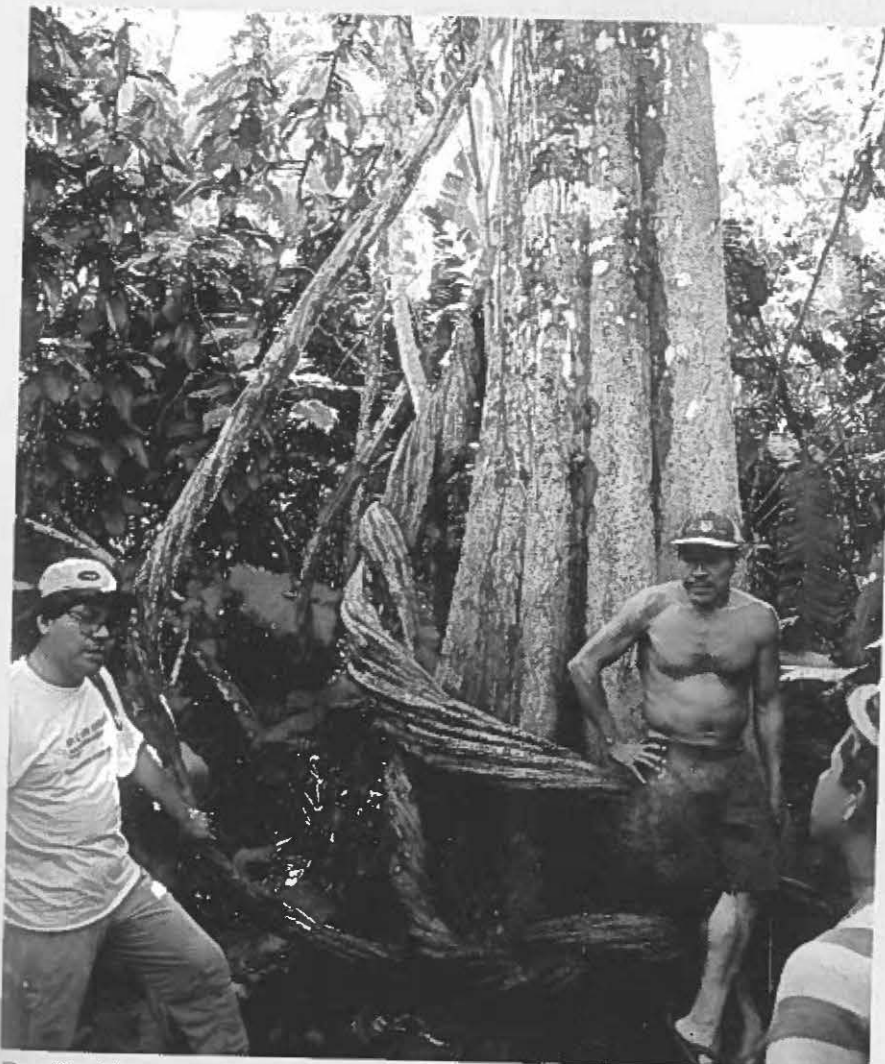
Mi suegro es el curandero de Unini y dice que es médico, como sheripiarí. Toma unas sogas que se llaman camarampi y jorowa que les tiene fe. Cuando los comuneros se enferman acuden a él y él los cura, por eso le tiene fe a las dos sogas. Mi suegro dice que si no los puede sanar con la medicina tradicional le dice a los pacientes que se vayan a la botica a comprar su medicina, que le va a ser bien pues le avisó su espíritu. No los manda por gusto sino que él ya sabe y eso deberían hacer otros sheripiaris, que hacen acuerdos con ambos lados, tanto con la medicina tradicional como con la occidental. Pero lamentablemente hay sheripiaris que no practican esas cosas, que no analizan a la gente, pero mi suegro sí y si no le puede sanar con la medicina tradicional que es el camarampi y la jorowa, el sheripiarí le dice al paciente que vaya a comprar su medicina de la botica, que le va a hacer bien, que él ya sabe por que su espíritu le avisa.

### El curandero

Yo he aprendido a ser sheripiarí con maestros y mi suegro también me ha enseñado, acá mismo. He tomado ayahuasca con mi paisano, que es cocama y he tomado con los mestizos. En total he tenido tres maestros.

El cocama vivía en Bolognesi, y venía especialmente pues era un regatón y se ha hecho mi gran amigo. Un día me preguntó si no había ayahuasca y le dije que sí, que le iba a traer al día siguiente. Como yo no sabía nada él me ayudó a cocinarla durante el día y la noche. Empezamos a tomar mientras él me aconsejaba, me decía que eso era bueno, que era medicina y me iba a dar cuenta cuando tome por dos o tres años, que recién entonces iba a abrir los ojos y darme cuenta que eso cura, que es una gran medicina. Y le hice caso y empecé a tomar. Después vino otro del Gran Pajonal que se ubicó en la loma y también me invitaba a tomar. Para ese tiempo ya tenía un año de tomar y él me decía que mi cuerpo estaba bien preparado, que siga adelante que no me de por vencido, que siga tomando y aprendiendo esas cosas de la dieta, que tenía que dietar un año.

Casi no aguanté la dieta. Me separé de mi mujer pues no podíamos dormir juntos. Tampoco podía comer chanco, sólo plátano asado con cáscara. Comía mi arroz con un poquito de sal, nada de manteca. No podía tomar chapo, ni ninguna clase de dulce, ni frutas durante un año. Mi maestro me dijo que era bueno, que podía y poco a poco he ido acostumbrando mi cuerpo. Al final he llegado a lograr un poco, no digo que sé bastante, pero lo suficiente para defenderme. Ya tengo 27 años tomando.



Don Dionisio mostrando un bejugo gigante de ayahuasca, sembrado hace más de 25 años. Foto: Rune Hvalkof, 2000

## Voces II: Especialistas Indígenas

### Casimiro

*Casimiro Izurieta Cevallos tiene 70 años y vive en la comunidad de Tzinquiato. Es curandero, con muchos años de experiencia como chamán, huesero y vegetalista. Ha sido nombrado por el Programa como maestro especialista para transmitir su sabiduría a la siguiente generación.*

#### Huesos, yerbas y ayahuasca

He vivido primero en Mapalca, donde fundé el caserío. Allí había un señor, el abuelo de Javier Prishica, que me trajo para acá y con él trabajábamos la medicina. Él me enseñó todo, también a conseguir el camarampi.

En ese tiempo la gente no nos aceptaba mucho, decían que los engañábamos. Pero me llaman cuando hay emergencias, a cualquier hora, por ejemplo si un muchacho se accidenta pues también soy huesero.

Ahora sigo trabajando con el Programa, apoyando a mi comunidad y ahora soy más aceptado. La gente me dice que siga trabajando, que no lo deje.

Yo quiero enseñar, pero algunos no quieren. He aprendido de viejo, de mi compadre de Mapalca y ya tengo 25 años de experiencia de huesero, pero pocos jóvenes quieren aprender. Yo les digo que mañana me muero y ¿quién va a atender a la gente acá?, soy el único que atiende a la gente. Vienen para hacerse curar los huesos de Mapalca de Shiranta y de Capajereato. Yo no les cobro como dicen una fortuna, aunque algunos dicen que cobro mucho, pero no es así, cobro sólo a voluntad.

Para curar los huesos uso una resina de yanchama, también está el renaco para pegar y la grasa de boa negra es una gran cosa. Le tengo fe a la resina de renaco por que yo también me he fracturado. Cuando era muchacho me gustaba subir a los árboles como un mono y me caí pues. Ahí me quedé muerto y el espinazo estaba salido, que cuando trabajaba me dolía. Un día un señor me dijo que había una sogá gruesa que se le parte al medio y se le pasa seis veces de ida y seis veces de regreso. Luego la amarras otra vez y cuando va cicatrizando el renaco, también va cicatrizando tu herida. Y ahora no siento nada.

Los muchachos hoy no tienen esa curiosidad de acompañarle a uno. A veces voy a capacitar a otro sitio. El otro día me fui a Libertad. Había un paciente con gripe fuerte, hasta votaba sangre. Me dijeron que era tuberculosis y lo llevé al Centro de Salud, pero el análisis de esputo salió negativo. Luego con vegetales y la manteca de lagarto lo curamos.

A veces preparamos ayahuasca, pero me la traen de otro lado, pues aquí no hemos sembrado. Nosotros la tomamos y ves que enfermedad tiene, como en una película. Tú ves todo, como está su cuerpo, si has tenido un daño, o un resfrío u otra cosa. Cuando no hay ayahuasca tomamos toé, que tenemos sembrado. Se toma un poquito para curar.

Pero hay que hacer dieta por tres meses y por eso muchos no quieren. No hay que hacer uso de las mujeres por tres meses. Para la dieta no tienes que comer sal ni manteca y el pescado con mala. Yo he dietado para hacer curar a mi señora. Con la dieta el cuerpo agarra el don de maestro y recién ahí va a hacer lo que quieras.



Don Dionisio y su yerno preparando cocos.

Foto: Rune Hvalkof, 2000

## Mauricio

*Mauricio Fasabi Apuela tiene 78 años y es un viejo curandero. Es procedente de Lamas en el norte del Perú. Entró en la selva en los años 40, haciendo el servicio militar. Se casó con una mujer yine y se quedó en el Ucayali, adaptándose al ambiente ribereño. Ahora vive en la comunidad de Santa Clara.*

### El chámán Lamista

Yo aprendí el chamanismo en mi tierra, en San Martín, cuando me dieron de baja de la vida militar. Encontré mi esposa cuando estaba yendo al Río Manú y le embarqué a ella sin saber su idioma y le llevé, después de un año regresamos.

En mi pueblo he aprendido con un tal Ambrosio Tuanama, él me ha enseñado en Jeberos. Ahí he aprendido con esas personas y es por eso que vengo a servir a nuestra patria. He venido sabiendo algo, pero hay algunos curanderos que hacen daño a la gente, pero eso no vale, por que eso es hechicería. Pero claro que lo que es bueno es la medicina. Medicina es uno o dos meses de dieta. Después de los dos meses puedes regresar a tu casa a tomar ayahuasca y aprender más y mensualmente puedes seguir tomando hasta que llegues a ser un buen curandero y ya puedes curar.

Los jóvenes de hoy día no quieren aprender. Yo acá vivo enfermo y así, si me llegan pacientes, los curo. Esta piedra (¡muestra una piedra que se ha sacado de su cuerpo!) es lo que me quiere matar y anoche hemos tomado una ayahuasca que ha estado bien fuerte. Aquí está mi hermano para que lo confirme, que no le engañó. Hemos tomado con estos señores que están trabajando, ellos son del Sepahua, ellos quieren ser mis discípulos, pero no se puede por que no son de acá, por que el aprender no es una cosa de dos meses, ni una semana y mañana ellos se van al Sepahua. Aquí no tengo discípulos, estoy yo solito, a veces quieren tomar pero prefieren a las chicas, por eso no toman, no pueden dietar, al tomar la ayahuasca no debes acostarte con mujeres por que te enfermas.

Pero a veces viene la enfermedad, por que te burlas de la purga, por que no se respeta la dieta. Aquí mi yerno Juanito, estaba atendiendo a un paciente, Don Belisario, él ha sido un hombre espiritista, aquí él me ha enseñado y cuando ya he sabido algo, él falleció, y yo me quedé como su sucesor y aquí no hay otro curandero. Soy el único que curo a todos los muchachos enfermos, siempre me llaman en OIRA, para que hagan preguntas, es por eso que estoy recomendado por OIRA.

El proyecto de salud indígena está muy bien, por que no es mentira.

Acá todos están contentos, por ejemplo la Srta. Teresa está muy contenta, me dice que cuando hay un enfermo que ellos no pueden tratar con medicina occidental entonces ellos me dicen, mira vejez, mejor toma tu ayahuasca, y trátalos como puedas y así les trato. Así combinamos los dos tratamientos.

Cuando vinimos al Urubamba, en ese tiempo mi mujer era fuerte todavía. Ella es más vieja que yo, y ahora cuando quiere cocinar su platanito se quema no más su mano. En el año 1944 la he llevado al Río Manú, date cuenta cuántos años ya han pasado... yo que he venido jovencito de San Martín y ya estoy viejito, por eso todo mi cuerpo me duele. Me han operado en Sepahua por que se habían bajado mis testículos, era una hernia. Yo he venido del Sepahua muy mal, entonces ha venido la Srta. Otilia, vino un día acá y me dijo, ¿abuelo que cosa tienes?. Señorita, le dije, estoy muy mal con esta operación que me han hecho en Sepahua. Le mostré esta pierna donde me cortaron y me han llevado de nuevo a Atalaya. Allá los de OIRA me han tratado y ahora estoy bien, hasta mi yerno Juan Mozombite está operado. También mi nieto Antonio, que tiene apenas dos meses ya está tranquilo. Yo le he convidado su renaquilla, que es bueno para la operación. Aquí también mi nuera Lili está siguiendo el tratamiento desde hace dos meses, ella también ha terminado su ojé, y me dice que está mejor, pero yo le digo que no coma sajino, ni pescado con muela, que puede comer boquichico por que es bueno, también el camarón.

En el 44 yo mateaba caucho del Manú y en el 45 regresé. Mi mujer es natural de, su pueblo es en el Río Tambo. Se murió su marido y con ese sentimiento de su marido se estaba yendo al Río Manú con su tío. Total que yo lo encontré y la llevé, le embarqué en mi canoa como embarcar a cualquier animal, no le podía enamorarle por que no sabía su idioma. Ella es pira (yine). Ahora yo hablo tres idiomas, el quechua, nuestro castellano y el piro (yine). El campita no puedo.

Lamas, es un pueblo lindo, está en un cerro y todas las casas son amarillas. Allá se habla quechua pero ya no en Tarapoto. Sólo algunos. Ahora con mis 78 años mi vista ya no da.

## Voces II: Especialistas Indígenas

### Luzmila

*Luzmila Fuchs López es ashéninka de la comunidad de Nuevo Paraíso, Ucayali, donde la Misión Adventista tenía su base. Luzmila trabaja como partera, vaporadora y especialista en medicina indígena con el Programa de Saluda Indígena, nombrada por ORDECONADIT, la organización indígena del distrito de Tahuania.*

#### Pasando la experiencia

Ya no sé cuantos años tengo, pero soy partera. Me encuentro aquí en Boca de Tahuania trabajando con la enfermera en esta organización. Yo he trabajado atendiendo a las mujeres que daban a luz o cuando no podían tener hijos y por eso me han elegido para enseñar a las personas, indicándoles la forma de cómo atender a las mujeres que van a parir. En otras comunidades no hay parteras o sólo las que atendían a sus hijas, nietas o nueras pero no a otra persona. Nosotros hemos dicho que no sólo deben atender a su familia y por eso ahora están atendiendo a todas las mujeres.

En algunas comunidades hay vaporadoras y parteras viejitas y ellas deben enseñar a las muchachas que desean aprender para cuando nosotras ya no estemos y ellas nos reemplacen y así sucesivamente deben seguir enseñando a sus hijos para que no se pierda la cultura.

Tenía una tía que me enseñó a vaporar antes de morir. Vivía en el Bajo Aruya y a ella le hicieron daño. Ahora su hija se ha quedado como sucesora. Yo me voy a las comunidades a enseñar a las mujeres interesadas en vaporar y decimos que vegetales son buenos. En el monte hay vegetales que sirven para vaporar.

Se hace capacitación con los promotores, con las vaporadoras y las parteras para ver si han aprendido o no y para seguir enseñándoles a las personas que no han aprendido bien. En algunas comunidades hay vaporadoras que viven muy lejos. Ahora en Mecoriari tienen su vaporadora, igual que el sheripiari, que también vive solito y solo cura a su familia. Pero con todo este trabajo ahora ya curan a toda la comunidad.

Las comunidades ahora están más contentas que antes. Mi sobrino les lleva las ollas para que vaporen. Antes usaban ollas viejitas y ahora con las nuevas están más contentos. Además, se les ha dado su mosquitero para poder tapar a los enfermos. A todos se les da sus implementos de trabajo.

También las parteras están aprendiendo y enseñando a utilizar los vegetales.

Hemos desparasitado con oje como a 300 personas y ahora estamos trabajando con niños y adultos, también con pacientes anémicos.

Con la Srta. Lidia hemos encontrado enfermos bien graves, incluso un joven que estaba enfermo, pálido, hinchado. Hasta que le convidamos oje. El enfermo estaba en el monte y su hijo lo fue a buscar y lo cargó hasta su casa. Él quería morirse, pero su hijo lo llevó a la comunidad de Compirushari. Al segundo día le hemos dado oje, le desnudamos y bañamos con agua y él gritaba que se quería morir. Yo le decía que no se iba a morir y al día siguiente ya estaba menos hinchado, incluso se había levantado y así lo dejamos. Después de unos cuantos días regresamos y lo hemos encontrado sano. Asistía a las reuniones y la gente se sorprendía de verlo sano. Pensaban que se iba a morir y gracias a Dios que no fue así.



Luzmila, Lidia y coordinador Manuel.

Foto: Rune Hvalkof, 2000

## Voces II: Especialistas Indígenas

### Rosa

*Rosa Valera Flores tiene 58 años, es partera y curandera de la comunidad shipibo-conibo de Shahuaya, y trabaja en el Programa con ORDECONADIT en el sector conibo del Distrito de Tahuania. Ver fotos de sra. Rosa pp. 274 y 275.*

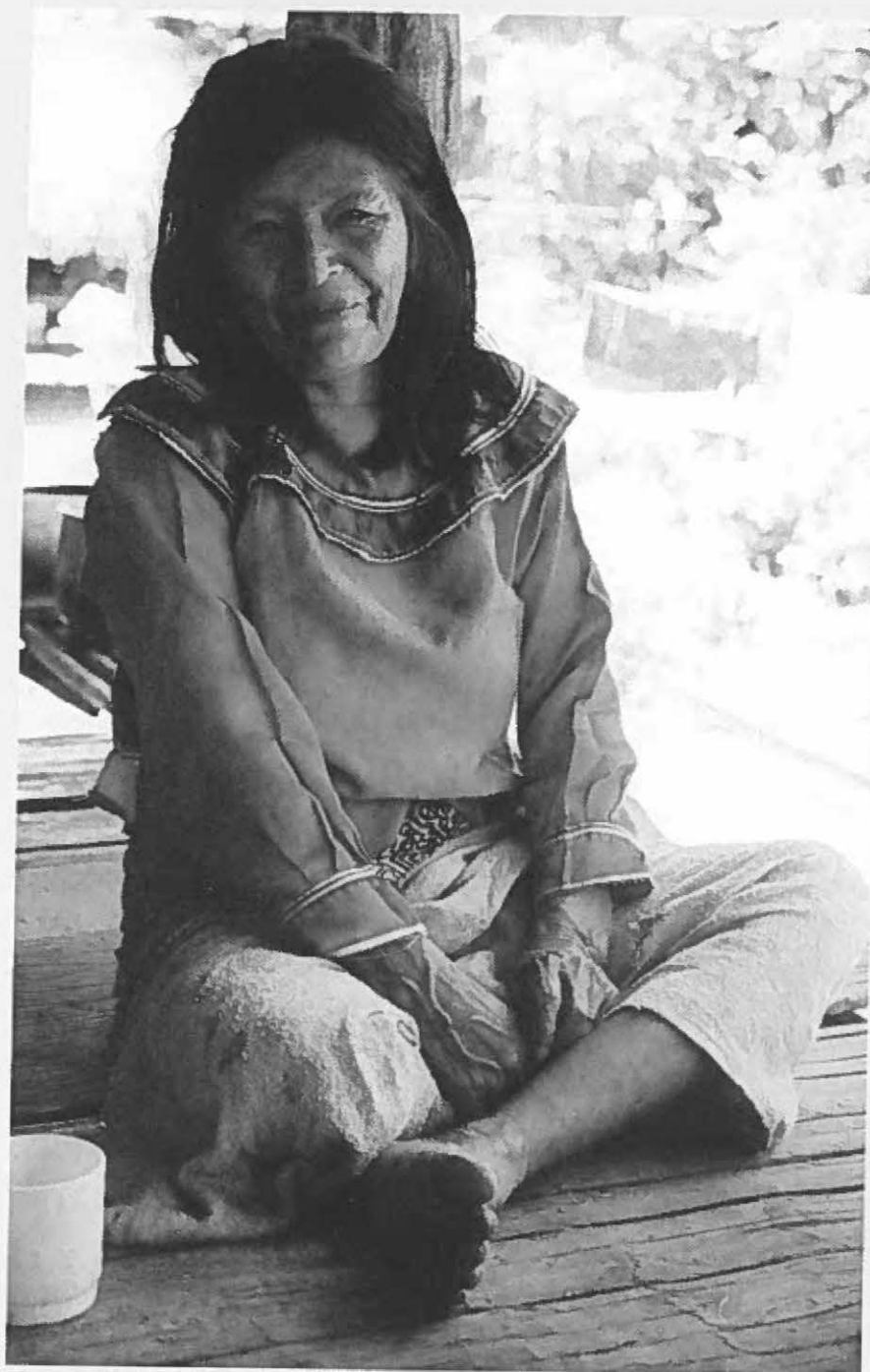
#### La curandera maestra

He aprendido de mi madre, cuando era señorita y sigo siendo partera. Las madres expertas deberían enseñar a sus hijas.

Se me buscó para que trabaje con 13 comunidades. Durante mi recorrido enseñé la vaporación, atendiendo algunos pacientes vaporando y a las personas interesadas en aprender. También trabajo con niñas, demostrándole, enseñándoles a hilar, a bordar en telas, también en cerámicas haciendo mocahuas. Todo eso les enseñé a las niñas y a algunas madres y señoritas interesadas en aprender. Es un trabajo que se está dejando en las comunidades, para que practiquen y sigan trabajando en su comunidad. Les he enseñado a curar con vegetales por ejemplo a los que tenían diarrea, vómito, les convidaba remedios vegetales. También enseñé a preparar pomadas y jarabes. En cuanto a la preparación de pomadas he enseñado en la preparación del chuchuhuasha, uchpacaspi y boa sacha. Les he explicado a las personas para que servía ésta preparación, como por ejemplo para cicatrizar la herida o alguna corteza servía para la diarrea, todo eso he enseñado, demostrándoles como se preparan los vegetales, que cantidad de dosis se puede utilizar.

También enseñé la preparación para el descenso vaginal, mediante un árbol que en nuestro idioma se llama isumbushite que significa maquisapa, bushte peine. Se prepara y se les convida a las mujeres que tienen flujo vaginal. Algunas mujeres se han sanado con esto, y otras no. Hay dos clases de maquisapa ushumbushite una es una corteza un poco amarga y la otra es un poco dulce.

Yo curo también con ayahuasca. Cuando me llega la mareación del ayahuasca comienzo a cantarle al paciente que estoy curando. Hay personas que vienen graves a mi casa y se van un poco mejor. También hay curanderos mentirosos que no sanan a los enfermos. Hay algunos que piensan que pueden ser curanderos después de tres meses o un año. Yo vengo trabajando por muchos años e incluso ahora puedo tomar toé y camalampi que es para el enfermo. Pero cuando el enfermo se resiste a todo, el golpe regresa.



*Comadre y especialista Hermila.*

*Foto: Cæcilie Mikkelsen, 2002*

## Amelia

*Amelia Coronado Romano es ashéninka y vaporadora maestra de la comunidad de Chicosa y dirigente de Asuntos Femeninos de la organización OIRA, donde ha trabajado tres años en el Programa de Salud. Trabaja en las comunidades de: Quipachari, Quempitiari, Toniromashi, Tahuanía, Canapishtea, Puerto Alegre, Mencoriari, Diobamba, Tahuarapa, Chicosa, Pensilvania, Pandishari, Nuevo Pozo, Sheripashi, Nueva Esperanza, Unini-Cascada, Shemontiari, Sanitaria, Anacayali, Tzivetari, Centro Selva Tzipani, Corintoni, Boca Apinhua, Centro Apinhua, Unión San Francisco, Lagarto Millar, Aerija, Laulate, Sapani, Tahuanti, Urubamba Sepa, Capajearato, Inkare y Belén.*

### El trabajo como vaporadora experta

Mi abuelita me enseñó a vaporar y también todo sobre las plantas medicinales. Mi trabajo ahora es el de enseñar a las mujeres sobre vegetales, como vaporar, como curar el choque de aire, vómitos y diarreas. Ya saben un poco pero les falta aprender. En todas las comunidades me reciben bien.

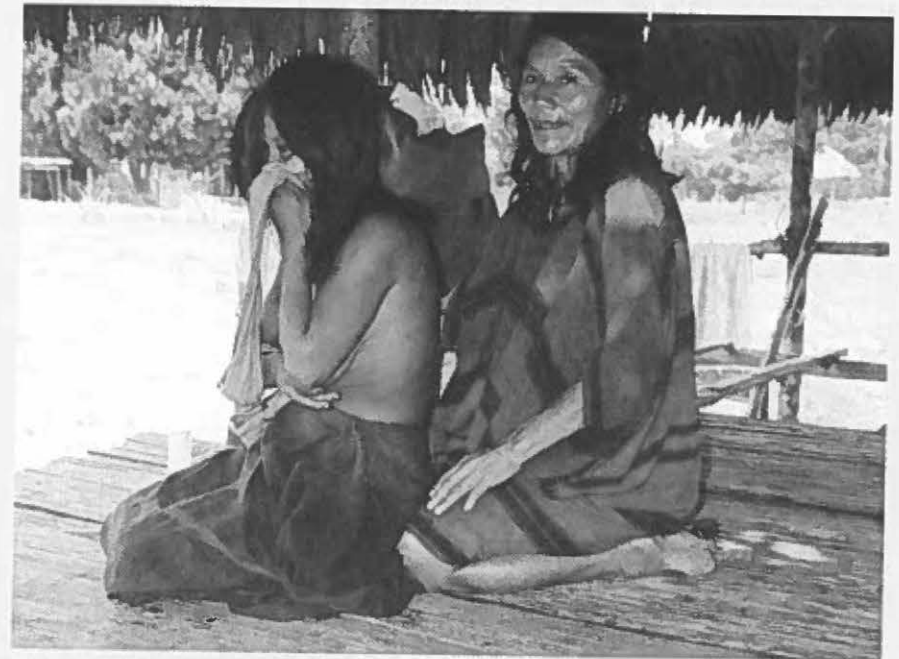
Gracias al Programa de Salud Indígena estamos progresando y tenemos alumnas en mi comunidad que han aprendido y eso me hace feliz. Pero a mí y a las comunidades nos falta un poco de materiales. Los dirigentes de OIRA me preguntan si no me van a reconocer mi trabajo por que tengo tres trabajos, como vaporadora, como partera y huesera. Pero sólo me reconocen como vaporadora pero eso no significa que voy a dejar mis conocimientos. Estoy lista para atender mi comunidad en lo que sea. Lo que nos falta es seguir capacitando a las parteras, a las vaporadoras. En este año no veo la capacitación de los promotores ni de las parteras y no hay personas que apoyen a las enfermeras.

Las comunidades me reclaman para que vaya, pero les digo que terminó mi trabajo aunque siempre les voy a seguir apoyando, les voy a seguir enseñando a las mujeres. Por eso es que quiero que siga el proyecto de salud.

Todos estamos contentos con el programa. Mi abuelita Jovita está trabajando como vaporadora y tampoco tiene su material completo. Hace dos años que dejé de trabajar y yo he sufrido con las 50 comunidades. Primero he estado en una comunidad 8 días y la segunda 4 días. Antes yo curaba con piripiri, con huante, con toé. Yo vaporo con toé para que se lleve lejos toda la enfermedad. También curo diarrea con hoja de limón. Hay varias cortezas que sirven para medicinas y todo eso he enseñado en

mi comunidad. Por eso ahora mi comunidad está muy contenta. Acá hay tres vaporadoras, Jovita, Gloria y yo. También hay tres parteras que no las conozco. Pero también reclaman sus materiales, así como los sheripiaris que necesitan su tabaco para curar. Vemos que falta capacitación, más bien cuando estaba la enfermera Juana Hinostroza siempre se capacitaba a los promotores, a las vaporadoras, a las parteras.

El Programa ha logrado bastante pero ahora está un poco bajo. Las enfermeras no están capacitando a los promotores. Son todos varones y faltan mujeres para que se capaciten.



Amelia diagnosticando.

Foto: Søren Hvalkof, 1994

## Voces II: Especialistas Indígenas

### Susana

*La Sra. Susana Avenchani Faman es jefa y vaporadora de la comunidad de Chinchini situada en el ribero del torrentoso Río Unini en el Gran Pajonal. Trabaja en el Programa con el OAGP, la organización indígena de la zona.*

#### Artesanía y medicina

En mi comunidad tejo cushmas, saratos y canastas. Trabajo con los comuneros en el cultivo de nuestras medicinas y de algodón y también hago artesanías. Sé teñir hilo de colores, con el barro que se saca de las lagunas. Necesito que el proyecto me apoye con ollitas para poder cocinar mis hilos con los barros para teñir.

Con mi medicina calmo al paciente, con el espíritu de la hoja que se está vaporando y por eso le calma.

A mí me ha enseñado mi mamá y a mi mamá le enseñó mi abuela. Ahora estoy sembrando mi medicina y tengo las que toman las mujeres para dar a luz, para que no les duela el parto. También tengo hierbas para no tener hijos y otras para cuando quieres tener otra vez hijos. Después de tener tu hijo tomas este remedio para que no tengas y cuando quieres tener de nuevo tomas tu remedio. Hay muchas mujeres que me preguntan por eso. Hay de ese bejuco en el monte y también acá en el huerto, una se llama soguita que es un árbol, otra pinitsi.

## Voces II: Especialistas Indígenas

### Teófila

*Teófila Vásquez Valera es natural de la comunidad de Shahuaya en el Ucayali. Tiene 49 años y es nombrada por su comunidad y su organización ORDECO-NADIT para ser vaporadora en el Programa.*

#### Aprendiendo a vaporar

No sabía vaporar y sólo gracias al Programa, el pueblo me eligió como vaporadora. La señora Rosa Valera me enseñó como se vaporaba un paciente. Según la cultura shipiba se utiliza la hoja de mango y naranja para vaporar. También se usa del monte la hoja de savanca como le decimos en nuestro idioma. Todo esto se cocina y se empieza a vaporar y he aprendido todo de la señora Rosa.

He aprendido también a hacer el remedio contra la diarrea y para los vómitos que tienen los niños y adultos. Se prepara la hoja de hierba luisa y luego se convida, pero la dosis depende de la edad y en que estado se encuentre el paciente. También he curado lisiados, echándoles piripiri machucado, pero se le tiene que indicar cuanto tiempo tiene que dietar para que el paciente se cure. Incluso he curado una madre que estaba con hemorragia, convidándole hoja de algodón colorado, mezclada con yawar piripiri. También curé a un niño que tenía diarrea con sangre.

He atendido durante años a la comunidad, a niños y adultos y ahora estoy atendiendo a pacientes que tienen hinchazones, utilizando leche catahua, mezclada con tabaco. Se le echa en la parte hinchada y sana.

Agradezco mucho el trabajo que he podido hacer durante este tiempo y me siento muy contenta, muy agradecida. He aprendido y voy a seguir aprendiendo muchas cosas para poder atender a mi familia, a la comunidad y a la gente que necesita mis servicios.

## 6. Perspectivas Médicas

### Aspectos médicos I: Del trabajo de campo

*Dr. Luis Torres Tuesta, médico, coordinador general del PSI*

#### Metodologías

El trabajo de campo y sus metodologías constituyeron un enorme desafío para los que intervinimos directamente en los mismos. El objetivo central del proyecto de constituir en cada comunidad un sistema local propio, con componentes de la medicina indígena y de la medicina occidental, orientó en lo fundamental nuestra intervención. El trabajo con la organización, las experiencias previas, experimentales, de la primera fase, la metodología de planificación, ejecución, información y evaluación del trabajo de cada recorrido, con el adecuado manejo y reajuste de estrategias, ha facilitado y asegurado nuestro eficaz desenvolvimiento.

#### Conformación de los equipos de trabajo de campo

Se decidió ejecutar el trabajo de campo con equipos mixtos, uno para cada sector, conformados por dos representantes de la cultura indígena y una licenciada en enfermería, representante de la medicina occidental.

Se decidió que de la parte indígena sea una mujer con experiencia en prácticas de la medicina indígena, particularmente en la atención de la gestante y del parto y, un representante de la organización, de preferencia dirigente, con funciones de coordinador de sector y promotor de la cultura y de la salud indígena. En la OAGP, la mujer experta realizó también funciones relacionadas con la organización de mujeres indígenas (OMIAGP).

Se decidió que la representante de la medicina occidental sea mujer para facilitar el trabajo con las mujeres indígenas en las comunidades. Habitualmente ellas no comunican ni confían sus problemas de salud a los hombres.

La conformación de estos equipos mixtos obedece a la realidad sentida por las propias comunidades. Cuando recorríamos las comunidades al inicio del proyecto, los pobladores nos decían textualmente: queremos de las dos medicinas, de la nuestra (medicina indígena) y los "medicamentos de botica" (medicina académica u occidental) porque así como tenemos enfermedades propias de nosotros, también nos afectan enfermedades que son traídas de fuera.

#### Capacitación de los equipos

En cada fase del proyecto los miembros de cada equipo recibieron capacitación previa sobre temas institucionales, sobre salud intercultural, sobre el proyecto, sobre temas específicos de cada uno y, sobre orientaciones de trabajo en equipo.

#### Recorrido de los equipos

El trabajo de campo se realizó en el ámbito geográfico de cada organización (federación). Cada uno se dividió en dos sectores. En cada sector trabajó un equipo, desplazándose de comunidad en comunidad, con una permanencia promedio de tres a cuatro días en cada una. Cada equipo realizó seis recorridos en el lapso de 18 meses de trabajo de campo efectivo, en forma consecutiva, en la segunda y tercera fase del proyecto. De esta manera se alcanzó una cobertura total y se realizó un trabajo sostenido y en profundidad.

#### El equipo en cada comunidad

En las visitas a cada comunidad debe cumplirse siempre con las siguientes formalidades: entrevista e información al jefe de la comunidad sobre el motivo de la visita y el trabajo a realizar, quien convoca una asamblea comunal donde el equipo informa sobre el trabajo a realizar y se toman los acuerdos necesarios. Cada miembro del equipo, de conformidad con sus funciones, desarrolla sus actividades específicas pero siempre en coordinación y colaboración mutua.

El coordinador de sector y la vaporadora, toman contacto específicamente con los recursos humanos de la medicina indígena (chamanes, vaporadoras, vegetalistas) y promueven y apoyan el trabajo de los mismos desde el primer recorrido. El coordinador de sector, como representante indígena, se encarga de cuestiones relacionadas con la vida integral de la comunidad: el territorio, conservación del bosque, la cultura, el autodesarrollo, la no-dependencia y autodeterminación, los derechos de los pueblos indígenas, los problemas de organización en el ámbito de la comunidad, de la federación, en el ámbito regional y nacional; y, específicamente, de la promoción y el apoyo al trabajo de los recursos humanos de la medicina indígena. La vaporadora promueve y respalda el trabajo de las vaporadoras en cada comunidad, incluyendo la formación de nuevas vaporadoras; promueve y apoya el trabajo de artesanía, la producción de alimentos, la organización y los derechos de las mujeres, y se ocupa de la atención del embarazo y del parto.

El trabajo de la enfermera se realiza casa por casa, siendo su función principal la capacitación de, al menos, dos promotores en cada comunidad y la organización y funcionamiento de un botiquín con un stock mínimo de medicamentos. Capacita sobre prevención de enfermedades, atención de personas enfermas y sobre registros de las actividades realizadas.

Cabe resaltar que si bien cada miembro del equipo tiene funciones específicas, en determinados momentos la intervención se realiza en con-

junto y la colaboración mutua es una característica principal del trabajo en equipo.

En la primera visita, el equipo realiza el reconocimiento de la situación sanitaria de cada comunidad: censo de población, identificación de riesgos ambientales, en las familias y en las personas, para la capacitación y el trabajo preventivo.

Se planifica, se ejecuta, se informa y se evalúa el trabajo de cada recorrido. Según los avances logros y dificultades, se cambian y adecuan estrategias en relación con los resultados y objetivos previstos.

El trabajo de los equipos de cada sector es supervisado por un representante de la cultura y de la organización indígena y, por un médico, representante de la medicina académica occidental.

Si bien los resultados y objetivos propuestos que orientan el trabajo de campo de cada equipo son claros y definidos, el desarrollo de los procesos implica interesantes aspectos sociales y técnicos. La adaptación de los profesionales del componente occidental a una nueva realidad ambiental y cultural, la interacción de los miembros del equipo entre ellos y con la población, el manejo del idioma, la actitud de respeto mutuo, los diferentes puntos de vista y de concepción frente a determinados problemas, el intercambio de conocimientos y experiencias, el compromiso de trabajar con eficacia para lograr la aceptación de la comunidad, constituyen experiencias nuevas en cada momento, que enriquecen el conocimiento y fortalecen el ánimo de cada miembro del equipo y del equipo en su conjunto.

### El promotor

El promotor es un trabajador voluntario designado y comprometido con la comunidad, encargado del componente occidental del sistema local de atención de la salud. Los promotores en las comunidades indígenas datan de muchos años atrás. Cuando el proyecto inició sus actividades ya habían promotores en todas las comunidades, en algunas hasta con más de ocho años de experiencia.

Antes del proyecto, su capacitación era eventual y no había seguimiento ni supervisión. En la actualidad, con el funcionamiento del proyecto en el ámbito de 119 comunidades, la capacitación, seguimiento y supervisión son sistemáticos y constantes.

### Capacitación de promotores

La función principal de la enfermera en el trabajo de campo del proyecto es la capacitación de promotores en cada comunidad. Al inicio se encontró que los promotores recibían capacitación con métodos teóricos durante 3 o 4 días por parte de los centros de salud (MINSA) y ONG, pero en forma esporádica, concentrándolos en grupos grandes en las ciudades y/o centros poblados (Atalaya, Sepahua, Bolognesi, Oventeni).

Nosotros, de conformidad con el objetivo central del proyecto: desarrollar en cada comunidad un equipo articulado, con representantes de la

medicina indígena y de la medicina occidental, teniendo en cuenta que en cada comunidad había promotores, interesados en conocer las técnicas occidentales sobre atención de la salud pero que, por sus características culturales, no contaban con la predisposición y el hábito para el trabajo intelectual teórico, optamos por la capacitación con métodos principalmente prácticos, desechando las grandes concentraciones en las ciudades.

La capacitación de promotores se realizó como un proceso continuo durante 18 meses en la segunda y tercera fase del proyecto, de la manera siguiente:

- Durante el tiempo de permanencia de la enfermera en cada comunidad, desde su llegada hasta su salida, los promotores permanecían junto a ella, aprendiendo "todo" en el trabajo práctico y con explicaciones teóricas indispensables.
- En pequeñas concentraciones de 4 a 5 comunidades vecinas de 6-7 días de duración, combinando el trabajo práctico con las explicaciones teóricas y, recorriendo en grupo las comunidades participantes. Esta modalidad permitía las intervenciones concretas de los propios promotores (aprender haciendo), el apoyo de los más experimentados y el traspaso de actitudes pasivas y receptoras, a acciones concretas bajo supervisión.
- Para los períodos de ausencia de la enfermera de cada comunidad (de dos a tres meses), se dejaban tareas para ser revisadas a su retorno y podían actuar consultando con el manual del promotor, con los rotafolios y con el libro "Donde No Hay Doctor".
- En los tres últimos recorridos, ante el problema de nivelar a promotores nuevos, se optó por modificar los recorridos habituales, conformando grupos con promotores de tres comunidades y haciendo el trabajo en grupo, recorriendo las comunidades con una permanencia de dos días en cada una. De esta manera, los promotores nuevos recibieron capacitación durante seis días consecutivos, estimulados y apoyados por los promotores antiguos, con intervenciones directas de ellos mismos frente a los problemas de salud, con la tutoría y supervisión directa de la enfermera. Esta modalidad ha tenido gran impacto y aceptación por su carácter esencialmente práctico, por su dinámica más rica y provechosa para cada participante, porque permite el reforzamiento de los aspectos débiles, con un mejor aprovechamiento del tiempo y, porque simultáneamente se hace docencia y se atienden los problemas de salud de la comunidad.
- Los temas estaban determinados por los problemas encontrados, sobre diagnóstico, tratamiento y prevención del perfil de enfermedades, sobre registros, sobre administración del botiquín y transmisión de conocimientos a la población en su propio idioma. Sobre el manejo de plantas medicinales e intercambio de conocimientos y experiencias al respecto.

Desde el inicio de la tercera fase del proyecto se planteó que la capacitación de promotores se hiciera en forma conjunta con los centros de salud del MINSA de la jurisdicción. En los hechos no se concretó, salvo en forma parcial en OAGP, debido mayormente al frecuente cambio de personal en dichos establecimientos y a la falta de un equipo orientador en el ámbito regional.

Una característica muy peculiar de la dinámica social en las comunidades indígenas es su participación espontánea, siempre están presentes en cualquier actividad realizada con visitantes aceptados por ellos. Participan dirigentes, profesores, estudiantes, madres de familia, especialistas de la medicina indígena (vaporadoras, parteras, vegetalistas, chamanes) y comuneros en general, proporcionando información y otras facilidades o como observadores.

### Botiquín

El botiquín comunal es otro componente estratégico importante del trabajo en salud intercultural. Se implementa en cada comunidad en forma complementaria a la disponibilidad local de recursos terapéuticos de la medicina indígena, como respuesta a una necesidad muy sentida por la población de cada comunidad. Es la primera vez que acceden a esta posibilidad en forma autónoma, con poca ayuda y, con capacitación y conocimientos suficientes. Algunas veces habían recibido donaciones de paquetes de medicamentos que no conocían su uso y manejo.

En cada una de las 119 comunidades del proyecto se ha instalado un pequeño botiquín, que cuenta con un local construido por la propia comunidad, con un listado mínimo de medicamentos indispensables, sobre cuyo manejo el promotor ha sido capacitado. El proyecto aportó inicialmente una primera dotación con carácter de fondo rotatorio. Las diferentes formas de reposición -compraventa, aportes económicos con productos pecuarios, campeonatos deportivos, venta de madera- funcionan algunas veces unilateralmente o en forma combinada la mayor parte de veces. Se ha trabajado pacientemente, pero de manera constante, para adaptar y estabilizar formas de administración adecuadas.

## REALIDAD EPIDEMIOLÓGICA

### Información Demográfica

*Nota del editor: Las cifras de personas censadas en el ensayo del presente proyecto no corresponden, en algunos casos, con las cifras indicadas por otras fuentes de información demográfica de la zona, que incluyen investigadores en ciencias sociales. En general, las cifras aquí manejadas están por debajo de las otras como tendencia general.*

*La diferencia es más pronunciada en el Gran Pajonal, donde la población total, incluyendo la población mestiza y mezclada en Oventeni, no asciende los 4.600 individuos en 1999 según los datos presentados aquí, mientras las cifras indicadas por la misma OAGP son de unos 8.000 individuos. Estimaciones más conservadoras de investigadores que trabajan en la zona indican una población total entre 6.000 y 7.000 individuos, no incluyendo a la población colona.*

*La diferencia se puede explicar en márgenes normales de error en encuestas demográficas en zonas de selva montañosa donde la población vive muy dispersa con problemas logísticos de acceso, por diferencias metodológicas y en el hecho de que OAGP abarca 6-7 comunidades más, que no han sido consideradas por el Programa como pertenecientes al Gran Pajonal ya que se ubican en zonas más cercanas a Ucayali.*

*Se puede encontrar discrepancias similares en los datos de ORDECONADIT y OIRA. En general, el Programa estima que los datos son un 15-20 % por debajo la realidad actual. Sin embargo, son representativos de la población incluida en el Programa de Salud Indígena, y válidos en términos de estadísticas relativas.*

### Población

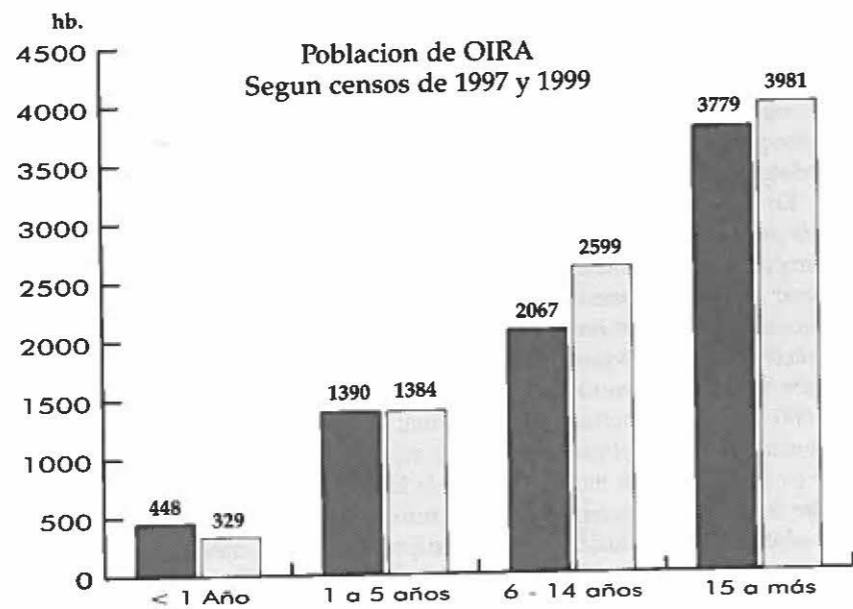
Los indígenas han realizado sus propios censos de población en las tres áreas del proyecto por primera vez. Se hizo un ensayo en mayo de 1995 en OIRA. En 1997 se realizó en 113 comunidades de las tres organizaciones. En 1999 se realizó el censo en 118 comunidades más un centro poblado menor de las tres organizaciones.

En 1993, en el ámbito nacional, en el estrato social más pobre (5° y último estrato) los menores de 15 años representaban el 44.6% de la población total.

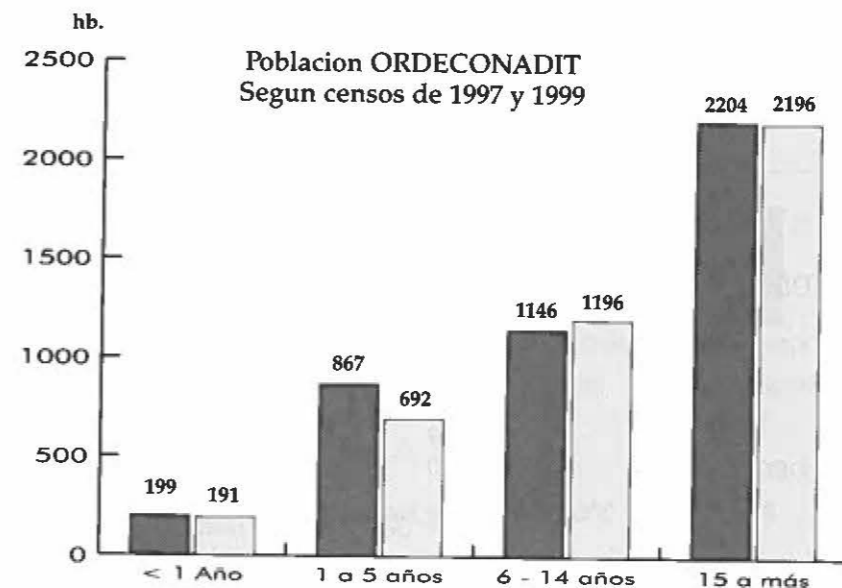
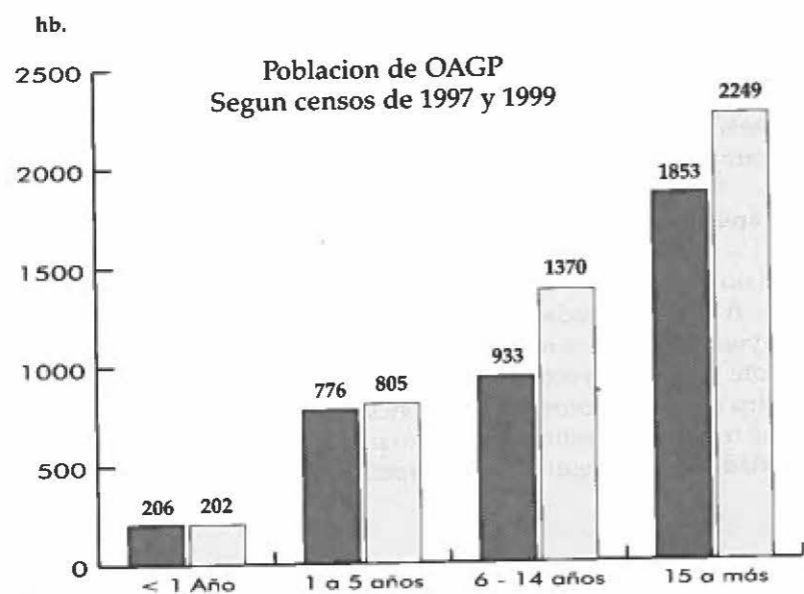
En el área del proyecto, los menores de 15 años representan el 52% en OIRA, el 51% en OAGP y el 49% en ORDECONADIT.

Los datos de este último censo (1999) se han registrado en tarjetas que obran en poder de cada organización. Ha quedado establecido que con poca ayuda los propios indígenas pueden hacer sus censos.

Durante todo el proyecto también se ha capacitado a los promotores en el registro de nacimientos y defunciones. En cada comunidad hay un libro para el registro de nacimientos y otro para el registro de defunciones: Esta actividad requiere seguimiento y supervisión para ser mantenida.



■ 1997  
□ 1999



### Población por pueblos y organización

Enero-febrero/99

Organización	Pueblo	Nº - CC.NN	Población	Tasa de Crecimiento%
OIRA	Asháninka	44	6.152	2,0
	Yine	8	1.967	2,8
	Amahuaca	2	100	4,3
	Yaminahua	1	74	
OAGP	Ashéninka	31(*)	4.626	4,0
ORDECONADIT	Shipibo-Conibo	10	1.856	0,8
	Ashéninka	20	2.241	
	Mixto(Sh.c. + Ash)	3	178	
3 organizaciones 6 Pueblos Indígenas		119 CC.NN	17.194 hb.	

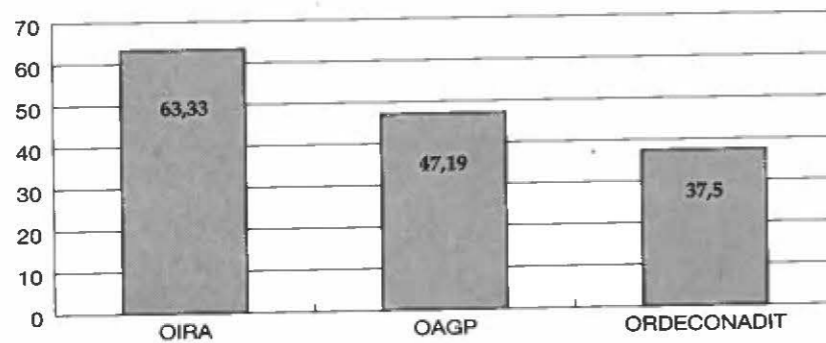
(\*) Incluye el centro poblado de Oventeni, con 582 habitantes, en su mayoría mestiza.

En general la tendencia de la población es a crecer en los pueblos indígenas. En ORDECONADIT, las corrientes migratorias hacia el exterior parecen ser de consideración.

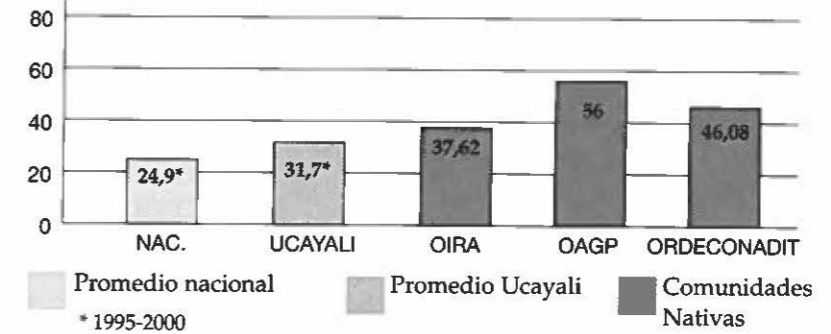
• Nacimientos y defunciones  
Indicadores. Tres Organizaciones - 1999

	Nacimientos	Tasa de natalidad x 1000
OIRA	312	37,62
OAGP	259	5
ORDECONADIT	197	46,08
	Defunciones	Tasa de mortalidad general x 1000
OIRA	60	7,23
OAGP	89	19,2
ORDECONADIT	40	9,35
	Defunción < de 1 año	Tasa de mortalidad infantil x 1000 n.v
OIRA	20	64,1
OAGP	33	127,41
ORDECONADIT	11	55,83
	Muertes maternas	
OIRA	0	
OAGP	0	
ORDECONADIT	1	
	Defunción < de 5 años	%
OIRA	38	63,33
OAGP	42	47,19
ORDECONADIT	15	37,5

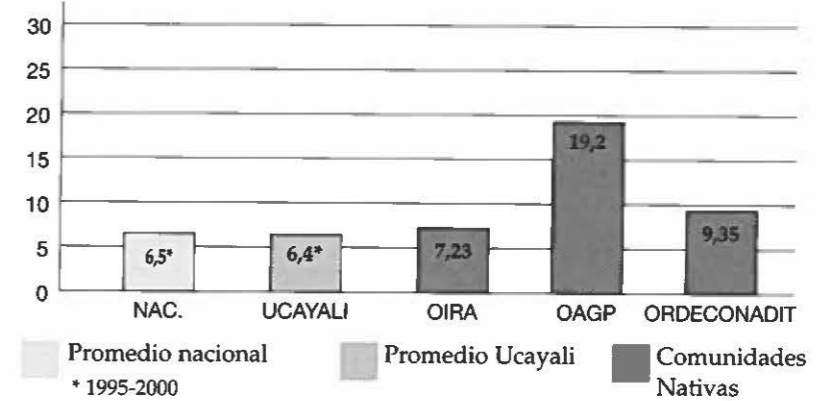
Porcentaje de defunciones de menores de 5 años



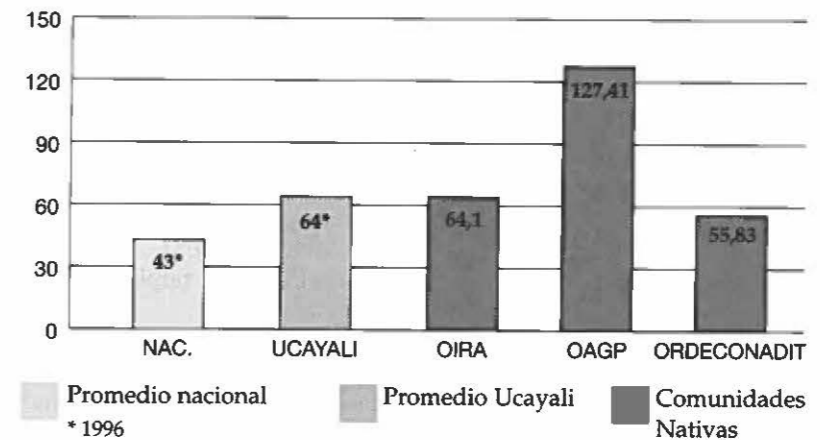
Tasa de Natalidad x 1000 Hab. - 1999



Tasa de Mortalidad general x 1000 Hab. - 1999



Tasa de Mortalidad infantil x 1000 Nacidos Vivos 1999



**Principales Causas de Defunción**  
**Período: Nov/98-Julio/2000**

ORDECONADIT		
	Neumonía	13
	Sepsis	5
	Deshidratación por diarrea	3
	Anemia	2
	Otros	17
OAGP		
	Neumonía	39
	Suicidio	13
	Deshidratación	9
	Homicidio	7
	Tuberculosis	3
	Asfixia neonatal	3
	Daño	3
	Tétano neonatal	2
	Mordedura de serpiente	2
	Otros	8
OIRA		
	Neumonía	19
	Deshidratación	10
	Daño	7
	Asfixia	4
	Ahogamiento	4
	Desnutrición	2
	Anemia	2
	Sepsis	2
	Otros	10

(\*) 1995 - 2000. (\*) 1995 - 2000. (\*) 1996

En 1999 sólo ha habido una defunción materna en ORDECONADIT. En la comunidad de Shahuaya, falleció una mujer por eclampsia. En las dos áreas restantes del proyecto (OIRA, OAGP) no hubo ninguna defunción por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Esta constatación es inquietante ya que esta población vive en extrema pobreza.

Los porcentajes de defunción de menores de 5 años también son muy elevados con relación al promedio regional y nacional.

Las dos principales causas de defunción son la neumonía (IRA) y la diarrea con deshidratación. En 1995, esta última ocupaba el primer lugar, pero ahora (1999), aparece desplazada al segundo lugar por la neumonía

(IRA). Llama la atención que en OAGP los estados depresivos severos, suicidios y homicidios ocupen un lugar importante como causa de defunción.

• **Morbilidad**

**Morbilidad según demanda atendida por enfermera en las tres fases del proyecto N° de casos por organizaciones**

	ORDECONADIT	OIRA	OAGP
Diarrea aguda. Deshidratación.	567	206	152
Infección cutánea; acarosis, piodermia.	609	675	155
Enteroparásitos.			
Carencias nutricionales	1.262	2.407	734
Conjuntivitis bacteriana	333	120	66
ETS: síndrome de descarga uretal.	92	80	37
Ponzoños: mordedura de víbora	10	16	11
Micosis de piel	57	55	85
IRA. No neumonías	1.057	279	235
Neumonías	7	152	77
Tuberculosis pulmonar	81	6	39
Leishmaniasis	48	62	23
Malaria	97	172	6
Otros*	494	568	179

\* Traumatismos, cirugía menor, síntomas.

ATENCIONES POR PROMOTORES EN 55 COMUNIADADES • OIRA  
Periodo: 1997 - 2000

Atenciones		1997	1998	1999	2000	Total
Baticola, diareas diarrea "colera" diarrea con moco	EDAS	336	529	567	291	1723
Dolor de garganta Dolor de oído Tos Bronquios Gripe	IRA	523	783	1035	381	2722
Neumonías		23	16	24	7	70
Hongos, pático caracha, comezón	MICOSIS	33	32	25	10	100
Acarosis Rasca rasca mundialillo, siso chupos, granitos sangochupos	INFEC. DE PIEL	228	262	293	149	932
Anemia Herida infectada poscheco, pálido bichos	ENTERO- PARASI- TOS	310	395	216	201	1122
Malaria Probable malaria Sintomático febril	MALA- RIA	22 32 0	61 80 0	36 15 135	7 0 4	126 127 139
Dolor de ojo dolor de vista	CON- JUN- TIVI- TIS	72	91	105	45	313
Dolor de vagina Gonorrea Chanro	E.T.S	12	12	10	3	37
Dolor de barriga Dolor de estómago	COLI CO	43	45	33	28	149
Dolor de orina				14	14	28
Mord de Vibora		10	13	20	3	46
Picadura de raya				7	7	14
Picadura de palo		20	12	7	7	46
Vómitos		7	1	7	6	21
Corte por machete		20	23	13	11	67
Heridas		15	31	17	7	70
Dolor de muela		4	11	17	11	43
Fiebre		49	146	170	85	450
Dolor de cabeza		35	45	120	53	253
Dolor de cuerpo		25	42	29	16	112
Sint. Respiratorio		4		4	3	11
dengue						
varicela						
liciadure						
golpe				4	1	8
hemorragia		1	2	1		4
fractura				1		1
Planif familiar						
quemadura		3	1	2	1	7
inflamación		5				5
Parto		3	3			6
intoxicación			1	1		2
Reumatismo					1	1
Picadura araña			1		1	2
Uta			1	1	1	3
Embarazo				3		3
Curación		1	1	10		12
Otras activ. Prev.				12		12
<b>Total</b>		<b>1836</b>	<b>2640</b>	<b>2946</b>	<b>1347</b>	<b>8769</b>

ATENCIONES POR PROMOTORES EN 30 COMUNIADADES • OAGP  
Periodo: 1997 - 2000

Atenciones		1997	1998	1999	2000	Total
Baticola, diareas diarrea "colera" diarrea con moco	EDAS		418	343	139	900
Dolor de garganta Dolor de oído Tos Bronquios Gripe	IRA		283	361	103	747
Neumonías			211	175	50	436
Hongos, pático caracha, comezón	MICOSIS		0	16	13	29
Acarosis Rasca rasca mundialillo, siso chupos, granitos sangochupos	INFEC. DE PIEL		657	349	100	1106
Anemia Herida infectada poscheco, pálido bichos	ENTERO- PARASI- TOS		184	144	79	407
Malaria Probable malaria Sintomático febril	MALA- RIA		157	133	63	353
Dolor de ojo dolor de vista	CON- JUN- TIVI- TIS		185	189	71	445
Dolor de vagina Gonorrea Chanro	E.T.S		20	1	7	28
Dolor de barriga Dolor de estómago	COLI CO		8	9	2	19
Dolor de orina						
Mord de Vibora			119	30	14	163
Picadura de raya			20	21	7	48
Picadura de palo						
Vómitos			21	3	2	26
Corte por machete			10	48	22	80
Heridas			0	16	29	45
Dolor de muela			32	54	11	97
Fiebre			0	8	1	9
Dolor de cabeza			139	260	108	507
Dolor de cuerpo			0	1	0	1
Sint. Respiratorio			7	6	2	15
dengue						
varicela						
liciadure			6	3	4	13
golpe			12			12
hemorragia			7	2	1	10
fractura						
Planif familiar			2	1		3
quemadura				7		7
inflamación/Infección			3	1	45	49
Parto						
intoxicación						
Reumatismo						
Picadura araña					2	2
Uta				5	7	12
Embarazo				20	6	26
Curación						
Otras activ. Prev.						
<b>Total</b>			<b>2506</b>	<b>2229</b>	<b>891</b>	<b>5626</b>

**ATENCIONES POR PROMOTORES EN 33 COMUNIDADES  
ORDECONADIT • Período: 1997 - 2000**

Atenciones		1997	1998	1999	2000	Total
Baticola, diareas diarrea "colera" diarrea con moco	EDAS	449	449	511	247	1656
Dolor de garganta Dolor de oído Tos Bronquios Gripe	IRA	597	520	633	378	2128
Neumonias		61	50	91	41	243
Hongos, pático caracha, comezón	MICOSIS	21	12	22	28	83
Acarosis Rasca rasca mundialillo, siso chupos, granitos sangochupos	INFECC- DE PIEL	398	342	336	201	1277
Anemia Herida infectada poscheco, pálido bichos	ENTERO- PARASITOS	786	324	314	170	1594
Malaria Probable malaria Sintomático febril	MALARIA	5	0	0	0	5
Dolor de ojo dolor de vista	CONJUN- TIVITIS	177	96	78	42	393
Dolor de vagina Gonorrea Chanro	E.T.S	41	30	30	15	116
Dolor de barriga Dolor de estómago	COLICO	27	24	34	30	115
Dolor de orina	OTROS	7	7	8	8	30
Mord de Vibora		8	7	4	7	26
Picadura de raya		5	5	5	1	16
Picadura de palo		13	3	11	4	31
Vómitos		5	4	4	0	13
Corte por machete		6	3	11	6	26
Heridas		18	11	15	8	52
Dolor de muela		24	19	21	18	82
Fiebre		42	22	30	25	119
Dolor de cabeza		52	24	23	17	116
Dolor de cuerpo		42	15	41	25	123
Sint. Respiratorio		30	18	22	26	96
dengue						
varicela		2	0	9	6	17
licidure						
golpe						
hemorragia						
fractura		1	0	1	0	2
Planif familiar				3	1	3
quemadura						
inflamación						
Parto						
intoxicación						
Reumatismo						
Picadura araña	1				1	
Úta						
Embarazo						
Curación						
Otras activ. Prev.						
<b>Total</b>		<b>2818</b>	<b>1985</b>	<b>2257</b>	<b>1303</b>	<b>8363</b>

• **Tuberculosis**

Al inicio de la primera fase del proyecto en OIRA, al informarnos que había muchos casos de TBC en las comunidades se decidió trabajar coordinadamente con el centro de salud de Atalaya aplicando las normas y la logística del programa nacional de control de tuberculosis. Posteriormente, en la segunda y tercera fase del proyecto, este importante trabajo se extendió a OAGP y ORDECONADIT, con el resultado siguiente.

**TBC Pulmonar BK (+) en las tres organizaciones  
Período 1995-2000**

	Casos diagnosticados y tratados			Casos en tratamiento al término del Proyecto	Total
	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase	3ª Fase	
OIRA	26	41	9	5	81
OAGP		2	3	1	6
ORDECONADIT		22	12	5	39
		115		11	126

En la primera fase el trabajo de campo efectivo fue de cinco meses. En la segunda y tercera fase, fue de 18 meses en cada una.

En el área del proyecto se ha participado con una importante contribución para el control de tuberculosis, no sólo buscando casos de TBCPBK (+) en 119 comunidades, sino estableciendo un modelo de trabajo para pueblos indígenas.

En OIRA, la reducción de casos de TBCPBK (+) ha sido considerable, de 67 casos a sólo 14 en la tercera fase (noviembre/98 - junio/2000), en su mayoría casos antiguos, con tratamientos irregulares anteriores. En ORDECONADIT, la reducción de casos ha sido menor. En OAGP, el trabajo no ha sido significativo por deficiencias en el laboratorio del puesto de salud de Oventeni (MINSA) para el diagnóstico y control.

Desde el inicio se trabajó con un modelo compatible con la realidad local, cuyos componentes son:

- Los establecimientos del MINSA (centros y puestos de salud) deben organizar el trabajo con los promotores de las comunidades de su jurisdicción.
- Los promotores capacitados de cada comunidad son competentes para:
  - Identificar al sintomático respiratorio
  - Tomar muestras de esputo.
  - Hacer el extendido en láminas portaobjeto.

- Llevar o hacer llegar la lámina al laboratorio del centro de salud correspondiente.
  - Recoger el resultado.
  - Coordinar para que el caso (BK+) sea evaluado por el médico del centro de salud.
  - Suministrar tratamiento supervisado.
  - Tomar muestras de esputo de control.
  - Control de peso.
  - Control de contactos.
  - Registros en la hoja de control de tratamiento y en su libro de atenciones.
  - Actuar con su organización ante riesgo de abandono del tratamiento.
- La identificación del sintomático respiratorio en una comunidad indígena es muy fácil. Todos los pobladores están enterados quienes son los tosedores, especialmente los que tosen por las noches. Entonces un promotor bien capacitado puede examinar al 100% de tosedores.  
Algunos tosedores crónicos se resisten a entregar su muestra de esputo. El promotor debe insistir apoyado por el jefe de la comunidad y otros comuneros. De la misma manera actuará ante el riesgo de abandono de tratamiento.
  - Si el resultado es (+) trata de trasladar al paciente en el centro de salud para el examen del médico e inicio del tratamiento correspondiente. Otras veces el médico del centro de salud podría trasladarse a la comunidad. Generalmente, cuando el promotor cuenta con la confianza del centro de salud por su competencia, él lleva a su comunidad el tratamiento de la primera fase, con indicaciones precisas del profesional del centro de salud y, lo administra al enfermo. Vuelve con muestras de control y lleva más medicamentos según corresponda hasta la finalización del tratamiento.

Durante el trabajo de campo del proyecto, el promotor ha sido suficientemente capacitado para estos pasos y procesos. Al inicio hubo resistencia por parte del personal del centro de salud a confiar en el promotor y se exigía el traslado del enfermo desde su comunidad para su permanencia en la ciudad durante el tiempo de duración del tratamiento. Esto daba lugar a fugas y abandono del tratamiento en todos los casos. No se tomaba en cuenta que el indígena tenía que movilizarse con toda o parte de su familia y que, por tanto, su subsistencia en la ciudad era imposible. Por ello el proyecto trabajó con éxito para que el enfermo con tuberculosis sea diagnosticado y tratado en su comunidad. Había que capacitar y confiar en los promotores indígenas. Había que acercarse a las comunidades, reconocer y respetar sus propias formas de vida. Había que reconocer como interlocutores válidos a sus organizaciones, tanto a nivel de comunidad como de federación. Sólo así será posible lograr un trabajo exitoso en el tratamien-

to de la tuberculosis y, de otras enfermedades que tienen tratamiento prolongado como lepra, malaria, leishmaniasis, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Consideramos que las entidades públicas y privadas de salud que tengan que trabajar con pueblos indígenas de la Amazonía peruana tendrán que reestructurar sus servicios y adoptar estrategias y metodologías nuevas de acuerdo con las necesidades, características culturales y potencialidades de dichos pueblos. No deben imponer ni aplicar mecánicamente las metodologías occidentales como lo vienen haciendo hasta ahora los puestos, los centros de salud y las brigadas del MINSA que se desplazan por las comunidades.

Otra cuestión que ha despejado el trabajo de campo del proyecto es la opinión de que los indígenas "no aprenden" que "no tienen capacidad de mejorar sus problemas nutricionales" ni de enfrentar el problema de abandono del tratamiento. No es así.

En marzo de 1997, una señora recibía tratamiento antituberculoso en la comunidad de Centro Pucani, administrado por el promotor, bajo las indicaciones del técnico de enfermería del puesto de salud más cercano, de la comunidad de Boca Pucani. En la supervisión se constató que los medicamentos se daban muy por debajo de lo que correspondía según el peso de la enferma. Resultó que el técnico de enfermería se había equivocado en los cálculos y el promotor hacía exactamente lo indicado por el técnico. Nosotros hemos constatado que los promotores indígenas son muy disciplinados, tienen mucho interés y avidez por aprender y lo hacen rápidamente cuando la enseñanza es práctica, demostrativa.

Después de la corta experiencia de la primera fase del proyecto, al inicio de la segunda fase, en enero de 1997, los primeros pacientes diagnosticados con TBKPBK(+) en la comunidad de Boca Apinihua fueron un señor, de 36 años y otro señor de 41 años de edad. El primero era un caso nuevo, extremadamente adelgazado, con 27 kg de peso, que toleró bien el tratamiento y que al cabo de seis meses fue dado de alta, curado con 57 kg de peso. El segundo fue un caso de recaída, también adelgazado, con 46 kg de peso, después de ocho meses de tratamiento fue dado de alta en condición de curado, con 57 kg de peso. Otro caso de TBKPBK(+) que llamó mucho la atención por desnutrición calórico-proteica grave fue la enferma de la comunidad de Tahuanti, una señora, de 25 años, caso nuevo, con 27 kg de peso. Después de seis meses de tratamiento fue dada de alta, curada, con 48 kg de peso. El primer y tercer caso perdieron mucho peso por haberse sometido a dietas en tratamientos con medicina indígena tradicional antes de nuestra intervención. Desde el inicio, nosotros explicamos que pueden comer de todo, que este tipo de tratamiento no requiere dietas. Recomendamos mejorar su alimentación con todos los alimentos disponibles y a su alcance. Asombrosamente fueron ganando peso rápidamente con los propios recursos de sus chacras, de los ríos, cochas y del monte. En ningún momento recibieron alimentación complementaria del programa nacional de control de TBC.

El abandono del tratamiento era total cuando el centro de salud exigía al enfermo indígena que permaneciera en la ciudad sede durante todo el tiempo de duración del tratamiento. Con el trabajo nuestro, la cobertura de atención se extendió a toda la población y el abandono se redujo a pocos casos aislados. Uno de ellos en 1997, caso nuevo de la comunidad de Galilea, faltando un mes para finalizar su tratamiento, por influencia de un "curandero", trasladó su vivienda a un lugar no muy alejado pero fuera de la comunidad e interrumpió su tratamiento, fue ubicado por los promotores y no quiso continuar. Con intervención del jefe de la comunidad, del equipo de sector y de la coordinación de campo se logró persuadirle y terminó su tratamiento.

Otros dos casos de la comunidad de Chicosa en 1998, se solucionaron de una manera semejante. Estas referencias nos llevan a considerar la importancia de trabajar con las organizaciones, tanto a nivel de comunidad como de federación, buscando la relación y el acuerdo con ellos, es decir, en el contexto intercultural. Estos criterios son determinantes para el éxito del trabajo en la salud.

Este mismo modelo sirve para el trabajo de lepra, malaria, leishmaniasis, con las especificaciones correspondientes.

#### • Lepra

En las comunidades de Puerto Alegre, Mapalja y Canapishtea de la organización ORDECONADIT, se han diagnosticado en total cinco casos de lepra. En coordinación con el centro de salud de Bolognesi se ha confirmado el diagnóstico y se ha realizado el tratamiento de cuatro casos con los promotores. Un caso continúa su tratamiento al término de este proyecto. Si el centro de salud de Bolognesi continúa el trabajo de búsqueda y tratamiento de casos con los promotores, la lepra podría ser controlada en dicha zona, en relativamente corto tiempo.

#### • Malaria

##### Malaria en las tres organizaciones

Período: 1995-2000

	Casos diagnosticados y tratados		
	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
OIRA		150	200
OAGP		109	435
ORDECONADIT		11	-
		905 (*)	

(\*) 630 casos fueron diagnosticados y tratados por promotor, de los cuales 151 fueron casos probables.

Las cuencas de los ríos Sepa, Inuya, Tambo, Unini son zonas endémicas para malaria por vivax. No se han diagnosticado otras formas. Entre 1997-98 hubo un brote epidémico en Atalaya que afectó a algunas comunidades de OIRA y OAGP, en cuyo control participaron los equipos del proyecto, especialmente los promotores.

#### • Leishmaniasis

##### Leishmaniasis en las tres organizaciones

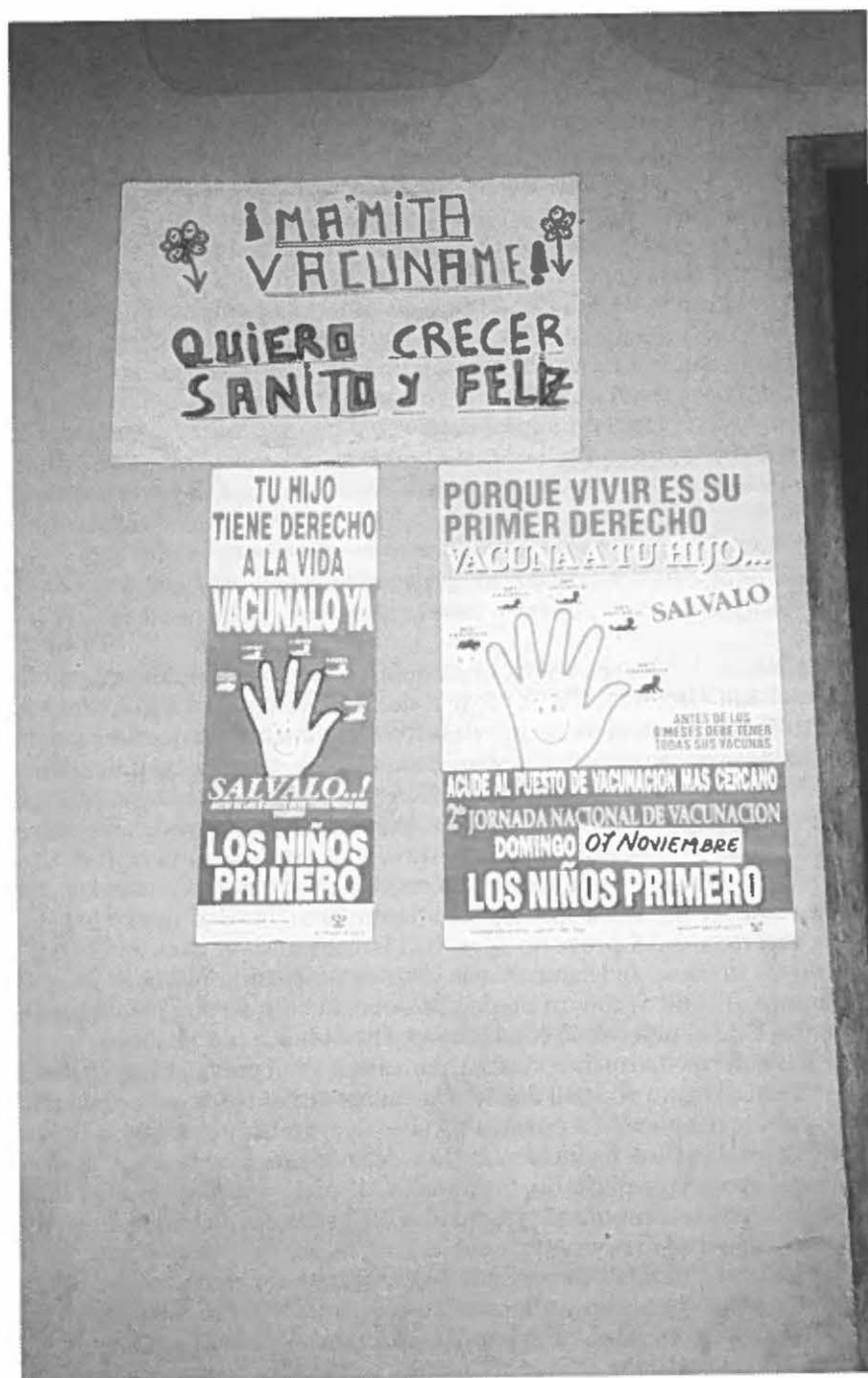
Período: 1995-2000

	Casos diagnosticados	Casos tratados	Casos que esperan tratamiento
OIRA	49	20(*)	29
OAGP	62	28	34
ORDECONADIT	37	15	85
	148	63	85

(\*) 1 caso de leishmaniasis cutánea de la comunidad de Puerto Esperanza de OIRA fue tratado con un preparado sobre la base de una planta medicinal.

Existen focos endémicos en las tres organizaciones, principalmente en la zona del Río Urubamba, en OIRA, y de la parte alta del Río Unini, en OAGP. Se trabajó de manera especial en el diagnóstico y tratamiento en la segunda fase porque se contó con una importante dotación de glucantime proporcionada por la DRSU (Dirección Regional de Salud de Ucayali). Pero esto fue por única vez. Posteriormente, para conseguir el medicamento se volvió a los trámites burocráticos a través de los centros de salud, con esporádica atención positiva. Por tal motivo hay muchos enfermos con formas cutáneo-mucosas que esperan tratamiento. En el último trimestre de la tercera fase del proyecto se realizó la constatación clínica del tratamiento de un caso de leishmaniasis cutánea en la comunidad de Puerto Esperanza, de OIRA, con un preparado sobre la base de una planta medicinal. Ha sido el único caso con comprobación clínica por nosotros.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias son prevalentes. Tanto la mortalidad como el perfil de enfermedades presentados en los cuadros anteriores corresponden a estratos sociales de extrema pobreza y carentes de servicios de salud. La incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato respiratorio, intestinales, de piel y mucosas es muy alta, sobre todo en las comunidades asentadas en las riberas de los grandes ríos y cerca de las ciudades y centros poblados. Los procesos de concentración de la población indígena en comunidades y el mayor contacto con la cultura occidental han roto y alterado los esquemas epidemiológicos y formas de vida ancestrales, obligando a adaptarse a nuevas condiciones y formas en una relación desventajosa y de grandes riesgos de enfermar y perder la vida.



Pro vacunación.

Foto: Jim Thuesen, 1993

Aquí es importante recalcar que con la metodología empleada en el trabajo de campo – con la organización indígena, con equipos mixtos, con desplazamientos comunidad por comunidad, registrando, informando, evaluando y programando el trabajo en cada recorrido, con un mínimo de seis vueltas por sector en cada fase del proyecto; con respeto a su organización y a su cultura– ha sido posible conocer progresivamente los problemas de salud en cada comunidad, en cada pueblo, compenetrarnos con ellos en los orígenes y causas de dichos problemas para construir estructuras y formas de atención y control. Así se ha logrado construir un sistema local articulado de atención de la salud en cada comunidad, conformado por los recursos humanos y terapéuticos de la medicina indígena, reactivados y fortalecidos por el promotor capacitado y por el funcionamiento del botiquín. A esto hay que agregar la implementación de los sistemas de referencia y contrarreferencia entre la comunidad y el centro de salud del MINSA más cercano y, a la atención de pacientes quirúrgicos en los hospitales regionales y nacionales del MINSA.

De esta manera se ha vinculado el sistema local comunitario con los niveles locales y regionales del MINSA, asegurando una atención integral de la población del área del proyecto con énfasis en la salud comunitaria intercultural.

#### PREVENCIÓN, ENFOQUE, DIAGNÓSTICO Y CURACIÓN

La atención de enfermos en las comunidades indígenas se da, como en muchas otras sociedades, en primera instancia en el ambiente familiar, ante la aparición de los primeros signos y síntomas. Si continúa la enfermedad, intervienen la vaporadora o el promotor o el chamán, en mayor medida los representantes de la medicina tradicional, por la concepción generalizada de que la enfermedad tiene origen espiritual y que obedece a daños de la naturaleza o de las personas. Si el proceso continúa o si es reconocida como enfermedad procedente de fuera, se busca la intervención del promotor y/o del puesto de salud, por eso es que deben estar suficientemente capacitados para actuar con eficacia. En casos graves, a veces, terminales, se hacen esfuerzos para trasladar al enfermo al centro de salud cuando las distancias lo permiten.

Según nuestra observación, la medicina indígena tiene mucho acierto en casos reconocidos por nosotros como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Las intervenciones medicinales y rituales tienen un gran efecto psicoterapéutico en el paciente indígena.

Se dice que cuando el chamán es bueno, reconoce anticipadamente en el enfermo si la enfermedad es de su competencia, y cuando no lo es, lo deriva a la medicina occidental. Sin embargo, son muchos los casos atendidos por nosotros, generalmente de gravedad, con el antecedente de haber estado en tratamiento por un "curandero". La gente sentencia que solamente los buenos chamanes tienen esa capacidad.

La medicina indígena dispone de recursos, tanto en el ámbito familiar como el del especialista, de numerosos preparados, normas de conducta, dietas, actos rituales con valor terapéutico y preventivo. Muchos son los preparados denominados piripiri que tienen valor preventivo y protector, no sólo contra enfermedades, sino también con relación a actividades económicas y sociales (caza, pesca, relaciones personales, etc).

Se ha capacitado al promotor en cada comunidad y se ha trabajado fuertemente con la población sobre actividades preventivo-promocionales para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades infecciosas: diarrea, enteroparásitos, acarosis, piodermia, conjuntivitis bacteriana, infección respiratoria aguda (IRA) y complicaciones, enfermedades de transmisión sexual (E.T.S). Para el control de tuberculosis, malaria y leishmaniasis, se ha trabajado con los programas en convenio con la Dirección Regional de Salud de Ucayali (MINSA).

Al inicio del proyecto encontramos alta prevalencia de las seis primeras enfermedades infecciosas mencionadas, se tuvo la impresión de que la gente "convivía con tales afecciones", las atribuían a daños de diverso origen y los intentos de curación por ellos mismos, con sus propios recursos naturales, no habían dado resultado. Por eso es que decían y siguen diciendo que junto a su propia medicina necesitan también los medicamentos de farmacia, para enfermedades "traídas de fuera". En consecuencia, hubo que demostrar, con excepción de los enteroparásitos, la curación con medicamentos farmacológicos y explicar pacientemente, con la mayor sencillez posible, especialmente en el idioma propio, a través del promotor y/o del coordinador de sector, la epidemiología y las medidas de prevención occidental contra tales enfermedades. Es así como se ha logrado importantes reducciones en la frecuencia de las mismas.

Es muy importante resaltar que en ORDECONADIT se apoyó e impulsó la práctica de dar tratamiento a la parasitosis intestinal con ojé y paico, administrado por una mujer y un hombre, ambos indígenas expertos en la preparación y el manejo de dichas plantas medicinales, quienes al mismo tiempo que realizaron actividades de desparasitación, capacitaban a grupos de interesados en cada comunidad para extender posteriormente su trabajo a otras organizaciones.

En las comunidades indígenas, la intervención de diagnóstico de un enfermo no se hace en ambientes privados, salvo en casos especiales; generalmente se hace en forma pública, es decir ante la concurrencia de mucha gente que acude espontáneamente. Entonces cuando se atendía un caso se aprovechó esta situación para explicar sobre la prevención. Se insistió mucho sobre la necesidad de contar con agua segura, control de excretas, sobre higiene personal y del ambiente, especificando y enfatizando según el problema de cada caso particular, teniendo en cuenta las posibilidades reales de ejecución en la práctica. El equipo dejaba tareas personales, familiares y comunales en cada recorrido.

## Casos específicos de enfermedad y curación

### Ejemplos

- Al inicio del proyecto comprobamos que las muertes por diarrea aguda con deshidratación era la principal causa de defunción en todas las edades. Para comenzar el trabajo de campo en la segunda fase se instruyó a las enfermeras insistir sobre la práctica de rehidratación oral. La enfermera del sector Urubamba en Atalaya, OIRA, tuvo que atender a un niño de tres años con diarrea aguda y deshidratación en la comunidad de Huao durante dos noches y dos días. La opinión de la familia y de toda la comunidad era que "si se daba más líquido se producía más diarrea". La enfermera y el equipo hicieron todo lo posible para no ceder ante dicha presión. La familia creía que el niño iba a fallecer. Pero no fue así, el niño sobrevivió y mejoró. Este fue el primer caso, después se atendieron muchos más. En muy raras ocasiones fue necesaria la rehidratación parenteral, técnica en la cual los promotores también eran competentes.
- Sobre casos de tuberculosis ver página 239.
- En cuanto a sintomáticos respiratorios se ha encontrado que hay muchos tosedores crónicos con BK(-) a repetición, aquí se plantea el problema de diagnóstico. Conocemos de dos casos, uno es un indígena adulto de la comunidad de Lagarto Millar y una niña mestiza de la ciudad de Atalaya que recibieron tratamiento, no por nosotros, sin confirmación diagnóstica; y que al término del tratamiento continuaron siendo tosedores crónicos, es decir no se había modificado su condición clínica. En la comunidad de Centro Pucani, nosotros atendimos a un grupo de 15 tosedores crónicos que los catalogamos como afectados de paragonimiasis desde el punto de vista clínico-epidemiológico. No se encontraron los huevos del parásito en esputo y heces de los enfermos en las muestras que logramos llevar al laboratorio del Instituto Nacional de Salud (MINSA) en Lima, pero sí se encontró el paragonimus en un crustáceo extraído de la quebrada adyacente a la comunidad y que algunos pobladores lo comían crudo. El hecho de no contar con un laboratorio competente ha limitado nuestro trabajo con relación a estos problemas, en todo caso, constituyen temas de investigación y de asistencia muy interesantes. Por lo pronto, los pobladores de la comunidad de Centro Pucani ya no comen crudos a los crustáceos y moluscos de la quebrada y, un grupo de 15 pacientes, ha recibido tratamiento con praziquantel, con buenos resultados.

## Conciencia de salud y organización

### Ejemplos de Casos Comunales

- En los primeros meses de la segunda fase del proyecto se concretó en la práctica el modelo del trabajo de campo, específicamente en la tuberculosis. El tercer enfermo de tuberculosis pulmonar BK (+)

(TBCPBK (+))<sup>2</sup> de la comunidad de Boca Apinihua fue un hombre joven de 26 años, diagnosticado el 06/04/97. Es natural de la comunidad de Boca Apinihua donde nuevamente ha instalado su vivienda con su esposa el y sus tres hijos menores.

El se sintió enfermo por primera vez en 1992, fue atendido en el centro de salud de Atalaya donde se diagnosticó TBCPBK (+) en agosto de 1992 y recibió tratamiento continuado con sólo 24 dosis, de un total de 82 dosis, luego abandonó el tratamiento, ligeramente mejorado. No pudo mantenerse por más tiempo en la ciudad de Atalaya. Nuevamente se sintió enfermo y regresó con más síntomas al centro de salud de Atalaya e inició un nuevo tratamiento, recibiendo sólo 50 dosis de un total de 105 dosis en enero de 1995; luego volvió a abandonar el tratamiento ligeramente mejorado, por las mismas razones que la primera vez. Pero el joven ya sabía que su tratamiento era de ocho meses y quería curarse. Esperanzado, siete meses después (agosto de 1995) acude al puesto de salud de Ramón Castilla, comunidad cercana a Boca Apinihua, que en esos momentos volvía a funcionar y, reinicia un tercer tratamiento con el compromiso de acudir todos los días para recibir tratamiento supervisado. Decide instalarse cerca de la comunidad de Ramón Castilla, pero no era fácil, había que traba-



Botiquín mixto.

Foto: Jim Thuesen, 1994

jar, alimentarse y atender a la familia. No completó el mes de tratamiento.

En estas condiciones se enteró del trabajo que veníamos realizando en tuberculosis en su comunidad de Boca Apinihua desde enero de 1997. Los dos primeros enfermos con los que iniciamos el trabajo de la segunda fase habían mejorado notablemente (pág. 19). Los dos promotores de Boca Apinihua, uno de los cuales era al mismo tiempo el jefe de la comunidad, le informaron y convencieron para que volviera a instalarse en la comunidad y se sometiera al tratamiento que ellos mismos suministraban a los dos enfermos mencionados, que ya trabajaban, habiendo iniciado su tratamiento en estado de gravedad. El joven, con esta ayuda y persuadido de la mejor manera por su organización a nivel de comunidad, reinició nuevamente su tratamiento por cuarta vez, en esta oportunidad en forma definitiva hasta su recuperación total en enero de 1998.

- Respecto a casos de abandono en tratamiento de tuberculosis se hace referencia al caso de la comunidad de Galilea y de la comunidad de Chicosa (pág. 242). Se trata de casos recuperados y tratados con el concurso de la organización, principalmente a nivel de comunidad y, de la credibilidad y confianza ganada por el personal de campo del proyecto.

#### Relaciones y cooperación con el sistema de salud pública

La colaboración con la Dirección Regional de Salud de Ucayali (MINSU), se ha dado principalmente en tres grandes campos. En la ejecución de los programas de control de tuberculosis, malaria y leishmaniasis; en la atención de enfermos en los puestos de salud, centros de salud y hospitales de dicho organismo público y, en el reconocimiento del trabajo de los promotores. En cuanto al control de TBC, se trabajó muy bien con el centro de salud de Atalaya en las 55 comunidades de OIRA. En ORDECONADIT se trabajó bien con algunas fallas temporales en cuanto a laboratorio y medicamentos. En OAGP, se trabajó bien en malaria, regular en leishmaniasis y con mucha debilidad en TBC por fallas en el laboratorio para el diagnóstico. Con respecto a la capacitación y el trabajo de promotores en las comunidades indígenas del ámbito del proyecto, la DRSU ha formalizado su reconocimiento con la expedición del carné respectivo para cada uno, debidamente acreditado por la oficina de capacitación y firmado por su director general.

La atención de enfermos se realizó en los puestos y centros de salud de las áreas del proyecto y, eventualmente en el hospital regional de Pucallpa, con algunas exoneraciones en cuanto al pago de tarifas.

Para formalizar esta cooperación se gestionaron y firmaron dos convenios, uno para la segunda fase, período septiembre/96-agosto/98 y, otro para la tercera fase, período septiembre/98-agosto/2000.

### Campañas quirúrgicas

La primera mujer indígena en operarse fue una señora de la comunidad de Boca Cocani, quien era portadora, por más de 15 años, de un tumor gigante de parótida derecha. Fue operada en el hospital Dos de Mayo, de Lima, entre noviembre y diciembre de 1997, confirmándose el diagnóstico de adenoma pleomórfico de parótida. Tres años después, la señora hace su vida normal en su comunidad de Boca Cocani.

El impacto de este caso en las comunidades indígenas fue enorme. Pronto se presentaron otros casos que pedían ser operados, pero no era posible llevar a cada uno a un hospital. Surgió la idea de dar atención quirúrgica en Atalaya. Se consignó el compromiso en el convenio con la DRSU de la segunda fase, con aportes de ambas partes, del proyecto y de la DRSU. Un equipo de cirugía del hospital Regional de Pucallpa se trasladó al centro de salud de Atalaya del 12 al 15 mayo de 1998 y operó a un total de 23 personas, siete de la ciudad y 16 de las comunidades indígenas de OIRA, en las que realizaron 20 operaciones, con un total de 27 operaciones, en su mayor parte hernias y algunos tumores. En el convenio para la tercera fase se consignaron dos campañas quirúrgicas semejantes, esta vez para las tres organizaciones. Se realizó una en junio de 1999 y otra en julio del 2000. La ejecución de estas tres campañas quirúrgicas, que hicieron posible la recuperación y rehabilitación de 92 personas fue una experiencia novedosa e importante, particularmente para los pueblos indígenas.

### Campañas quirúrgicas ejecutadas en Atalaya para las tres áreas del Proyecto. Período: 1998-2000

	OIRA		OAGP		ORDECONADIT		
	1º c (*)	2ºc 3ºc	2ºc 3ºc	2ºc 3ºc	2ºc 3ºc	2ºc 3ºc	
Pacientes operados	23 (**)	26 10	11 6	9 7	85		
Nº de operaciones	27 (***)	28 10	15 9	11 8	101		

(\*) campaña - (\*\*) 16 indígenas - (\*\*\*) 20 indígenas

### Pacientes atendidos en hospitales del MINSA Período: 1995-2000

	OIRA	OAGP	ORDECONADIT
Pacientes operados en:			
Hospital de Pucallpa	7	4	10
Hospital. 2 de Mayo - Lima	1	-	-
Hospital del Niño - Lima	-	-	1
Hospital de Satipo	-	1	-

También se ha atendido a un total de 24 enfermos, algunos en situación de emergencia, (fibroma de útero, tumor renal, ano imperforado, hernia encarcelada, abdomen agudo, accidentes y traumatismos severos) que por su complejidad tuvieron que ser trasladados a un hospital.

### Notas

1. Traumatismos, cirugía menor, síntomas
2. TBCP : tuberculosis pulmonar.  
BK (+): baciloscopia positiva



Salando pescado para secar.

Foto: Cæcilie Mikkelsen 2000

## 6. Perspectivas Médicas

### Aspectos médicos II: Enfermería

*Sofía Vivanco Hilario, enfermera. Trabajó en el Sector Ucayali de OIRA en la tercera fase del Programa.*

#### Enfermería en comunidades nativas

Usualmente, el trabajo de la enfermera en el campo está referido al desempeño de sus funciones en Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud de la zona urbana, urbano-marginal y asentamiento humano del medio social en la costa y en la sierra. Las actividades se desarrollan en función de los objetivos de salud y la aplicación de los programas verticales de salud en el ámbito nacional, haciendo uso de estrategias preestablecidas por las direcciones de salud; las modalidades no difieren mucho.

La experiencia obtenida después de dos años de trabajo directamente con comunidades nativas, donde las características de accesibilidad, ubicación geográfica, medio de transporte fluvial, idioma, cultura y medio ecológico en general, hacen que las estrategias de trabajo para lograr los objetivos de salud y aplicar los programas nacionales verticales de salud retomen nuevas "formas de trabajo", adaptándolas a la cultura de cada etnia nativa, donde la participación activa de los dirigentes de las organizaciones, dirigentes de las mismas comunidades y promotores de salud forman parte del equipo de trabajo.

La permanencia, la confianza, la solidaridad y la demostración son instrumentos de trabajo que harán que las actividades de salud se ejecuten con eficiencia y relevancia.

La permanencia está referida a la convivencia en la comunidad y a la participación del equipo de salud en la rutina diaria, es decir, participar activamente en sus faenas, mincas, sembríos, reuniones, fiestas y otras actividades comunales. La confianza se irá integrando poco a poco a medida que la permanencia avance, aquí es muy importante "saber integrarse", no sólo es acto de presencia; la comunicación, el respeto a su cultura ayudan mucho a "ser aceptados" y luego a formar parte de ellos. La solidaridad es compartir con el grupo de comuneros nativos el alimento, las actividades comunales (pesca, minca) las alegrías, las tristezas, los problemas y los triunfos, porque para ellos la enfermera es muy importante. La demostración sencilla y concreta de la forma como "curar" al enfermo, como demostrar los cambios de conducta y las mejoras en las medidas preventivas requiere de la participación activa de los comuneros de salud y especialmente de los promotores de salud en cada comunidad.

La trayectoria por las comunidades nativas, por lo menos con dos días de permanencia, tiene un recorrido de tres meses promedio, incluido el seguimiento de casos específicos, el traslado de muestras de laboratorio y tratamientos en el botiquín comunal con presencia de los promotores de salud.

La labor de los promotores de salud, la construcción de un botiquín comunal, manejo de medicamentos y el sistema de registro son tan importantes para el desempeño de este tipo de labor en las comunidades, porque pasan a ser buenos conductores del manejo de las actividades de salud con relación a las normas nacionales de los programas verticales de salud adaptadas a su cultura. Para lograr esta integración del promotor de salud al equipo de salud es necesario una capacitación continua, permanente y con resultados, la persistencia mejorará las deficiencias y los resultados.

#### Un amanecer diferente

Muchas veces se cree que la rutina de tu vida diaria se puede practicar sin muchos cambios cuando te trasladas a otros lugares, mas aún cuando vas a vivir a la selva, un lugar muy desconocido, solamente con ideas de referencia por relatos, fotografías o porque alguien te contó alguna que otra experiencia, pero el vivirlo es totalmente diferente.

Hoy, la primera noche que se va a dormir en la selva, en una comunidad nativa Tahuarapa, casi no se concilia el sueño, ¿extrañando? Sí, muchas cosas, la familia, tus amigos, tu trabajo, y las distracciones, me puse a pensar muchas cosas, dejé atrás una vida llena de comodidades y de gustos, aquí las cosas son diferentes, las necesidades ya no se satisfacen como antes ahora hay que adaptarlas al medio, a los recursos naturales y sobre todo a tu creatividad para lograr hacerlas semejante a lo que tu deseas.

Son las 5 p.m. hay que tender las camas, es decir colgar el mosquitero de sus cuatro puntas, no sabía como hacerlo, todo parecía un rompecabezas, por dónde empezar, a dónde atarlas, que curioso, me doy por vencida, llamé a Javier el motorista y le solicite ayuda, el se ríe y me dice: "aprenderás y luego Ud. lo hará sola, no te preocupes, es fácil", qué habilidad, al rato ya estaba armada, luego colocar el plástico y la colchoneta... a dormir, ahora son las 5.30 p.m. tan temprano, los mosquitos y los zancudos no dejan de picarte. Son las 7 p.m. no se puede conciliar el sueño, la colchoneta te parece ser muy delgada y ya duele la espalda, no encuentro posición para dormir, vueltas y vueltas. Se escucha con claridad el ruido del Río Ucayali, los golpes que dan los guayos (frutos) que caen de los árboles que parecían piedras que alguien tira, el croar de los sapos y el ruido que hacen algunas aves, no las diferenciaba, daba sobresaltos a cada rato y gritaba "Javier, ¿qué es?" y el me contestaba "no pasa nada, duerme tranquila", ¡que noche! Dormí muy poco.

Son las 5.30 a.m. el sol radiante, me levanto, ahora a lavarse y a darse un baño, ¿dónde?, aquí no existe caño, ducha ni un lugar privado para tu aseo personal, todo a campo libre, sin pensarlo más me dirijo al Río

Ucayali que en esta época de invierno lleva agua muy sucia, a lavarse allí con mucho recelo, y ¿cómo se baña? Qué curioso, a sentarse en una canoa y echarse agua directamente del río, es un baño muy veloz, nada agradable por ahora.

A desayunar son las 8 a.m., Javier y Alfonso el coordinador de sector habían preparado el desayuno, caldo de pescado y yuca sancochada, estuvo bien pero extraño un desayuno dulce y con panes, por hoy día no hay almuerzo, sólo cena a las 4 p.m. porque con las crecientes no hay pescado y luego a dormir.

El primer contacto con los comuneros fue muy especial de recordarlo, nos recibieron muy bien, reunidos, todos te miran y quieren saber como te llamas, de dónde eres, y cómo eres, además preguntan por la "enfermera Juana" y rumorean "será buena, como la Juana" pero no se atreven a preguntarte, se expresan en su idioma y ríen, les causa mucha risa el mismo hecho que nos vean vestidas con pantalón largo, polo manga larga y visera, porque ellos visten ropa muy ligera, preguntan si tengo calor. Claro que tengo, pero ¿qué hacer? Los mosquitos no dejan de picar y los izangos se suben muy rápido por la ropa para alojarse en el cuerpo.

Las expresiones más sinceras de bienvenida es entregarte algo, como fruta, yuca, pescado ahumado, pescado salado, etc., sin antes preguntarte ¿Comes pescado? ¿Comes sajino? ¿Tomas masato? Y así se va haciendo amistad y una se va acostumbrando a los nuevos hábitos de alimentación, por allí una que otra vez salta el recuerdo de un pastel un helado o un pollo a la braza. Sólo pensar y esperar.

### La confianza y la comunicación

Después del primer contacto con cada una de las comunidades, en las veces siguientes las cosas habían cambiado porque todos los comuneros sabían que la enfermera y el coordinador estaban de visita en su comunidad para atender a los pacientes y para capacitar a los promotores.

Los comuneros se acercaban tímidos y en grupos pequeños, y la persona que hablaba castellano y su idioma preguntaba: "Enfermera Sofía, ¿has traído pastilla para la infección?", y le contestaba sí, pero ¿quién está enferma? Y respondía: ella, señalando con el dedo a la que estaba bien escondida entre los demás. Al solicitarle que se acercara, lo hacía con mucha timidez y vergüenza, y hablaba en su idioma para que los demás tradujeran, esta forma de conversar con el paciente y enterarse del mal que tienen era algo muy curioso. Asimismo, examinar a un paciente era algo difícil porque no te permitían ver o palpar algunas zonas de su cuerpo. A medida que fue pasando el tiempo los pacientes acudían solos para hacer consultas, pero aún persisten las consultas secretas y con mucho rodeo cuando se trata de enfermedades del aparato reproductor.

Al paso del tiempo ya no te llamaban enfermera, solamente para ellos eres "la Sofía", es decir una persona más dentro de su comunidad. Estas designaciones poco usuales, pero con mucho sentido de aceptación, se dan a cualquier visitante que brinda ayuda.

Las reuniones comunales han formado parte de nuestro trabajo, porque es allí donde se podía reunir por lo menos al 90% de los comuneros y donde nos podíamos enterar de los problemas de salud, porque entre ellos se señalaban para facilitar el trabajo. Antes se les daba orientaciones generales de las enfermedades para que ellos pudieran identificarlas con más facilidad.

Es cierto, que el no saber hablar su idioma, ha constituido en parte una barrera para llegar hasta ellos, pero la participación del promotor de salud, del jefe de la comunidad y del coordinador de sector han ayudado mucho para que el trabajo se desarrollara, se ha atendido casos en que el paciente acudía con su traductor (otro comunero de confianza) debido a que le daba vergüenza que todos escucharan.

No se ha apreciado expresiones de temor o "el qué dirán si estoy enfermo". Las ventajas para el trabajo es que la colaboración en el tratamiento con medicamentos es muy eficaz porque ellos toman las pastillas como le indicas y como le demuestras con ayuda del promotor de salud.

### La capacitación de los promotores de salud

En cada sede de capacitación se agrupaba cierto número de promotores. Para ellos, este tipo de reunión representaba "saber más o conocer algo más de lo que han aprendido", a todos sin excepción se les aprecia con sentido de responsabilidad y de compromiso con su comunidad, el ser promotor les ha dado un lugar en la comunidad, ya no es un simple comunero, es un comunero que brinda servicio y que tiene que curar a los enfermos, por lo tanto, el compromiso de aprender es mucho.

La competencia es muy notoria, el promotor que más sabe o el que tiene más experiencia resalta en cada clase, en cada caso atendido.

La primera reunión de capacitación fue en la comunidad de Unión San Francisco que se encuentra a dos horas y media bajando el Río Ucayali, a la entrada de la quebrada Lagarto Millar, aquí se reunieron 17 promotores de las comunidades de Sapani, Santa Rosa de Laulate, Lagarto Millar, Aerija, San Francisco y Tahuanti.

Mauro es un promotor de 35 años que tiene dificultad para pronunciar el castellano y lo hace con un estilo único que esconde mucho carisma, con tan solo segundo grado de primaria es uno de los promotores que no se pierde las capacitaciones que brindan las instituciones de salud como el Programa de Salud Indígena (PSI) y el Ministerio de Salud (MINSA). Por cierto, la dificultad que presenta es escribir con claridad y con rapidez y por ello, durante los días siguientes, era el último en terminar y escribía hasta muy tarde. Hacía referencia a que "él ya es un promotor reconocido porque su cara y su nombre ya están en el Ministerio de Salud de Lima, porque así le habían dicho en el hospital y así mismo debería ser para los demás promotores".

El tema de planificación familiar referido a la vasectomía y a la ligadura de trompas debido a una pregunta de uno de los promotores, dio reacciones como éstas "¿cómo es posible que le corten la naturaleza que



Dios le ha dado, ya que en la Biblia dice así como has nacido, así completo morirás? Además no es justo que le estén cortando a las mujeres porque nosotros necesitamos aumentar nuestra población para que las escuelas funcionen". Otra opinión fue "mientras el hospital obliga a las mujeres a no tener hijos colocando ampollas o cortándoles la barriga, el ADE (Dirección de Educación de Atalaya) obliga a inscribir un mínimo de 20 niños para abrir un aula y colocar un profesor, que se pongan de acuerdo, nosotros no sabemos a quién creer". Temas como éste han causado mucha reacción negativa en los comuneros.

### Ejemplos: casos específicos de enfermedades y curación

#### *La brujería*

Una señora, de 25 años, comunera de Pennsylvania en pareja con un comunero de Tzipani, tuvo una niña de 5 años. La señora refiere que su esposo hace varios meses atrás le refería que ella estaba poseída por el demonio, en el mes de enero de 2000, le sugiere que era necesario curarla y la lleva a la comunidad de Tzipani, donde empezó a curarla con vegetales y le hizo tomar toé (*Brigmansia* sp.), ayahuasca y otras yerbas que había preparado, diciendo que "te va a quitar el diablo". En las alucinaciones que le ocasionaban, la señora dice que "veía al diablo con la cara de su esposo que le perseguía" y perdía el control y empezaba a correr sin rumbo. No precisa las veces que ha recibido los preparados, pero cuando ella despertó en el monte de Corintoni, muy lejos de la casa donde estaba, ya no tenía a su hija a su lado. Desde ese momento ando buscándola por las comunidades cercanas.

Llegó a la comunidad de Cascada el 20 de marzo de 2000 solicitando ayuda para que "quiten el diablo" porque todavía sigue soñando al diablo con la cara de su esposo que le persigue. El Sr. Alfonso Gómez (pseudónimo) la hospedó en su casa y le dijo que la van a ayudar a curarse. Al preguntarle sobre su hija nos dice, "ya se habrá muerto, porque la gente dice que el tigrillo ya se habrá comido a mi hija, ¿por qué no ha aparecido hasta ahora?".

Sacando cálculos de los detalles, la niña desapareció hace unos dos meses. Lo que impresiona del relato es el conformismo que la señora asume sobre su niña, sin haber encontrado ningún indicio de muerte.

Según refiere el Sr. Alfonso, ya le curaron a la señora con pinitzi para diablo (vegetal) y si no sigue con las dietas le volverá el mal.

### Hernia estrangulada

El 10 de marzo de 2000 llega a Emergencia del Centro de Salud de Atalaya una señora, de 52 años, de la comunidad de Galilea, con el mal de "brujería". Este caso fue referido por el promotor de salud de su comunidad.

El esposo relata que "hace varios meses atrás la señora se quejaba de dolor en la barriga, y hace quince días su señora estuvo recibiendo tratamiento con el 'médico' de la comunidad. Durante los días siguientes no mejoraba la paciente porque se quejaba de mucho dolor en la barriga y dejó de comer. El tratamiento que le indicó el médico es dieta, preparados con vegetales y curación con tabaco por las noches. El 'médico' le dijo que esa 'bola' que tiene en la barriga es 'daño' producto de una brujería. El día nueve la señora se puso muy grave y pedimos ayuda a los comuneros para que me presten una canoa y motor para traer a mi señora al hospital. Salimos al día siguiente bien temprano y cuando mi esposa llegó al hospital empezó a vomitar de color verde oscuro y olía muy fuerte".

En ese entonces el equipo de salud se encontraba en Atalaya para recoger resultados de muestras y cuando el caso fue comunicado a la oficina de OIRA fuimos al Centro de Salud de Atalaya y la señora ya había fallecido y el diagnóstico médico fue hernia umbilical estrangulada y descompensación hidro-electrolítica.

El término "daño" está atribuido a las enfermedades no reconocidas como tal, pero una vez que han tenido la oportunidad de conocerla la designan como es realmente, por ejemplo el lipoma.

La hernia es una de las enfermedades que al inicio del trabajo muy pocos comuneros enseñaron y solicitaron una intervención, pero cuando se enteraron de los riesgos, en muchos casos han venido voluntariamente a solicitar ayuda para una intervención quirúrgica, es por ello que la relación de pacientes para la segunda campaña quirúrgica ha aumentado considerablemente.

### Uso de vegetales en:

#### *Uta o leishmaniasis*

El 16 de febrero de 2000 el equipo de salud de OIRA llega a la Comunidad de Puerto Esperanza. Cuando se empezó a atender enfermos se acercó un joven, de 15 años de edad, quien presentaba una úlcera cutánea en la cara interna del tercio superior de la pierna derecha que medía 6 cm x 7 cm con una infección superpuesta y se procedió a tomar la muestra de raspado cutáneo.

Ese mismo día nos reunimos con el Sr. Ángel Ruiz - vegetalista - para que preparara un medicamento para uta, así que se fueron al monte a buscar la sogá abuta y al regreso empezó la preparación con participación de promotores y comuneros. Al final obtuvieron el medicamento vegetal que guardaron en frasco. El Sr. Ángel le dio las indicaciones de dieta (no comer ají) y curación de tres veces al día cuando la herida está limpia. Al día siguiente el promotor de salud empezó a tratar la úlcera siguiendo las indicaciones.

El día 3 de marzo de 2000 se lleva la muestra al Centro de Salud y el resultado del raspado es positivo a *Leishmania cutánea* y el 4 se realiza la notificación y el trámite de solicitud de glucantime en el servicio de epidemiología para que le den trámite a la DRSU. Hasta los primeros días del mes de abril no había respuesta de lo solicitado.

Los resultados fueron sorprendentes, el 3 de abril de 2000, cuando se realiza una visita de seguimiento con el médico Dr. Luis Torres y al examinar al enfermo, encontramos una úlcera de 2cm x 3 cm. de diámetro, y para el mes de mayo de 2000 la lesión estaba completamente cerrada.

### *Parasitosis*

El uso del oje como antiparasitario ha sido utilizado por los comuneros desde tiempos atrás, preparado en diferentes formas y con dosis inexactas. La experiencia de trabajo en las comunidades de Tahuania ha impulsado el buen uso de este medicamento con participación del vegetalista Sr. Ángel Ruiz, capacitado en AMETRA- Pucallpa.

Durante el recorrido por las comunidades de Atalaya del 15 de febrero al 31 de marzo de 2000, el Sr. Ángel Ruiz enseñó a extraer, preparar, administrar la resina del oje blanco para tratamiento de parasitosis, así como seguir una dieta.

Se tuvo la oportunidad de administrar el preparado a 49 pacientes entre niños y adultos, sobre todo a los pacientes "poshecos" (pálidos), considerando la dosificación según la edad.

Dieta: no comer ají, no comer ácidos (limón, naranja), no tomar masato fuerte, no mantener relaciones sexuales. Todo por siete días.

Precaución: no embarazadas ni menores de dos años.

Efectos secundarios, podría ocasionar vómito, náuseas, debilidad. Tratar con agua tibia azucarada.

Los resultados después de tres días de administración fueron satisfactorios, los comentarios de las personas que habían recibido el preparado refirieron que eliminaron parásitos pequeños y grandes y otros que no eliminaron nada. Después de un mes, se les veía muy bien físicamente y con recuperación de peso.

### *Piodermitis*

En la reunión de capacitación de promotores, en la comunidad de Unini Cascada, se tuvo la oportunidad de preparar el vegetal abuta para tratar el impétigo ya que en esos momentos se había agotado el medicamento y el número de casos había aumentado.

Con la participación de promotores, vaporadoras y comuneros, se logró preparar once frascos que fueron repartidos a los promotores para que ser utilizados en su comunidad y ser guardados en el botiquín comunal.

La forma de aplicar el preparado es primero que la madre lave bien las lesiones con jabón y las enjuague bien, luego secar las lesiones y, haciendo uso de una jeringa, aplicar una gota del medicamento prepara-

do en cada lesión, esperar que seque. Esta curación tópica se aplica dos veces al día hasta que mejore en tres a cuatro días. Los resultados fueron muy buenos, los promotores y comuneros refirieron que es más fácil que dar las pastillas al niño.

#### *Diarrea y vómito*

Cuando estuvimos en una reunión de capacitación de promotores y vaporadoras, el hijo de una de ellas empezó a presentar vómitos y diarrea, entonces la partera, Sra. Ana Cruz Otzonqui, conocedora de plantas medicinales, preparó una infusión con hierbas para casos de diarreas y vómito, se ofreció a preparar la planta denominada Rosa Sisa o Flor de Tunchi con raspado de cuerno de vaca, canela y orégano, empezó a hacerla hervir en un litro de agua por cinco minutos, y comenzaron a dar al niño a cucharitas esta agua hervida durante ese tiempo. Según refiere, también es bueno para el mal de aire. Los promotores presenciaron el caso y la preparación de la infusión.

Al siguiente día la diarrea había disminuido considerablemente y el estado del niño había mejorado, entonces se le sugirió que continuara dándole el agua de tiempo. En este caso no se hizo uso del medicamento occidental.

Asimismo, se tuvo la experiencia de presenciar a la Sra. Iris Vásquez Nicolaspeque, vaporadora de la comunidad de Unión San Francisco, cuando preparaba infusión de corteza de mango para darle a su niña que en esos momentos presentaba diarrea. Raspó la corteza del mango y lo hizo hervir en una taza de agua y le dio éste preparado a cucharitas. Las condiciones de mejoría fueron buenas y la vaporadora refirió que cuando la diarrea se trata en sus inicios es bueno, pero cuando pasan días ya es difícil, y es necesario llevarla al promotor.

Al inicio todas las diarreas son tratadas como diarreas leves y a medida como van identificando otros signos o síntomas, solicitan ayuda. Las diarreas leves atribuidas al mal de aire, al susto, o a la caída, son tratadas por la madre con ayuda de plantas medicinales preparadas por ella misma o por la vaporadora, en cambio las diarreas que tienen moco, sangre, o fiebre son referidas al promotor de salud porque según dicen "necesita pastillas".



## 6. Perspectivas Médicas

### Tendiendo un puente entre la medicina occidental y la indígena

*Dra. Bente Korsgaard y Dr. Jim Thuesen Pedersen, médicos.  
Miembros del equipo supervisor y representantes de la Fundación  
Karen Elise Jensen.*

#### Introducción

A primera vista, cualquier intento de implementar el pensamiento médico occidental moderno en culturas indígenas viejas en la Amazonía peruana, preservando al mismo tiempo las prácticas medicinales tradicionales parecería ser un asunto riesgoso para una fundación, dedicada hasta ahora a la financiación de proyectos medicinales principalmente de alta tecnología con un resultado bien definido. Este fue nuestro primer pensamiento cuando, en 1992, nos enteramos del proyecto de salud que fue presentado a los representantes de la Fundación Karen Elise Jensen. No teníamos experiencia previa con el trabajo de la salud en entornos de bosques tropicales. Uno de nosotros trabajaba como médico en salud laboral y el otro en medicina respiratoria. Sin embargo, vida y muerte, enfermedad y salud, son las bases de cualquier sistema médico. El concepto de salud en Occidente está basado, en esencia, en una división analítica de la naturaleza. Contrariamente a esto, la medicina tradicional es frecuentemente difusa y sintética, pero bien integrada en el modo de pensar de la cultura pertinente (Fock 1986: 95-118). Analizaremos brevemente algunas de estas diferencias que se hicieron visibles durante nuestras visitas al área del proyecto en el Alto Ucayali.

#### La medicina occidental

En el clásico modelo mecánico de enfermedad de la medicina occidental, la enfermedad es considerada como un resultado de una cadena de causas. El proceso de la enfermedad es iniciado por el efecto combinado de factores genéticos y fisiológicos, se considera que la naturaleza bioquímica y morfológica, lo que se llama patogénesis, conduce a un "error" del aparato y, entonces a la enfermedad (Wulff y Gotzsche 1997: 80-84). Un ejemplo de esto es la tuberculosis pulmonar, donde la causa es considerada conocida, aunque esto es parcialmente cierto. El bacilo tuberculoso es un factor causal necesario en el desarrollo de la enfermedad, pero debe comprenderse que los fenómenos naturales siempre tienen una diversidad de causas. Todas las enfermedades son multifactoriales y decidir sobre la

causa es el resultado de una opción que refleja nuestros intereses (Wulff et al. 1986: 61-72).

Aunque la medicina occidental está basada, en gran medida, puramente en factores causales biológicos, los factores sociales y psicológicos siempre han jugado un rol prominente. La ciencia médica es una disciplina científica y humanística que intenta obtener una visión holística de la enfermedad. Sin embargo, la medicina occidental todavía está sumamente influenciada por una idea determinista de causalidad basada en la ciencia. El tratamiento quirúrgico y el tratamiento médico, entonces, están basados fundamentalmente en el pensamiento racional, aunque hoy en día, muchos de los tratamientos todavía están basados más en la tradición que en la evidencia.

#### La medicina indígena

El concepto indígena de enfermedad en la Alta Amazonía es difícil de comprender para un médico capacitado en la medicina occidental, sin un conocimiento más minucioso de la cultura pertinente. El fallecido antropólogo británico, Andrew Gray, quien durante un corto período de tiempo participó en el proyecto de salud PSI en Madre de Dios, ha dejado interesantes descripciones de los conceptos de salud y enfermedad en la cultura arakmbut en la Amazonía peruana (Gray 1996: 159-176):

En la cultura arakmbut, la salud no significa solamente la salud física sino que debe ser considerada en un contexto más amplio, comprendiendo la protección del medio ambiente y la posibilidad de ser autosuficiente, dependiendo de los propios recursos de uno. La enfermedad puede ser considerada como una causa indirecta de la creencia en almas y espíritus, el llamando animismo. La enfermedad y la muerte pueden ser infligidas a un sujeto por diversos espíritus malignos que viven, por ejemplo, en el bosque o en el río. Se cree similarmente que una serie de plantas y animales, por ejemplo, peces, tapires y aves pueden infligir enfermedades. La enfermedad puede ser causada por espíritus malignos de la naturaleza, por pescar en exceso en el río, por obtener demasiadas presas en la caza. Los arakmbut también creen que la actividad sexual excesiva de los jóvenes debilita el organismo. La enfermedad y la muerte pueden no ser sólo la falta de la víctima sino también pueden ser infligidas por brujas quienes se sienten odiadas y desean dañar a la persona. Las brujas usan espíritus peligrosos que pueden atacar al ser humano. Normalmente, la brujas provienen de otras aldeas, aunque pueden vivir en la misma comunidad que la víctima. La brujería es considerada muy seria y puede resultar, particularmente en el pasado, en la estrangulación y en el ahogo de la bruja una vez identificada. (ibid.)

Generalmente la enfermedad se considera al comienzo como un asunto privado pero si la persona enferma no mejora en el curso de unos pocos días, él/ella recibirá la plena atención de los parientes y, en caso de una enfermedad prolongada, de toda la comunidad. Los arakmbut también distinguen entre causas de enfermedad visibles e invisibles. Las

enfermedades con una causa aparente, como cortes y moretones, frío, dolor de cabeza, malestar gastrointestinal y tos, atacan al organismo. Estas son causadas por pequeños incidentes, trabajo arduo o demasiada exposición al sol o a la lluvia y generalmente desaparecen sin ningún tratamiento significativo.

Las causas invisibles son imputadas a diversos espíritus malignos y pueden ser difíciles de tratar. El contacto con los misioneros blancos en el 1900 condujo a un severo estado de morbilidad y mortandad en muchas comunidades indígenas causado, por ejemplo, por la fiebre amarilla, la gripe y diversos tipos de enfermedades oculares causantes de ceguera. Estas enfermedades han sido llamadas "enfermedades de Dios" porque se creía que los misioneros las causaban (ibid.). La inmigración de colonos de otras partes del Perú, en busca de tierra, para lavar oro o recoger caucho, también ha sido una importante causa de epidemias serias y potencialmente mortales entre las comunidades indígenas.

El autotratamiento de pequeños males es común en las comunidades indígenas amazónicas – como lo es en otras – pero tradicionalmente, el curandero local es la persona clave cuando se trata de enfermedades más serias. Además, los curanderos más ancianos tienen mucha experiencia en el uso de la medicina tradicional, el cual puede asegurar la supervivencia y crecimiento de la comunidad local desde una visión holística. Como hemos experimentado en el Alto Ucayali, hay un deseo y una motivación en las comunidades locales de reforzar su propia medicina indígena, que ha estado perdiendo fuerza, y un interés en reconstruir un concepto válido de salud indígena. En este contexto, es importante que la medicina occidental no sea usada como un instrumento de poder en la comunidad local, a través de personas claves que tienen acceso a los medicamentos occidentales. El director peruano del Programa de Salud Indígena, Lic. Juan Reátegui, es un aguaruna del norte de la selva peruana y ha sentido personalmente un dilema, como enfermero de formación universitaria, al implementar la medicina occidental en el seno de las culturas indígenas de la Amazonía [ver la entrevista con Juan Reátegui sobre el origen del proyecto]. Él enfatizó la importancia de recuperar esa parte del conocimiento indígena que se ha perdido, y de formular alternativas propias en el concepto de salud, y subraya la importancia del autodesarrollo y la autodeterminación indígena.

En las comunidades locales nos encontramos con diferentes actitudes con respecto al uso de la medicina tradicional versus la medicina occidental. Algunas personas consideran que se debe apuntar hacia la medicina tradicional por lo poco costosa, mientras que, por ejemplo, los maestros locales – quienes frecuentemente administran el suministro de medicinas occidentales – pueden preferir la biomedicina occidental, debido en parte a su más elevado prestigio en la sociedad nacional y sus connotaciones de progreso y desarrollo moderno. En la mayoría de los grupos indígenas, el chamán aplica sueños y visiones para diagnosticar enfermedades y, en ciertas comunidades, todos los hombres y mujeres pueden soñar y tratar



Los señores Torres, Skielboe y Thuesen en la OAGP.

Foto: Bente Korsgaard, 1998

enfermedades hasta determinada medida, pero sólo aquellos que son capaces de hacer un diagnóstico regularmente son reconocidos como chamanes. En otros grupos indígenas, se aplican canciones curativas y las palabras son primordiales y difíciles de aprender (hasta de 50 letras por palabra), tienen muchos significados diferentes y deben ser consideradas más bien como nombres que contienen un poder espiritual que palabras en el sentido usual.

La medicina indígena es ejercida por los curanderos, las vaporadoras y las parteras. La capacitación es conferida localmente, combinando sistemas de tratamiento y en muchas comunidades hay huertos de hierbas medicinales, bien cuidados, para suministrar a la aldea con plantas medicinales. Sin embargo, se considera que ciertas especies pierden sus poderes una vez que son cultivadas. Existe una creciente demanda de conocimiento sobre hierbas medicinales y sus efectos, un conocimiento que es sumamente específico del género. No obstante, cada sociedad indígena tiene su propio sistema, imposibilitando establecer reglas generales. Debe reconocerse la especificidad cultural de cada grupo y la variación de conocimiento específico de género, sorprendentemente amplia. Las parteras capacitadas tradicionalmente, quienes obviamente juegan un papel importante en una sociedad donde nacen muchos niños, constituyen un ejemplo de esto. La partera utiliza, entre otras cosas, terapia corporal,

incluyendo la determinación de la posición del feto. Pero incluso esta función – tan íntimamente conectada con el universo femenino- puede también ser ejercida por hombres. Aunque constituyen la excepción, hemos conocido parteros en la mayoría de los grupos con los cuales trabajaba el proyecto.

Entre los asháninka, las vaporadoras, en su mayor parte mujeres, usan vapor hirviendo ciertas plantas mientras que la persona enferma, vestida en una túnica de algodón tradicional ("cushma" en el español local), se monta a horcadas sobre la olla que hierve en el fuego, con las piernas separadas, mientras que el vapor actúa sobre el cuerpo, incluyendo las vías respiratorias, conduciendo a los espíritus curativos de las plantas dentro del organismo de la persona enferma. Los restos de las plantas en el fondo de la olla muestran que lo maligno ha sido eliminado del cuerpo de la persona enferma. Después del procedimiento, el paciente es bañado en agua fría. Aunque la curación con vapor es mayormente un especialidad femenina, también hemos encontrado algunos hombres que practicaban el tratamiento del vapor y el chamanismo tradicional masculino, como el especial chamanismo del tabaco, también tiene algunas practicas femeninas.

Hay una biodiversidad extraordinaria en la Amazonía, estimándose que hay de 40.000 a 50.000 especies de plantas, habiéndose identificado probablemente no más de la mitad. Unas 1200 plantas silvestres pueden ser usadas para el tratamiento médico, entre otras cosas. En años recientes, ha habido un interés significativo por parte de las compañías medicinales internacionales en explotar el antiguo conocimiento indígena sobre las plantas medicinales para elaborar nuevas drogas sin ninguna compensación, amenazando a la medicina tradicional amazónica al solicitar patentes, entre otras cosas. Por lo tanto, existe una gran necesidad de proteger la propiedad intelectual indígena. Conforme a la literatura, el uso de plantas en la medicina puede ser rastreado hasta alrededor del año 1300 A.C. La más famosa planta medicinal de la Amazonía es muy probablemente la ayahuasca o yagé (*Banisteriopsis caapi*), una especie de liana que, después de una adecuada preparación en combinación con componentes de otras plantas (p. ej., *Psychotria sp.*), es ingerida por ciertos chamanes quienes entran así en trance, sintiéndose "uno" con el universo mediante visiones y percepciones cambiadas del tiempo, espacio y sonido. Algunos grupos indígenas, como los ashéninka, enfatizan el uso del tabaco en vez de la ayahuasca o en combinación con el mismo en una forma diferente de tratamiento. Además de esto, la ayahuasca y otras drogas psicoactivas son usadas aparentemente con buenos resultados en la psicoterapia del abuso de la droga en un centro de rehabilitación en Tarapoto, en el norte de Perú. Otra droga tradicional que se encuentra en la mayoría de las comunidades indígenas del Alto Ucayali es la uña de gato (*Uncaria Tormentosa*) que ahora es bien conocida en todo el mundo debido al crecimiento explosivo del mercado mundial de la medicina alternativa. La uña de gato, de la cual se dice que fortalece el sistema inmunológico, ha sido comercializada

agresivamente por la industria farmacéutica de los EE.UU., Europa y Japón, y ahora puede ser encontrada en cápsulas en cualquier farmacia bien provista en todas las ciudades más importantes del mundo. (El Dorado 1997: 51-71)

### Convertirse en un chamán

Un chamán puede tener de 6 meses a tres años de capacitación inicial antes de que él o ella adquiera el necesario estado espiritual, pero localmente se estima que se necesita 20 años de experiencia para ser un chamán completamente calificado. Los potenciales chamanes son seleccionados entre los jóvenes que se cree tienen capacidad de hacer contacto con los espíritus. Los potenciales jóvenes chamanes son capacitados por chamanes mayores, ya sea en su propia comunidad o en otras comunidades donde hay carencia de chamanes. La capacitación de un estudiante chamán está orientada a enfermedades con una dimensión espiritual lo cual, de hecho, significa la mayoría. Durante cuatros años de capacitación, el aspirante a chaman se ciñe a una dieta especial, no ingiere sal ni azúcar y es sexualmente abstinentes. Él/ella utiliza diferentes drogas como alucinógenos (*Banisteriopsis sp.*) y estimulantes como coca y tabaco, los cuales son usados mientras que el chaman mayor controla la sesión mediante cantos y otros rituales. Después de algunos meses de capacitación inicial, el aprendiz de chamán puede ser capaz de curar enfermedades simples pero la capacitación continúa, incluso si el chamán y su aprendiz viven en comunidades diferentes, porque se puede crear un contacto espiritual si es necesario, p. ej., mediante el uso del tabaco al cual el aprendiz siempre tiene acceso. En general, a los aprendices se les enseña sobre los poderes y las propiedades medicinales de plantas por medio de trances, visiones y sueños.

Se considera que los chamanes son designados por los espíritus de los ancestros y pueden hacerse de enemigos muy fácilmente. Los chamanes del Alto Ucayali pueden tratar bajo la influencia de la ayahuasca o exclusivamente con tabaco pero, a pesar de su capacitación tradicional, los chamanes también pueden utilizar medicinas occidentales para ciertas dolencias; es importante que también usen nuestros sistemas biomédicos occidentales porque los chamanes de muchas sociedades son personas claves de gran influencia. Los chamanes tienen la posibilidad de hacer el bien, pero también la capacidad de hacer daño a una persona a través de la brujería. Se requiere un delicado equilibrio. Si el paciente no se recupera a pesar del tratamiento del chamán, el chamán puede correr el riesgo de ser acusado de brujería.

### Salvando la distancia

La distancia cultural entre los conceptos occidentales e indígenas amazónicos de salud puede resultar, por supuesto, en consecuencias desafortunadas. Durante un viaje de inspección visitamos un hombre debilitado y extenuado que había tenido previamente tuberculosis. El equipo profesio-

nal del proyecto sospechó que había una recurrencia de su tuberculosis y al paciente se le dio un tratamiento adecuado. Este tratamiento se detuvo, supuestamente debido a efectos secundarios de las medicinas. Luego surgió que el hermano del paciente, quien era jefe de la comunidad y, además, el chamán, había interferido con el tratamiento y había prescrito una dieta que probablemente era la causa de la agravada condición del paciente.

Existe aparentemente un entendimiento entre los chamanes para restringir su tratamiento principalmente a las causas psicológicas de las enfermedades o problemas existenciales, mientras que el tratamiento de lo que se considera enfermedades físicas se pasa a los promotores o enfermeras. Sin embargo, la clasificación indígena de qué es físico y qué no es, es ambiguo y varía de contexto en contexto. No obstante, el tratamiento erróneo de problemas físicos por parte de los chamanes ocurre de vez en cuando. En una ocasión, por lo que conocemos, un chamán había tratado a un niño enfermo administrándole gasolina. El personal del proyecto intervino y el niño fue tratado adecuadamente. Estos casos ilustran los problemas que pueden ocurrir si no existe un entendimiento mutuo entre la medicina occidental y la tradicional; sin embargo, tal entendimiento es común y alentado dentro del programa de salud indígena.

Una idea conductora del programa es que la medicina tradicional y la occidental deberían complementarse mutuamente, en parte porque la medicina tradicional es una parte integral de antiguas culturas indígenas, que podrían ser así fortalecidas y en parte debido a la falta de acceso a costosas medicinas occidentales en el futuro previsible. Las culturas indígenas han sido muy influenciadas por las diversas misiones cristianas pero, en años recientes, los indígenas han desarrollado una autoconsciencia basada en sus propios valores culturales y en el reconocimiento de nuevos derechos. Este proyecto puede contribuir a un autoconocimiento de ese tipo. Tenemos la esperanza de que el enfoque antropológico y médico combinados del proyecto de salud pueda evitar la creación de los problemas que muchos proyectos occidentales de desarrollo han infligido a étnias minoritarias vulnerables en el transcurso de los años. Es importante crear un programa de salud sustentable basado en el individuo, la familia y la comunidad local (Tarimo 1991: 58-74).

La salud para el individuo y la familia puede ser promovida mediante un estilo de vida saludable, por ejemplo, a través de la limpieza, el no fumar (hasta ahora el fumar no ha sido un problema entre los grupos indígenas involucrados en el proyecto), buena alimentación y agua limpia protegida contra la contaminación. La higiene y un buen sistema sanitario van de la mano con una alimentación adecuada. La prevención de enfermedades específicas como la malaria, y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en combinación con el uso de cualquier servicio de salud existente, son otros aspectos del trabajo de salud para individuos y familias.

La comunidad local en sí misma juega un importante rol en el proyecto de salud —el cual es sumamente dependiente de un tipo de cuidado

primario de la salud— con la participación de personas clave de la comunidad como el chamán, promotores de la salud y el maestro local. Sería de gran significación si el proyecto de salud condujera a una educación formal de enfermeros asistentes — masculinos o femeninos (“Técnicos de Salud Intercultural Amazónico”), que están firmemente arraigados en la sociedad local al igual que el maestro local.

La confianza en valores y recursos tradicionales, en combinación con prácticas medicinales occidentales básicas casi a un nivel de “doctor descalzo” podría, según nuestra manera de pensar, ser una forma considerada y sustentable de promover la salud en las sociedades indígenas amazónicas.

### Observaciones concluyentes

En nuestra primera visita a las áreas del proyecto en la Amazonía peruana, sólo teníamos un vago conocimiento de la medicina indígena. El enfoque combinado médico y antropológico del proyecto nos fascinó, pero no estábamos seguros de que este dualismo fuera a funcionar en la práctica. Estamos capacitados en la biomedicina moderna basada en la ciencia, aunque se debe admitir que muchos problemas médicos no pueden resolverse sólo por la ciencia.

Incluso después de una minuciosa preparación previa al viaje a Perú, sólo se obtiene un conocimiento superficial del concepto indígena de enfermedad, un concepto que pertenece a otro mundo lejano a nuestro universo médico. El tratamiento médico indígena está basado en diferentes modalidades, como se describió anteriormente, las cuales, tal como lo entendemos, son aplicadas a una serie de enfermedades somáticas bien definidas, aunque el tratamiento es también usado para tratar desórdenes psíquicos y psicósomáticos. Es imposible hacer comparaciones entre los dos sistemas médicos, pero es interesante observar que la medicina indígena también utiliza tratamientos que, en principio, se parecen a los métodos occidentales de tratamiento, por ejemplo, diferentes ungüentos y drogas que son extraídos de árboles y hierbas; tratamiento de vapor, el cual ha sido usado en diversas formas en el sistema médico europeo durante siglos; diversos tipos de terapia corporal que, en otras variaciones, han sido conocidas durante largo tiempo en la medicina occidental. Nos parece difícil evaluar el rol de la psicoterapia en la medicina indígena pero sin duda ocurre en diversas versiones relacionadas, por ejemplo, al tratamiento de vapor y la terapia del tabaco. Como se mencionó anteriormente, la ayahuasca puede poner al chamán en un estado espiritual, otorgándole poderes psicoterapéuticos. El uso de plantas medicinales es muy antiguo en la cultura médica occidental, en la cual se han usado muchas cocciones en la medicina popular. Hoy en día, la medicina herborística está muy extendida en, por ejemplo, Suiza, Austria y Alemania y, de la misma manera, los tratamientos alternativos han ganado popularidad en Dinamarca durante las últimas décadas, por ejemplo, especies de plantas exóticas y preparados como el ginseng.

Estamos convencidos que la colaboración entre antropólogos y profesionales de la salud ha sido de gran importancia para el éxito del proyecto de salud. Para introducir un proyecto de salud en comunidades indígenas que están a días de viaje de los centros de salud gubernamentales es necesario establecer una relación de confianza con la población, respetando su estilo de vida. Esto es, en nuestra opinión, mejor facilitado por la pericia antropológica, tratando de preservar la medicina tradicional y haciendo uso, simultáneamente, de drogas modernas básicas y efectivas orientadas a enfermedades prevalentes, p. ej., tuberculosis y leishmaniasis, mientras que la medicina indígena podría, en nuestra opinión, ser usada en particular para curar males psicosomáticos. Es importante que la población indígena sea instruida en el uso de drogas básicas como automedicación de un depósito local de medicinas que podría ser administrado por un enfermero asistente indígena.

La mayoría de la población en su conjunto, utiliza la automedicación porque no tiene acceso a un adecuado servicio médico. Sin duda, la información sanitaria básica y la educación en higiene y sanidad serían de valor esencial para el estado de salud en las comunidades indígenas.

Creemos que el proyecto de salud – el cual es relativamente poco costoso comparado con otros proyectos médicos de alta tecnología – ha creado un sistema de salud sustentable que es independiente en gran medida del sector de la salud gubernamental peruano, el cual tiene dificultades en llegar a áreas remotas del país. También creemos que el enfoque médico-antropológico, con la participación de la población local, podría ser un modelo para futuros proyectos de salud en países en desarrollo.

### Referencias

- Fock, Niels  
1986 *Sygdom, sundhed, liv og død*. En: Peter Elsass y Kirsten Hastrup (Ed.). *Sygdomsbilleder*. Copenhagen: Gyldendal.
- Wulff, Henrik R. y Peter C. Götzsche  
1997 *Rationel klinik, 4. ed.* Copenhagen: Munksgaard.
- Wulff, Henrik R, Andur Pedersen y Raben Rosenberg  
1986 *Philosophy of medicine*. Oxford: Blackwell
- Gray, Andrew  
1996-97 *The Arakmbut of Amazonian Peru, vol. 1-3*. Oxford: Bergkahn Books.
- Tarimo, Eleuter  
1991 *Towards a healthy district*. Ginebra: WHO
- Perú Mágico  
1997 *Eldorado – Perú. Revista Internacional del Perú. No.6, enero-marzo*. Lima: ProdePerú.



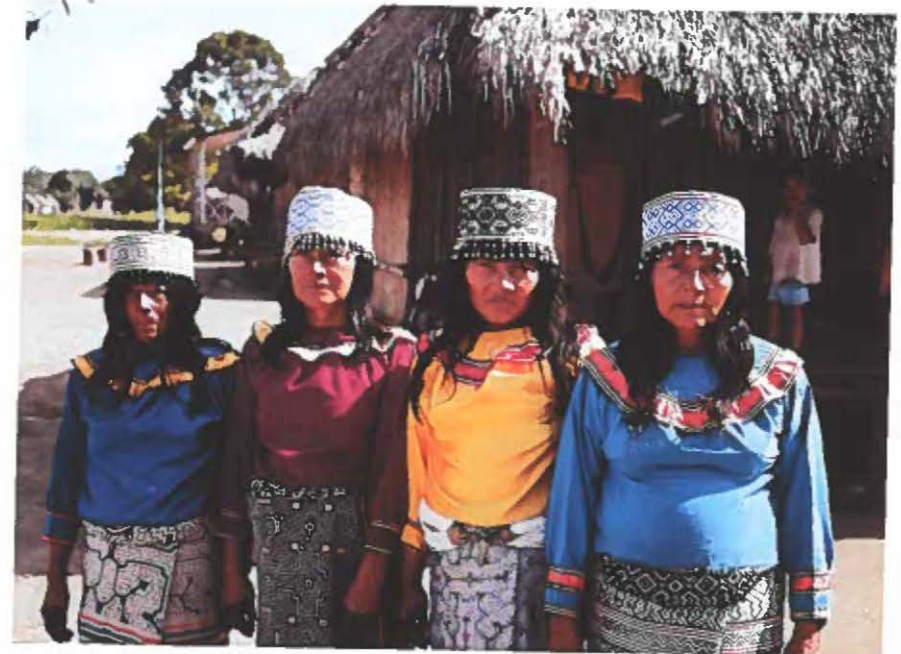
Anciana especialista, comunidad de Nuevo Paraiso.

Foto: Cæcilie Mikkelsen 2000

Foto p. 273: Mujer shipibo hilando.  
Foto: Cæcilie Mikkelsen, 2000

Foto p. 274: Coordinador Moisés Ramos, partera Rosa Valera y  
Ezequiel Augustín presidente de ORDECONADIT.  
Foto: Søren Hvalkof, Ucayali 2000





*Especialistas y parteras shipibo-conibo.*

*Foto: Søren Hvalkof, Ucayali 2000*



*Representantes yine, bajo Urubamba.*

*Foto: Jim Thuesen, 1998*



*Don Luis, motorista y curandero, Río Ucayali.*

*Foto: Jim Thuesen, 1994*



*Una Sra. yine platicando, Ucayali.*

*Foto: Jim Thuesen, 1993*



*Ex-paciente e hijas, Ucayali.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



*Una Sra. ashéninka curada, Ucayali.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



*El promotor Martin de Shumahuani y familia, Gran Pajonal. Foto: Søren Hvalkof, 1996*



*Asamblea en OAGP, Gran Pajonal.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*



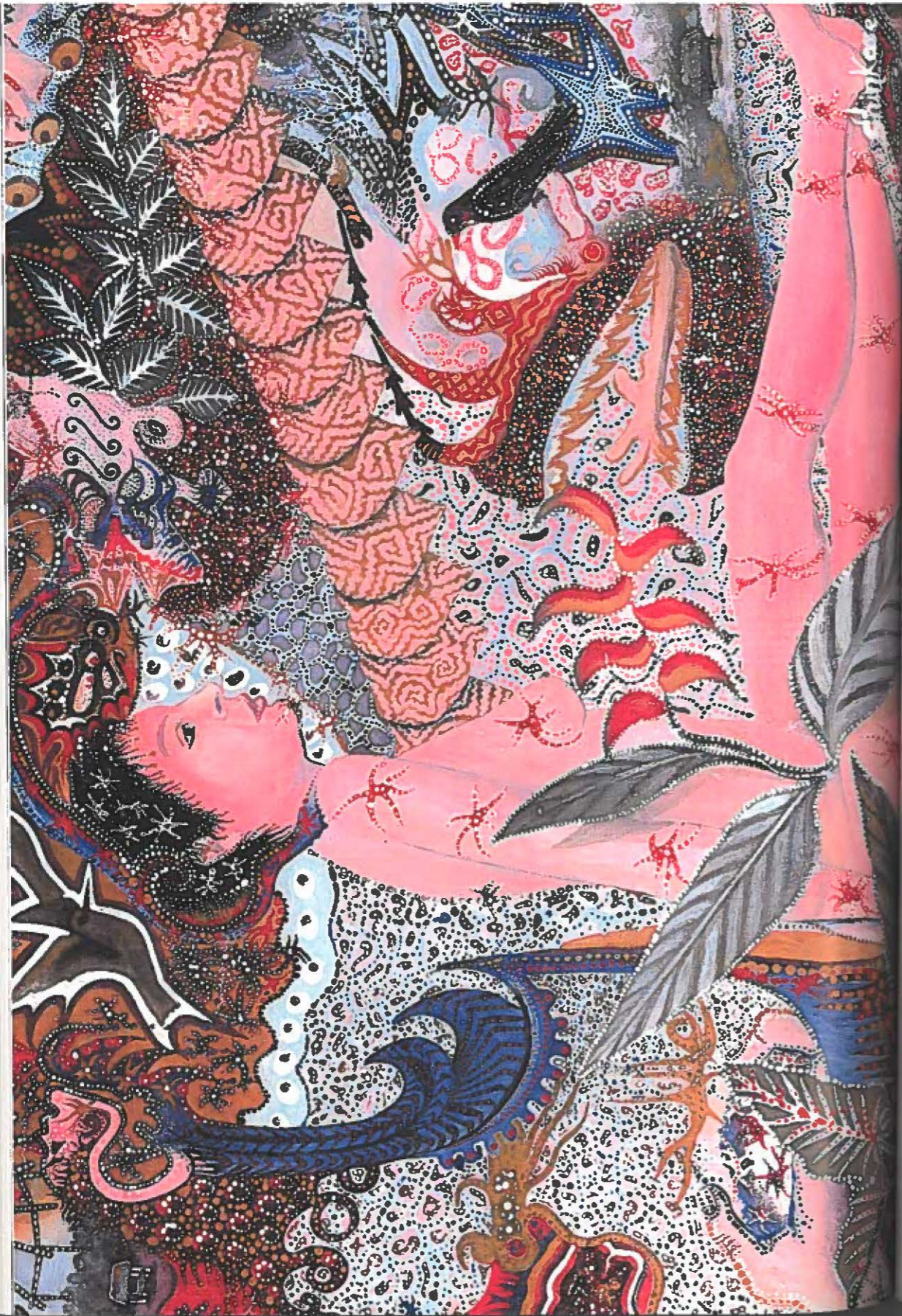
*Abuelita y nietos, Gran Pajonal.*

*Foto: Søren Hvalkof, 1996*



*Joven ashéninka, Gran Pajonal.*

*Foto: Søren Hvalkof, 1996*



*Visión ayahuasquera.*

*Dibujo: Noé Silva Morales, 2000*

## Pascual

*Pascual Camaiteri Fernández es Presidente de la Organización Ashéninka de Gran Pajonal (OAGP) y el responsable del Programa de Salud Indígena en la zona.*

### Introduciendo Salud en el Gran Pajonal

Ha sido un poco difícil iniciar el Programa, para juntar y unir a los nativos para hablarles del programa. Para ellos era la primera vez que se les hablaba de un programa. Como responsable, he hablado con los jefes de todas las comunidades, del programa para rescatar y recuperar nuestras costumbres, nuestros idiomas, nuestros bailes. Este programa va a trabajar en todas las comunidades nativas y la gente me preguntaba por que antes no había programa. Les he explicado que hemos firmado convenio con algunas instituciones para no perder nuestras costumbres y sobre todo fortalecer la Organización OAGP.

Los jefes nos dijeron que estaba bien este programa y nos acogieron y nos dieron ánimos para trabajar. Ahora el programa ha echado cría, ya se levantó y se lo ve más organizado. Ya están plantando las medicinas, ya hay sheripiaris y vaporadoras. Verdaderamente ha sido un éxito y ahora las comunidades tienen sus promotores. Eso se les comentó a las comunidades, que el programa busca dejar algo, dejar futuro, para que cuando ya no exista este programa. Ahora no va a seguir el programa, lamentablemente. Ya nos tenían confianza e íbamos conociendo más a las enfermeras, a los coordinadores. Incluso los coordinadores hablaban a las mujeres de salud, como tratar a sus hijos, como alimentarles y mejorar su vida.

Ahora las comunidades ya están sembrando, tienen sus botiquines, casa comunal y están bien organizados. Hay comunidades que no han captado muy bien pero cuando ven como trabajan otras comunidades, ellos también quieren hacer lo mismo.

En julio termina el Programa pero nosotros vamos a seguir trabajando, con nuestros sheripiaris y apoyando al promotor, en la compra de medicinas, reponiendo el botiquín. Nosotros vamos a seguir trabajando y coordinando siempre.

## Esther

*Esther Chiri Santiago es coordinadora del PSI en el Gran Pajonal. Vive en la comunidad de Ponchoni donde OAGP tiene su base y ofrece su espacio al Programa. Ha trabajado durante años como dirigente y experta en el tema de Mujer Indígena con OAGP, siendo muy activa en el respaldo de su organización.*

### Organizando a las mujeres

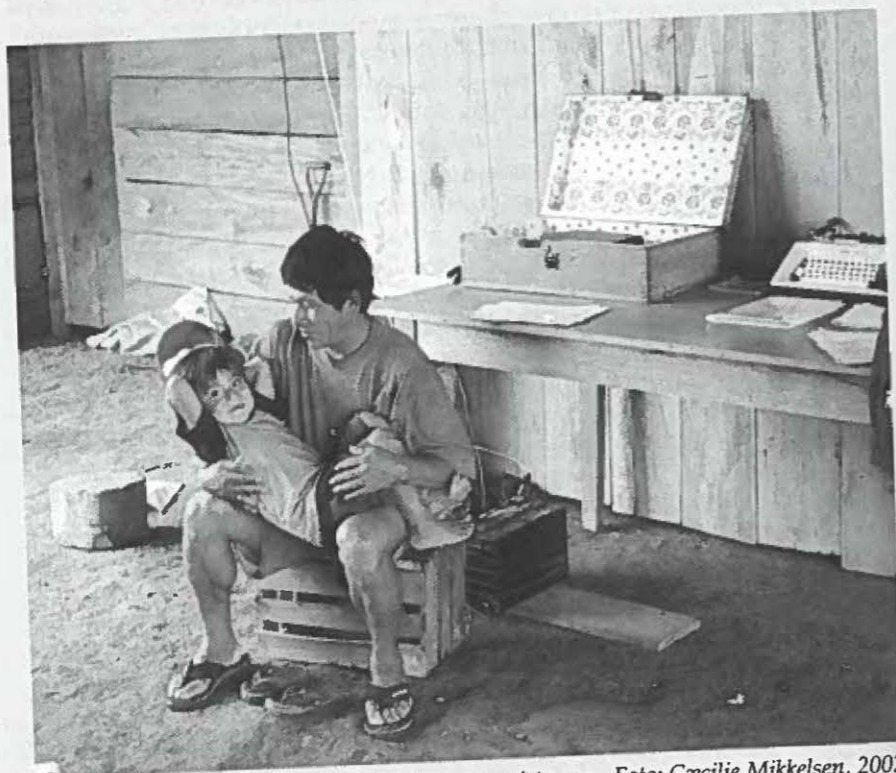
En 1996 fue el primer año que trabajé con el Programa, recorriendo las comunidades del Gran Pajonal, mirando como revalorar nuestra medicina indígena, como es el *ivenqui*, *pintsi*, *chocawontsi*, etc. De igual manera nos organizamos por que antes no sabíamos que nosotras teníamos un valor como mujer y en la realidad hoy tenemos los mismos derechos que los hombres en las organizaciones. En las comunidades nativas hemos decidido que las mamás aprendan nuestras medicinas indígenas, como curar, como manejarse con la medicina occidental. Recuperamos también nuestros recursos humanos, así como los doctores, nuestros sheripiaris, vaporadoras, incluso también nuestros promotores, por que antes estábamos olvidando nuestras costumbres, nuestras medicinas indígenas. Pero ahora sí estamos trabajando con nuestra medicina indígena, incluso estamos sembrando en nuestras casa, en nuestros huertos.

Las comunidades han recuperado sus medicinas, sembrando en sus casas. Nosotros hemos recorrido las comunidades, incentivando lo nuestro, como por ejemplo los tejidos, los saratos, chusmas, canastos y así sucesivamente. Gracias al Programa de Salud Indígena estamos andando por buen camino y las mamás también están ahora participando en la Organización de Mujeres. Ahora estamos incentivando que siembren bastante algodón. Tenemos dos tipos, uno que es rojo y el otro blanco. También incentivamos el teñido de nuestros hilos y ahora tenemos colores propios. Nosotros vemos ahora que las mamás están haciendo sus chusmas en sus casas y los comuneros nos preguntan que cuando vamos a hacer bastantes para poder vender, por eso sería bueno si el Programa podría apoyar a incentivar más la artesanía.

Gracias al Programa tenemos ahora nuestros sheripiaris, nuestras vaporadoras que han podido enseñar y estar dejando alumnos. También queremos agradecer a la organización, que se preocupa bastante de las comunidades. Por eso nosotros hemos trabajado cuatro años, dejando a nuestra familia, nuestra casa, para estar de comunidad en comunidad y gracias a este esfuerzo, tenemos el objetivo deseado.

Gracias a la Organización de Madres Indígenas del Gran Pajonal

ahora no hay muchas quejas de maltrato de los maridos. También les decimos a las mamás que no entreguen a sus hijas menores de edad para que tengan su marido. Por eso ahora casi no se ven esas cosas, tampoco los hombres con dos mujeres. En las comunidades decimos a las mujeres que hay leyes que nos respaldan.



Presidente de la OAGP, Pascual Camaiteri y su nieto. Foto: Cæcilie Mikkelsen, 2002

### Voces III: Dirigentes, Promotores y Pacientes

#### Martín

*Martín Incaniteri Ema tiene 34 años de edad, es ashéninka y pertenece a la comunidad de Shumahuani en el Gran Pajonal donde se desempeña como promotor de salud. El fue inicialmente capacitado por una misionera Suiza, que ha trabajado muchos años en el Gran Pajonal, apoyando a las comunidades y también respaldando al Programa de Salud Indígena a través la organización regional OAGP.*

#### Capacitación perpetua

Yo empecé a capacitarme en Ponchoni con la Srta. Liselotte de la Misión Suiza, por que yo no sabía nada. Ella me enseñó a trabajar con las medicinas y nos ha capacitado varias veces. Incluso nos han enseñado como traer a los pacientes a las comunidades. Cuando terminó la capacitación, nosotros veníamos a la comunidad a dar charlas a nuestros comuneros.

La capacitación me ha ayudado a resolver los problemas de vómitos y diarreas, toses y tuberculosis. Todo eso me enseñaron y siempre vamos a Ponchoni para recibir más capacitaciones. Ahora nos enseñaron a utilizar los medicamentos, a como tratar a los pacientes y nos mandan a nuestra comunidad a hacer las prácticas.

La Srta. Liselotte me dijo que como había empezado como promotor, todavía no iba a recibir un sueldo, que tenía que trabajar apoyando a la comunidad y ella me dio las medicinas para empezar. Yo empecé a tratar a todos los que venían a la posta, a los niños y a las mamás. Les dije que no tenía muchas medicinas, que me faltaba hacer más estudios en las medicinas y después de eso traeré más para apoyarles.

En Oventeni nos capacitaron como aplicar las ampollas. Al principio estaba sólo pero luego llegaron más promotores. Entre ellos estaba mi yerno Daniel y con él estoy trabajando. Ahora nos van a dar las medicinas para aplicar las ampollas.

A veces los comuneros no quieren ayudarnos pues dicen que no sabemos, que nos vamos a vagar y no se dan cuenta que vamos a capacitarnos, para el bien de sus hijos, de la comunidad. Nosotros también tenemos que trabajar, por ejemplo yo tengo mi chacra.

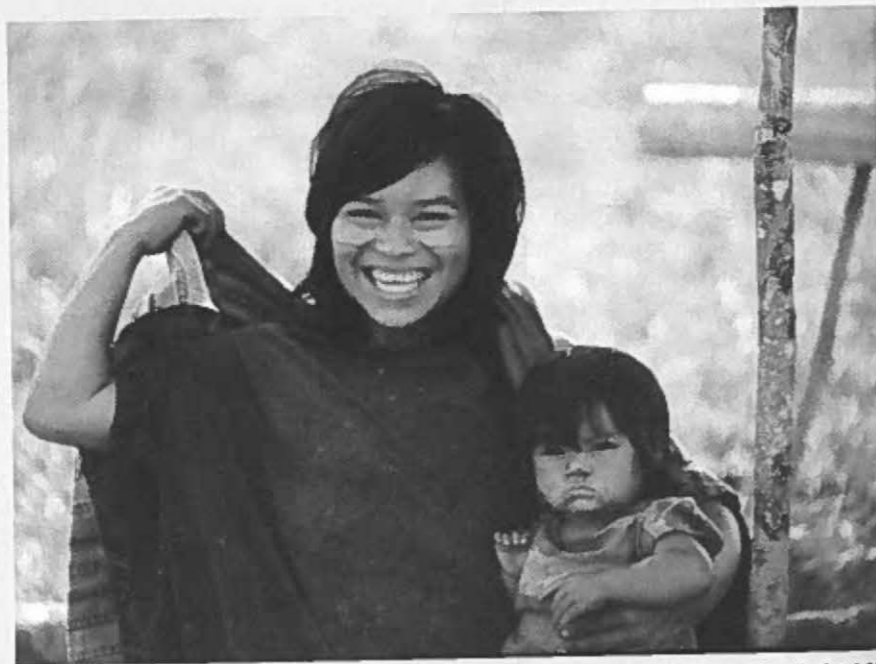
A los promotores hay que llamarles cuando hay algo grave, por ejemplo una picadura de víbora. Para la mordedura de víbora nosotros también tenemos hierbas del monte. Está el piripiri que yo tengo aquí sembrado y también ivenqui, que sirve para la mordedura de jergón. La enfermera nos dice que tenemos que usar las plantas tradicionales, que tenemos que hacer un huerto para sembrarlas y explicar a las personas como utilizarlas. Pero todavía hay algunos que no han sembrado.

Aquí en la comunidad mi papá es sheripiari y el ha ayudado a la comunidad. También hay vaporadoras que están trabajando bien y se apoyan con las medicinas occidentales. Cuando hay un daño que los promotores no pueden curar con la medicina occidental, entonces entra la vaporadora. Mi madrastra Laura es vaporadora y aprendió bastante, incluso tiene dos alumnos, uno es mi sobrino. No sólo las mujeres pueden ser vaporadoras. También hay alumnos de los sheripiari.

A veces vienen las enfermeras a las comunidades a darnos charlas y preguntan a los comuneros como estamos trabajando y si no hay ningún problema, seguimos en nuestro trabajo.

La enfermera se fue a Chequitavo y nosotros la seguimos para capacitarnos y volver a nuestra comunidad para dar charlas, para evitar las enfermedades. Nos enseñaron que hay que lavarse las manos antes de comer, por que si no vienen las enfermedades. Como somos dos promotores, a veces va uno a las capacitaciones y el otro se queda atendiendo. La otra vez mi yerno fue a la de Catoteni.

La Srta. Isolina nos dijo que el Programa de Salud Indígena ya va a terminar y vino a despedirse. Entonces le hemos hecho una buena despedida, matando una vaca.



La hermana de Martín, Shumahuani, Gran Pajonal. Foto: Søren Hvalkof, 1987

### Voces III: Promotores, Pacientes y Dirigentes

#### Viviano

*Viviano Huaris Chunisho tiene 23 años, es promotor y proviene de la comunidad ashéninka Quemporquishi en Gran Pajonal, capacitado por OAGP.*

#### Medicina occidental é indígena

Yo me presenté como promotor voluntario para el bien de mi comunidad y gracias a la enfermera María Isolina, del Programa de Salud Indígena nos están orientando para ser buenos promotores. Ya recibí varias capacitaciones en diferentes comunidades. Primero en Quemporquishi dos veces, luego en Bajo Chencoreni y la última en Shumahuani. Luego fui practicando y aprendí a curar enfermedades como las infecciones y también enfermedades venéreas.

Por intermedio de nuestros cafetales nosotros mantenemos la compra de las medicinas occidentales. Vendemos el café para reponer el botiquín de la posta. Trabajamos también con los sheripiari y las vaporadoras y damos gracias al Programa que nos viene orientando, con medicinas indígenas como por ejemplo la medicina para la mordedura de culebra, el manqui que en castellano se le llama catahua. Es un árbol al que se le corta para sacarle la resina y poder echar en la parte de la mordida de la culebra, diariamente.



Esther (centro), con precidencia y dirigentes de la OAGP. Foto: Søren Hvalkof, 2000

### Voces III: Dirigentes, Promotores y Pacientes

## Edgar

*Edgar Camaiteri Viriña es del pueblo ashéninka de Gran Pajonal y tiene 27 años. Es promotor de Quirahuanero, anexo la comunidad de Catoteni perteneciente a la organización OAGP.*

### Inspiración y utilidad

Mi comunidad me tomó confianza y me nombraron promotor. Como acá tenemos dos profesionales, ellos nos han venido capacitando desde hace cuatro años para poder curar a los enfermos que hay en las comunidades.

Como ya tengo cinco capacitaciones, tengo un poco más de conocimiento que mis colegas, para poder atender a los pacientes que vienen a la posta. Por otro lado, nosotros como promotores hicimos un acuerdo con la comunidad de que cada comunero aporte 10 kilos de café para poder venderlo y así poder adquirir más medicinas, para que no nos falte y podamos seguir atendiendo a nuestros pacientes. De esta forma damos las gracias al Programa de Salud Indígena por habernos apoyado y darnos ideas de lo que podemos hacer, para poder trabajar con nuestros sheripiaris, vaporadoras y poder trabajar con las dos medicinas, la de los vegetales y la occidental. Si nosotros no podemos curar, por que es alguna brujería, le mandamos al sheripiari o a la vaporadora. Trabajamos con toda la comunidad y con el jefe, pues, ellos me han nombrado para ser promotor. Por eso es que puedo manifestarle: muchas gracias, el Programa ha sido muy útil.

Søren Hvalkof, 1986

Moliendo maíz, Gran Pajonal.



### Voces III: Dirigentes, Promotores y Pacientes

## Rómulo

Rómulo Leiva Rosi es ashéninka, originario de la comunidad de Catoteni, pero reside en el Anexo Quirawanero. Trabaja OAGP como promotor de salud en el Sector I que abarca 13 comunidades de Gran Pajonal.

### Organización y promoción

La organización me designó como promotor luego de haber participado en muchos eventos, en seminarios, en talleres y asambleas. Dialogué con mi familia por que era un trabajo de mucha responsabilidad. Tengo ocho hijos, cuatro están yendo a la primaria en Catoteni y uno al colegio agroindustrial Mañarini. Mi familia aceptó que integre el Programa de Salud Indígena para ganar experiencia. Asistí a un taller de capacitación de los coordinadores y me enteré cuales eran los objetivos y cual era mi función como coordinador de campo, que es lo que debería compartir con las comunidades, por que salud indígena quiere decir integral, que no sólo ve la salud sino también el entorno.

El primer punto para trabajar es ver la organización de la comunidad por que si vamos a una comunidad que no está organizada es ir en vano. Mi primer trabajo fue recorrer a las 27 comunidades con el equipo de trabajo, una coordinadora y una enfermera y el primer punto fue realizar reuniones para ver. Aprendí que lo primero es organizar a la comunidad y luego buscar y revalorar los recursos humanos que son los sheripiaris, las vaporadoras, las medicinas indígenas. Nosotros tenemos que entrevistar a los más ancianos, que son los que tienen más conocimientos. Siempre nos preguntan por que ahora buscamos a los sheripiaris, por que antes se habían olvidado. Nosotros les decimos que tenemos una organización que nos respalda y que eso es una manera de fortalecer a nuestra organización.

Como sector I, tengo 13 comunidades y en ellas 18 sheripiaris. Cada sheripiaris tiene sus alumnos, más o menos 14.

En este último Congreso de la organización han venido los sheripiaris y quiero informarles que hemos rescatado el 95% de nuestra medicina indígena. Tenemos el piripiri, que nosotros llamamos ivenqui y que tiene diferentes usos. El manquivenqui es el priripiri para la mordedura de víbora. El charivenqui es muy útil para las heridas graves y el wañurivenqui se lo lleva como amuleto cuando hay algún enfrentamiento. El pinitsi es la pusanga en castellano que sirve para hipnotizar y hacer callar a la gente. Con esto le tratas de tranquilizar. Hay muchas variedades de piripiris y hierbas y tengo aquí en mi cuaderno un informe de cómo se usan. A veces hay hierbas en una comunidad que otra no la tiene. Esto lo

tratamos de revalorar y compartir con los que no lo conocen, que compartan lo que están haciendo. Esto es un logro del Programa de Salud Indígena. El objetivo es revalorar nuestra cultura, nuestras artes, como son los cantos, las artesanías, como se hacen las flechas, los arcos, los tambores. También el *inquishiwuantsi* e *inquishorentsi* que es una danza para las fiestas. Las mujeres ingresan dando vueltas, siguiendo a los hombres. Es muy bonito y eso también hemos tratado de que no se olviden, de que sigan practicando sus danzas. Yo soy ashéninka pero he crecido fuera de mi cultura, pero eso no significa que me olvide de mi cultura. Siempre estoy presente con mi gente.

Todos los conocimientos que he adquirido los tengo que compartir con mi familia y con mi comunidad.



Colegio secundario, OAGP, Gran Pajonal.

Foto: Cæcilie Mikkelsen, 2002

### Voces III: Dirigentes, Promotores y Pacientes

#### Efraín

*Efraín Inuma Torino, del pueblo shipibo-conibo nació en 1970. Es profesor y alcalde de la Municipalidad Distrital de Tahuania. Fue el primer alcalde indígena del distrito y ha sido elegido por su segundo periodo electoral.*

#### Ser Alcalde Indígena

He sido Secretario de Actas y Archivos de la Organización ORDECONADIT, y desde allí los hermanos me eligieron como candidato para la Municipalidad. Es que las autoridades han menospreciado a algunos dirigentes, diciendo que son incapaces que no tienen que aparecerse, que los mestizos tienen la capacidad. Entonces, gracias a algunos jóvenes estudiantes que han ido saliendo a la ciudad, ellos se dieron cuenta de que era el tiempo para elegir un alcalde indígena. En las elecciones de noviembre del año 95 el pueblo reflexionó y desde 1996 ocupó este lugar con mucha responsabilidad y por eso agradezco a las comunidades nativas, a los hermanos asháninka y a los hermanos shipibo. En respuesta a ellos he trabajado más, he hecho más obras en las comunidades nativas. Claro que ellos han pensado porque una comunidad no podía tener una construcción escolar, o una radio o una antena parabólica como los mestizos. Cuando entré, entregué a algunas comunidades este tipo de artefactos o equipos de comunicación. Gracias al trabajo mancomunado de los regidores, la mayoría asháninka y shipibo, nos acordamos de las comunidades, nos pusimos fuertes pues por eso hemos sido elegidos por las comunidades y por eso venimos haciendo un arduo trabajo.

Para la segunda elección, tuvimos un congreso en la comunidad de Betijay, donde después de muchas críticas constructivas y destructivas de nuevo fui elegido como candidato a la Alcaldía, juntamente con el Sr. Andrés Encinas López, que representa a la comunidad asháninka. No fue fácil entrar a una Municipalidad y seguir trabajando como uno pensaba. Hemos tenido golpes tan fuertes como dice Cesar Vallejo en uno de sus poemas, golpes en la vida que de repente alguna vez han pensado destruirnos, sacarnos de ésta Municipalidad, y comentar que los nativos somos incapaces. Pero con nuestra poca experiencia nos hemos tenido que defender y junto con el hermano Andrés, representar a las comunidades nativas. Ahora los mestizos se lamentan. Más adelante, otros tendrán la oportunidad para que los indígenas sigan gobernando y gracias que desde 1995, ORDECONADIT y OIRA han tenido una idea conjunta que nos llevó a este triunfo.

Quiero agradecer a la financiera por el Programa de Salud, a las

organizaciones OIRA y ORDECONADIT que apoyaron el proyecto y a todas las personas que colaboraron con la comunidad indígena. Puedo decirles que muchos de mis pacientes se han salvado gracias a este Programa. Que los promotores de las diferentes comunidades y las enfermeras se han preocupado siempre por las comunidades indígenas. Yo sugiero que este programa no se termine y les sugiero que nos apoyen un par de años más, hasta que se consolide el trabajo. Hasta ahora el Estado nunca ha dado la atención debida a los pacientes que vienen de las comunidades. Pero muchas personas han sido atendidas a través del Proyecto de Salud Indígena.



*Efraín y su vice-alcalde.*

*Foto: Søren Hvalkof, 2000*

## Moisés

*Moisés Ramos Maynas del pueblo conibo, nació en la comunidad de Betijay. Tiene 25 años. En 1998 fue elegido secretario de actas y archivos de la organización ORDECONADIT. Luego se desempeñó como coordinador del Programa de Salud para el sector shipibo-conibo. Ver foto p. 274.*

### Trabajando con las comunidades

El 10 de agosto de 1998 vino el Dr. Jim junto al hermano Juan Reátequi, que es licenciado en enfermería, el Dr. Luis Torres. Ese día el pueblo shipibo-conibo eligió al hermano Ezequiel como presidente de la organización y a mi me nombraron para coordinar del Programa de Salud. En el mes de octubre, salí a recorrer las tres comunidades. Primero he visto los trabajos que ha dejado la primer fase del proyecto y su continuación. En el primer recorrido hicimos reuniones con la comunidad, coordinamos con el jefe de la comunidad y luego convocamos a una asamblea para explicar por que estamos visitándolos. En todas las comunidades hemos visto los recursos humanos que tienen, que son los onanyas, parteras y vaporadoras. A las parteras les decimos vaque byabo en shipibo y las vaporadoras, quamis. Con ellos se hizo un reconocimiento. Durante mi primer recorrido, ellos también me han reconocido como dirigente y como coordinador. Ambos nos fuimos conociendo y hemos trabajado con 25 onanyas, 4 alumnos, 5 hueseros, 18 parteras y 19 vaporadoras.

La comunidad nos apoya bastante y cuando convocamos a una asamblea, se reúne todo el pueblo. Informamos como construir huertos familiares, donde sembramos los vegetales, los que existen alrededor de nuestras casas y los que están en los montes altos y en los montes bajos. Entonces trabajamos mayormente con los onanyas, por que ellas conocen bien los vegetales. Sembramos las plantas que ellos conocen y también los piripiris. Las autoridades también nos han ayudado mucho y les agradezco, como por la reposición de medicamentos.

Primero los comuneros estaban confundidos y decían que la financiera les había donado las medicinas y muchos decían que el promotor no les quería atender. Pero les decíamos que la medicina no era regalada sino que era dotada. Y ellos no entendían lo que quería decir dotada. Con ese poco que nos dan, nosotros mismos tenemos que trabajar en por ejemplo las chacras comunales, la extracción de madera y algunas comunidades han hecho así venta de algunos productos y están reponiendo los medicamentos y entonces así se dan cuenta. Los promotores ya están capacitados y tienen medicamentos. Yo recuerdo que antes las comunidades no tenían

medicamentos pero ahora sí se ve en todas las comunidades. No tienen en cantidad, pero tienen y lo importante es que tienen lo básico y que también tienen sus huertos familiares, con plantas medicinales. Hace poco tuvimos el encuentro con shamanes y hemos conversado con ellos, que es lo que piensan cuando termine el proyecto. Ellos piensan que los conocimientos que tienen, nunca nadie se los va a quitar, ellos van a seguir trabajando igual, como lo hacían antes, o sea el de formar alumnos, enseñar a las personas interesadas, ese es su trabajo. Lo mismo las parteras, las vaporadoras, pues ellos no necesitan capacitación por que ellas han aprendido de sus antepasados.

Todos hemos trabajado, los comuneros, las parteras, las vaporadoras, los mismos onanyas, como también los sheripiaris.

### Cultura y organización

Agradezco estar recibiendo esta experiencia, ahora con 25 años y dos años de dirigente. Cuando llego a las comunidades les digo que debemos revalorar nuestras plantas medicinales, las que han utilizado nuestros antepasados. Pero ¿que pasa ahora que a los pueblos indígenas les interesa más lo occidental que lo tradicional? Con la orientación que le vamos dando se van dando cuenta lo que es la parte cultural. Antes no se escuchaba la música que se escucha ahora. Antes, nuestros abuelos bailaban con bombo, pero ahora en las grandes fiestas todo es con música. Ellos deben darse cuenta que debemos valorar nuestra cultura, nuestra artesanía como la cerámica y el tejido.

En algunas comunidades tuvimos problemas ya que entraban patrones sin consultar, sin hacer convenios. Tuvimos que solucionar un problema en la comunidad de San Fernando de Vainilla. Allí un señor se había casado con una indígena asháninka que vivía allí y el señor quería manejar todo el pueblo, haciendo divisionismo, haciendo pelear a los shipibos con los asháninka. Entonces coordinamos con el presidente y el equipo e hicimos una asamblea, para que ya no siga orientando mal, para que no haya revanchismo entre hermanos y ese problema lo pudimos solucionar.

## Manuel

*Manuel Sangama Flores tiene 25 años y es natural de la comunidad ashéninka de Nuevo Paraíso, es coordinador y promotor de las 21 comunidades asháninka y ashéninka miembros de la Organización Indígena Regional del Distrito de Tahuantía, ORDECONADIT.*

### Legitimando a los sheripiari

Al principio yo no sabía nada de los objetivos del proyecto, sólo trabajamos en el rescate de los recursos humanos, de los sheripiaris, vaporadoras y parteras. Antes los sheripiaris no estaban reconocidos. Ellos vivían escondidos en el monte, eran perseguidos, torturados y matados. La gente les decía sataná, brujos. Pero cuando ingresamos al Programa de Salud Indígena hemos rescatado a los sheripiari y fortalecido a nuestras parteras y vaporadoras. Hemos ido por las comunidades preguntando, pero nos decían que los sheripiaris vivían lejos de la comunidad, que les tenían miedo que les agarren, que les azoten o maten. Por eso vivían escondidos. Solamente cuando se enfermaban sus niños iban a buscar al sheripiari a la comunidad. Y cuando se sanaban los niños la gente les pagaba regalándole una canoa, un cushma y otras cosas.

Cuando entré en la segunda etapa del Programa ahí toda la gente, todos los sheripiaris estaban contentos por que ya se les reconocía. Nosotros les decíamos que ya están reconocidos en la organización, que ya no están perseguidos, que van a trabajar tranquilos, van a curar y enseñar a los demás.

Ellos solamente curaban a sus hijos, a sus nietos, a su familia. Pero ahora ya curan en su comunidad. En la comunidad de Toniromashi están llenos de enfermos y allí está el sheripiari Alberto y Mario Díaz que es sheripiari y promotor. Están trabajando muy bien, curando a los pacientes. Acá en Puerto Alegre tenemos también a nuestro sheripiari que está trabajando muy bien. Está contento que le hemos entregado su material y agradece al Programa y a AIDSESEP. La organización los respalda y ahora se sienten muy tranquilos, muy contentos en la comunidad donde trabajan. Los sheripiaris dicen que van a seguir trabajando y enseñando a sus hijos, nietos y hasta su señora. O sea que ellos no quieren perder su conocimiento para que en el futuro sus hijos sigan enseñando y curando en la comunidad.

Ya van a ser cuatro años que trabajo para ORDECONADIT. Tenemos nuestra experta, vaporadora y partera. Ellas nos enseñaron a usar el oje y yo estoy practicando un poco con las plantas medicinales. Conozco

muchas para curar, como para la picadura de víboras, de alacrán, de araña y otros insectos que se pueden encontrar en la selva. Siempre estoy practicando y he salvado algunos pacientes. Tenemos un ivenqui piripiri que es muy eficaz para la picadura de víbora. Esos conocimientos los hemos recogido de nuestros sheripiaris, de nuestras vaporadoras y de nuestras parteras.

Tengo escrito todas las plantas medicinales en un listado, su dosificación, su tratamiento, su dieta. Cuando nos pica la víbora siempre tienes que tener una dieta, comer pescado a nuestro estilo. Tengo muchas plantas medicinales para ser cazador y otras cosas más.

## Carlos

*Carlos Vasquez Vasquez es del pueblo asháninka, tiene 34 años y ha sido presidente de OIRA y responsable coordinador por el PSI en varios periodos.*

### Dirigentes al campo

En este programa los promotores saben muy bien cual es su trabajo así como nosotros, como comunidad, sabemos cual es el nuestro. Nosotros estamos trabajando bajo convenio con las enfermeras del Centro de Salud y en coordinación con los promotores de salud.

Todos quieren que continúe el proyecto. Los promotores han dicho que van a continuar con el trabajo en sus comunidades, pues el pueblo les ha confiado. Por eso los han nombrado promotores.

Quiero agradecer a Nordeco por estar apoyando este proyecto a OIRA a través de AIDSESEP. OIRA debe continuar, tiene que seguir operando el trabajo que se ha programado junto al director del programa, Juan Reategui.

Es importante que el Director del Programa y mi persona estemos en las comunidades, que los problemas de las comunidades no los tratemos en las oficinas. Es importante que estemos aquí, para que se nos escuche, para que se conozca cuales son las metas del proyecto. Queremos también aquí en las comunidades a los dirigentes de AIDSESEP pues como he dicho, los problemas no se tratan en la oficina.

Nosotros queremos que se capaciten a indígenas como promotores de salud pues otros vienen aquí y no se acostumbran. Los indígenas capacitados de nuestro pueblo tienen que trabajar con las comunidades. Este es el pedido de toda la institución.

## Javier

*Javier Prado Pishica, 38 años, ha sido uno de los fundadores de su comunidad asháninka Tzinquiato o Nuevo San Francisco, de la que también fue jefe. Durante 11 años ha trabajado como promotor voluntario de diferentes programas de salud. Ahora trabaja como promotor con OIRA en la zona de Atalaya.*

### Experiencias con diferentes programas de salud

Me han capacitado y he aprendido como manejar y administrar la medicina. Y eso es lo que a mi me gusta, atender al paciente y además utilizar la medicina tradicional como ahora. Esto lo ha hecho nuestra organización OIRA, para que no olvidemos nuestra medicina tradicional. Me gusta bastante esta capacitación y esta práctica. Yo no he estudiado mucho pero estoy capacitándome más y gracias a OIRA, que nos dan orientación.

Ahorita tenemos una posta o Centro de Salud aquí en la comunidad y también tenemos un poco de medicina. Con lo que tenemos de fondos, también estamos comprando medicina.

Yo tengo mi señora y mis hijos que también están entrando a la escuela. Ahora soy voluntario pero tengo que salir a trabajar para mantener a mis hijos.

Aquí tenemos tres promotores y necesitamos más capacitación. No sé como vamos a hacer ahora que se acorta del proyecto de salud.

Yo tengo 11 años de experiencia de servicio. He trabajado en la Institución [Save the] Children y ADAR, desde 1988 y allí me he capacitado y por eso quiero apoyar a mi comunidad. Tengo experiencia pero el segundo promotor me está orientando, enseñándome y como le digo, necesitamos más capacitación.

## Misael

*Misael García López tiene 18 años y es promotor de la comunidad ashéninka de Boca Cocani en el alto Ucayali, capacitado por el Programa a través de OIRA.*

### Un joven promotor

A mí se me capacitó como promotor en el 95 y acá en la comunidad trabajamos mucho atendiendo a los enfermos. Atendemos a pacientes con todo tipo de enfermedades y partos. A veces la enfermera se va de la comunidad y nosotros quedamos aquí como responsables.

Administramos todo tipo de medicinas, para tuberculosis, malaria, neumonía y para fiebre. Para reponer las medicinas nosotros hacemos charcas comunales y el año pasado hemos hecho un encuentro deportivo para ahorrar un poco.

En la comunidad somos tres promotores y como ya se va a acabar el programa, queremos más capacitación, para el bien de la comunidad.

## Orlando

*Orlando Díaz Kinini tiene 29 años, es promotor de salud y jefe de la comunidad ashéninka de Tzinquiato, situada en el sector Urubamba, perteneciendo a la organización indígena regional OIRA de Atalaya.*

### El inicio del Programa

El programa se inició aquí pues no teníamos medicinas para curar a nuestros enfermos y teníamos que pedir ayuda a nuestra organización. A ellos les hemos pedido ayuda durante muchos años y el propio presidente ha venido varias veces aquí a ver a los pacientes y veía que no había con que curarle. De a poco la organización nos fue dando ayuda y se fue desarrollando el Programa de Salud.

Nosotros siempre hemos pedido el desarrollo de la medicina tradicional indígena. La medicina de nuestra selva la podemos volver a desarrollar, como nuestros antepasados y no dejarla abandonada. Queremos usarla como nuestros padres ashéninka y queremos desarrollarla nuevamente. Nosotros aquí conocemos las plantas medicinales, como los calmantes, pero no todos las conocen. Hay que acudir a la persona que conozca a un sheripiari. Nosotros apoyamos, aquí con los sheripiaris, con las vaporadoras, con plantas medicinales diferentes...

### El cólera

Aquí nos llegó el cólera y tuvimos como diez enfermos, pero justo llegó el Programa, con la enfermera Otilia, que vino aquí a la comunidad. Cuando no teníamos suero nos enseñó a utilizar un vegetal de nuestra región, que con agua tibia, una cucharadita de sal y azúcar. También el agua de coco es medicina y eso nos ayudó mucho. Ni un muerto tuvimos.

La gente aquí de Tzinquiato está contenta con el Programa de Salud. Estamos contentos con lo poco que nos enseñan y queremos dar las gracias. Pero queremos también que el Programa se desarrolle, que no se quede ahí nomás. Podemos conocer muchas más de las plantas que hay en la selva.

## Mercedes

*La Sra. Mercedes es ashéninka. La hemos encontrado en Boca Sapani en el Ucayali, donde nos contó su experiencia con la campaña quirúrgica.*

### La hénria

Te cuento como ha comenzado mi dolor. Yo cargaba poroto y me caí de un puente, por eso me empezó la hernia y cuando estaba peor me vino el dolor de cabeza. Yo no le decía a nadie lo de la hernia, lo tenía escondido, pero cuando me sentí peor le avisé a la enfermera Juana y de ahí vino a verme el Dr. Torres. Me dijo que vendría una campaña quirúrgica en Atalaya y ahí me podían operar. Cuando los doctores vinieron de Pucallpa, me trajeron para que me revisen y me dijeron que tenía hernia y me operaron. Me preguntaron como me sentía y les dije que tenía dolor de cabeza, que me sentía mareado y sólo quería estar echado. Pero ahora estoy bien. Me han atendido de OIRA, donde está mi sobrino Carlos, la enfermera Juana, los doctores, todos me ayudaban, me daban pastillas y cada dolor que sentía le avisaba a la enfermera Juana que me atendía. También me dieron de comer bien.

Ahora me siento mucho mejor y ya no me duele. Puedo trabajar y cargar un poco de yuca pero no mucho para que no se repita la enfermedad.

## Antonio

*Antonio Zapata Campos es del pueblo yine, tiene 42 años y es comunero de la comunidad de Santa Clara, en la zona del bajo Urubamba.*

### El quiste renal

Yo tenía la enfermedad llamada quiste renal y he sufrido cinco años y ya estaba llevando seis años consecutivos en este 2000. Gracias a OIRA, que vinieron aquí a las comunidades y gracias a la enfermera Beatriz. Yo le conversé personalmente que tenía esta enfermedad, que ya me estaba atacando demasiado y ya no podía respirar, me cerraba la boca del estómago y gracias al apoyo de la organización OIRA, que ha tenido la gentileza de apoyar a las comunidades y al Dr. Torres que también vino y vio mi enfermedad. El me inscribió para ser operado en Pucallpa. Llegó el momento y el 18 de abril me llevaron a Atalaya donde estuve dos días. El 24 viajamos a Pucallpa y el 25 fuimos al hospital con el Dr. Torres para analizar mi enfermedad y me dijeron que era quiste renal. Me analizaron todo el cuerpo y me dijeron para recoger mis resultados el 2 de mayo. Cuando regresé me hicieron quedarme para hospitalizarme, para una dieta de 8 días. El 10 de mayo entramos a la sala de operaciones y me sacaron un tumor grande, que pesaba 1 kilo, 700 gramos. Y el doctor me dijo que también me habían sacado el riñón derecho. Ahora estoy sólo con el riñón izquierdo y el doctor me recomendó para cuidarme, no esforzar mi cuerpo y dietar un año. Después, poco a poco, cargar unos pesitos lentamente hasta que me acostumbre. He salido bien de la operación y más me preocupaba por mis hijos menores que estaban aquí solos, pero de todas maneras he llegado tranquilo a mi casa, no siento ningún dolor. Ahora estoy normal y no siento ningún dolor. Eso es todo lo que puedo decir de mi enfermedad. Muchas gracias.

## 7. Expectativas

### El futuro del programa de salud indígena

*Juan Reátegui, director del PSI-AIDSESP*

#### El escenario actual

Durante sus ocho años de duración, el Programa de Salud Indígena (PSI) ha logrado rescatar de la casi marginalidad a un conjunto de hombres y mujeres que han sabido mantener las tradiciones de salud de sus pueblos. Estos sabios de las comunidades: sheripiaris, onanyas, vaporadoras, parteras, fueron estigmatizados por la cultura occidental, en particular por las iglesias, tildándolos de "brujos" y descargando sobre ellos actitudes de rechazo y marginación. El PSI, con el apoyo de las comunidades, y de sus organizaciones ha puesto a estos especialistas en primer plano en el marco del proyecto y se ha logrado una revaloración abierta de su misión.

De igual manera, el PSI ha logrado que las poblaciones indígenas, que siempre acudieron a sus especialistas, a pesar de las presiones religiosas y sociales, acudan a ellos sin ningún resquemor y renueven sus conocimientos generales y valores de su cultura; y en los mismos, los conocimientos de plantas curativas y plantas maestras que sus ancestros mantuvieron durante muchas generaciones.

El conocimiento del pinitzi, ivenki (piripiris), de las técnicas de caza, pesca y recolección, de cada comunidad y de cada familia, ha comenzado a ser revalorado, porque los promotores del PSI no solamente han sido dirigentes indígenas, sino, además, profesionales de la salud y especialistas reconocidos por las organizaciones y sus comunidades.

Se ha comenzado a realizar reuniones entre especialistas indígenas, y entre éstos con su organización y los promotores de salud de conocimientos occidentales, generándose un clima de confianza y de coexistencia armoniosa, ajena al conflicto. Todo esto ha sido posible por el auspicio y promoción del PSI. Los sabios, sheripiaris y otros, han reiniciado su labor de transmisores de la cultura de su pueblo, a través de la enseñanza de las dietas, las técnicas agrícolas y cazadoras, así como la preparación, uso y manejo de plantas medicinales. Están desarrollando en los más jóvenes y adultos, el rescate del conocimiento perdido durante los años de colonización - tanto interna como externa.

El personal profesional de enfermería del PSI ha capacitado a los Promotores de Salud occidental, otorgándoles no solamente información sino también algunos recursos fundamentales para facilitar su trabajo.

Estos promotores calificados gestionan un botiquín comunal, provisto por diferentes fuentes, siendo una de las más relevantes la propia fuente de la comunidad.

Se ha logrado un compromiso de las comunidades, a través de sus propios mecanismos y sistemas de toma de decisiones, para el aprovisionamiento de los botiquines comunales mediante la cooperación de todos los miembros de la comunidad.

En algunos casos se realizan actividades económicas ad hoc; en otras se acuerda hacer una "chacra comunal" para el botiquín; en otras, se acuerda aportar con parte de la cosecha, en productos, encuentros deportivos, cuya recaudación y cuya venta será invertida en el aprovisionamiento del botiquín.

Todas estas formas cooperativas y autónomas, demuestran la importancia que le ha dado la comunidad al sistema y lo ha hecho suyo. Del mismo modo, este autosostenimiento del botiquín asegura su sostenibilidad en el tiempo.

Se ha generado un subsistema de atención quirúrgica para los casos que lo requieran los pobladores de las comunidades. Este subsistema funciona mediante una coordinación y una cooperación entre el Programa y el Ministerio de Salud del Estado.

Se ha incorporado a los dirigentes de base e intermedios de las comunidades indígenas al sistema de atención, quienes han comprometido sus esfuerzos para que el sistema que se ha echado a andar no se detenga.

En resumen, el sistema de salud indígena en la zona de los ríos Tambo, Urubamba y Alto Ucayali y Gran Pajonal espacio geográfico de localización del PSI, está funcionando bajo la conducción de los dirigentes locales y comunales y de las federaciones regionales de los pueblos indígenas.

#### Proyecto de continuación

Las comunidades indígenas de la Amazonía tienen la fuerza y la convicción para mantener su sistema de salud. Sin embargo, los dirigentes de AIDSESP consideramos que bajo las condiciones en las que se encuentran las poblaciones indígenas y la pobreza de los servicios del Estado, este mantenimiento va a resultar muy lento y costoso para los pueblos indígenas.

Por lo tanto, nosotros estamos trabajando para generar propuestas de apoyo reales para los Promotores de Salud de las comunidades y para los especialistas de la medicina indígena que se desempeñan en las comunidades alejadas y centros poblados de los pueblos amazónicos que han sido parte del proyecto.

Por otro lado, el éxito del Programa nos tiene que llevar a pensar en la mejor manera de generalizarlo. Es decir, necesitamos diseñar una estrategia para que el sistema de salud de las cuencas altas del Ucayali y bajas del Tambo, Urubamba y Gran Pajonal, se replique en otras zonas donde

los problemas de salud tienen las mismas características; es decir, el abandono de la medicina indígena debido a la presión ideológica y cultural, y la inexistencia de la medicina occidental por la pobreza de la población y la negligencia del Estado.

Para estas dos grandes tareas, se hace urgente movilizar recursos humanos, económicos y financieros, a fin de realizar las siguientes tareas inmediatas:

- a) Mantener un sistema de seguimiento dinámico del sistema de Salud desarrollado por el Proyecto, que significa diseñar y comprometer un financiamiento especial de un proyecto que realice el seguimiento y retroalimentación, para que no se pierda el trabajo realizado y se avance en la autogestión, por parte de las propias comunidades y sus dirigentes; y,
- b) Crear, al más corto plazo, un mecanismo de apoyo logístico y técnico profesional del Sistema en marcha y la implementación de nuevos Proyectos en las zonas indígenas de mayor prioridad, como parte de una estrategia global de políticas de salud indígena de AIDSESP.

Uno de esos mecanismos es el proyecto del Instituto de Salud Intercultural Amazónico (INSIA), como ente formador de los recursos humanos que requiere el sistema de salud y como centro de investigación, registro y proyección de los conocimientos y tecnologías indígenas en salud.

Estas dos tareas prioritarias requieren un soporte técnico y profesional que sólo será posible si logramos obtener un financiamiento de la cooperación internacional. Asimismo comprometiéndolo al estado con su cooperación para el cual se ha iniciado con un convenio de cooperación interinstitucional con el Instituto de desarrollo de recursos humanos (IDREH) del MINSA que viene apoyando en la gestión para lograr el financiamiento ante el PAR Salud del MINSA.

En resumen se propone desarrollar alternativas de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía, implementando un modelo de atención adecuado a las características de la diversidad cultural de los pueblos indígenas, mediante estrategias de formación de técnicos indígenas en salud intercultural y la capacitación del personal de salud del MINSA con enfoque intercultural.

### Visiones y perspectivas

Dado que somos una institución representativa de los pueblos indígenas de la Amazonía, tenemos la enorme tarea de conducirlos hacia su destino histórico, que no es otro que el de la autonomía, la autodeterminación y el desarrollo humano y sostenible de sus próximas generaciones. Sabemos, como nuestros hermanos de otros pueblos y nuestros antepasados, que antes de marchar hay que saber a dónde vamos; que no es posible guiarnos en una ruta si no sabemos nuestro destino. Por ello, nosotros pensamos en cohesionar las utopías de nuestros pueblos en una utopía común.



Coordinador y motorista Luis Cushmariano e hijas.

Foto: Søren Hvalkof, 2000

Pero no en el sentido peyorativo del término "utopía" como algo absurdo, de ensueño, sino en el sentido que le dan nuestros hermanos de los pueblos amazónicos de Colombia que dicen:

"La utopía está en el horizonte; avanzas dos pasos hacia ella y ella se aleja dos pasos; caminas diez pasos hacia ella y ella se aleja diez pasos más. Entonces, ¿para qué sirve la utopía?: para eso, para caminar".

Queremos caminar, queremos avanzar; pero sólo podremos hacerlo si nos fijamos un horizonte utópico que refleje nuestras más íntimas aspiraciones como pueblos amazónicos en el momento histórico que le tocó vivir a nuestra generación. Nuestra utopía, que se presenta en forma de una visión de futuro, es, que en los próximos veinte años, los pueblos amazónicos hayamos logrado el pleno desarrollo humano, con autonomía, ejerciendo nuestra libre determinación y habiendo forjado un Estado Nacional peruano verdaderamente multicultural y plurilingüe, en un mundo de paz y concordia con la naturaleza y con todos los hombres y mujeres del mundo.

Así expresada, nuestra visión de futuro, que sería el objetivo final de todos los pueblos amazónicos y sus organizaciones, las tareas inmediatas y mediatas podrían agruparse en los siguientes planteamientos:

### Planes a corto plazo

Nuestros planes a corto plazo están engarzados a los de mediano y largo plazo. Sin embargo, podríamos agrupar en estos plazos inmediatos a los proyectos que de no desarrollarse en el año presente y en el próximo, pondrían en riesgo los de plazo mediato.

A nivel general, estamos preocupados por la ausencia de políticas concretas de implementación del Art. 8 j del Convenio sobre la Diversidad Biológica.

Nos han llegado los informes de la 5ª Reunión de la Conferencia de las Partes sobre el Convenio, realizada en Nairobi, en mayo de 2000, donde los pueblos indígenas siguen manifestando sus preocupaciones por el no-reconocimiento de "nuestros territorios"; por la ausencia de control de la bioprospección en los territorios indígenas del mundo; y, por la ausencia de normas claras sobre el reconocimiento de la propiedad intelectual de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas, incluyendo la repatriación de aquellos recursos mantenidos ex situ.

Todo ello se mantiene vigente, a pesar que en las reuniones las autoridades de los Estados se muestran altamente preocupadas por la degradación de nuestro planeta; por los desastres ecológicos irreversibles y por el saqueo de los recursos genéticos desarrollados y conservados por nuestros pueblos.

Estamos preocupados igualmente por hacer un inventario detallado de nuestros recursos, entre ellos el conocimiento producido por nuestros pueblos a través de miles de años.

Los antropólogos y biólogos moleculares occidentales no pueden realizar este inventario, porque ellos tienen deformada su visión por la especialización. Queremos hacer nuestro inventario de recursos que incluya las tecnologías indígenas, que a diferencia de las tecnologías occidentales, están impregnadas de nuestra cosmovisión, de nuestros valores y de nuestra fe.

Este inventario debe estar listo antes que las leyes que deben aprobar los Estados signatarios del Convenio nos digan cuáles son nuestros conocimientos y cuáles no. Cuáles son los conocimientos disponibles para los empresarios y cuáles deben ser negociados con los pueblos indígenas.

Estamos preocupados por constituir un soporte inmediato para el Sistema de Salud Indígena generado por el PSI. Hemos formado nuestro Instituto de Salud Intercultural Amazónico (INSIA), que tendrá a su cargo la formación de Técnicos en Salud Intercultural para mejorar el sistema de salud indígena creado y los que deberán crearse en los próximos años en las otras áreas de la Amazonía.

La creación del Instituto de Salud Intercultural Amazónico (INSIA) no sólo tendrá la tarea de formar los recursos humanos en salud que requiere el sistema, sino que tendrá la gran tarea de investigar nuestros recursos naturales y de nuestros conocimientos colectivos relacionados con la medicina indígena y vinculados a la biodiversidad.

### Planes a mediano y largo plazo

Si bien es cierto que todo es urgente para los pueblos indígenas, hay proyectos que sólo podrán dar sus frutos en el mediano y largo plazo. Es el caso de la educación de nuestros hijos, la construcción de un espacio de diálogo con los otros pueblos de los Estados donde están nuestros territorios, la igualdad de derechos, la calidad de vida de los pueblos indígenas, la autonomía y la libre determinación.

La educación de nuestros hijos debe ser en la lengua materna de cada niño. A pesar de los estudios científicos que demuestran que el desarrollo de las capacidades básicas de los niños debe realizarse en la lengua materna, las escuelas de las comunidades amazónicas se ven imposibilitadas de hacerlo porque el Estado es incompetente para realizar una verdadera educación intercultural bilingüe, como se lee en las directivas del Ministerio de Educación.

El Ministerio contrata profesores mestizos que hablan solamente el español; no se producen textos escolares en lenguas indígenas; no existen programas radiales educativos en nuestras lenguas. En otras palabras, se sigue desarrollando una política educativa de aculturación, de imposición de la cultura occidental a las nuevas generaciones de los pueblos amazónicos, acompañada por nuevos discursos.

Quisiéramos tener la fuerza y los recursos necesarios para hacer verdaderas escuelas interculturales bilingües, donde se eduque a nuestros hijos a partir de un uso diestro y consistente de nuestra lengua, en cuyo vocabulario están contenidos todos los valores y los conocimientos de nuestros antepasados, y cuya supervivencia asegurará nuestra identidad como pueblos. Quisiéramos tener los recursos necesarios para poder poner en las escuelas de las comunidades a un anciano de nuestro pueblo junto al maestro bilingüe, para que la oralidad de nuestra cultura no se pierda por la intrusión de la escritura occidental. Quisiéramos tener un Fondo Editorial para editar todos los libros que requieran las escuelas de los pueblos amazónicos en sus propias lenguas; y las grabaciones y videos que podamos hacer con los ancianos más sabios de los pueblos.

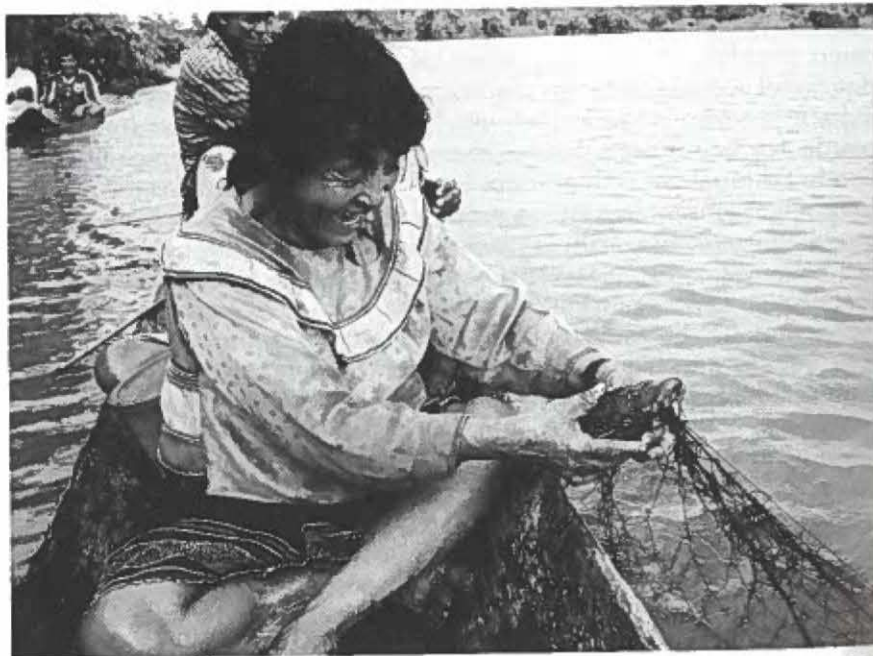
A nuestras escuelas van los docentes menos calificados. Algunos maestros consideran un castigo laboral la asignación a una escuela rural amazónica. Las horas de trabajo escolar perdidas son mayores que las de las ciudades, aún cuando éstas son las escuelas que más clases pierden en América del Sur. Los textos están adecuados a la urbe y a la cultura occidental. Los niños de los pueblos indígenas tienen que aprender en su texto de "ciudadanía" a cruzar la calle cuando el semáforo está en luz verde. Por todo eso, nosotros estamos preocupados y quisiéramos tener las fuerzas y los recursos para un cambio.

Los pueblos amazónicos somos "exóticos" en nuestro territorio. Miles de ciudadanos de otros pueblos que comparten con nosotros la ciudadanía del Perú, nos observan como seres exóticos y dignos de ser visitados en un "tour" vacacional. Otros nos consideran como objetos de uso para la extracción de maderas; al extremo de habernos esclavizado en

muchas regiones, hasta hace menos de diez años. Nuestras hijas son llevadas a las ciudades para realizar los trabajos más duros y para las actividades más viles. Los dirigentes de los pueblos tienen que librar intensas luchas para que los municipios controlen el "trabajo" de las niñas en cantinas y lupanares.

Nosotros trabajamos y trabajaremos para que nuestros compatriotas nos reconozcan como iguales ante la ley; como sujetos de diferente cultura pero de iguales derechos. Nosotros estaremos siempre dispuestos al diálogo intercultural y empático con los otros pueblos de la costa y de la sierra del Perú.

En el mediano y largo plazo aspiramos a ser ciudadanos de la misma clase que los demás peruanos; enriquecidos por nuestras diferencias culturales y lingüísticas. Aspiramos a que nuestra identidad como pueblos amazónicos no sea considerada una desventaja o una carga para el Estado y la sociedad peruana, sino una ventaja importante y un apoyo para que todos los peruanos salgamos del círculo vicioso de la pobreza y la ignorancia.



Sra. Rosa pescando 'carachama'.

Foto: Cæcilie Mikkelsen 2000



Diseño yine

## 7. Expectativas

# Hacia una formación de técnicos en sistemas de salud indígena

Juan Reátegui Silva, director PSI-AIDSESP

### Un banco de oro sentado sobre un sistema de salud indígena<sup>1</sup>

Se estima que unas 7.000 preparaciones médicas utilizadas en occidente provienen de plantas dadas a conocer por la farmacopea indígena. Un 80 por ciento de la población del mundo depende para su salud de conocimientos y productos derivados de sistemas de salud indígena. A esto se le deben añadir incontables organismos bacterianos y hongos encontrados en suelos indígenas que son empleados para diversos tratamientos, desde anti-depresivos hasta testosterona, antibióticos y antimicóticos, entre otros. La industria farmacéutica deriva de este plasma germinal tradicional alrededor de 32.000 millones de dólares al año. Otro dos tercios de la población subsiste en base a los conocimientos que los pueblos indígenas han proporcionado sobre sus ecosistemas, animales, insectos, microbios y sistemas de cultivo. Sólo en los Estados Unidos los alimentos empleados como medicamentos, el llamado sector nutriceúutico, representa otros 27.000 millones de comercio adicional.

Sin embargo, nuestro sistema de salud nacional no es capaz aún de construir en base a sus propias riquezas. El Perú no reconoce en sus programas de salud los múltiples aportes posibles provenientes de los sistemas de salud indígena de los bosques tropicales amazónicos, otrora reconocidos mundialmente como los principales repositorios de conocimiento farmacopeico.

Esta realidad se examina a continuación, con el objetivo de aislar un conjunto de procesos y lineamientos generales que podrían incorporarse en una formación de técnicos de salud indígena en la amazonía peruana, a fin de ir revirtiendo de forma efectiva los problemas centrales de salud presentes en la región, en base a las propias potencialidades que ofrecen los sistemas de salud de sus pueblos indígenas.

A la biotecnología de los pueblos indígenas que se descarta al interior de los programas nacionales de salud se suma la indiferencia frente a la biodiversidad que forma su contraparte necesaria. Esta es, así, desestimada a su vez en los programas de salud sancionados por el Estado.

Los ecosistemas amazónicos se van, por tanto, resquebrajando, impactando fuertemente sobre los sistemas de salud en al menos tres cam-

pos centrales, sin que se se tome en cuenta este proceso clave para los programas de salud oficiales.

Primero, en la medida en que dichos resquebrajamientos, en sí, están asociados al desarrollo de males de importancia creciente, como son el virus ebola, el HIV o sida, dengue, hanta virus, malaria (vivax y falsiparum), la leishmaniasis o uta, el incremento en EDAs e IRAs, entre otras. Ello se atribuye a los delicados y complejos intercambios o balances establecidos dentro de los ecosistemas tropicales entre parásitos, huéspedes, predadores y presas en el desarrollo de diversos tipos de infección. La destrucción del bosque e interposición del hombre en los ciclos de intercambios existentes en tales ecosistemas lleva a la proliferación de las enfermedades mencionadas.

En segundo lugar, con la destrucción del ecosistema a la base de la biotecnología de los pueblos indígenas, se pierde la posibilidad de seguir buscando y obteniendo, medicamentos nuevos que podrían ser útiles en la lucha contra la leucemia, el cáncer, la osteoporosis, presión sanguínea y diabetes, entre otros. En los Estados Unidos, por ejemplo, nueve de cada diez de los medicamentos de mayor venta provienen de una fuente natural. Tan sólo uno de diez se elabora de una fuente sintética.

Sin embargo, menos del treinta por ciento de las especies de plantas conocidas han sido analizadas respecto a sus posibles valores medicinales. Se estima que un diez por ciento de estas especies, incluyendo alrededor de 1.400 especies de la selva, podrían tener componentes con ingredientes activos contra el cáncer.

En tercer lugar, la pérdida del carbono del ecosistema amazónico afecta profundamente los ciclos de agua, cambios climáticos y la capa de ozono, todos los cuales impactan a su vez dramáticamente sobre la salud humana, mediante la producción de sequías, inundaciones, el calentamiento de la tierra y otras modificaciones climáticas del globo, incrementando las posibilidades de contraer diversos tipos de cáncer, entre otros.

Los bosques tropicales íntegros conservan un promedio de 500 a 600 toneladas de carbono por hectárea. En contraste, una hectárea de pastizal no conserva más de alrededor de 5 toneladas de carbono por hectárea. La actividad agrícola tampoco retiene más de unas 25 toneladas de carbono por hectárea. La diferencia en la cantidad de carbono retenida por un bosque completo y un pastizal o campo agrícola, entonces, es inmensa y transforma directamente la densidad y distribución de insectos, bacterias, virus, parásitos, roedores e invertebrados diversos. Estos últimos se caracterizan, precisamente, por su mayor capacidad mutante frente a los vertebrados y mamíferos, incluido el hombre, de inferior capacidad adaptativa.

### Cultura, ciencia y economía en el Sistema de Salud Indígena

Los conceptos de salud indígena amazónica subrayan, precisamente, el equilibrio dinámico que un ser humano debe establecer con su entorno natural y humano en el marco de las múltiples interrelaciones que desarrolla, así como la capacidad para "entender" el lenguaje con el que este

entorno a su vez "le habla" permanentemente, mediante el estudio constante y atento de las señales producidas por las diversas especies bióticas y abióticas a su alrededor. Las culturas indígenas amazónicas son profundamente dialécticas, abiertas y fluidas, en sí y en los sistemas de salud que han sabido desarrollar.

El antropólogo Reichel Dolmatoff ilustra parcialmente este punto en el marco de una discusión acerca del pueblo indígena tukano de Colombia, al señalar que ahí:

"La naturaleza no constituye una entidad física aparte del hombre a la cual él pueda, por tanto, confrontarse u oponerse ..., como entidad distinta. Ocasionalmente, el hombre puede desequilibrar la naturaleza, producto de su malfuncionamiento en cuanto componente él mismo de ésta, pero jamás puede divorciarse de ella.

El hombre es considerado integrante en un juego de sistemas supra-individuales que – sean biológicos o culturales – trascienden, van mucho más allá, de las vidas individuales de las personas y, al interior de las cuales, la supervivencia y el sustento de cierta calidad de vida se hacen posible únicamente cuando se permite la evolución de las demás formas de vida, según sus necesidades particulares o específicas, como lo establecen los mitos y las tradiciones mitológicas "(1971: 4).

Es en este marco también que se llega a interpretar la génesis de los problemas de salud:

"Muchas de las enfermedades (y entre ellas las de mayor incidencia como parásitos y enfermedades respiratorias) tienen su origen en enfermedades relacionadas con 'estilos de vida' (...) como son los cambios en el patrón de asentamiento, incumplimiento de dietas, regímenes alimenticios inadecuados, descuidos en la higiene doméstica, ruptura de los ritmos de control de nacimientos, etc.

En muchos casos los desórdenes provienen de la alteración de los munsulo, sea por la anómala respuesta de la naturaleza (calidad, cantidad y variedad de alimentos, depredación de recursos básicos, contaminación, derrames petroleros, inundaciones) o por el mal funcionamiento de las relaciones grupales (daños por brujería, pérdida de la ética económica en la reciprocidad o en la redistribución, competencia por recursos de cara al mercado, coacción y presión de los grupos no indígenas, etc.) o por el propio relajo individual (dietas, higiene, fortalecimiento físico y espiritual, trabajo asalariado, etc.).

Existen muchas enfermedades nuevas a las que las desactivadas fuentes del saber indígena no ofrecen solución y que están ocasionando verdaderos estragos (rabia, hepatitis B, tuberculosis, malaria).

En otros casos las enfermedades tuvieron un antídoto propio pero que se desconoce o ya no se usa o se ha dejado de manejar por falta de refuerzo al desarrollo cultural a través de los propios sistemas de transmisión del conocimiento (el oje para los parásitos, la quinina para la malaria, etc.).

Los propios mecanismos de recomposición espiritual están funcionando de manera inadecuada ya que los activadores de esos mecanismos (shamanes, curanderos, especialistas) están, en muchas ocasiones, perseguidos, incomprendidos, discapacitados, sin confianza en sí mismos, y considerados más como una anomalía que como componente privilegiado de los sistemas de salud" (García Hierro 1995: 24-5).

En síntesis, la relación entre pueblos indígenas, biodiversidad y salud global es indiscutible, al igual que la interacción crítica entre bosque, salud humana y cultura económica indígena.

Todo lo anterior se basa, a su vez, en un manejo cultural de la relación entre ciencia, salud y economía que los sistemas de salud a nivel nacional no alcanzan aún a comprender y, menos todavía, a incorporar de forma viable en el manejo de los desafíos a la salud humana en la región amazónica.

### Un sistema de salud regional sentado sobre un banco de problemas sin resolver <sup>2</sup>

Los pueblos indígenas de la región amazónica manifiestan en la actualidad, producto del carácter que tiene su inserción al interior de la economía política más amplia, niveles de salud alarmantes.

La mortalidad infantil oscila de 99 a 153 por cada mil hijos nacidos vivos. Sólo en la Provincia de Alto Amazonas en 1992 se registró una tasa de mortalidad infantil en los niños de 0 a 5 años de edad en el orden del 16.6%. Se estima que 77% de los niños que mueren con menos de un año de edad lo hacen sufriendo de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Ambas son enfermedades extremadamente sensibles a los cambios en los sistemas de producción que enfrentan en la actualidad los pueblos indígenas de la región. En este mismo marco, se detectan tasas de desnutrición infantil y materna, también estrechamente vinculados a los desequilibrios en las cadenas tróficas al interior del bosque tropical, asociadas a la deforestación y los cambios en los patrones de vida y trabajo promovidos por maestros, sanitarios y religiosos mestizos.

Se estima la presencia de tuberculosis en un 55 % de los asentamientos indígenas, de uta o leishmaniasis en un 39 % de asentamientos y de la malaria en un 68 %. Hay, además, una elevadísima prevalencia de hepatitis B y hepatitis delta (HVB y HVD). A todo lo anterior se suman tasas altas de fecundidad, a su vez vinculadas a tasas altas de mortalidad materna, embarazos repetidos e intervalos reducidos entre éstos.

Los desequilibrios que han surgido en la relación que establecen los pueblos indígenas amazónicos con su entorno natural y humano están asociados a un conjunto de condiciones de vida que priman en la actualidad, como son las dotaciones insuficientes de tierras, presiones culturales, cambios impuestos sobre las estrategias económicas de las unidades domésticas, irregularidades actuales en el acceso a fuentes protéicas, la nucleación de poblaciones de alta densidad relativa e impactos asociados sobre la disponibilidad de fuentes de agua limpia y recursos estratégicos

múltiples, además de la contaminación química ya prevalente en muchas áreas, entre otros. La pesca, por ejemplo, proveniente de los ríos Napo, Tigre y Corrientes contiene mercurio, cadmio y otros elementos nocivos, producto de la extracción de hidrocarburos. Los problemas indirectos de salud ambiental generados por estas condiciones nuevas de vida multiplican a su vez diversos problemas asociados a parásitos, infecciones y enfermedades de la piel.

Frente a lo anterior, el sistema nacional de salud responde con vacunaciones aisladas y esporádicas; postas pobremente equipadas; técnicos sanitarios mal pagados que, como tal, rara vez cumplen con su labor; promotores de salud de las propias comunidades que tampoco son remunerados; dotaciones mayormente incompletas, inapropiadas e irregulares de medicamentos; asignaciones de personal y presupuesto insuficientes para la dimensión de los problemas encontrados; ausencia de estadísticas confiables y presencia de trámites burocráticos oficiales que terminan de entorpecer los niveles mínimos subsistentes de capacidad de respuesta a los desafíos presentados por el sector salud en la región, entre otros.

De manera correspondiente, el personal de salud y, en particular, el técnico sanitario que ejecuta los programas de salud a nivel regional, particularmente en asentamientos indígenas, está muy lejos de poder acceder en la actualidad a una formación profesional, por más que lo intente, a la altura de los desafíos que debe enfrentar. Es una opción que, simplemente, no existe al momento. Frente a ello, se propone a continuación algunas características técnicas que deberán tomarse en cuenta para su futuro desarrollo.

#### **Elementos para el diseño de un sistema de salud indígena localmente eficaz**

Los puntos mencionados hasta el momento corroborean el hecho que, a la actualidad, no existe un sistema de salud capaz de responder de forma pertinente a las potencialidades o a los problemas específicos de salud hallados al interior de los pueblos indígenas amazónicos. Las críticas centrales al sistema de salud existente definen, simultáneamente, la esencia de los desafíos por resolver en la región.

Invirtiendo, de alguna manera, el orden de presentación, los puntos centrales pueden resumirse de la siguiente manera: (1) los programas de salud son elaborados a nivel nacional y regional, con un desconocimiento total de los sistemas de salud indígena; (2) la definición de objetivos, metas y logros en los campos de salud son inconsistentes con la realidad de la salud indígena; (3) el manejo de los problemas de salud indígena existentes es fragmentado; (4) hay una fuerte discriminación de los aportes conceptuales posibles provenientes de los pueblos indígenas amazónicos y sus sistemas de salud; (5) persiste una gran incapacidad para coordinar de forma efectiva con las poblaciones, estructuras y organizaciones indígenas locales en el campo de la salud; (6) subsiste un manejo disociado de la relación fundamental entre bosque y salud humana en la región

amazónica; y (7) hay un gran rechazo a incorporar en el trabajo los recursos humanos y materiales locales, asociados a la diversidad cultural y biológica presentes entre los pueblos indígenas amazónicos.

Dado, no obstante, que es imposible diseñar un sistema de salud indígena en ausencia de personal a nivel nacional y regional capacitado para ello, se plantea acá iniciar el largo recorrido para llegar a ello mediante el diseño de un sistema de formación de técnicos en salud indígena, adecuado a los desafíos y potencialidades presentes al interior de la región.

El trabajo con el recurso humano que se propone empezar a formar permitiría, a su vez, que en un futuro se fueran incorporando dentro de los Programas de Salud oficiales parámetros de trabajo distintos, con sentido y relevancia a nivel regional.

Las nuevas competencias a incorporarse en un proceso de formación de técnicos en salud indígena tendría que considerar al menos cuatro rubros de trabajo fundamentales, en un régimen alternado de estudio escolarizado y no escolarizado. Primero, el proceso de formación no podría abstraerse de las múltiples realidades indígenas donde ejecutarían su labor los técnicos.

Ello implica la necesidad de combinar un conjunto básico y esencial de conocimientos de salud general, provenientes de la ciencia occidental, con un conocimiento adecuado de cada realidad específica donde se piensa trabajar, dado que ésta modifica totalmente el carácter de los desafíos, potencialidades y resultados específicos a plantearse en cada caso.

En segundo lugar, emerge como fundamental el desarrollo de una mayor comprensión de la epidemiología social de la salud indígena en los pueblos amazónicos y, de forma más precisa, los problemas de salud a anticiparse bajo constelaciones específicas de articulación entre "condición" humana, "condición" del ecosistema y "condición" esperada de salud indígena. El resultado sería la implementación de estrategias de manejo integral de los problemas de salud, como recurso importante de prevención y propuestas de tratamiento simultáneamente.

En tercer lugar, la garantía central para el funcionamiento de cualquier propuesta debe articularse necesariamente a las instancias centrales de representación y organización de los pueblos indígenas amazónicos. Sólo así podrá saberse: (1) si un programa o técnico de salud está respondiendo con eficacia a los problemas de salud existentes; (2) qué debe hacerse para entender y responder de forma apropiada a los problemas de salud existentes; (3) las capacidades y recursos humanos locales existentes, con los cuales deberá coordinarse, entre éstos, parteras, vegetalistas y shamanes; (4) qué conocimientos, medicinas y técnicas tradicionales pueden ser empleados a nivel local; (5) cómo se articulan e interpretan a nivel local los problemas médicos hallados y las situaciones de disrupción social provocadas por las actividades de colonización, extracción y alejamiento geográfico subsistentes; (6) qué formas deberán tomar los sistemas de atención primaria descentralizada; y (7) qué tipo de convenios establecer



Educando la nueva generación, Gran Pajonal.

Foto: Søren Hvalkof, 1986

con cada Dirección Departamental de Salud, a fin de articular con eficiencia los esfuerzos organizativos locales en el campo de la salud con los servicios públicos y colectivos de atención médica.

Resulta claro que los programas establecidos desde un enfoque civilizatorio occidental han resultado incapaces de aliviar los problemas de salud al interior de los pueblos indígenas amazónicos.

Pasar a considerar la cultura de los pueblos indígenas regionales no es contraparte de un esquema indigenista, sino producto de una necesidad de construir programas de salud eficaces, en base a problemas y potencialidades realmente existentes.

SAPIA – La iniciativa de salud de los pueblos indígenas de las Américas Los días 13 y 18 de abril de 1993 el Subcomité de Planificación y Programación de la Organización Panamericana de la Salud convocó en Winnipeg, Canadá, a una reunión de trabajo sobre pueblos indígenas y salud, en la que participaron 68 asistentes de 18 países de la Región de las Américas. Estuvieron presentes delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas, organismos internacionales, organismos no gubernamentales y delegaciones oficiales de gobiernos.

La Reunión de Winnipeg, propuesta por la delegación oficial del Perú, entre otras, reconoció la necesidad de contextualizar la salud de los pueblos indígenas en la realidad geopolítica y social circundante, en el

marco de diversos procesos históricos en curso, acordándose adoptar los siguientes principios fundamentales: (1) un abordaje integral de la salud; (2) el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; (3) el derecho a la participación sistemática; (4) el respeto y la revitalización de las culturas indígenas; y (5) una reciprocidad siempre en todas las relaciones a producirse.

Se reconoció entonces que:

(a) la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación; como resultante, (b) los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los pueblos indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del habitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización; y (c) la salud, los procesos de salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los pueblos indígenas, son sistemas culturales (OPS/OMS – CE 111/20, 1993: 8)

De los diversos desafíos que se desprenden de la iniciativa SAPIA algunos son básicamente de carácter general y atañen a la articulación de instituciones internacionales, gobiernos y organizaciones indígenas. Pero hay otros dos desafíos que inciden en el meollo de los que tendrían que lograr, en parte, un nuevo profesional técnico especializado en salud indígena:

“El desafío que presenta la carencia de conocimientos e información adecuados y suficientes sobre la salud de los pueblos indígenas frente al imperativo de actuar y lograr impactos inmediatos, exige el diseño de estrategias que permitan tanto generar conocimientos e información adecuada mientras se actúa (‘aprender haciendo’), como rescatar de manera sistemática el conocimiento y la información generada por la experiencia (‘aprender de lo que se ha hecho y de lo que se está haciendo’) ... es indispensable abordar simultáneamente la totalidad de las dimensiones de la iniciativa a todo nivel ... poniendo especial énfasis en experiencias y procesos en los niveles locales donde se requieren acciones que demuestren su impacto y viabilidad concretos. De esta manera se busca generar respuestas tan variadas y diversas como las situaciones y los pueblos que las exijan, de modo que estas experiencias se constituyan en el bagaje de conocimientos y argumentos para alimentar y multiplicar otros procesos y acciones...”

Se estima que las actividades de cooperación se deben organizar alrededor de dos ejes fundamentales: i) el principio de participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión ... desde su etapa inicial; y ii) en la horizontalización de un programa coordinado de actividades de cooperación ... (Op. cit: 10, 15-16)”.

Lo expuesto implica la formación de nuevo capital humano en el marco de estrategias educativas adecuadas, en las que se subrayen de manera central al menos tres puntos. El primero es la generación de currícula apropiada a la problemática integral de salud de los pueblos indígenas amazónicas. El segundo es la formación de capital humano, en base a la articulación de conocimientos y experiencias occidentales y propias a cada pueblo indígena. El tercero, gira en torno a la necesidad vital de consultar, coordinar, monitorear y retroalimentar, a cada paso, la implementación de la formación de nuevo personal técnico de salud, con las instancias representativas de cada pueblo indígena, por cuanto "barómetro" primordial de la ejecución de cualquier programa de salud a realizarse en su medio.

### El Programa de Salud Indígena de AIDSESEP

Dentro de una lógica de trabajo inusitada completamente en el mundo indígena amazónico, la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDSESEP, dio origen en 1991 al Programa de Salud Indígena (PSI). Con una trayectoria de trabajo directo importante en Alto Amazonas (Loreto), Madre de Dios y Atalaya, región limítrofe con tres departamentos, Junín, Cusco y Ucayali, el PSI propone socializar, difundir e institucionalizar la esencia de su proyecto y logros en esta nueva etapa, mediante la Formación de Técnicos en Salud Indígena, inicialmente en Ucayali.

El PSI ha trabajado en diversos campos, de forma simultánea e integrada, directamente vinculados al sistema de salud indígena. Por estar la propuesta de Formación de Técnicos en Salud Indígena actual referida a Ucayali, nos centramos de forma correspondiente en el trabajo realizado a partir de esa región, es decir, Atalaya.

El PSI ha trabajado, e innovado profundamente respecto a la labor que se realiza generalmente con poblaciones rurales e indígenas amazónicas, en la formación de 219 promotores de salud, directamente al interior de 119 comunidades, mediante el desplazamiento de equipos técnicos a cada una de las tres sub zonas del ámbito general de Atalaya.

Cada equipo ha estado integrado a su vez por un coordinador delegado por la organización indígena correspondiente, una mujer indígena partera o vaporizadora y una enfermera. Con ello, se ha conseguido promover de manera directa en cada comunidad de 2 a 4 veces por año un programa de salud indígena completamente alternativo, capaz de articular con resultados impresionantes a chamanes, parteras, curanderos, "vegetalistas", otros médicos locales, especialistas en prácticas médicas occidentales y representantes indígenas de las tres organizaciones regionales: OAGP (Organización Ashéninka del Gran Pajonal), OIRA (Organización Indígena de la Región de Atalaya) y ORDECONADIT (Organización de Comunidades Nativas del Distrito de Tahuanía).

Frente a una prevalencia considerablemente elevada de Tuberculosis (TBC) en los pueblos indígenas shipibo-conibo y ashéninka en la región de Atalaya se consiguió que los promotores detecten y examinen debida-

mente 65 casos de TBC, coordinando y cooperando con los enfermos para su tratamiento, control y alta dentro de sus propias comunidades.

Con ello se contrarrestó de modo efectivo la principal causa de los abandonos del tratamiento de TBC: el hecho simple de que ni un enfermo ni su familia pueden sobrevivir el tiempo de tratamiento requerido fuera de sus respectivas comunidades. Dos variables importantes adicionales en el abandono del tratamiento que el manejo directo en la comunidad de los promotores permitió contrarrestar fueron la falta de confianza que suele haber en el personal de salud y la tendencia a abandonar la medicación una vez que se produce una mejora en los síntomas manifiestos.

Con una combinación de medicamentos, procedimientos y especialistas indígenas y occidentales el PSI consiguió, en Atalaya, identificar y tratar de forma efectiva un número importante de problemas de salud, en claro contraste con la trayectoria en la zona de otros servicios médicos. En el caso de la malaria, se diagnosticaron y trataron adicionalmente 211 casos entre 1996 y 1998. En el caso de la leishmaniasis, se diagnosticaron 102 casos y trataron 39. Restan 63 casos en espera de tratamiento. En ambos casos, no obstante, el de la malaria y la leishmaniasis o uta, no hay la disponibilidad requerida de los medicamentos que corresponde. En el mismo período, de 1996 a 1998, se diagnosticaron y trataron 3.248 casos de enteroparasitosis y carencias nutricionales; 496 casos de acarosis y piodermia; 294 casos de diarrea aguda y deshidratación; 140 casos de conjuntivitis bacteriana; 99 casos de gonorrea; neumonía y mordeduras de víbora, entre otras, incluyendo algunos casos que requirieron de cirugía menor.

### Lecciones para la formación de Técnicos en Salud Indígena

Podría concluirse que las principales lecciones del PSI, como se desarrolló en Atalaya, se construyeron en base a tres ejercicios básicos: (1) el acercamiento directo de los especialistas en salud occidental a las comunidades indígenas propiamente; (2) la revaloración del personal médico indígena local pre-existente; y (3) la articulación de plantas medicinales y prácticas médicas indígenas con diversas opciones provenientes de la medicina occidental, bajo supervisión del PSI.

Estos tres puntos, sin embargo, constituyen la "sintomatología" externa de un proceso latente, mucho más profundo, en base al cual el PSI debió erigir su labor.

El primero, de carácter central, gira en torno al territorio y los recursos naturales a su interior. El PSI se desenvuelve en una zona que sólo cinco años atrás estaba bajo el control de patrones que mantenían en condiciones de esclavitud a los pueblos indígenas de la zona.<sup>3</sup> En este marco, los chamanes y recursos culturales locales debían ser "escondidos", por cuanto desvalorizados profundamente en el régimen productivo imperante, al cual se sumaba el narcotráfico, el penal aledaño del Sepa y la violencia de la selva central.

Hacia 1988, se producían en la zona agresiones físicas, encarcelamientos privados y apaleamientos, trabajos forzosos, desapariciones,

secuestros, estafas, amenazas, violaciones sexuales, trabajo forzado de menores, asesinatos, detenciones ilegales, destrucción de sembríos, etc.<sup>4</sup> Debieron intervenir el Ministerio de Trabajo y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con serias denuncias a nivel nacional e internacional, para poner fin a la insólita condición de vida que subsistía en la zona, como medio de obtención principal de los recursos y la fuerza laboral indígena con fines de extracción maderera y ganadería.

El PSI emerge, entonces, sobre la base de un intenso proceso destructivo y un trato completamente inhumano a las poblaciones indígenas de Atalaya, aún cuando herederas legítimas del medio y su destino. La recuperación del sistema de salud indígena bajo estas condiciones presupone, como se señala a lo largo de este documento, el acceso no sólo a recursos y especialistas médicos apropiados a su problemática de salud, sino la recuperación de relaciones hombre-tierra y hombre-hombre, fuertemente dañadas.

En este marco, AIDSESEP inicia un proceso silencioso, pero no por ello menos dramático, de recuperación del territorio indígena de la zona. En menos de una década logra la titulación de más de un millón y medio de hectáreas en Ucayali, otorgando una base segura para la subsistencia a sus pobladores, bajo condiciones de esclavitud sólo unos años atrás. En la actualidad, en coordinación con las organizaciones indígenas regionales, AIDSESEP desarrolla en este espacio un proyecto de uso y manejo local de recursos de carácter sostenible, destinado a generar ingresos económicos como complemento necesario e ineludible de la vida cotidiana actual.

Tras la abolición en la zona de la esclavitud, en su acepción física, entra otra, de forma espiritual, bajo la dirección de diversas iglesias cristianas, especialmente bautistas, pero también algunas de origen pentecostal, israelita y católico, destinadas a volver a hacer sentir al hombre indígena como inadecuado e inservible, en cuanto tal.

Entender estas variables fue una condición básica para poder proceder con el trabajo en el campo de la salud. Ambas "memorias", la de los patrones esclavistas y los moralizadores religiosos, más aún, no tendrían una presencia únicamente fantasmagórica, sino que continuarían rondando y persistiendo de maneras múltiples en la región. Recuperar el sistema de salud indígena implicaría, así, volver a enfrentar a diario, en el quehacer cotidiano, y sin que nunca fuera directamente, a ambos tipos de "fantasma".

Recomponer el tejido de una relación e interacción humana, con el mundo exterior y el propio, sin entrar jamás en una relación directa de confrontación con ninguna de las dos fuentes "fantasmagóricas", se tornó para el PSI en una condición de trabajo, tan o más importante que las primeras tres variables mencionadas, de acercamiento físico a las comunidades, valoración del personal propio de salud indígena e incorporación de recursos y plantas tradicionales.

En síntesis, puede decirse que la valoración, consolidación y conservación del territorio indígena es tan o más importante que la propia medi-

cina para la valoración, fortalecimiento y conservación de la salud en un pueblo indígena, en la medida en que lo primero es condición necesaria para un funcionamiento efectivo de lo segundo. Ambos, es más, están inextricablemente ligados, no sólo en la teoría, como al inicio de nuestro texto, sino en la práctica cotidiana, como en el caso de Atalaya. Aun cuando dramático e, incluso, excepcional, este caso no constituye una excepción y, más aún, ha brindado lecciones de importancia sin igual para un proceso más amplio de generación de mecanismos de salud indígena, como en el caso de la Formación de Técnicos en Salud Indígena como paso siguiente.

En conclusión, un proceso de Salud Indígena está en la obligación de considerar el entorno medio ambiental territorial, incluyendo los procesos económicos y productivos vigentes a su interior, así como los sistemas sociales de organización indígena, educación y religiosidad vigentes, por cuanto determinantes del carácter que asumirán la identidad y autoestima, sin las cuales no hay generación o reproducción de sistema de salud integral alguno posible.

#### Notas:

1. Esta sección se ha escrito basándose en las siguientes fuentes bibliográficas: Brack 1998; Bundes, et al. 1996; COICA 1999, 1997; Estrella 1995 a y b; Rural Advancement Foundation International 1994; USDA Forest Service, 1995.
2. Esta sección se ha escrito en base a las siguientes fuentes bibliográficas: AIDSESEP 1997 y Barclay 1998.
3. Ver, en especial, Hvalkof 1998.
4. Ver García Hierro 1998.

## Referencias

Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana [AIDSESP] e Instituto Nacional de Salud [INS]

1997 Prevalencia de Marcadores Serológicos para Hepatitis Viral B y Delta en Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana. Lima: Cooperación Española/Cooperación Amazónica.

Barclay, Frederica

1998 Perú: Perfil Socioeconómico y Cultural de los Pueblos Indígenas de la Amazonía. Lima: Banco Mundial: Washington. [Manuscrito]

Brack, Antonio

1998 "Comunidades Indígenas Amazónicas: Centros de Conocimientos Tradicionales." En A. Brack (Coordinador General) *Amazonía Peruana Comunidades Indígenas, Conocimientos y Tierras Tituladas: Atlas y Base de Datos*. Lima: GEF / PNUD / UNOPS. Pp. 201-255.

Bundes, Joske, Bertus Haverkort y Wim Hiemstra

1996 *Biotechnology: Building on Farmers' Knowledge*. Londres: Macmillan.

Coordinadora de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica  
1999 *Biodiversidad, Derechos Colectivos y Régimen Sui Generis de Propiedad Intelectual*. Quito: COICA / OMAERE / OPIP.

1997 *Entre lo Propio y lo Ajeno: Derechos de los Pueblos Indígenas y Propiedad Intelectual*. (Ramón Torres, ed.) Quito: COICA/IBIS/ Alianza del Clima/Senado de Berlín.

Estrella, Eduardo

1995a *Biodiversidad y Salud en las Poblaciones Indígenas de la Amazonía*. Lima: Tratado de Cooperación Amazónica.

1995b *Plantas Medicinales Amazónicas: Realidad y Perspectivas*. Lima: Tratado de Cooperación Amazónica.

García Hierro, Pedro

1998 Atalaya: Una Historia en Dos Tiempos. En García Hierro, et al., *Liberación y Derechos Territoriales en Ucayali - Perú*. Copenhague, IWGIA Pp. 15-82.

1995 *San Lorenzo: Salud Indígena, Medio Ambiente, Interculturalidad*. Lima: AIDSESP/Terra Nuova.

Gerardo Reichel-Dolmatoff

1971 *Amazonian Cosmos: The Sexual and Religious Symbolism of the Tukano Indians*. Chicago: The University of Chicago Press.

Hvalkof, Soren

1998 "De la Esclavitud a la Democracia: Antecedentes del Proceso Indígena del Alto Ucayali y Gran Pajonal." En P. García Hierro, et al., *Liberación y Derechos Territoriales en Ucayali - Perú*. Copenhague: IWGIA Pp. 85-167.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

1993 "*Salud de los Pueblos Indígenas*". Washington, D.C.: CE 111/20.

PROMUDEH/Banco Mundial

1998 Consulta Amazónica para el Plan de Desarrollo Indígena. Memoria del Taller realizado en Iquitos de 1 al 5 de junio de 1998. [Borrador].

Proyecto Diseño del Sistema de Educación Técnica y Formación Profesional

1997 Títulos Profesionales Familias de Salud Estética Personal Servicios y Asistenciales. Lima: Agencia Española de Cooperación Internacional/Ministerio de Educación.

Ruiz Girona, Rosa

1998 Perfil Ocupacional del Técnico en Saneamiento Ambiental Basado en Competencias. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública / Ministerio de Salud.

Rural Advancement Foundation International

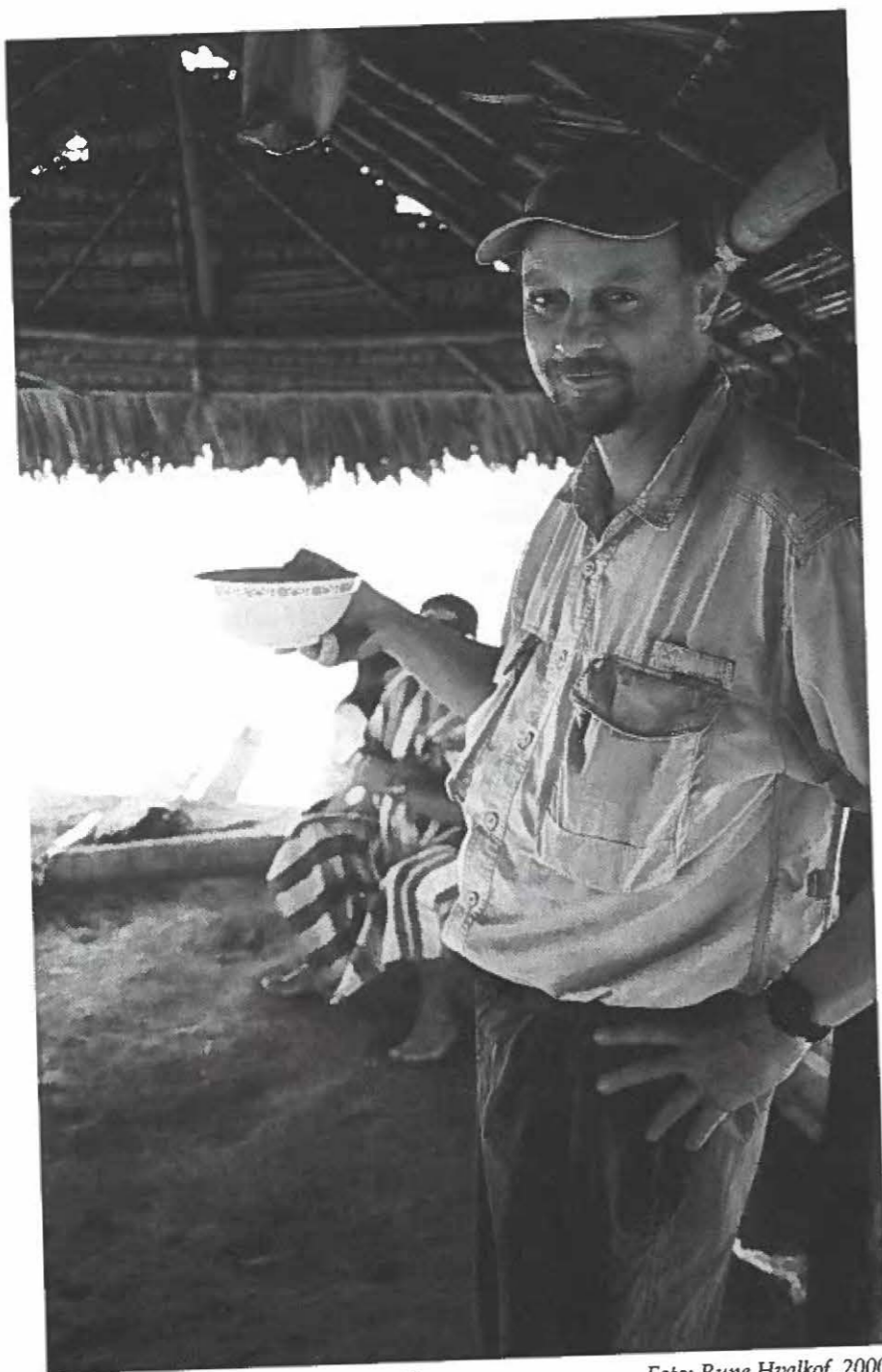
1994 Conservación de Conocimientos Autóctonos: Integración de Dos Sistemas de Innovación. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/PNUD. [Manuscrito]

USDA Forest Service, International Programs

1995 *Forests and Human Health. Policy 13*.

World Council of Indigenous Peoples

1993 La Cooperación Internacional y los Pueblos Indígenas: Breves Notas para la Segunda Consulta Inter-institucional sobre los Pueblos Indígenas y el Desarrollo en América Latina. Washington, D.C.: Banco Mundial.



El editor tomando masato en el Ucayali.

Foto: Rune Hvalkof, 2000

## Epílogo

*Søren Hvalkof, compilador y editor.*

### Resumen de las experiencias

Ante la interrogante de si el Programa de Salud Indígena en Atalaya y el Gran Pajonal fue exitoso, la respuesta debería ser un sonoro sí. El programa logró elevar la conciencia de la población indígena sobre el tema de la salud en más de 120 comunidades y las ayudó a organizarse y establecer sistemas sostenibles para monitorear su propia situación de salud y tomar acción en forma simultánea para mejorarla durante el desarrollo del mismo. Reconoció y legalizó las prácticas de salud indígenas y certificó a individuos que disponían de un conocimiento especial sobre este tópico - como los chamanes, vaporadoras, especialistas en medicina herbaria y parteras- como especialistas a la par de las enfermeras, médicos y otros practicantes convencionales de la salud dentro del marco de la tradición biomédica occidental. Este reconocimiento oficial del valor de estos especialistas indígenas significó su rehabilitación después de años de represión y ridiculización por parte de la iglesia, misioneros, médicos, maestros de escuela y funcionarios no-indígenas; generó un renovado orgullo por la cultura y la tradición indígena y fortaleció enormemente el interés en la autoorganización y el mantenimiento de un servicio de salud en las comunidades.

Integró las prácticas indígenas y occidentales en el marco de un enfoque holístico relacionado con el servicio de salud comunitario y las vinculó al sistema de salud pública peruano. En términos específicos, significó el logro de un acuerdo respecto a la identificación y el tratado de enfermedades endémicas y específicas en el ámbito local, siendo la tuberculosis (TBC) de particular interés. El tratamiento descentralizado de la TBC ha sido un éxito total del Programa, contrariamente a la mayoría de las otras experiencias tratamiento de la TBC en áreas rurales marginales del mundo en desarrollo.

En términos generales, esto significa que las comunidades pueden beneficiarse del sistema y la infraestructura pública en forma más eficientes y que pueden llegar a acuerdos con hospitales y centros sanitarios de mayor importancia para que acepten tratar a los pacientes indígenas sin el requisito del registro en la seguridad social, que es normalmente un requisito para que los costos médicos sean cubiertos. El sistema social de salud pública peruano es solamente disponible para las personas que tienen empleo e ingresos regulares, algo que no es ciertamente el caso de los productores de subsistencia indígenas, quienes frecuentemente son rechazados por los hospitales.

Esta vinculación hizo visible repentinamente al mundo indígena en el ámbito público, una visibilidad que ocasionó un creciente interés sobre el tema de la salud indígena y abrió nuevas oportunidades para las comunidades y organizaciones comprometidas en la obtención de un mejor servicio de salud pública para el futuro. También generó interés entre los planificadores y ejecutivos de la salud con respecto a la estructura y la metodología utilizadas en el Programa de Salud Indígena, un interés organizacional que ahora parece cristalizarse en el establecimiento de un nuevo sistema escolar y de capacitación técnica sanitaria para los Técnicos Indígenas de la Salud, el cual es certificado en forma pública.

A partir del monitoreo y la evaluación del desarrollo del proyecto, sabemos que el PSI es sumamente apreciado por las comunidades del área, y que la población, como un todo, expresó su satisfacción y afirmó que había mejorado su calidad de vida. El Programa ha acumulado, analizado y archivado cifras y datos estadísticos de todas las comunidades y ha elaborado registros de casos sobre todos los pueblos y pacientes implicados. Pero, sin embargo, todavía no estamos en condiciones de probar estadísticamente que las condiciones generales de salud de la población indígena hayan mejorado en la región. No disponemos de instrumentos estadísticos absolutos y objetivos para medir este fenómeno. Cuando el Programa comenzó a operar en Atalaya no existían estudios básicos y las estadísticas existentes eran muy poco confiables, fragmentarias, y nunca abarcaban a las comunidades indígenas en forma sistemática, ni tampoco había una diferenciación étnica en el enfoque estadístico para el muestreo de datos. Esto caracteriza todavía al sistema de salud pública. Por lo tanto, sería fácil para cualquier persona devota a la filosofía y metodología positivista alegar que el Programa no puede ser juzgado ya que somos incapaces de probar que haya ocurrido algún cambio en la situación sanitaria en general.

Lo que sí podemos probar es que los beneficiarios creen ciertamente que hoy se encuentran en una situación mejor que antes del comienzo de la operación del Programa de Salud Indígena. Podemos probar que varios individuos han sido salvados de una muerte cierta, hecho que -desde un punto de vista moral- podría justificar por sí mismo el programa en su totalidad, y que aún muchos más fueron curados de enfermedades que habrían convertido sus vidas en algo intolerable. También podemos probar que la población indígena asumió la responsabilidad de su propia situación de salud en las comunidades y desarrolló sistemas y metodologías que la hacen sostenible. Es más, podemos probar que el PSI fortaleció la capacidad de los pueblos indígenas para controlar su propio futuro y desarrollo. Sobre esta base, creemos que se justifica calificar al proyecto como un éxito.

No obstante, siguen en pie la duda con respecto a sí las organizaciones indígenas regionales y nacionales serán capaces de mantener la supervisión y el apoyo requerido en el ámbito comunitario después de la finalización de este Programa. Es claro que ninguna organización indígena de

Perú puede soportar por sí misma la carga que implica ese proyecto, que dependerá de la financiación y ayuda externa durante algún tiempo. Desde esta perspectiva, parece fundamental que el sistema de salud pública peruano asuma gradualmente la responsabilidad financiera y establezca un acuerdo de cooperación con las organizaciones indígenas a todos los niveles. Esa cooperación debe reconocer la integridad de la organización indígena, los conceptos indígenas de salud y su sistema operativo. Las ONG experimentadas podrían colaborar en los aspectos logísticos y de planificación para apoyar a las organizaciones indígenas en el logro de esa cooperación y sustentar en forma continua un elevado nivel de actividades en el ámbito comunitario, ya que el sistema de salud pública tiene una capacidad muy limitada para su implementación.

### LOS PARÁMETROS DEL ÉXITO

En general, los programas y proyectos de salud en el mundo en vías de desarrollo no están caracterizados por un éxito abrumador, particularmente en áreas que contienen múltiples grupos étnicos y lingüísticos, fuertes jerarquías de poder de origen colonial y relaciones de poder desiguales entre las poblaciones indígenas y no-indígenas, difícil acceso y estructuras logísticas subdesarrolladas.

Nos parece importante destacar algunas de las condiciones y premisas que consideramos fundamentales para el resultado positivo del proyecto en Perú. En primer término examinaremos algunos de los prerrequisitos estructurales y luego haremos énfasis en algunas de las características funcionales.

#### Requisitos estructurales

Uno de los temas centrales para una comprensión del impulso que logró el PSI en la Provincia de Atalaya, es la organización política y espacial. Como se mencionó en la introducción y en el análisis histórico del capítulo 2, las organizaciones indígenas crecieron como consecuencia de un prolongado proceso organizacional y de lucha por sus derechos a la tierra y territorios. AIDSESP, su organización indígena nacional, apoyada por la cooperación danesa, llevó adelante un programa de titulación de tierras a gran escala durante los años precedentes al proyecto de salud. Logró la obtención de títulos para cientos de comunidades, que fueron legalmente registrados, examinados, demarcados y titulados. El efecto organizacional y político permitió consiguientemente la factibilidad del proyecto de salud. Construyó una estructura y una red que abarcó desde la familia local comunitaria, con sus comités y estructuras internas de autoridad, pasando por las organizaciones regionales, hasta llegar a las organizaciones nacionales -e incluso internacionales- que se vinculan con los ámbitos donde se elaboran las políticas a nivel nacional e internacional. A través de esta estructura, cuestionó asimetrías de poder hasta el momento incuestionables, y logró alterarlas radicalmente cuando se obtuvieron los títulos

de propiedad de sus territorios comunales, obteniendo así el poder político inherente al terrateniente.

Estas condiciones estructurales locales deben coincidir con pautas estructurales internacionales que favorezcan la vinculación con la ayuda financiera y el apoyo político. Esto se logró a través del movimiento indígena internacional y su alianza estratégica con grupos ambientalistas, que se aliaron a ellos y plantearon en la agenda internacional la cuestión de los temas referentes a los derechos indígenas y su manejo de los recursos, posibilitando y haciendo factible la conexión entre las agencias internacionales y locales. Podría decirse que estas condiciones estructurales son resultado y reacción de la creciente globalización, para utilizar esa expresión posmoderna tan en boga.

En resumen, las cuestiones estructurales centrales que han sido una condición sine qua non para la culminación exitosa de este proyecto de salud rural son:

- Una legislación que reconoce los derechos indígenas a tierras y territorios, autogestión y autogobierno y derechos a la educación bilingüe, prácticas sanitarias y derechos similares exclusivamente indígenas.
- La existencia de una estructura organizacional orgánica en el ámbito comunitario, local y nacional, que representa de facto al pueblo, y que dispone de la capacidad de tomar decisiones viables y ejecutarlas junto con las actividades relacionadas.
- Que las asimetrías fundamentales de poder fueron encaradas antes de la implementación del programa de salud y que se otorgó prioridad exclusiva a los derechos indígenas.
- Que las estructuras desiguales de tenencia de la tierra fueron alteradas, los derechos indígenas a la tierra fueron reconocidos e implementados bajo la forma de la demarcación y titulación colectiva de los territorios de las comunidades indígenas.
- Que existiera o pudiera establecerse una infraestructura suficiente, sistemas de transporte y comunicación, operados y controlados por las comunidades y sus organizaciones.
- La existencia de una estructura internacional relacionada con los temas indígenas, que posibilitó e hizo factible la constitución de vínculos y colaboraciones entre la agencia financiadora y la organización implementadora.
- Que existían estructuras que posibilitaron la vinculación con otros sectores sociales y sistemas públicos (de salud).

#### Aspectos funcionales

Como se mencionó anteriormente, la existencia de una estructura organizacional ha sido fundamental para la factibilidad del Programa. La expresión más clara de esto es la Comunidad Nativa, una formación reciente, originada durante el período de la Reforma Agraria de los años sesenta y

setenta, cuando las cooperativas y comunidades campesinas fueron constituidas legalmente en las tierras altas andinas<sup>1</sup>.

En la Amazonía, la formación y registro de Comunidades Nativas fue una respuesta y una adaptación a esta legislación agraria. Una Comunidad Nativa de la Amazonía peruana de hoy no es necesariamente una aldea u otro asentamiento nuclear, sino que normalmente se identifica con un territorio local que pertenece a un grupo indígena local específico. Puede - o no - incluir asentamientos nucleados dentro de sus límites, pero normalmente la población vive dispersa en pequeñas unidades de familias extendidas compuestas por varias familias, con una tendencia - sin embargo - a formar asentamientos mayores o aldeas a lo largo de las vías fluviales más importantes. Cualquiera sea el modelo de asentamiento, el territorio es una unidad social funcional, vinculada en forma flexible por lazos de parentesco y relaciones sociales similares. Si esas unidades locales -llamadas comunidades y definidas por un territorio circunscrito- no hubieran existido, hubiera sido imposible tomar decisiones, delegar responsabilidades e implementar las funciones del servicio de salud. En otras palabras, el elevado nivel de participación no hubiera sido posible. La función social de la comunidad como sistema autorregulado, "autónomo", constituye entonces un prerrequisito para la aplicación del trabajo de salud asumido por el Programa.

A esto se suma el buen funcionamiento de las estructuras organizacionales adyacentes, siendo la organización regional el factor más importante en términos de coordinación, logística y legitimidad. La organización indígena regional es fundamentalmente una organización política que representa los intereses indígenas de las diferentes comunidades de la región. En este contexto, la "región" coincide frecuentemente con una unidad administrativa civil como una provincia o un distrito. Para instituir el programa de salud como iniciativa sostenible, la organización indígena regional debe asumir la responsabilidad y debe apropiarse del programa. Esto sólo puede hacerse en la práctica.

Para poder comprender de qué se trata todo esto, la organización regional indígena no sólo debe ser responsable de la administración de los fondos y del personal, sino también de todos los arreglos logísticos, infraestructura, relaciones con el ámbito público y las autoridades de la sociedad civil. Para facilitar esta función como vínculo institucional y político entre las comunidades, por un lado, y el mundo de los recursos y de la política regional por el otro, se decidió que toda organización regional debe nombrar al menos uno de sus líderes políticos como responsable de su versión del PSI. Todos los equipos de campo (de enfermería, especialistas indígenas, etc.) deben incluir también a un coordinador nombrado por la organización regional para acompañarlos y apoyarlos en sus visitas a las comunidades. Esta sería una forma de garantizar el flujo de la información y el vínculo entre la organización indígena y las comunidades locales y sus familias. Esto demostró ser muy eficaz, y creó una sinergia que también fortaleció políticamente a las organizaciones regionales. Por

lo tanto, es muy importante que la organización política indígena sea considerada como parte integral de un programa de salud exitoso y que sea apoyada en forma acorde para mejorar su funcionalidad.

No obstante, la competencia de las organizaciones regionales tiene también sus límites. No se puede esperar que estas organizaciones dispongan de la percepción necesaria, pericia y recursos personales para diseñar y definir la filosofía y la estrategia general de un programa de salud de esa envergadura. Tampoco tienen la capacidad necesaria para orientarlo de manera que se ajuste al sistema nacional, ni para procurar financiación internacional y promover en general sus intereses en el ámbito nacional e internacional.

Aquí es donde la organización indígena nacional entra en escena. AIDSESEP disponía la red necesaria en una escala más amplia para hacerlo y esta organización definió la filosofía subyacente al programa, un modelo ideal que, una vez puesto en acción, fue obviamente modificado para acomodarse a la realidad del mundo de la selva amazónica. Pero el control y la dirección política de AIDSESEP como organización responsable en forma general de la implementación del proyecto, fueron factores tan importantes como el resto, y también recibió alguna financiación central para cubrir sus costos operacionales. En este contexto, es de suma importancia repudiar las afirmaciones provenientes frecuentemente de personas no-indígenas que trabajan en círculos organizacionales paralelos, ya sea en el seno de ONG o instituciones gubernamentales, de que las organizaciones indígenas no tienen una legitimidad real, que su dirección no está conectada con sus bases y que están fuera de contacto con las comunidades. La estructura organizacional a través de la cual funciona este programa de salud para llegar hasta las comunidades demuestra que esta afirmación no es cierta y ninguno de los niveles organizacionales de la jerarquía fue superfluo.

Otro aspecto funcional de la estrategia de implementación fue el enfoque de monitoreo y supervisión por parte de NORDECO y la agencia financiadora, la Fundación Karen Elise Jensen. A NORDECO se le adjudicó la responsabilidad de la administración y del apoyo a AIDSESEP en el diseño, ejecución y administración del proyecto. Por así decirlo, NORDECO fue el garante de la Fundación Karen Elise Jensen de que el proyecto fuera factible y supervisado adecuadamente, porque esta fundación no tenía experiencia con los pueblos indígenas ni con América Latina. NORDECO, con años de experiencia en la evaluación y desarrollo de proyectos rurales en países en desarrollo, sabía que sería difícil transmitir la intrincada realidad del mundo indígena de la Amazonía a la junta directiva de la Fundación financiadora, integrada por personas pertenecientes al mundo occidental, embebidas del pensamiento racional, particularmente con relación a un programa de salud que debía integrar supuestamente dos cosmologías incongruentes.

Por lo tanto, se decidió que la Fundación nombraría uno o dos representantes para que participaran junto con el personal de NORDECO en

todos los viajes de monitoreo a las áreas de proyecto donde se ejecutaba el Programa. Esto resultó ser una idea excelente, pues las comunidades "beneficiarias" y la contraparte "donante" establecieron una relación personal, una colaboración que superó todos los problemas comunicativos esperados, desplegándose en un proceso muy dinámico de desarrollo del proyecto. Esta colaboración forjó gradualmente una experiencia común y podría calificarse como un enfoque casi fenomenológico con respecto a la implementación del proyecto, un enfoque sumamente recomendable. Por otro lado, las contrapartes danesas no deseaban estar presentes en forma cotidiana ni emplear a un representante permanente en Perú. Aparte de los costos que significaba esa alternativa, se consideró poco deseable tener un "extraño" interviniendo en los asuntos locales; preferimos que las mismas organizaciones asumieran la responsabilidad. La idea fue entonces visitar e intervenir en caso necesario y en momentos determinados, pero sin tener una presencia permanente. Esto se llama una "estrategia de intervención recurrente", una táctica de "golpe sorpresivo" y funcionó muy bien, permitiendo que los habitantes locales resolvieran sus propios problemas luego de haberlos ayudado a identificarlos.

Se optó por realizar revisiones frecuentes, particularmente en las etapas iniciales, en las que las visitas trimestrales conjuntas de las fundaciones y el PSI-AIDSESEP fueron comunes. Más tarde, cuando el Programa alcanzó una forma funcional, estas visitas se limitaron a revisiones semestrales.

Estas visitas frecuentes posibilitaron mantener un desarrollo muy dinámico del proyecto, con cambios constantes en la concepción y ajustes del marco lógico. El proyecto no siguió, por lo tanto, un marco fijo predefinido u otra pauta rígida para su implementación y el logro de sus metas, sino que se basó en cambio en una estrategia de "prueba-y-error", un enfoque muy pragmático que, no obstante, requiere una intervención recurrente y revisiones frecuentes. Los objetivos, indicadores, medios y acciones pudieron entonces ser ajustados constantemente a la incidencia de la realidad y retroalimentar al sistema in perpetuum, transitando un camino serpenteante en dirección a resultados exitosos con una elevada participación de los miembros comunitarios y sus autoridades.

Los aspectos funcionales más importantes pueden ser resumidos de la siguiente forma:

- Comunidades bien definidas, organizadas y funcionales, capaces de tomar decisiones y participar en términos de igualdad.
- Propiedad colectiva de la tierra (títulos de propiedad comunitarios) que contrarresta las asimetrías de poder.
- Una jerarquía y una red funcional de organizaciones indígenas, desde el ámbito comunitario hasta el más elevado ámbito nacional.
- Un sistema de comunicación y transporte funcional dentro de su marco organizacional.

- Una concepción de proyecto de "prueba-y-error", con una estrategia de implementación dinámica y pragmática (vs. un enfoque rígido de marco prefijado).
- Una estrategia de monitoreo y supervisión caracterizada por intervenciones recurrentes y frecuentes revistas de campo.
- Una perspectiva de implementación a largo plazo y pocas restricciones temporales para la ejecución.
- Una colaboración entre donantes y beneficiarios, caracterizada por la participación activa de miembros de las direcciones de las agencias financiadoras en las revisiones de campo.
- Enfoques de salud diversificados, que respetan las diferencias e interpretaciones étnicas.

Finalmente, debería hacerse énfasis en que si no hubiera sido por el personal de campo -sumamente capacitado, dedicado y comprometido- de los equipos, que superó dificultades inimaginables para llegar hasta las comunidades, visitar las familias dispersas y ofrecerles capacitación y ayuda, este proyecto hubiera fracasado. Las enfermeras, en particular, brindaron generosamente sus extraordinarios esfuerzos para que el Proyecto de Salud Indígena fuera una realidad. Muchas de estas jóvenes mujeres, provenientes de áreas urbanas lejanas de Los Andes o Lima, tenían hijos y familias, a quienes dejaron de ver durante la mayor parte del año, pasando once meses por vez en el campo, con poco contacto; un sacrificio que fue compensado únicamente por niveles salariales simbólicamente más elevados que los del sector público. Todos nosotros apreciamos enormemente su compromiso y su humanismo, porque fueron la fuerza motriz y la motivación subyacentes al proyecto, convirtiendo en realidad los sueños amazónicos de un Programa de Salud Indígena.

#### POSDATA, NOVIEMBRE 2002

El editor visitó Atalaya y el Gran Pajonal en noviembre de 2002, donde la situación general en zona era preocupante. Las actividades madereras se habían acelerado por el temor de las empresas de que las nuevas leyes restrinjan la extracción. El saqueo de las últimas reservas de maderas nobles está en pleno apogeo y la maquinaria pesada se ha esparcido a cada rincón de la zona, sin ningún control ni legitimidad. También se ha incrementado la explotación petrolera en la región. Según las autoridades, hay indicadores que muestran en las comunidades indígenas un alarmante incremento de enfermedades venéreas, particularmente sífilis, aparentemente debido al aumento de obreros trabajando en la madera y petróleo. Aun no existe información sistemática sobre la presencia de VIH y SIDA, pero es indudable que en la actual situación está diseminándose en la población indígena.

Ante esta situación, las organizaciones se encuentran desanimadas. La fuerza impulsora del Programa de Salud Indígena ha desaparecido con

la clausura de los proyectos en las tres áreas. Por otro lado, el nuevo proyecto para el establecimiento de una escuela de Técnicos Sanitarios de Salud Indígena, se viene retrasado demasiado por cuestiones burocráticas en la toma de decisiones en las estructuras públicas nacionales e internacionales. Hay una gran expectativa y un deseo en las comunidades de que este programa continúe, pero cada día que demore, se percibe que la motivación disminuye. Se debe señalar que existe una oportunidad extraordinaria, para todo el sector de salud y de las ONG, para reactivar las estructuras y funciones establecidas a través del PSI. Sería absurdo no aprovechar esta posibilidad.

#### Nota

1. Cf. Roger Plant y Søren Hvalkof: *Titulación de tierras y pueblos indígenas*. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible, Unidad de pueblos indígenas y desarrollo comunal, SDS/IND, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington, D.C., Enero 2002.



*Yiendose contra el corriente.*

Foto: Jim Thuesen, 1993

**FUNDACIÓN KAREN ELISE JENSEN**  
en colaboración con

**NORDECO**  
Agencia Nordica de Desarrollo y Ecología  
Skindergade 23  
DK-1159 Copenhagen K  
Dinamarca

**AIDSESP**  
Asociación Interétnica del Desarrollo de la  
Selva Peruana  
Av. San Eugenio 981  
Lima 13  
Perú