

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **AMILCAR VICENTE ALBAN TORRES**, C.I. **050051068-0** autor del trabajo de graduación intitulado: **"Sistema médico indígena entre los kichwa amazónicos: Prácticas tradicionales e interculturalidad"**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA** en la Facultad de **Ciencias Humanas**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 16 de Noviembre del 2015



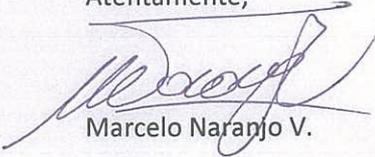
Amílcar Vicente Albán Torres

C.I 050051068-0

Quito, 09 de Noviembre del 2015

En mi calidad de director de la disertación de la estudiante **Amílcar Vicente Albán Torres** titulada: **Sistema Médico Indígena entre los Quichuas Amazónicos: Prácticas tradicionales e interculturalidad** certifico que el presente trabajo reúne todos los requisitos reglamentarios y de estilo, de acuerdo a las normas impuestas por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y por la Facultad de Ciencias Humanas.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marcelo Naranjo V.', written over a horizontal line.

Marcelo Naranjo V.

Director

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA

Sistema médico indígena entre los kichwas amazónicos:

Prácticas tradicionales e interculturalidad

Amílcar Albán Torres

Director: Dr. Marcelo Naranjo

Quito Noviembre 2015

Agradecimientos.

El presente trabajo no hubiera sido posible sin la guía, aporte, apoyo y colaboración tanto en el orden intelectual como en el social, afectivo y material de personas, comunidades, organizaciones e instituciones, que me permitieron efectuar la investigación y me alentaron a no perder la esperanza e ilusión, por ello quiero agradecer especialmente al Dr. Marcelo Naranjo mi director de tesis por su valioso tiempo y paciencia para corregir y estructurar el documento, por los largos diálogos que se convirtieron en clases inolvidables para nunca perder la fe y amar la antropología; a la Dra. Susana Andrade y Dr. Teodoro Bustamante por sus valiosas sugerencias profesionales.

A Cruz Roja Suiza y Red Internacional de Organizaciones de Salud que colaboran con las organizaciones indígenas para implementar proyectos de salud y porque me brindaron la oportunidad de trabajar en calidad de coordinador y director general durante largos años en la amazonia, invaluable experiencia que me permitió entrar en el ámbito de las organizaciones y sobre todo en el terreno material y espiritual de las comunidades kichwas de la amazonía. A las organizaciones: Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo - FONAKIN; Organización de Comunidades Kichwa de Loreto - OCKIL; Asociación de Promotores de Salud Jampi Kuna de Loreto; Organización de mujeres Kallary Muskuy Warmi Wankuriska de Loreto, Asociación de Parteras de Loreto y a todas las comunidades de Loreto y Napo que me abrieron sus puertas y me consintieron confiándome su sabiduría. A la Dra. Rosa Alvarado, Marcelo Shiguango y José Shiguango, que me acompañaron en gran parte de las entrevistas y me ayudaron a comprender de mejor manera la trama de los diálogos entre otros con los sabios y sabias especialistas : Francisco Grefa, Joaquina Grefa Chongo, Jacinta Cerda, Matías Shiguango, Manuela Aguinda, Vicente Siquigua, Carmen Grefa, Elena Aguinda, Antonia Grefa, Liduvina Licuy, Rosa Ester Tapuy, José Antonio Grefa, Domingo Grefa, Cesario

Ajon Jipa, Mario Tangila, Carlín Papa, Carlos Grefa, Carlos Vásquez, Carmela Aguinda, Leonardo Grefa, Matías Aguinda, Agustín Chimbo, Alberto Shiguango, Humberto Grefa, Jeaneth Chimbo, Vicente Alvarado Shiguango, Cesar Jipa, Carlos Matías Shiguango, José Grefa, Bartolo Chimbo y Maria Yumbo.

Es justo también agradecer a las Direcciones Provinciales de Salud de Napo y Orellana, al Área de Salud Loreto, y al Consejo Cantonal de Salud de Loreto y al Distrito de Salud Orellana Loreto que junto a las organizaciones indígenas han luchado y explorado los complejos caminos de la interculturalidad en salud.

A mis amigos y compañeros Dr. Alfredo Amores, Dr. Vinicio Mancheno, Dra. Nancy Tito; Dra. Marcela Ayluardo, Dr. Luis Fernando Calderón, Celso Fiallos, Marcelo Córdova y Dra. Susana Andrade, Santiago Carcelén, Lucy Ruiz y María Eugenia Tamariz y Juan Reinoso que me animaron a sostener la quimera.

A la luz y sombra de mi hija Dyuma con quien aprendimos a compartir el amor y corazón para los pueblos y nacionalidades indígenas; a mis hijos Félix, María Grecia, y Manuela que ayudaron a mantener la llama del cirio y a mi compañera Magola por su decidido apoyo.

A todos gracias por el apoyo, no obstante hay que decir que todos los errores, negligencias y omisiones son de absoluta responsabilidad del autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL.....	13
FACTORES QUE INTERVINIERON PARA DEFINIR EL TEMA.....	13
MARCO CONCEPTUAL.....	14
LINEAMIENTOS CONCEPTUALES.....	26
SISTEMA DE SALUD.....	27
SISTEMA MÉDICO OCCIDENTAL O BIOMÉDICO.....	29
SISTEMA MÉDICO INDÍGENA.....	35
INTERCULTURALIDAD.....	39
CAPÍTULO 2. CONTEXTO DONDE SE EFECTUÓ LA INVESTIGACIÓN.....	46
LA AMAZONÍA: CONTEXTO GENERAL.....	46
CONTEXTO HISTÓRICO DE LA REGIÓN AMAZÓNICA ECUATORIANA.....	48
PRIMERAS INCURSIONES, CONSOLIDACIÓN Y DECADENCIA DE LA PRESENCIA ESPAÑOLA.....	49
1537 – 1557 PRIMERAS INCURSIONES.....	52
1557 – 1576: AFIANZAMIENTO DE LOS ESPAÑOLES EN LA ZONA.....	54
1576- 1600: LEVANTAMIENTOS INDÍGENAS Y DECADENCIA DE LA PRESENCIA ESPAÑOLA.....	59
FIN DE LA COLONIA E INICIO DE LA ÉPOCA REPUBLICANA.....	62
LA ETAPA DEL CAUCHO.....	68
PROCESO DE COLONIZACIÓN EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX.....	70
NIVEL ORGANIZATIVO DE LAS COMUNIDADES.....	72
CAPÍTULO 3. ESTRUCTURA Y SIGNIFICADO DEL SISTEMA MÉDICO INDÍGENA.....	75
COSMOVISIÓN.....	75
LA ENFERMEDAD.....	80
ENFERMEDADES NATURALES: <i>NATURALISMO</i>	87
ENFERMEDADES SUBCHAMÁNICAS - SEMISOBRENATURALES: <i>PAJUS</i>	88
ENFERMEDADES CHAMÁNICAS: SOBRENATURALISMO.....	91
SALUD: APROXIMACIÓN AL CONCEPTO.....	93
PRESTADORES DE SERVICIOS, SUS FORMAS DE APRENDIZAJE O ADIESTRAMIENTO Y TÉCNICAS QUE SE IMPLEMENTAN.....	96
LA FAMILIA KICHWA COMO BASE DEL <i>SISTEMA MÉDICO</i>	97
ESPECIALISTAS.....	101
YACHAKUNA: CHAMANES.....	102
PAJUYUKUNA.....	114
APROXIMACIÓN FINAL A LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA MÉDICO KICHWA.....	118
CAPÍTULO 4. RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA MÉDICO INDÍGENA Y EL SISTEMA FORMAL DE SALUD.....	121
SALUD E INTERCULTURALIDAD EN EL ECUADOR.....	125
PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL EN LORETO.....	131
ANTECEDENTES.....	131
PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL EN LORETO.....	134
PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.....	134
LA RED DE SALUD LORETO.....	142
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	147
REGISTRO FOTOGRÁFICO.....	152
BIBLIOGRAFIA.....	158

Introducción.

Planteamiento del problema:

El presente trabajo expone los principales resultados de la investigación realizada bajo el título “Sistema médico indígena entre los kichwa amazónicos: prácticas tradicionales e interculturalidad”, con el que nos proponemos demostrar la hipótesis que los indígenas kichwa de la Amazonía en el ámbito médico, mantienen componentes específicos de orden cognoscitivo y práctico, que en su conjunto sugiere la existencia de un sistema médico propio, expresado en su concepción del proceso salud – enfermedad; en el conocimiento de sus prestadores de servicios, sus roles y especialidades; en los procedimientos de aprendizaje, la manera de describir la etiología o causas de las enfermedades, su taxonomía, procesos diagnósticos y de tratamiento específicos y conductas a observarse.

Al mismo tiempo, la investigación aborda una problemática que ha estado ausente de la mayor parte de estudios etnomédicos: el sistema médico indígena coexiste, en el momento actual, con el sistema occidental de salud, sin que entre ambos existan canales formales de relación e intercambio; coexisten desconociéndose e ignorándose mutuamente, a pesar de que, al mismo tiempo, las relaciones son intensas, múltiples y cotidianas desde la práctica de los usuarios, pues las familias kichwa hacen uso indistintamente de ambos, siguiendo una racionalidad particular.

En este sentido, las investigaciones de carácter etnográfico que se han realizado en la amazonía ecuatoriana, han tendido a describir y analizar la medicina indígena como “encerrada en sí misma”, sin ninguna o con poca influencia externa y sin conexiones con el sistema formal u occidental de salud; no se aborda, por lo tanto, la injerencia de la concepción médica occidental en el sistema indígena.

Finalmente, es necesario mencionar que en la región amazónica del Ecuador, se han emprendido esfuerzos desde algunas organizaciones indígenas que han buscado, por una parte, elevar el nivel de acceso a los servicios públicos de salud, pretendiendo al mismo tiempo, relacionarlos con sus prácticas médicas tradicionales. En este contexto, la presente investigación pretende enfocar la problemática de la “interculturalidad en salud”, desde la perspectiva del análisis de un caso concreto, consistente en la propuesta de un modelo de salud implementado en el cantón Loreto de la provincia de Orellana.

Objetivos.

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

- 1.- Caracterizar las prácticas médicas de los indígenas kichwa de Loreto, para determinar la estructura y significado del “Sistema Médico Indígena”.
 - 1.1 Describir la concepción que sobre el proceso de salud, enfermedad y muerte tienen los prestadores del sistema médico indígena.
 - 1.2 Describir la etiología y taxonomía de las enfermedades y derivado de esto, los tipos de diagnóstico y tratamiento.
 - 1.3 Identificar los actores del sistema médico indígena: quienes son, especialidades y roles por género y el proceso de aprendizaje.
- 2.- Analizar las relaciones existentes entre las prácticas médicas indígenas y el sistema oficial de salud.
- 3.- Reflexionar en torno del concepto de interculturalidad en salud: la factibilidad de inter relacionar los dos sistemas y su utilidad práctica, a la luz de la descripción de una experiencia concreta de modelo intercultural de salud.

Preguntas guía.

Las hipótesis se plantean a manera de pregunta y fueron la guía que orientó la investigación y frente a las cuales el estudio busca dar respuestas:

¿Los indígenas kichwa en el ámbito médico mantienen componentes específicos de orden cognoscitivo y práctico que no derivan de la concepción occidental?

¿Estos componentes específicos dan cuenta de un universo propio que nos sugiera conceptualarlo como un “Sistema Médico o de salud”?

¿Es dable una interrelación entre los dos sistemas (indígena y occidental)? Y si es posible, ¿es a su vez necesario?

Enfoque metodológico.

El estudio “Sistema médico indígena entre los kichwa amazónicos: Prácticas tradicionales e interculturalidad” se planteó como una investigación etnográfica, de carácter exploratorio y cualitativo, centrada en el levantamiento de información sobre la concepción, valores y prácticas, tanto de las familias como de los prestadores de la medicina tradicional, en torno de los temas objeto de investigación. La metodología incorporó también elementos de sistematización de una propuesta de salud con enfoque de interculturalidad, desarrollada por la Organización de Comunidades Kichwa de Loreto - OCKIL, organización indígena ubicada en el cantón Loreto, provincia de Orellana.

El procedimiento metodológico utilizado partió de un análisis bibliográfico para actualizar el estado del debate en torno de este tema y situar a la investigación en este contexto. La bibliografía de referencia tiene dos ejes principales: uno histórico y otro antropológico, este último relacionado concretamente a los temas de estudio de la antropología médica. A partir de estos ejes, se pretendió reconstruir cómo la antropología ha abordado la problemática de la salud y enfermedad en diversos

contextos y en referencia especialmente a pueblos originarios. Se puso un especial énfasis en fuentes que han investigado el tema en la Amazonía, con el propósito de comparar, en lo posible, las prácticas de salud que se desarrollan en los diferentes contextos. Adicionalmente, se revisó documentación especializada y referida específicamente al contexto local donde se ubicó el estudio.

Se efectuaron entrevistas con informantes calificados: prestadores de la medicina tradicional, miembros de comunidades y personal de salud del sistema formal, a partir de una guía de entrevista diferenciada por actor, cuyo detalle es el siguiente:

Entrevistas con prestadores de servicios de la medicina indígena.- Se entrevistó a sesenta y cuatro prestadores de la medicina indígena, distribuidos de la siguiente manera: veinte yachakuna, doce parteras, veinticinco pajuyukuna y siete sobadores. Se siguió un plan y un cuestionario general para el trabajo de campo con el propósito de consolidar la información requerida para argumentar, comparar y razonar alrededor de las especialidades, clasificación de los actores, capacidad resolutive de cada especialidad, roles por género, causalidad de la enfermedad, tipificación de enfermedades, procesos de aprendizaje, entre otros temas.

Las entrevistas fueron grabadas, se recogieron en idioma kichwa y español y en su mayoría se ejecutaron en las propias comunidades. Para ello se contó con el apoyo de la médica kichwa Dra Rosa Alvarado; de Marcelo Shiguango especialista y aprendiz de yachak y José Shiguango, dirigente comunitario y promotor de salud indígena, quien estuvo encargado de la traducción al español. Acompañó todo este proceso la participación y observación directa en diferentes prácticas de curación.

Entrevistas con prestadores de servicios de la medicina occidental.- Se entrevistó a profesionales de la salud que trabajan o trabajaron en el sector público, para obtener información acerca de la percepción que tienen los profesionales a nivel personal e institucional acerca de la medicina indígena.

Talleres.- Para complementar la información recogida a través de observación directa y entrevistas, se organizaron dos talleres que tuvieron el propósito de levantar información específica sobre el uso y manejo de plantas medicinales, en los que intervinieron más de cincuenta prestadores de servicios de la medicina indígena de Napo, Orellana y Sucumbíos; en estos eventos se pudo recabar datos acerca del conocimiento de los indígenas kichwa de la Amazonía sobre las formas de recolección, dosificación, preparación y contraindicaciones que se observan cuando intervienen las plantas y otras sustancias curativas en la terapéutica indígena.

Para el análisis de la relación entre el sistema médico indígena y el sistema formal de salud, se sistematizó una experiencia concreta, para lo que se realizó una revisión de la documentación existente y se llevó adelante un proceso de análisis con los actores locales a partir de talleres de discusión en los que se reconstruyó la experiencia, se explicitaron conceptos; se definieron los procesos operativos del modelo, la participación de agentes de la medicina tradicional y del sistema formal de salud y se analizaron sus resultados.

Estructuración del documento:

El documento está estructurado en cinco capítulos ordenados de la siguiente manera:

Capítulo 1: Marco conceptual: En este capítulo se analizan los factores que intervinieren como criterios para definir el tema de la disertación, se expone el marco y lineamientos conceptuales con los que se aborda la disertación.

Capítulo 2: Contexto donde se efectuó la investigación: Se describen y caracterizan aspectos generales de tipo geográfico, climatológico y poblacional. Se intenta una caracterización de la población kichwa en base a datos de carácter histórico, y etnohistórico; se identifica la población, sus comunidades, el entorno general en el que se desenvuelve la comunidad y la familia y finalmente se describe de manera general, el nivel de organización en el que se encuentran inscritas las comunidades.

Capítulo 3. Estructura y significado del sistema médico indígena: En este capítulo se caracteriza el sistema médico indígena, a partir de la descripción de sus principales elementos: es decir, las concepciones sobre la salud y la enfermedad, etiología y taxonomía de las enfermedades, instrumentos diagnósticos y tipos de tratamiento, incluyendo el uso de plantas medicinales, dietas y curas chamánicas. Así mismo, se pasa revista por los actores del mundo médico indígena, las especialidades por género, capacidad resolutive y formas de aprendizaje.

Capítulo 4. Relación entre el sistema médico indígena y el sistema formal de salud: El cuarto capítulo se enfoca en la problemática de la “interculturalidad en salud”, a través del análisis de las relaciones entre el sistema médico indígena y el sistema oficial de salud, desde la perspectiva tanto de los proveedores de ambos sistemas, como de sus usuarios indígenas, procurando, en este caso, analizar las opciones que hacen las familias kichwa entre uno u otro servicio (formal o tradicional). El capítulo se cierra con la reflexión en torno de la factibilidad de inter relacionar los

dos sistemas y su utilidad práctica a la luz de la descripción de una experiencia concreta de modelo intercultural de salud.

Capítulo 5. Conclusiones: en donde se exponen los principales hallazgos de la investigación; organizadas a partir de las respuestas tanto de las hipótesis y preguntas guía de la investigación, como de los objetivos específicos propuestos.

Para finalizar, se incluye además un registro fotográfico

Capítulo 1: Marco Conceptual.

El capítulo uno presenta en un primer momento los factores que sirvieron como elementos para definir el tema de la disertación; en una segunda parte se propone un marco conceptual para lo que se introduce una visión general del proceso o surgimiento de la antropología médica, para luego definir el marco teórico en el que pretendemos ubicarnos; en una tercera parte se definen las líneas conceptuales, poniendo especial énfasis en lo referente al significado de conceptos centrales para el estudio, como son : sistema de salud; sistema médico occidental o biomédico; sistema médico indígena e interculturalidad.

Factores que Intervinieron para definir el tema.

Un primer elemento que nos animó a abordar este tema, está relacionado con la perspectiva que tuvo la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo –FONAKIN- con respecto a impulsar programas de salud en comunidades de base del cantón Loreto, a través de la Organización de Comunidades Kichwa de Loreto -OCKIL-. Dichos programas, a pesar de que han logrado significativos avances, tienen dificultades en un aspecto central de su funcionamiento: la relación, coordinación y diálogo con el sistema formal de salud público; con el que necesariamente deben coordinar una gran parte de sus actividades. En este sentido, consideramos que emprender en un esfuerzo sistemático que caracterice las prácticas médicas indígenas, permitirá una mejor comprensión de las mismas y consecuentemente contribuirá al proceso de coordinación en un marco de respeto, lo que en última instancia favorecerá la mejor prestación de servicios sanitarios a los usuarios indígenas.

Un segundo factor que nos motivó, encontró sentido en el hecho de que, en la actualidad, se ha trabajado intensamente desde distintos ángulos, con el propósito de buscar espacios en los que se implementen servicios de salud con un enfoque de interculturalidad, y si bien, tanto en la teoría como en la práctica, se ha ganado significativa experiencia en varias organizaciones y provincias del país, pensamos que es posible aportar al debate con reflexiones desde la práctica de los programas de salud implementados en Loreto.

Marco Conceptual.

El tema salud ha sido ampliamente tratado en antropología (Ackerknecht, 1985. Auge, M, 1993. Laplantine, F, 1999. Menendez, 2002), dado que en todas las culturas existen componentes de carácter cognoscitivo y de comportamiento frente al estado de salud y enfermedad de los individuos y colectividades; los resultados que han arrojado las diferentes investigaciones dan cuenta de una diversidad en relación a la etiología (o causa) de enfermedades y padecimientos, así como de sus implicaciones y vinculaciones con prácticas curativas, mediante mecanismos de interacción entre pacientes y curadores.

Las investigaciones cobijadas en esta perspectiva, se inscriben en el campo de la antropología médica y etnomedicina. Sin embargo, la antropología clásica, ha abordado la temática, desde su mismo origen disciplinario, gracias a los estudios de antropólogos como Edward B. Tylor, Frazer, Malinowski y Evans Pritchard.

Tylor, a partir de la fundación misma de la antropología, inscrito en la corriente del evolucionismo social y desde la perspectiva de su teoría del animismo, mencionó el relacionamiento del hombre con fuerzas sobrenaturales mediante prácticas

apropiadas, para dar respuesta y solución a sus padecimientos (E. B. Tylor, Antropología, 1912). Frazer, entre su profusa obra, investigó acerca del tabú, el totemismo y la magia (Frazer, La rama dorada, 1998). Malinowski, quien legó a la antropología la institución del trabajo de campo a profundidad y que desde la perspectiva de la teoría funcionalista advirtió que la función principal de la cultura era satisfacer las necesidades básicas de los individuos y las sociedades en el orden material y psicológico: vivienda, magia (salud), religión entre otros (Malinowski, Magia, ciencia, religión, 1994). Nombraremos por último a Evans Pritchard en consideración a que su trabajo con los Azande sobre sus prácticas rituales, permitió dar el carácter de “racional” a las creencias no científicas, incluyendo la práctica de las curaciones que es para nuestro caso, de específico interés (Pritchard, Evans, E. Brujería, Magia y Oráculos entre los Azande, 1976).

Los antropólogos arriba mencionados, entre otros no menos importantes, pusieron la base de lo que hoy conocemos como antropología médica o etnomedicina; nos dejan ver que el análisis etnográfico de la salud y enfermedad subsumido en las investigaciones sobre todo de la religión, es tan antiguo como la antropología misma. Así también, permiten afirmar que toda cultura posee un sistema médico o de salud con su propia etiología de las enfermedades, métodos de diagnóstico y terapias curativas. Baer, Singer y Susser sostienen que se reconoce en el psicólogo y antropólogo William Rivers, a partir de sus trabajos realizados en el sureste del Pacífico, a principios del siglo anterior, como uno de los pioneros en abordar desde la perspectiva cultural, temas inherentes a la antropología y la salud, en el sentido de que propone que las prácticas médicas de las sociedades primitivas no están desconectadas de otras costumbres y que más bien, son parte integral de su propio contexto y de sistemas socioculturales más amplios en los que se encuentran insertos (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 20).

Forrest Clements (1932) es considerado otro precursor de la antropología médica, dado que realizó un estudio comparativo de conceptos y causas de la enfermedad en la medicina primitiva, procurando “mapear” los tipos de creencias en los pueblos primitivos del mundo. Clements clasificó en cinco categorías las causas de la enfermedad: hechicería, rompimiento de tabú, introducción de un objeto en el cuerpo, introducción de un espíritu y pérdida del alma.

En la década de los cuarenta Erwin Ackerknecht, identifica una gran variedad de tratamientos empíricos en los pueblos primitivos. Afirma que esta medicina siendo en principio mágico religiosa, tiene el carácter de lógica, debido principalmente a que los tratamientos son inherentes a las ideas que se tienen sobre las causas. Ackerknecht buscó desarrollar una interpretación cultural sistemática y funcionalista de lo que llamó “medicina primitiva”, la que, a más de sus características mágico religiosas, apela al carácter social en el sentido que “la medicina primitiva aparece muy claramente más como una función de la cultura que como una función de la biología” (Ackerknecht, E, 1985, p, 17). Sus trabajos son considerados hoy en día como “propiamente” de antropología médica.

Es a partir principalmente de los argumentos antropológicos de Rivers, Clements, Ackerknecht y Evans-Pritchard, que se reconoce que para entender el ámbito médico de una cultura dada, se deberá examinar su contexto sociocultural, debido a que estas prácticas forman a su vez un sistema lógico conceptual, ya que no constituyen segmentos desconectados de los aspectos generales de la cultura y la sociedad.

En la década del cincuenta, algunos antropólogos especialmente de los Estados Unidos, se involucraron en proyectos y programas de desarrollo en el ámbito de la salud; se podría decir de manera general que la orientación de las investigaciones tomó un giro a lo que se denominó “antropología aplicada a la medicina”, en la que se considera que -dada la formación profesional de antropólogo- podría coadyuvar en la implementación de programas de salud pública. En este sentido, Baer, Singer y Susser, sostienen que el antropólogo George Foster, contribuyó con una clasificación en el ámbito de los sistemas médicos no occidentales, Foster clasifica entre «*personalistic medical systems*» (sistemas médicos personalistas) y los «*naturalistic medical systems*» (sistemas médicos naturalistas). En los sistemas personalistas la enfermedad o el mal, se atribuye a la acción o intervención de un agente humano o no humano (brujo, chaman, espíritu, dios) y las terapias involucran decididamente aspectos sobrenaturales; mientras que en los sistemas naturalistas, las enfermedades y males son atribuidas a desequilibrios y perturbaciones del cuerpo y de la personalidad, provocados por agentes o fuerzas naturales (caliente, frío, húmedo, seco) y cuya terapia no involucraría aspectos sobrenaturales (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 20-30).

Esta clasificación ha servido de base para diversas investigaciones antropológicas en el campo de la salud, se ha aceptado como una premisa la presencia de los sistemas personalistas, sin embargo, no ha sucedido lo mismo para el caso de los sistemas naturalistas. Por ejemplo, autores como Auge sostienen que “la definición de salud en relación con un equilibrio de los humores o de los principios vitales no es incompatible con una concepción persecutoria de la enfermedad, como, por ejemplo, con la teoría de la agresión mediante brujería” (Auge, M, 1993, p, 37).

La “antropología aplicada a la medicina” al menos en los Estados Unidos, constituyó el telón de fondo para lo que posteriormente se llamó Antropología Médica. En este sentido, cabe resaltar que encontramos antecedentes, a partir de diferentes experiencias que teorizaron sobre la aplicación de la antropología en procesos de “aculturación planificada”, basándose en el supuesto que “la antropología académica nos había acostumbrado a un análisis etnográfico de los pueblos primitivos, de carácter atemporal y a histórico, donde todo cambio era considerado inesencial” (Aguirre, Baztan, A, 1986, p, 423).

El interés por orientar esfuerzos para entender e implementar cambios en el ámbito de la salud en las sociedades rurales e indígenas, se acentuó después de la segunda guerra mundial y ha continuado hasta el presente, a pesar de que, al menos en las primeras etapas, los trabajos de antropólogos como Benjamín Paul, Edward Wellin y George Foster han sido acusados de estar cargados de un eurocentrismo con fuerte tendencia hacia la biomedicina (Baer, Singer, Susser, 2003,p, 22).

La antropología médica desde sus inicios, como campo específico de investigación, ha presentado dificultad de delimitación de sus fronteras, en el contexto de la perspectiva teórica. En este sentido, podría decirse que, como ocurre en la mayoría de campos de la antropología, ha sido influenciada por diferentes corrientes teóricas: Relativismo Cultural, Funcionalismo, Ecología Cultural, Marxismo y Estructuralismo. Byron J. Good citado por Baer (2003) propone cuatro paradigmas centrales alrededor de la antropología médica: paradigma empírico, paradigma cognitivo, paradigma del “significado centrado” y paradigma crítico; citadas por el mismo autor, Ann McElroy y Patricia Townsend proponen cuatro enfoques teóricos básicos: teorías médicas ecológicas, teorías interpretativas, teorías de política - económica o crítica y teorías políticas – ecológicas (Baer, Singer, Susser, 2003,p, 31).

No es nuestro propósito revisar los mencionados paradigmas y teorías, pero consideramos necesario examinar de manera breve al menos la teoría médica ecológica y la teoría política económica o crítica, debido a que la disertación, si bien no se enfocará de manera precisa en ninguna de ellas, si reivindicará algunos de sus aspectos.

De acuerdo a William Y. Adams (2003), la teoría médica ecológica, encuentra su base en la Ecología Cultural propuesta por Julian Steward para quien, esta teoría es el estudio del proceso mediante el cual, las sociedades humanas se han ido *adaptando* al medio ambiente. Para Steward, los elementos que componen una cultura, responden de manera diferente, de acuerdo a los procesos de adaptación, pero, a su vez, los sistemas socioculturales influirán en los factores ambientales, culturales y biológicos. Reconoce que las respuestas *adaptativas* de las sociedades complejas son diferentes a las de las sociedades tribales. Se debe a Steward el hecho de la “reaparición” del evolucionismo en el ámbito de la discusión en la antropología cultural. Steward reprocha la naturaleza unilineal del evolucionismo sostenida por Morgan, Tylor y Spencer y a la vez propone un esquema adaptado al desarrollo evolutivo que lo denominó “evolución multilineal” en base a determinados paralelismos que, según su teoría, podían observarse en diferentes partes del mundo, en relación al origen de las sociedades complejas. La dimensión ecológica en el marco de la *adaptación*, es considerada el mayor aporte de Steward. Sus teorías fueron rebatidas por otras corrientes como la Antropología Cultural (Harris) y neo-marxista (Sahlins–Service) que, sin embargo, no renunciaron al concepto de *adaptación* propuesto por Steward (Adams, William, 2003,p, 81-84).

A finales de los años cuarenta se publicaron sus obras, a partir de lo que la “doctrina” ecológica de Steward y especialmente la concepción de *adaptabilidad* fue aceptada por amplios sectores de las ciencias sociales (Adams, W, 2003,p, 82-83).

Según Marvin Harris, el auge experimentado con respecto a los estudios ecológicos de los últimos tiempos, en los que, a su vez, se ha permitido una mejor relación entre la ciencia natural (ciencias médicas, biología, nutrición agronomía) con las ciencias sociales (antropología, sociología) se debe precisamente a Steward (Harris, M, 1999, p, 567-568).

Como ya hemos expuesto, la antropología médica ha tenido su propio proceso de formación, pero su relación con las teorías con enfoque en la ecología cultural, entendida como un proceso de *adaptación* al medio, resultó de gran persuasión para la conformación de la teoría *médica ecológica*. El enfoque principal en el que se apoya ésta, es precisamente la aceptación del concepto de *adaptación*, definido como “cambios biológicos y de comportamientos a un nivel individual o grupal que apoyan la sobrevivencia en un ambiente dado” (Baer, Singer, Susser, 2003,p, 32).

Desde esta perspectiva, la salud es entendida como una consecuencia de la adaptación ambiental, en buena medida busca entender los niveles de salud de un grupo social en relación con la naturaleza, así como de la calidad de las relaciones con su entorno general. La visión médica ecológica involucra una amplia perspectiva que puede ir desde el estudio de los sistemas médicos en las sociedades no occidentales, hasta su imbricación con los sistemas médicos occidentales; entiende la biología humana y su comportamiento como un proceso interactivo de adaptaciones con los recursos ecológicos y sociales (Baer, Singer, Susser, 2003,p, 33).

Para nuestra investigación, el concepto, a nivel general, será tomado desde el punto que asumimos que las culturas amazónicas han desarrollado complejos sistemas *adaptativos* en la inmensidad de sus territorios; particularmente en el caso de los kichwa amazónicos, en el ámbito de la salud, es innegable que las relaciones con su medio ambiente e interacción social, marcaron la ruta para enfrentar problemas de salud en la población; tal es el caso de la sabiduría expresada en el uso y manejo de plantas medicinales, animales, minerales, técnicas de curación, actitudes frente a factores de prevención, relación marcada con la parte espiritual, impacto producido frente al proceso de interrelación con otros grupos amazónicos, aculturación y relaciones con el sistema dominante occidental.

A pesar de que la teoría médica ecológica en su proceso ha ido incorporando, a más de los factores ambientales, elementos políticos y económicos, una de las críticas más significativas se ha centrado en el poco abordaje frente al análisis de la injerencia de los componentes políticos y económicos en los cambios y repercusiones en la salud de las sociedades humanas (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 34).

Arthur Kleinman introdujo el modelo cultural interpretativo a partir del que asume que la enfermedad es más bien un modelo explicativo, que corresponde a la cultura y su constitución como parte de la realidad humana. En este sentido, desde la perspectiva cultural de la enfermedad, ésta es asumida por la sociedad sólo a través de la óptica *interpretativa* de las actividades que involucran la interacción de la biología, prácticas sociales y marcos constituidos por una cultura (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 36).

El concepto de Kleinman frente a la enfermedad, ha sido asumido ampliamente en el ámbito de la antropología médica, sin embargo, su teoría cultural interpretativa

ha sido acusada de una deficiente atención frente a los roles que juegan las relaciones de poder en la construcción de las realidades en el campo de la salud¹.

Por nuestro lado, asumimos como premisa de la investigación el concepto que invoca la enfermedad como una construcción e interpretación de la cultura kichwa de Napo, pensamos que una buena simiente del concepto cultural de la enfermedad, aunque desde la óptica funcionalista, fue propuesta ya por Ackerknecht (Medicina y Antropología Social, 1985).

Otro campo teórico que debemos examinar es el referido a la antropología médica crítica, esta corriente encuentra básicamente dos fuentes de influencia, por un lado, desde un punto de vista de carácter epistemológico, ha trazado una línea de pensamiento filosófico que podría ir desde Spinoza, Nietzsche y más decididamente de Foucault, enfocándose en el análisis de los patrones de comportamiento de las ideologías dominantes en el campo de la salud y su íntima relación con las ideologías hegemónicas, así como con las instituciones predominantes como la biomedicina.

Para los propósitos de este trabajo, nos concierne más concentrarnos en una segunda línea de influencia que hace hincapié en el influjo de las corrientes marxistas y neomarxistas. En este sentido, se reconoce en Merrill Singer y Hans A. Baer (1982) como uno de los primeros antropólogos que acuñaron el término “antropología médica crítica”¹.

¹La teoría crítica está vinculada a la Escuela de Francfort de la que son exponentes representativos Theodor Adorno y el influyente sociólogo y pensador Jurgen Habermas que comparten la visión hegeliana y marxista de la historia y la sociedad sin dejar de mencionar a Max Horkheime, Herbert Marcuse y Walter Benjamin. (Payne, M, 2002,p, 27).

La antropología médica crítica incorpora el análisis de las fuerzas políticas y económicas y la incidencia del capitalismo en las relaciones sociales en el campo de la salud; en este sentido, sitúa la problemática de la salud en un contexto en el que esas fuerzas influyen en las relaciones humanas, determinando comportamientos sociales, condicionando experiencias colectivas, incidiendo en las ecologías locales e influyendo en los significados culturales (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 38).

En nuestro caso, nos apoyaremos en un nivel de análisis que concuerda con la antropología médica crítica, dado que las relaciones sociales en la cultura kichwa de Loreto, en general, y médica en particular, se enfrentan con una acentuada incidencia del sistema biomédico que mantiene un estatus dominante, que limita la práctica médica indígena y que se contrapone, mediante diversas actitudes, a las propuestas de las organizaciones indígenas que buscan, por un lado, mirar la salud como un derecho de los pueblos y por otro defender sus prácticas tradicionales como una expresión de resistencia y de identidad grupal; de otra manera, es manifiesta la repercusión en los niveles de salud de la población kichwa, cuando actividades como la explotación petrolera, maderera o las actividades agroindustriales se desarrollan en sus territorios.

Última consideración.

Partimos de la premisa de que, convenido que existen múltiples contextos culturales, así también existirán múltiples tipos de medicina que, a su vez, conforman numerosos sistemas médicos generalmente coherentes; así como también resulta cierto que cada uno de estos sistemas son diferentes unos de otros, especialmente en un marco en el que se explican las causas de las enfermedades y el concepto mismo de enfermedad y salud (Brunelli, G, 1989, p, 91).

Existe en la literatura antropológica otros esfuerzos que se han realizado en procura de entender de mejor manera la problemática, así, Laplantine, nos dirá que “en todas las sociedades, junto a los preconceptos implícitos acerca de la enfermedad, más vividos que pensados y que se presentan bajo forma no sistemática, existen modelos interpretativos contruidos, teorizados, elaborados o como diría Levi Strauss hechos en casa- por las distintas culturas” (Laplantine, F, 1999, p, 39).

Laplantine advierte, sin embargo, que en lo referente al campo médico, nos enfrentamos a un ámbito en extremo diversificado, frente a lo que es posible observar dos grandes tendencias: las medicinas que se centran en la enfermedad cuyos sistemas de representación son regidas por un modelo “ontológico” generalmente de naturaleza física, es decir la biomedicina; y las medicinas que más bien enfocan al ser humano enfermo y que sus representaciones están regidas por un modelo “relacional” en términos psicológicos, cosmológicos, sociales y fisiológicos; es decir las llamadas medicinas tradicionales (Laplantine, F, 1999, p, 57).

Las medicinas centradas en la enfermedad inscritas en el “modelo ontológico” nos refieren a la medicina “docta” de occidente, o dicho de otra manera, a la corriente de la medicina hipocrática que prioriza la atención en los síntomas corporales del enfermo y que adquiere una formulación sistemática a partir del dualismo cartesiano que separa el alma del cuerpo “siendo la primera, en esta perspectiva, resorte de la metafísica, y la segunda de la física” y que experimenta un desarrollo prodigioso a partir de la exploración de la anatomía y los descubrimientos microbiológicos de Pasteur, que abrieron el camino a la medicina contemporánea o dicho de otra manera al “modelo biomédico” (Laplantine, F, 1999, p, 57).

El “modelo biomédico” se construyó a lo largo de un proceso histórico en el que resultó determinante la influencia de los modelos mecanicistas desarrollados en Europa en los siglos XVI y XVII al amparo del dualismo cartesiano “cuya visión matemática y geométrica de la naturaleza física de las cosas le hizo concebir el cuerpo humano como una máquina, cuyas cualidades se resumían en monotonía, fijeza e inmovilidad y a la enfermedad, como una alteración “etiquetable” de aquélla” De esta manera, se separó cuerpo y alma y en lo que a la enfermedad concierne, se la concibió como ajena a la complementariedad biopsicosocial del ser humano (Caramés García, M^a, T, 2004, p, 35-37).

Finalmente, no debemos dejar de mencionar los aportes en el ámbito de la antropología médica de autores como Gonzalo Aguirre Beltrán para quien “Toda sociedad posee un sistema coherente de ideas que le conducen a clasificar las enfermedades, a interpretar sus causas y a ejecutar prácticas destinadas a restaurar la salud cuando ésta se pierde. Toda sociedad tiene especialistas adiestrados, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de acuerdo con ese sistema de ideas.....Los especialistas en las comunidades indígenas operan de acuerdo con las interpretaciones tradicionales de la causa de males y accidentes; distintas a las que participan de una orientación científica” (Aguirre Beltrán Gonzalo, s/f, pp12).

El pensamiento, trabajos e investigaciones de Aguirre Beltrán son considerados pioneros de la antropología médica en América latina, incidieron en procesos de intervención institucional en salud con enfoque intercultural, constituyeron el marco para el desarrollo de la antropología aplicada e influyeron en las investigaciones con enfoque indigenista entre las décadas del 40 al 70 del siglo pasado.

Es importante también para la disertación mencionar a Eduardo Menéndez quien hace hincapié en el hecho de que el proceso capitalista ha conducido a la emergencia de varios modelos de atención médica y que en dicho proceso el modelo

medico hegemónico occidental pretende la exclusión ideológica y jurídica de los modelos alternativos mediante la apropiación y transformación de los mismos. Menéndez da cuenta del proceso de crisis en el que ha entrado el modelo hegemónico, cuestiona la eficacia y eficiencia de las prácticas de la medicina denominada científica, y rescata la eficacia de a las practicas alternativas. Reconoce tres modelos básicos: a) el modelo medico hegemónico basado en el biologismo positivista, legitimado jurídica y académicamente, de carácter expansionista, personalista y como se mencionó con tendencia a la exclusión, desconocimiento, o apropiación y trasformación de otras prácticas. b) El modelo médico alternativo subordinado en el que integra prácticas tradicionales y alternativas con influencia del modelo hegemónico y sistemas médicos de alta complejidad desarrollados al margen del sistema occidental como la medicina ayurvedica o la acupuntura y herbolaria chinas. c) Modelo médico basado en la auto-atención, basado en las acciones de las propias personas, familias y comunidades en las que no interviene directamente un profesional y que supone desde acciones “consientes” de no hacer nada hasta acciones más complejas encaminadas a la cura. Según Menéndez este modelo es de carácter estructural, atañe a toda sociedad, constituye el primer nivel real de atención y está en la base de los modelos anteriores. (Menéndez Eduardo, 1983, pp 86)

Lineamientos Conceptuales.

El propósito central de la investigación implica investigar el ámbito médico kichwa, en procura de conceptualarlo como un sistema, en tal virtud, será necesario que definamos en primer término un concepto general de Sistema de Salud o Médico, con el propósito de encaminarnos a contraponer lo que denominaremos Sistema de Salud Occidental o Biomédico, con el pretendido Sistema Médico Indígena. Dado que el marco conceptual sitúa a la investigación en el contexto de la antropología médica,

será también necesario definir colateralmente otros conceptos básicos que serán utilizados a lo largo del documento, tales como enfermedad, salud, biomedicina, modelo de salud, cultura e interculturalidad.

Sistema de Salud.

Un primer aspecto que debemos esclarecer está relacionado a que tomamos en el mismo sentido el concepto “sistema de salud” y el que denominamos “sistema médico” en razón a que los dos conceptos son definidos bajo los mismos parámetros en las distintas fuentes consultadas. Así, para la Organización Mundial de la Salud - OMS “los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud” (Organización Mundial de la Salud–OMS, 2000, p, 1).

La Organización Mundial de la Salud plantea también que “un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover restablecer o mantener la salud” (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2000, p, 6).

Por su lado, Hans A. Baer, Merrill Singer e Ida Susser definen un sistema médico en el siguiente sentido: “en respuesta a la enfermedad y al padecimiento, todas las sociedades humanas crean sistemas médicos de un tipo u otro. Todos los sistemas médicos consisten en creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad” (Baer, Singer, Susser, 2003, p, 8).

Otro concepto en esta misma esfera encontramos en Plutarco Naranjo: “La medicina es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, por primitivo que sea o se considere, que no haya desarrollado algún tipo o sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de

reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud” (Naranjo, P, 1995, 13).

Otro concepto establece que un sistema médico puede entenderse como “la constelación de creencias, conocimientos, personal, instalaciones y recursos que juntos estructuran y moldean la manera en que los individuos o un grupo socio cultural obtienen cuidado y tratamiento para sus enfermedades” (Fabrega y Manning, 1979, p, 41, mencionados por Brunelli, 1989).

Resulta evidente que delimitar el concepto *sistema de salud* de un modo concluyente es una tarea harto compleja, como la misma OMS reconoce², lo cual es explicable debido a la amplitud que abarca la temática.

En esta disertación entenderemos como sistema médico, al conjunto de creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad y también a todas las actividades cuya finalidad principal es promover restablecer o mantener la salud, para lo que nos apoyamos en los conceptos de Hans A. Baer, Merrill Singer e Ida Susser y la OMS, respectivamente.

Ahora bien, una vez que hemos definido el contexto general acerca de lo que entendemos por sistema de salud, en el que se asientan tanto la medicina indígena como la medicina occidental, corresponde delimitarlas definiciones de lo que llamamos sistema médico occidental o biomédico y lo que comprenderemos por sistema médico indígena.

²“Puede resultar difícil dar una definición exacta de lo que es un sistema de salud, de sus componentes y de dónde empieza y termina” (Organización Mundial de la Salud, 2000,p, 6).

Sistema Médico Occidental o Biomédico.

Según Laplatine, “el saber médico occidental es fundamentalmente biológico”, es además poseedor de una rica historia que podría ir al menos desde Hipócrates con el apareamiento del concepto de “entidad mórbida”, hasta su articulación con el actual modelo biomédico (Laplantine, F, 1999. p, 58). En tal sentido, lo que interesa ahora es, en primera instancia, definir lo que llamaremos *modelo biomédico* para poder situar al sistema médico occidental. Siguiendo a García M; Pú M, y Karin E, un *modelo* será entendido como “la descripción ordenada y lógica del funcionamiento de los componentes o elementos de un todo y de éste con su entorno y contexto” (García, M. Pú, M. Karin E, 2003, p, 9).

Los modelos se explican y se describen en base a determinados paradigmas, el concepto de paradigma, fue acuñado por Thomas S. Kuhn en La Estructura de las Revoluciones Científicas y la Filosofía de la Ciencia.³ El paradigma representa un compromiso compartido y asumido por una comunidad científica como una forma específica de práctica científica. Para Kuhn la historia de la ciencia está caracterizada por una sucesión de paradigmas; sin embargo, el concepto ha sido asumido en vastos campos y se aplica en la mayoría de enfoques teóricos, filosóficos e ideológicos (Belsey, A, 2002, p, 515. Caramés, García, M^a, T, 2004, p, 32).

En tal sentido, el *modelo biomédico* es entendido como las prácticas de intervención científica que se caracteriza por su pretensión de objetividad positivista con enfoque predominantemente biológico en el abordaje del fenómeno salud – enfermedad – atención. El *modelo biomédico* supone además una construcción ideológica y cultural y no únicamente el aprendizaje de técnicas, práctica de habilidades, montaje de infraestructura, o invención de insumos. También conlleva una

³Para profundizar sobre el concepto de paradigma, ver Kuhn, Thomas. La estructura de las Revoluciones Científicas, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 2004.

actitud, una manera de ver y consecuentemente de un proceder frente a la enfermedad, y la relación sujeto enfermo y prestador de servicio (Caramés, García, M^a, T, 2004, p, 31). Predomina en el modelo biomédico, la atención en los síntomas corporales del enfermo y admite generalmente la enfermedad, como una alteración clasificable de la naturaleza física humana; regularmente es más consecuente con la “atención” que frente a la “prevención” de las enfermedades. Es importante señalar, que el *modelo biomédico* es la base en la que se asienta el sistema médico occidental.

Definir el sistema médico o de salud occidental, tampoco resulta sencillo; en todo caso, se puede asumir que en él se inscriben todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud amparándose básicamente en el modelo biomédico⁴.

Estos sistemas fueron asumidos como responsabilidad de los Estados desde los inicios del siglo XX con el propósito de beneficiar a la población y su implementación ha sido un reflejo de la inequidad entre países ricos y pobres. En nuestro caso, nos referiremos a algunos factores que conllevan los sistemas de salud de carácter estatal, debido a que es con este sector con el que se relacionan mayormente las acciones de salud de los kichwa de Loreto.

Se ha establecido que estos sistemas funcionan primordialmente mediante niveles en los que se organiza la atención de acuerdo a su complejidad y regularmente se reconocen tres niveles. Para nuestro trabajo, resulta importante poner énfasis en el primer nivel de atención, debido a que es al cual le corresponde ejecutarse principalmente en los sectores rurales de los países.

⁴La OMS reconoce que la mayoría o casi toda la información existente sobre los sistemas médicos, está referida a la prestación de servicios y a la inversión realizada, sean de carácter público o privado, individual o colectivo (Organización Mundial de la Salud, 2000,p, 6).

El Primer Nivel de Atención es en la práctica, la puerta de entrada para las sociedades rurales e indígenas al sistema de salud occidental que lo podríamos también catalogar como oficial o institucional. En este nivel, se proyecta organizar los recursos con el objetivo de enfrentar enfermedades prevalentes, así como necesidades de atención básica, en lo posible resueltas mediante actividades de promoción, prevención y atención con procedimientos establecidos y normados; cuenta con establecimientos de baja complejidad que van desde un puesto, sub-centro o centro de salud. Estos establecimientos regularmente cuentan con personal técnico básico: auxiliar de enfermería, enfermera, médico rural, estomatólogo rural y su modalidad de atención es de carácter ambulatorio, consulta externa y urgencias.

Por otra parte, en el primer nivel de atención se debe asegurar la accesibilidad de la población de acuerdo a la ubicación geográfica de los establecimientos; así como garantizar coberturas del 100% especialmente en los programas dirigidos a primera infancia y niñez; como por ejemplo el programa ampliado de inmunizaciones. En este nivel además, se produce la información básica para establecer los parámetros de epidemiología a nivel rural; datos que son agregados hasta llegar al nivel nacional. A nuestro juicio, el primer nivel de atención, constituye, para el caso de Loreto, un *nivel "bisagra"* entre los ámbitos del sistema occidental o biomédico y el sistema médico indígena. Este primer nivel se articula con un Segundo Nivel de Atención mediante normativas de referencia y contrareferencia.

El Segundo Nivel de Atención es correspondiente con establecimientos de mayor complejidad: los hospitales, que son ubicados de acuerdo a determinados parámetros como los geográficos, de densidad poblacional y accesibilidad. Supone la prestación de servicios especializados y relacionados con atención interna y cirugías

generales, aunque la atención puede ser también ambulatoria; puede además ser espacios de especialización de profesionales. Finalmente, el Tercer Nivel de Atención está constituido por establecimientos de alta complejidad, por sus niveles de especialidad y tecnología.

A más de los tres niveles brevemente descritos, los sistemas de salud occidental conllevan otros parámetros establecidos en la forma de políticas, formación profesional, normativas, manejo de tecnología, manejo de fármacos, asignación presupuestaria, etc., que se implementan de acuerdo a cada país.

Para la OMS, estos sistemas tienen “la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y de tratarlas con dignidad”.

Generalmente, los sistemas de salud occidentales se proponen tres objetivos fundamentales, a saber: mejorar la salud de la población a la que sirven; responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Creemos pertinente exponer una última consideración que está relacionada con tres momentos de desarrollo que han repercutido en los sistemas de salud occidental. La OMS reconoce tres generaciones de reformas implementadas a lo largo del siglo XX: la primera caracterizada por la creación de los sistemas nacionales en los países ricos y por extensión a los países de ingresos medianos y pobres.

En este primer momento, las reformas se orientaron a satisfacer las demandas y presiones de las poblaciones marginadas al uso y servicios que prometían los sistemas. Apenas en la década del sesenta las potencias coloniales en África y Asia, y los gobiernos de América Latina, establecen servicios de salud que en su mayoría

incluían a las poblaciones campesinas, nativas e indígenas; sin embargo, los estudios realizados a nivel mundial, determinaron que más del cincuenta por ciento de los gastos hospitalarios se dedicaban a la atención de afecciones que podrían ser resueltas mediante atención ambulatoria: enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y de la piel y enfermedades como la malaria y la tuberculosis.

En respuesta, a esta situación, se implementan de manera relativamente generalizada a nivel global, una segunda generación de reformas inspiradas en la promoción de la *atención primaria de salud* con el propósito de allanar la ruta para alcanzar niveles amplios de cobertura en toda la población; intentando tomar como antecedente experiencias positivas logradas en algunos países como Yugoslavia, China, Cuba India y Costa Rica, que demostraron obtener buenos resultados a un costo significativamente más bajo y que en tan sólo dos décadas de implementación, agregaron de quince a veinte años de esperanza de vida al nacer en su población.

En 1978 en Alma-Ata en la antigua URSS, se celebra la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, en esta Conferencia la OMS invoca para que los países del mundo desarrollen iniciativas para masificar la atención primaria de salud definida como *“La asistencia sanitaria esencial basadas en métodos y tecnologías prácticas, siendo los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas del desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”*.

Paradójicamente, a pesar de que se realizaron esfuerzos en su implementación en las últimas dos décadas, la mayoría de programas fueron considerados fracasos al menos parcialmente, con pobres niveles de financiamiento, insuficiente voluntad

política, poca capacidad resolutoria, equipos limitados, atención deficiente, debido a lo cual, el concepto *atención primaria de salud* entró en crisis y algunos sectores lo calificaron irónicamente como “*atención primitiva de salud*”.

La definición conceptual de Alma-Ata fue modificada en Ottawa en 1986, básicamente en el sentido de mejorar la oferta y proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. El último ajuste en esta línea se dio en Bangladesh en el año 2000, en la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos en donde, sin renunciar al sentido paradigmático del concepto, se propone que *Los principios de una Atención Primaria de Salud Universal e incluyente deberían ser la base para formular políticas relacionadas a la salud*.

El concepto *atención primaria*, en la práctica, supone, que tratamientos sencillos como manejo de enfermedades diarreicas y respiratorias puedan ser asumidas por personal con formación relativamente elemental y un proceso de capacitación para que la población pueda tener capacidad de resolución y poder de decisión frente a sus problemas más frecuentes de salud y el derecho a participar en los niveles de planificación de las políticas.

En la actualidad, de acuerdo con la OMS, se encuentra en implementación una nueva generación de reformas orientadas más hacia la demanda de los servicios por parte de los usuarios y cuyo paradigma es “acceso para toda la población” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p, 17)⁵.

⁵Las estrategias propuestas para lograr este fin, incluyen acciones como la implementación de *sistemas de aseguramiento universal de salud*. Estas reformas están alineadas con la declaratoria de los Objetivos del Milenio propuestos en el año 2000 que para el caso del sector salud proponen reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA, paludismo y tuberculosis.

Sistema médico indígena.

Un primer aspecto que debemos abordar para intentar una definición de un sistema médico *indígena* consiste en tratar de demarcar el término *indígena*, el mismo que ha sido utilizado como referente de *originario*; en todo caso, usado sobre todo en ciencias sociales y humanas, el término conlleva categorías específicas para referirse a sectores de la población que ocupan una posición determinada en la sociedad más amplia como resultado de procesos históricos específicos (Stavenhagen, R, 2003,p, 168).

Dado que la problemática indígena ha sido motivo de análisis desde diversas ópticas, el término ha ido asumiendo distintas connotaciones, así el Banco Mundial citado por Alderete (2004), define como “grupos sociales que poseen una identidad social y cultural diferenciada de la sociedad dominante donde viven, tienen un vínculo estrecho con sus tierras ancestrales y suelen estar en una situación de desventaja en el proceso de desarrollo” (Alderete, E, 2004, p, 11).

EL Convenio 169 de la Organización Mundial del Trabajo - OIT sobre los pueblos indígenas propone la siguiente definición: “pueblos que viven en los países independientes y se consideran indígenas en razón de que descienden de las poblaciones que habitan en el país o la región geográfica a la que pertenece el país en el momento de la conquista o colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras nacionales y que, independientemente de su condición jurídica, mantienen algunas o la totalidad de sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas” (<http://www.ilo.org/indigenous/Conventions/no169/lang--es/index.htm>).

Siguiendo a Stavenhagen, en América Latina, el término, en las últimas décadas, se ha transformado desde una connotación discriminatoria (aunque aún lo

es) en un término mediante el que se reconocen distinciones culturales y sociológicas y que en los diferentes ámbitos, se ha convertido en un símbolo de la lucha por la resistencia, los derechos humanos y de los pueblos (Stavenhagen, R, 2003, p, 170).

El mencionado autor, citando a J. R. Martínez (1987) expone también la siguiente definición, en este caso, de las Naciones Unidas: “son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y pre coloniales que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos a otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en partes de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblos, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales” (Stavenhagen,R, 2003, p, 170).

En todo caso lo que nos interesa poner de manifiesto es que el término ha evolucionado en la literatura de acuerdo a los acontecimientos y procesos vividos, desde los llamados primitivos, nativos, naturales, campesinos, indígenas hasta incorporar la noción de pueblos y nacionalidades, siendo estos dos últimos los que en la actualidad han asumido como propio, amplios sectores de la sociedad⁶.

Muchos pueblos y nacionalidades indígenas han mantenido en el contexto de sus patrones culturales y como un valor intrínseco sus sistemas médicos. Como ya

⁶Resulta interesante para nuestra disertación, mirar como, por ejemplo, para 1958 los kichwa de Napo asumieron un primer nivel de organización bajo el cuño de *sindicato de **trabajadores agrícolas** de Napo*; para 1969 se pronuncian como *Federación Provincial de Organizaciones **Campesinas** de Napo-FEPOCAN*; en 1973 se definen como *Federación de Organizaciones **Indígenas** de Napo FOIN* y se opera otro cambio en el año 2001 a *Federación de Organizaciones de la **Nacionalidad** Kichwa de Napo*.

anotamos anteriormente, llegar a una definición del concepto general de sistema médico indígena como del sistema médico occidental, presenta dificultades por la amplitud de categorías, relaciones y ámbitos que abordan.

Sin embargo, uno de los aspectos que sobresale, es el hecho de que en su mayoría, los sistemas médicos tradiciones, incluyendo el indígena, para el caso que nos compete, están basados en lo que podríamos definir como *modelos holísticos de salud*. De acuerdo con Carlos Bermejo, el término *holístico* proviene del griego “Holos/n” que significa: entero, todo, completo, total (Citado en: Mancheno, 2004, documento inédito, p, 17), de modo que el enfoque de estos modelos es el abordaje de la esfera salud – enfermedad – atención, con una dimensión física, espiritual, social, emocional y religiosa.

Los modelos *holísticos de salud*, no constituyen patrimonio exclusivo de las nacionalidades indígenas; se piensa que las medicinas milenarias como la ayurvédica, tibetana y china tienen esta misma base conceptual. En la actualidad muchas de las llamadas medicinas alternativas proponen este enfoque.

Aceptando que el *sistema de salud indígena* tiene una base holística, debemos subrayar que pueden inscribirse en la categoría de las medicinas milenarias que han manejado sus sistemas en la profundidad de los tiempos. Muchos de estos sistemas indígenas sufrieron el peso de los procesos de colonización, persecución e imposición de otras estructuras ideológicas, muchos desaparecieron, otros resistieron, y se “adaptaron” a convivir con los sistemas dominantes.

Bajo estas consideraciones, intentamos definir a los *sistemas médicos indígenas* originarios como el conjunto de creencias y prácticas que son

conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad, que tienen un enfoque holístico, son parte de la cultura indígena y su desarrollo no ha dependido expresamente de ningún otro sistema. El paradigma de estos sistemas constituye la búsqueda del equilibrio entre las fuerzas naturales, sobrenaturales y sociales. Por otro lado, no constituyen sistemas de carácter institucional en el sentido occidental, sino más bien, son parte de la configuración de una cultura dada, conllevan una carga de conocimientos, prácticas y comportamientos ancestrales, cuentan con una etiología para las diferentes categorías, así como recursos humanos encargados de promocionar la salud y aliviar la enfermedad⁷.

Es pertinente señalar que los *sistemas médicos indígenas* han asumido o incorporado a su cuerpo de creencias y prácticas determinados elementos de las culturas dominantes. Así, por ejemplo, en la cultura médica de los kichwa amazónica los chamanes o incluso otros prestadores de servicios de salud en muchas ocasiones incorporan en sus ritos y prácticas la invocación de categorías sagradas del cristianismo así como también ciertas técnicas y prácticas de la medicina occidental.

Los *sistemas médicos indígenas*, a más de estar férreamente arraigados en poblaciones constituidas por lo general, por el segmento más pobre de las sociedades e integradas por millones de personas, en no pocas ocasiones son la única fuente que tienen para enfrentar las dolencias.

⁷Ackerknecht, sostiene que estos sistemas no se inscriben en el marco de las *medicinas populares*, éstas contienen elementos de las medicinas indígenas “pero en la misma medida o quizás más poseen elementos degenerados de la medicina científica, de la medicina oficial. Me atrevería a afirmar que la medicina popular actual posee alrededor de un 10 por 100 de medicina primitiva (indígena) y un 90 por 100 de galenismo, por decirlo toscamente” (Ackerknecht, E, 1985, 10).

Tampoco se insertan en el marco de las *medicinas tradicionales*, tal como las conocemos hoy en día, posiblemente bajo el mismo argumento propuesto por Ackerknecht; pero, por otro lado, sí podrían insertarse en las *medicinas tradicionales* si tomamos el concepto de tradición como práctica y hábito propio de una cultura determinada.

De la misma manera que los sistemas occidentales, contienen una construcción ideológica, regularmente entendida en algunas líneas de la antropología como cosmovisión; así mismo, los sistemas médicos indígenas deben ser entendidos como una construcción cultural que contienen una manera de percibir y consecuentemente un proceder frente a la enfermedad, y la relación sujeto enfermo – y prestador de servicio; en la que prevalece el sentido holístico frente a las dolencias y por consiguiente la búsqueda paradigmática del equilibrio de las fuerzas naturales, sobrenaturales y sociales. No están constituidos por lo tanto, solo de meros procesos de aprendizaje, implementación de técnicas, manejo de fármacos naturales y construcción de etiologías, sino de una serie de valores y una particular mirada sobre las relaciones sociales, la interacción con la naturaleza y con el mundo sobrenatural, que en su conjunto determinan tales prácticas médicas

Interculturalidad.

La investigación se propone en uno de sus objetivos analizar la interculturalidad en el ámbito de la salud, por lo que corresponde acercarnos a la noción de cultura, como una aproximación al concepto, sin entrar a un análisis pormenorizado de distintas teorías, tarea que sobrepasa el ámbito específico de este estudio. Presentaremos sí los conceptos de cultura e interculturalidad con los que trabajaremos para los propósitos operativos de esta disertación

Para Tylor *cultura* es “un todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, derecho, costumbre y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad” (Citado en: Adams, W, 2003, p, 312).

Este primer concepto conocido hace más de un siglo constituyó en el análisis antropológico, un importante punto de partida conocido como *concepto genérico* de cultura. De acuerdo con Adams, esta definición resultó lo suficientemente práctica, ha sido citada constantemente en innumerables textos y “además, no ha sido realmente mejorada” (Adams, W, 2003, p, 312). Es decir, el concepto de Tylor puede considerarse como vigente; sin embargo, el advenimiento e inclusión de la famosa “s” en el término *cultura* propuesta por los boasianos: Sapir, Kroeber, Mead, Benedict, desató una oleada teórica que introdujo al concepto en un carácter *particularista*, de manera que se pasa de tratar de entender *la cultura*, a tratar de entender *las culturas*.

Desde este punto de vista, los boasianos hicieron de la cultura su concepto central, y convirtieron a las culturas en su unidad de análisis, comparación y clasificación (Adams, W, 2003, p, 328).

Como advertimos, en esta disertación sólo intentamos un acercamiento al concepto; en tal sentido, recogemos como válido el concepto de Tylor; hablaremos de *culturas* (cultura médica de los kichwa de Napo, cultura occidental) y aceptaremos la definición de Clifford Geertz en el sentido de que “El término cultura ha adquirido ahora cierto aire de mala reputación en círculos de la antropología social a causa de la multiplicidad de sus acepciones y de la estudiada vaguedad con que demasiado frecuentemente se la ha invocado (aunque no entiendo muy bien por qué “cultura” debería sufrir más por estas razones que “estructura social” o “personalidad”). En todo caso, el concepto de cultura que yo sostengo no tiene múltiples acepciones ni, por lo que se me alcanza, ninguna ambigüedad especial: *la cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida*” (Las cursivas son nuestras) (Geertz, C, 2001, p, 88).

Ahora contamos con una base para intentar de mejor manera nuestro acercamiento a la definición de Interculturalidad. Entenderemos las *significaciones* propuestas por Geertz como entidades entre las que ubicaremos a los sistemas médicos y el sentido de lo *simbólico* lo ubicaremos en el imaginario, es decir, tenemos dos sistemas médicos o sea dos entidades, cada una con imaginario diferente.

Aclarado lo que entenderemos por *cultura*, seguiremos la definición de interculturalidad que nos presta Xavier Albó: “Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto (...) por lo menos a su disminución o asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son, en cambio, positivas si llegan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva” (Albó, X, 2004, p, 65). Las categorías de esta definición, resultan ajustadas a la realidad que hemos podido observar en las relaciones interculturales a nivel general y particularmente en lo referente a las relaciones implementadas en el ámbito de la problemática de la salud.

Desde otra perspectiva Catherine Walsh sostiene que la interculturalidad “se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes; una interacción que admite y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder, y de

las condiciones institucionales que limitan la posibilidad de que el “otro” pueda ser considerado sujeto -con identidad, diferencias y agencia- con capacidad de actuar. No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro o a la diferencia en sí, apunta a algo mucho más profundo que pretender confrontar los racismos y las desigualdades en los intercambios culturales, entre culturas mismas y como parte de las estructuras e instituciones de la sociedad. Por eso y sin negar que existan relaciones interculturales en el ámbito personal, podemos decir que en el de la sociedad, incluyendo a todas sus instituciones, la interculturalidad aún no existe (Walsh, C, 2009, p, 45).

Para Walsh, desde un enfoque crítico, la multiculturalidad (concepto que lo abordamos en el capítulo IV) nos refiere más bien a un término principalmente descriptivo, referido a la multiplicidad de culturas en un espacio local, regional, nacional o internacional determinado sin que explícitamente tengan una relación entre ellas (Walsh, C, 2009, p, 42), no obstante, colocado en el terreno político sostiene que el multiculturalismo “parte de las bases conceptuales del Estado liberal, en el que todos, supuestamente, comparten los mismos derechos: una “ciudadanía multicultural”. En este contexto, la tolerancia al otro – un cambio sólo a nivel de las actitudes– es considerada suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia. Pero, además de obviar la dimensión relacional, esta noción de tolerancia como eje del problema multicultural –“problema” de las minorías– oculta la permanencia de las desigualdades e inequidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos en relación a otros” (Walsh, C, 2009, p, 43); mencionando a Raimon Panikkar, concuerda que: “el multiculturalismo exhibe todavía el síndrome colonialista que consiste en creer que existe una supracultura superior a todas las demás, capaz de ofrecerles una hospitalidad benigna y

condescendiente, incluso si la llamásemos metacultura”; y así mismo concuerda Slavoj Žižek, en el sentido de que “lo que atestigüamos es la nueva lógica multicultural del capitalismo multinacional” (Walsh, C, 2009, p, 43). El multiculturalismo en este sentido, es entendido por Walsh como un instrumento funcional para la expansión del neoliberalismo, que no permite una verdadera transformación intercultural.

Por otra parte, la pluriculturalidad entendida como la convivencia de diferentes culturas en un mismo espacio, sin que medie una interrelación equitativa y limitada a describir la realidad, no promueve cambios sustanciales, ni cuestiona los mecanismos de colonialidad; su simple reconocimiento constitucional y político no representa avance alguno, “aunque a veces forme parte de la bandera política de negociación de organizaciones indígenas y afroecuatorianas con el Estado” (Walsh, C, 2009, p, 43).

Walsh sostiene que para el caso de Ecuador, la noción de interculturalidad con otro enfoque, fue introducida en las últimas décadas como una propuesta surgida desde las organizaciones indígenas y ha orientado demandas y propuestas dirigidas a repensar y refundar el Estado (Walsh, 2009, p, 53), en este sentido, se diferencia diametralmente de las tesis multiculturales, debido a que propone más bien un nuevo formato de Estado.

En la misma línea, Patricio Guerrero es coincidente con el manejo conceptual de Walsh respecto a “pluri” “multi” e “interculturalidad”, sostiene que “La tolerancia liberal del multiculturalismo reconoce la otredad, la diversidad y la diferencia, pero siempre y cuando éstas permanezcan fieles al ser de la nación y no impugnen el orden dominante y sean útiles al neoliberalismo y al proceso de globalización del mercado (Guerrero, P, 2007, p, 246), coloca la situación en el ámbito político, afirmando que la interculturalidad no existe y que más bien constituye una tarea política, una utopía y

meta a alcanzar enfrentando la colonialidad del poder, del saber y del ser (Guerrero, P, 2007, p, 251).

Para Fidel Tubino, la interculturalidad no es un concepto, es una manera de comportarse; no es una categoría teórica, es una propuesta ética (Tubino, F, s/f, p, 3), sostiene además que, en América Latina, es posible identificar una diversidad de usos y sentidos del concepto, necesarios de diferenciar, así, por ejemplo, el uso dado desde los Estados nacionales o desde los movimientos indígenas, en este sentido, el interculturalismo que “postula la necesidad del diálogo y el reconocimiento intercultural sin darle el debido peso al estado de pobreza crónica y en muchos casos extrema en que se encuentran los ciudadanos que pertenecen a las culturas subalternas de la sociedad” constituye un interculturalismo *funcional* (o neo liberal), pues no cuestiona el sistema post-colonial vigente y facilita su reproducción, genera un discurso y una praxis legitimadora que se viabiliza a través de los Estados nacionales y las instituciones de la sociedad civil. Se trata de un discurso y una praxis de la interculturalidad que es funcional al Estado nacional y al sistema socio-económico vigente. El discurso de la interculturalidad desde los movimientos indígenas presenta otra connotación y significación dado que se lo usa en un contexto de revalorización y el fortalecimiento de las identidades étnicas (Tubino, F, s/f, 4-6).

Última consideración conceptual.

Debemos poner en consideración que no nos proponemos entender a la medicina indígena en un nivel “precientífico” con respecto a la medicina occidental, tampoco nos proponemos validar la eficacia o no de las terapias y medicinas utilizadas; trataremos de seguir a Auge en su propuesta de que “si tiene que haber una antropología médica, es evidente que su vocación primaria no estriba en pronunciarse

sobre la cualidad de los remedios o de las técnicas indígenas (aunque sólo sea por la incompetencia de los antropólogos en la materia), sino en examinar como las concepciones de la enfermedad y de la curación, así como de las instituciones que las ponen en práctica, se integran en el funcionamiento de conjunto (intelectual, social, político) de la sociedad” (Auge,M,1993, p, 220).

Capítulo 2. Contexto donde se efectuó la investigación.

Este capítulo pretende situar la investigación en el contexto donde se realizó, tanto desde la perspectiva geográfica, pero especialmente histórica de la realidad amazónica. Para ello, partiremos por una descripción general de la región, para pasar seguidamente a caracterizar la Amazonía ecuatoriana, desde un enfoque histórico, con énfasis en los cantones Archidona y Loreto, desde la época colonial, para concluir con la descripción del contexto actual.

El capítulo dos describe los factores generales de la zona en la que se realizó la investigación; en una primera parte se expone el contexto general de la Amazonía; para pasar seguidamente a un resumen del contexto histórico de la región amazónica, con énfasis en los cantones Archidona y Loreto que se encuentran ubicados en lo que durante la colonia se llamó “provincia” o “gobernación de los Quijos”; se presenta un enfoque histórico desde colonia y termina con la descripción del contexto actual.

La Amazonía: contexto general.

La cuenca amazónica se distribuye en un extenso territorio calculado en 7.492.621 km² que incluye los territorios de Brasil, Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Surinam y Guyana. La parte mayoritaria de la cuenca está ubicada en Brasil al que corresponde el 67.7%, mientras que al Ecuador le corresponde el 1.6%. Esta enorme superficie está conformada a su vez por una diversidad de ecosistemas y es considerada como la reserva biológica más grande e importante del planeta (Estrella, E, 1995 p, 5). Se ha calculado que la cuenca amazónica es depositaria de más del cincuenta por ciento de todas las especies animales y vegetales que se estima existen en la tierra; Brasil, Colombia, Perú y Ecuador han sido reconocidos como “territorios de megadiversidad” (Estrella, E, 1995, p, 10).

A pesar de que la región ha sido considerada tradicionalmente como homogénea con respecto a su clima y vegetación, hoy se sabe que este inmenso territorio constituye en realidad un verdadero complejo de ecosistemas, microclimas y nichos ecológicos diferenciados, en los que se han asentado múltiples pueblos indígenas que han constituido a su vez una amalgama de culturas que se han adaptado a la naturaleza amazónica, generando diferentes cosmovisiones y modos de vida.

En la actualidad, se calcula que la cuenca amazónica está poblada por veinte millones de habitantes, de los que un cinco por ciento (915.591 habitantes) pertenecen a 386 pueblos indígenas originarios que sobrevivieron después del proceso de colonización y penetración a la cuenca (Estrella, E, 1995, p, 25. Descola, 1996, p, 55).

La región ha sido marcada desde remotas épocas por múltiples e intensos niveles de conflicto, pero también por vastas redes de intercambio comercial sobre todo en la parte del alto Amazonas; estas redes se apoyaron tanto en la circulación de mercancías como sal, cerámica, curare así como por el intercambio de bienes y conocimientos en muchos casos ligados al chamanismo: poderes mágicos, alucinógenos, sustancias curativas y plantas medicinales (Chaumeil, J, P, 2004, p, 267).

Con respecto al ámbito de las plantas con propiedades medicamentosas, Shultes (citado por Naranjo, 1995, p, 67 y Estrella, 1995, p, 12), en más de veinte años de investigación sobre todo en la Amazonía colombiana, logró identificar más de mil quinientas especies medicinales comprendidas en seiscientos géneros y ciento

cuarenta y cinco familias, de las cuales, sólo un cincuenta por ciento tienen en la actualidad algún tipo de estudio.

Desafortunadamente, en las últimas décadas, gran parte del bosque primario y la riqueza que implica ha sido destruida a causa de la colonización y diversos factores como la implementación de nuevos sistemas agrícolas industriales y ganaderos, sobreexplotación de madera y otras especies, actividad petrolera y minera y apertura de carreteras, que, sumados a los intensos procesos de aculturación de los pueblos indígenas, ha conducido a una pérdida irreparable de la memoria ancestral sobre el manejo de la selva en sus diversos contextos socio culturales.

La región amazónica ecuatoriana está ubicada en las estribaciones de la cordillera de los Andes en su parte oriental, con un territorio que abarca 130.833 Km², que representa el 50% del territorio nacional. Esta región administrativamente está conformada por seis provincias: Napo, Sucumbíos, Orellana, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. Su clima es considerado como tropical mega térmico muy húmedo con temperaturas en promedio superiores a los 22°C. Abarca altitudes que van de los 500 a los 1500 metros sobre el nivel del mar con precipitaciones superiores a los 2.000 milímetros, que llegan hasta los 4000 milímetros.

Contexto histórico de la región amazónica ecuatoriana.

Los actuales cantones de Archidona y Loreto se encuentran ubicados en lo que durante la colonia se llamó “provincia” o “gobernación de los Quijos”, región que registra un importante protagonismo desde el inicio mismo de la colonia, pues fue la puerta de entrada del proceso colonizador a la amazonía. Si bien este tema específico no es motivo de la disertación, sí resulta importante a la hora de contextualizar el área de estudio y su población. En este sentido, lo que nos proponemos es caracterizar la

región, desde un enfoque histórico, empezando por la época colonial; para finalizar con una descripción del contexto actual.

Primeras incursiones, consolidación y decadencia de la presencia española.

Las incursiones españolas a la región oriental se iniciaron tempranamente después de fundada la ciudad de Quito en 1534; diversos fueron los móviles que impulsaron la empresa, pero sobre todo, el principal fue el afán de explorar y dar con la región del “Dorado” y consecuentemente la explotación de minas de oro y plata, así como también la extracción de canela que según información de la época existía en la región y cuyo conocimiento se había difundido entre los españoles (Landázuri, C, 1989, p, 13).

El período que va de 1537 a 1600 que Oberem en su texto “Los Quijos” (1980) lo subdivide en tres etapas: los primeros contactos con los españoles; los levantamientos indígenas y el período hasta el fin del siglo XVI; de acuerdo con Cristóbal Landázuri (1989) y Alicia Garcés (1992), también este período es susceptible de dividirse en tres etapas: 1) 1537-1557 período en el que se producen las primeras incursiones o exploraciones españolas en la zona; 2) 1557-1576 período en el que se organiza la Gobernación de los Quijos y se consolida la presencia española y 3) 1576-1600 en donde se producen los levantamientos indígenas y se inicia la decadencia de la presencia española.

Dado que buena parte de la región de los Quijos se ubica en la de ceja de montaña correspondiente a las estibaciones orientales de los Andes hacia la amazonia, fue un lugar de encuentro y relación entre diferentes culturas; así, de acuerdo a los estudios de Pedro Porras (citado por Cabodevilla), se piensa que la zona de Cosanga - Quijos fue habitada por grupos horticultores que fueron acosados y

desalojados por bandas de recolectores – cazadores “al estilo de los que luego se llamaron cofanes, omaguas, quijos, záparos, tucanos...ávidos por apropiarse de su abundancia”(Cabodevilla, M, A, 1994,p, 25).

La región Quijo como se ha mencionado, se encuentra ubicada en la ceja de montaña de la cordillera oriental de los andes abarcando los valles de los ríos Cosanga, Papallacta, Quijos, Coca, Suno y Misahuallí, extendiéndose hasta los cursos altos del Napo y del Aguarico (Landázuri, 1989, p, 22. Garcés, 1992, p, 58). Cuatro áreas o zonas ocupadas por grupos culturalmente distintos se han podido distinguir en la región así, según Cabodevilla: “aunque los españoles de la primera época emplean el término “provincias” sin mucha precisión, se pueden deducir de sus descripciones al menos cuatro zonas diferenciadas: Hatunquijos (o la entrada andina a partir de la actual Papallacta), más las zonas de Cosanga y Sumaco; la parte norte, que sigue el curso alto del río Coca; los Calientes, zona de la Canela en el Payamino; los Algodonales, en la parte de Archidona. Cada una de ellas con pobladores de singular cultura, sin que haya evidencias para la identidad grupal de todos ellos. Seguramente podríamos llamar con más propiedad Quijos a los habitantes de las dos primeras provincias señaladas y acaso a los del alto Payamino”(Cabodevilla, M, A, 1994, p, 64).

De acuerdo a Marcelo Naranjo, en los siglos XV y XVI existió una verdadera unidad lingüística desde la zona de Archidona o los algodonales hasta la desembocadura del Pastaza en el Marañón: “podemos hablar de una unidad lingüística desde los Oas hasta los Muratos” (Naranjo, M, 1984, p, 104). Según este autor, se trata de grupos de la nación Coronados u Oas que se asentaron en la jurisdicción de Archidona y Quijos.

Cristóbal Landázuri, basado en la documentación del siglo XVI afirma que “es posible distinguir cuatro áreas habitadas por grupos culturalmente distintos. Una primera área, de la cual tomó el nombre de toda la gobernación, la de los Quijos, abarcó el sector de Baeza, el valle de la Coca y, posiblemente, parte del área de Ávila - Sumaco. Una segunda área fue la Cofán, en el curso alto del río Aguarico en torno al pueblo de Alcalá del Río Dorado; sin embargo no hay mayor información para esta época que permita una mejor delimitación territorial. La tercera área está asociada con los Omaguas en torno a los ríos Coca y Napo hacia la llanura amazónica. Y la cuarta área que es poco clara y que estaría comprendida entre los ríos Napo y Pastaza en sus cursos altos, sin que se pueda definir con claridad a qué grupo étnico correspondió” (Landázuri, C, 1989, p, 23).

Es necesario destacar que, a pesar de que no ha sido posible delimitar e identificar con precisión lo que conformó la Provincia o región de los Quijos y sus habitantes, sí podemos hablar de una extensa área que constituyó un crisol de culturas amazónicas incluso con contactos e influencia con grupos andinos; de hecho, resulta importante señalar que los habitantes de la región mantuvieron continuos y estrechos vínculos con diversos sectores de la parte andina, inclusive antes de la presencia de los españoles. En este sentido, destacamos entre otros escenarios, la relación que mantenía el cacique Sancho Hacho de Latacunga con los Quijos, reforzada incluso con lazos de parentesco “El cacique principal de Hatunquijo era cuñado de don Sancho, pues estaba casado con una hermana suya de éste” (Rumazo, J, 1946, p, 95).

En todo caso, como dice Rumazo Gonzáles, “los indios Quijos no debieron faltar en Quito, según hemos sugerido antes, a la llegada de los españoles, pues eran aliados de los caciques de la sierra. Así se explica que se retirase el ejército quiteño,

al ser perseguido, hacia los Quijos, por las entradas conocidas de la cordillera” (Rumazo, J, 1946, p, 22).

En medio de este panorama brevemente descrito, se inició el despliegue de los españoles a la región de los Quijos.

1537 – 1557 Primeras Incursiones.

Una vez fundada la ciudad de Quito en 1534, se inició la reducción de los pueblos indígenas asentados en las diferentes regiones circundantes en el callejón interandino, la costa y la región oriental conocida como población Quijo. Como ya se mencionó, con relación a la región oriental se generalizó en la época la leyenda del “Dorado” que narraba la existencia de ricos territorios en oro plata y canela que debían ser conquistados, sumada a esta fuerte estimulación, el interés de los españoles frente a las nuevas conquistas se centraba en la posibilidad de apropiarse y explotar las minas; lograr mayores recompensas y beneficios por las dificultades que suponían tales empresas; la posibilidad de asegurar beneficios personales e incluso para sus descendientes, lograr una relativa libertad de acción con exiguo control administrativo de la Corona y alcanzar un mayor grado de prestigio, consideración y poder en el sistema administrativo (Garcés, 1992, p,56).

A inicio de diciembre de 1538 Gonzalo Díaz de Pineda por encargo de Francisco Pizarro, salió a la conquista de la región de los Quijos acompañado por guías y cargadores indios y ciento treinta españoles, cuarenta y cinco de ellos a caballo. Siguieron una antigua ruta comercial hacia el oriente y una vez que la expedición atravesó la cordillera y encontrándose en la ceja de montaña o la selva de Hatunquijo, se produjeron los primeros enfrentamientos. Sin embargo, la expedición avanza hasta el valle de Cosanga descubriendo las provincias de “Cahui y Huarzota” y

el volcán Sumaco en cuyos alrededores se asentaban numerosas poblaciones estimadas en más de quince mil habitantes (Oberem, 1980,p, 62-63), debido a las nuevas condiciones en las que se tenía que enfrentar los combates, la inclemencia del clima, y la resistencia indígena, Díaz de Pineda abandonó la empresa regresando a Quito tres meses después de iniciada, es decir a fines de febrero de 1539. Una vez en Quito Díaz de Pineda inicia la preparación de una nueva incursión que sin embargo no se llegó a realizar por lo que la región permaneció dos años sin que se intenten nuevas incursiones.

La segunda gran incursión le correspondió a Gonzalo Pizarro, quien siguiendo siempre la ilusión del “Dorado” organizó la conquista de la región Quijo y de la Canela para lo que preparó un verdadero ejército de doscientos veinte soldados españoles muchos de ellos a caballo, cuatro mil indígenas encargados de cargar vituallas, alimentos, armas y el cuidado de más de dos mil cerdos vivos que servían de aprovisionamiento; junto a la tropa se lleva también muchos perros adiestrados para la guerra, especialmente en terrenos pantanosos y selváticos en donde los españoles tenían desventaja de localizar y enfrentar a los indígenas quienes tenían tanto terror a los perros, que de antemano consideraban perdida la batalla (Rumazo, 1946, p, 52. Landázuri, 1989, p, 14. Oberem, 1980, p, 65).

La expedición partió en febrero de 1541 al mando de Pizarro, con la guía de Díaz de Pineda, juntándosele un mes después en el camino Francisco de Orellana. Después de atravesar y batallar en la región de los Quijos, continuaron a la zona de Sumaco y posteriormente hasta la parte superior del río Payamino región habitada por Omaguas y en donde suponían se situaba el “País de la Canela”. El 26 de diciembre de 1541 Orellana es enviado río abajo en un bergantín en busca de víveres, continuando hasta la desembocadura del Napo por el que se prolongó hasta el

Amazonas abandonando definitivamente a Pizarro y su gente quienes a su vez agotados por la espera, desencantados por no encontrar ni oro ni plata y escasa canela, emprenden el retorno a Quito a donde llegan a principios de 1542, finalizando con esto el mito o leyenda del “Dorado” (Rumazo, 1946, p, 70-71.Landázuri, 1989, p, 14).

Esta primera etapa brevemente descrita, según Landázuri “Se redujo a entradas y campañas de exploración y saqueo de la tierra y sus pueblos, sin llegar a conformar instancias o mecanismos estables de dominio sobre la población nativa. No se fundó ninguna ciudad española, no se repartieron encomiendas Quijos ni se hicieron reducciones ni se crearon doctrinas” (Landázuri, C, 1989, p, 15). En estas circunstancias, encuentra razón el autor al mencionar que en esta etapa, los efectos más importantes sobre la población indígena se los encuentra en el saqueo de bienes, la desigualdad en la tecnología sobre todo militar, la brutalidad con la que los españoles trataron a sus prisioneros y la probable desarticulación del sistema de intercambio y relación de los pueblos de la sierra y amazonía.

1557 – 1576: Afianzamiento de los españoles en la zona.

A pesar de que entre 1542 y 1559 los españoles intentaron proyectar otras incursiones, éstas no se llevaron a cabo ya sea por las tareas de consolidación especialmente en el callejón interandino y la costa, por conflictos internos en la administración de la Corona, el fin de la ilusión del “Dorado”, el difícil acceso a la zona, y por la agresividad que los pueblos indígenas de la amazonía presentaban a la hora de los enfrentamientos. En este sentido, hubieron de pasar diecisiete años para emprender nuevas empresas.

En 1556 el Virrey Marqués de Cañete dispone que Gil Ramírez Dávalos, para ese entonces Gobernador de Quito, se encargue de la entrada y pacificación de los pueblos Quijo, la fundación de ciudades y la implementación del sistema de encomiendas en la zona, con los que se inicia el control de la población nativa (Landázuri, 1989, p,15. Garcés, 1992, p, 60.Oberem, 1980,p, 72. Rumazo, 1946, p, 86).

Ramírez Dávalos al planificar su empresa, hubo de considerar las formas más idóneas para su implementación. Uno de los aspectos más importantes resultó la información obtenida a mediados de 1558 por medio del doctrinero de Latacunga acerca de las relaciones existentes entre el Cacique principal de Latacunga Don Sancho Hacho de Velasco con un importante cacique Quijo (Oberem, 1980, p, 73).

Por otro lado, Rumazo señala que después de varios intentos por penetrar en la zona, el 14 de mayo de 1559, Gil Ramírez Dávalos funda la ciudad de “Baeza de la Nueva Andalucía”. Conocedor de la zona, incluso nos da a saber que a la “provincia de Zumaco” se entraba también por “Atacunga”: “Llegados al valle de Cosanga, en la fiesta de la Pascua del Espíritu Santo, después de mediodía, el 14 de mayo de 1559, Ramírez Dávalos fundó en las llanadas de Cosanga<<que dicen habrá de este valle e sitio a la ciudad de Quito 25 leguas poco más o menos>> un pueblo con el nombre de Baeza de la Nueva Andalucía. El acta de fundación fue asentada por el escribano don Alonso de Castro. Gil Ramírez Dávalos había recorrido antes por la comarca, informándose de los naturales acerca del sitio más conveniente para la fundación, ya por su situación topográfica, ya también teniendo en cuenta la disposición de los indígenas. <<sabed que yo tengo relación como en la provincia de Zumaco que es cuarenta leguas adelante de la dicha ciudad de Quito y entran por Quinta y Atacunga que es a la provincia de la Canela, donde fue Gonzalo de Pizarro” (Rumazo, J, 1946, p, 89-90).

Sin duda, la participación y apoyo de los indios de Latacunga, fue determinante para los españoles en su objetivo de conquistar la región de los Quijos, como se puede ver, Sancho Hacho acompañó en la empresa incluso con un contingente de 200 hombres: “Los indios de Latacunga ayudaron eficazmente al Gobernador en su expedición. El cacique don Sancho Hacho de Velasco, que era el principal de esta provincia, le acompañó llevando consigo más de 200 indios de guerra bien aderezados, quienes los sustentaba por su cuenta. Don Sancho fue parte para que los naturales de Quijos viniesen de paz porque con su industria y conocimiento de las lenguas aborígenes pudo persuadirles a que se sometiesen” (Rumazo, J, 1946, p, 95).

Una vez fundada Baeza en 1559, Ramírez Dávalos, implementó para su consolidación una política de “regalos”, dispuso una primera repartición de indios encomenderos y rastreó la región. Esta primera administración española por parte de Ramírez Dávalos es considerada por los propios españoles y posteriormente por los historiadores como atípica, debido sobre todo por el tipo de relación que se implantó: “En verdad que fué grande el tino que empleó el Gobernador en esta expedición. No se derramó una gota de sangre, ni se dió casi ni un azote a ningún indio; en cambio todo se conseguía a fuerza de dádivas, repartiendo entre los naturales camisetas, mantas y otras prendas, y entre los soldados maíz, sal, alpargatas y hasta puercos. Declara Martín de Quesada, vecino de Quito, que se halló en aquella jornada, que ha veintisiete años que anda en entradas con gobernadores y capitanes, y que no ha visto otra jornada como la que hizo el dicho Gil Ramírez” (Rumazo, J, 1946, p, 87).

Ramírez Dávalos fue destituido de la gobernación de “los Quijos, Sumaco y la Canela” en noviembre del mismo año, debido a la pérdida de una disputa legal con Rodrigo Núñez de Bonilla, quien fue su sucesor en el cargo de gobernador. En 1560

Núñez de Bonilla dispone trasladar la ciudad de Baeza a un lugar con mejores condiciones y alejada de los asentamientos indígenas de Cosanga, prepara una nueva repartición de indios en las encomiendas; se acrecienta el uso personal de los servicios en construcciones, cultivos y minería y se debilita o anula el sistema de “regalos”. Estos factores sumados a los persistentes viajes de los indígenas para llevar víveres y vituallas desde Quito son los motivos por los que al parecer se producen los primeros levantamientos de los indios de Cosanga (Landázuri, 1989, p,16. Oberem, 1980, p, 76).

Luego de sofocar estos primeros levantamientos, Núñez de Bonilla salió a Quito, quedando a cargo de manera provisional su alcalde Alonso de Bastidas quien se mantuvo en el cargo un año. En 1561 el Virrey Conde de Nieva nombra como nuevo gobernador de la provincia de los Quijos, Sumaco, la Canela, y Atunike a Melchor Vásquez de Ávila convirtiéndose así en el tercer gobernador de los Quijos; se trataba de un rico encomendero acantonado en el Cuzco y que “entró apenas a conocer la ciudad de Baeza y no volvió más a los Quijos” (Rumazo, J, 1946, p, 112).

Vásquez de Ávila ejerció su administración a través de su teniente Andrés Contero y de su capitán Bartolomé Marín, con lo que se inicia “la verdadera conquista y sometimiento de la población de los Quijos”. Contero y Marín terminaron de subyugar a los indios alzados y continuaron con la tarea de exploración y afianzamiento español en la zona. Así, Contero funda en marzo de 1563 en el actual cantón Loreto, la ciudad de Ávila. El 14 de agosto funda Alcalá del Río, probablemente en las cabeceras del río Aguarico (actual provincia de Sucumbíos); posteriormente funda la ciudad de Nuestra Señora del Rosario en la actual Macas. Rodrigo Marín a finales de mismo año 1563 funda la ciudad de Archidona. Los años subsiguientes, se caracterizaron por el afianzamiento del sistema de explotación y mal trato a los

nativos. Contero fue relevado por Pedro de Ruanes, Juan Mosquera, y Matías de Arenas hasta que se ejecutó la visita en 1576 de Diego de Ortegaón como parte de la investigación que se instauró en contra la administración de Vásquez de Ávila (Landázuri, C, 1989, p, 17).

La visita de Ortegaón se realiza frente a las ya acumuladas denuncias de explotación, maltrato y mala administración de Vásquez de Ávila quien, como ya se mencionó, nunca residió en la región de los Quijos sino en Cuzco, es en este sentido que se ordenó por parte del Rey una visita a la “gobernación de los Quijos. Sumaco y la Canela”, la misma que fue efectuada en 1576 por Diego de Ortegaón, oidor de la audiencia de Quito. Ortegaón estableció por primera vez el sistema de doctrinas entre los Quijos, las mismas que fueron entregadas a los frailes Dominicos. Así, se establecieron las doctrinas de Codifagua, en Cosque, junto a la ciudad de Baeza y de Hatumquijos, Ávila y Archidona (Garcés, 1992, p, 66. Oberem, 1980, p, 84).

De la descripción del informe de Ortegaón analizada por Oberem, (1980) se infiere que a finales de 1576, en Baeza existían 11.520 indios de los cuales 5.013 eran tributarios pertenecientes a diez y nueve encomiendas; en Ávila se asentaban 2.613 de los que 919 eran tributarios de doce encomenderos; en Archidona se contaba con 2.376 indígenas, 871 de los cuales eran tributarios (Oberem, 1980,p, 84).

Ortegaón tuvo que enfrentar la resistencia de los encomenderos quienes a más de recibir fuertes multas por acuso de ultraje y explotación a los indios, vieron minadas una de sus herramientas de control que constituían las jaurías para control y caza de los nativos, debido a que se ordenó su eliminación. Los encomenderos traspasaron el peso del pago de multas a los indígenas, generando más explotación y pago de tributos, sumado esto a veinte años de relación colonial en los que los indígenas

sufrieron profundos cambios en sus propios sistemas tradicionales, se dio pie para que se produzcan los levantamientos que se sucedieron en años posteriores.

1576- 1600: levantamientos indígenas y decadencia de la presencia española.

En 1578 se produce el más importante levantamiento indígena de la región debido a su carácter general ya que incluyó la participación de la población de Ávila, Sumaco y Archidona y si bien los primeros levantamientos como los de 1560 y 1562 se enmarcaron en un carácter micro –regional al mando de caciques, el levantamiento en ciernes recayó en el liderazgo de los pendes (brujos) Beto, de la encomienda de Diego de Montalbán en Archidona y Guami natural de Tambisa de la encomienda de Sebastián Díaz de Pineda en Ávila (Rumazo, 1946, p, 187) el autor siguiendo a Ortiguera relata la siguiente tradición:

“El diablo se le apareció un día al indio Beto en forma de vaca, y habló con él una buena pieza; le dijo que el Dios de los cristianos estaba muy enojado con los españoles que señoreaban en aquella tierra y que era preciso que él los atacase y los matase a todos sin que quedase con vida ninguno, así fuera mujer o niño. Por su parte, el hechicero Guami, mancebo de 24 años, fingió haberse transportado a la otra vida por el espacio de cinco días, en donde había visto cosas inauditas: también el Dios de los cristianos le ordenaba que matase a todos los españoles y arrancase sus casas y huertas porque él debía quedar como gran pende o dios de la tierra” (Rumazo, J, 1946, p, 187).

El poder ejercido por los pendes sugiere el alto grado de influencia de los chamanes en la población nativa, debido a su estatus de especialistas herbolarios, así como de expertos en hechicería. Para incitar el levantamiento, los pendes amenazaron a las poblaciones con secar y destruir sus cosechas convirtiendo los sembríos en sapos ponzoñosos y culebras venenosas, ofertando al mismo tiempo liberar la zona de los españoles (Oberem, 1980, p, 86. Rumazo, 1946, p, 198). Se logra una intensa convocatoria de los diferentes grupos étnicos de la región con el objetivo de asaltar y destruir las ciudades de Ávila, Archidona y Baeza. Por otro lado, se ha sugerido que este levantamiento intentaba trascender las fronteras amazónicas y extenderse hacia regiones andinas en el sentido de que los Quijos habían entrado en contacto con caciques serranos los que estuvieron de acuerdo en realizar el levantamiento al mismo tiempo; la conjura fue descubierta en Quito en último momento por lo que fue tarde para poner en sobre aviso a Ávila y Archidona (Oberem, 1980, p, 87).

En el levantamiento, se estableció además una lucha por el liderazgo y poder entre los pendes Beto y Guami; debido a que Guami se adelantó al comandar el ajusticiamiento de cinco españoles, sosteniendo además que por su juventud y poder estaba más capacitado que el anciano Beto para comandar la rebelión. Este nivel de conflicto aumentó con el apareamiento de otro pende llamado Imbate, quien reclama para sí la comandancia de la rebelión debido a que sostenía que su poder y experiencia era superior al de Guami. Si bien esto puso de manifiesto un franco enfrentamiento y conflicto entre los pendes, no deja de “expresar una identidad temprana frente a un enemigo común y la presencia de un movimiento mesiánico de gran magnitud” (Ruiz, 1992, p, 93).

Las ciudades de Archidona y Ávila fueron devastadas, sus habitantes blancos y sus sirvientes en su mayoría indígenas de la sierra asesinados y la infraestructura y

los sembríos destruidos. El ejército indio se concentró en el valle de Sumaco para exigir a Jumandi, cacique mayor de la zona, que incorpore a más caciques y planifique y comande el asalto a Baeza, el mismo que se planeó en un ayuno ritual de cinco días. Para entonces, se preparó desde Quito la defensa de Baeza por lo que la empresa de los pendes y Jumandi fracasó frente a las tropas comandadas por Rodrigo Núñez de Bonilla apoyadas por tropas auxiliares de indios serranos.

Una vez sofocada la revuelta se inició la persecución de sus líderes quienes se refugiaron en la selva en donde fueron atrapados después de cuatro meses y conducidos a Quito para su ejecución. La audiencia de Quito condenó a muerte a Jumandi y a los pendes, la misma que se ejecutó procurando el más fuerte de los escarmientos bajo la mirada obligada de caciques Quijos y de la sierra. La ejecución y castigo impresionó de tal manera a los indígenas, que por largo tiempo no ejecutaron más acciones de enfrentamiento con los españoles (Oberem, 1980, p, 88-89. Gonzáles, Suárez, 2011).

Posteriormente a estos hechos, desde Quito, las autoridades procuraron la reconstrucción de las ciudades de Ávila y Archidona, se efectuó una nueva repartición de indios en las encomiendas, se fijó nuevos tributos y se nombró nuevas autoridades; sin embargo, con los hechos arriba descritos, se marcó el inicio de la decadencia de la presencia española en la zona. La ausencia de grandes minas y lavaderos de oro, la poca rentabilidad que ofertaban las encomiendas, el despoblamiento de las ciudades españolas, la escasa producción de canela y la reducción de la población indígena, desmotivaron a la población española que paulatinamente empezó a abandonar la Gobernación. Los que quedaron (alrededor de 150 a 200 personas) entre clérigos, encomenderos y sus familias, continuaron con el proceso de dominación, explotación y mala administración. La región dejó de ser contemplada como rica y prometedora y más bien, pasó a ser considerada como pobre en el contexto de las posesiones de

España en la nueva América. En lo administrativo, la Gobernación continuó bajo la responsabilidad de Melchor Vásquez de Ávila hasta 1606 a pesar de que como ya se ha dicho, este nunca residió en ella (Rumazo, J, 1946, p, 202-203).

Con relación a la población indígena, resulta difícil estimarla especialmente en los primeros años de contacto; sólo a partir de los datos obtenidos por Ortegón en 1576, se calcula para las jurisdicciones de Baeza, Ávila y Archidona en 16.509 habitantes registrados. Oberem estima que debieron haber poblado la zona 8.000 indios libres, adicionalmente a los registrados (24.509 indígenas en total). Para 1608, Lemus encuentra una población masculina de 1.646 habitantes; dato que le permite a Oberem calcular en 6000 a los indios registrados y en 8.000 a los indios libres (14.000 en total) (Oberem, 1980, p, 41. Landázuri, 1989, p,23).

Fin de la Colonia e inicio de la época republicana.

El progresivo debilitamiento de la presencia española en la zona, de ninguna manera significó la terminación de los mecanismos de control y dominación; la encomienda que era la principal institución de dominación continuó y los nativos permanecieron vinculados al sistema.

Otro actor importante aparece a mediados del siglo XVII, son las misiones religiosas que a partir de la visita de Ortegón comienzan a implantarse sistemáticamente. Para 1660 - 1661 los jesuitas entran para encargarse de Archidona abarcando las poblaciones de Tena y Puerto Napo, los Dominicos continuaron en Baeza y un clérigo en Ávila. Este nuevo escenario habría de influir decididamente en el proceso de colonización, aculturación y relación con los indígenas.

En Archidona los jesuitas entraron en franco conflicto con los encomenderos intentando convencerles para que den trato más justo a los indígenas; se admite por primera vez que los indígenas puedan comulgar y se abre una escuela de intérpretes con nativos foráneos con el propósito de incentivar el uso del kichwa en la población. Al respecto, es de suponer que el idioma kichwa fue utilizado como lengua comercial y de relación con los indígenas serranos.

Para Norman Whitten el Kichwa hasta antes de la expansión Inca, no fue precisamente la lengua franca en el callejón andino ecuatoriano, posiblemente los Paltas hablaban Shuar, los Cañaris otra lengua que puede o no haber estado relacionada con los Shuar, los Puruhá, Panzaleo, la Quito y la Caranqui pueden haber estado relacionadas con las lenguas de los Quijos en el este, y con lenguas tales como la Manta, la Esmeralda y la Chachi en la Costa Central hacia el norte. La desaparición de estas lenguas y su reemplazo por el Kichwa de un extremo al otro del Ecuador andino puede explicar el por qué se ha extendido el Kichwa en la selva tropical contigua y en la montaña: el Kichwa reemplazó al jibaroano y a otras lenguas como la quijos y la zaporano, como la lengua utilizada para mantener relaciones comerciales (Whitten, 1987, p, 44-45).

En este sentido, sin dejar de reconocer que los “Quijos” mantuvieron una estrecha relación con pueblos de la sierra, debemos aceptar que originalmente su o sus idiomas fueron amazónicos hasta el siglo XV, tesis reforzada por Leddy Phelan y otros investigadores, cuyo planteamiento, a nuestro parecer, fortalece la explicación del uso y masificación del kichwa en la región amazónica como veremos a continuación:

“La imposición de una unidad política en las comunidades de la Sierra fue el resultado primordial del período inca, porque los incas

introdujeron sus propias instituciones sociales sumamente regimentadas. La lengua quechua se convirtió en la lengua franca de toda la Sierra. Aunque las lenguas preincaicas no desaparecieron hasta el siglo XVIII, el quechua había sido la lengua común por mucho tiempo. Los misioneros españoles, quienes fomentaron la divulgación del quechua, no emplearon las lenguas preincaicas para convertir a los indígenas al catolicismo, pues prefirieron tener que aprender un solo idioma autóctono” (Phelan, J, L, 1995, p, 93).

Otro hecho significativo que se registra en la época es el apareamiento de la primera epidemia de sarampión registrada en 1665, desgraciadamente no pudimos rastrear los efectos de la epidemia sobre la población indígena de la zona, pero podemos imaginar su proporción tomando como referencia las ocurridas en la vecina Gobernación de Mainas en el sur a partir de 1660:

“El Oriente fue otra región tropical donde la población indígena disminuyó precipitadamente. Las epidemias no devastaron la población de inmediato; las primeras epidemias se produjeron en 1660, veinte y dos años después de llegados los jesuitas y cuarenta y dos años después de fundado San Francisco de Borja. Este comienzo epidémico tardío, luego de transcurridas varias décadas, puede explicarse, en parte, por la escasez de colonos y misioneros españoles y la concentración de los colonos en San Francisco de Borja y sus alrededores. Solamente un puñado de jesuitas itinerantes atendía, periódicamente a sus pupilos. La propagación de epidemias fue facilitada por el reasentamiento de numerosos indígenas en aldeas compactas fundadas por los jesuitas”.

“Una vez declaradas las epidemias en la provincia de Mainas, su impacto fue devastador. Durante la primera epidemia de 1660, fallecieron unos 44.000 de los 100.000 indios parcialmente cristianizados. En 1669 apareció otra ola de viruela, que mató a 20.000 indios. No hubo más epidemias hasta 1749, cuando cundió el sarampión por todo el territorio segando innumerables vidas. La viruela se repitió en 1756 y 1762, y dio el golpe de gracia a las otras prometedoras misiones de los jesuitas en Mainas. Conjuntamente con las revueltas indígenas y las expediciones de los portugueses en busca de esclavos, las epidemias redujeron las misiones a apenas 18.000 neófitos hasta 1762” (Phelan, J, L,1995, p, 89).

Estos acontecimientos de carácter apocalíptico debieron conmocionar profundamente la estructura social y cultural de los indígenas amazónicos y en especial en su parte médica espiritual; sabemos por las crónicas que los “Quijos eran grandes agoreros y célebres por sus hechizos... Eran grandes herbolarios, - e habían curado de algunas pasiones a los españoles con sus yerbas-, pero las virtudes medicinales de sus plantas las guardaban en secreto y nada de esto ni de ninguna otra maravilla de su país revelaban a los blancos” (Rumazo, 1946, p, 222-223).

Ante las nuevas enfermedades como la viruela, gripe, sarampión, difteria, paperas, malaria y fiebre amarilla, los dioses aborígenes y sus pendes abdicaron; las técnicas de ayuno, las ofrendas y abstinencias fracasaron, el contacto había traído males desconocidos, un Dios extraño y nuevas formas de enfrentar las relaciones sociales. Frente a las nuevas enfermedades no había curación posible, los indios comenzaron a llamar a estas afecciones "enfermedades de los blancos" o "enfermedades de Dios", que no se podían curar con sus medicinas, ni con sus

curanderos; se propagó la muerte y el desaliento. Huir y refugiarse en los bosques se convirtió en la respuesta general de la población frente a la amenaza de las infecciones, pero esto también fue contraproducente, en la medida de que entre los que escapaban iban personas recientemente infectadas que trasladaban las enfermedades al fondo de la selva donde pretendían esconderse (Estrella, 1995, p, 56).

Para mediados del siglo XVIII la cristianización a los indígenas Quijos se considera concluida pero a su vez, las ciudades de Ávila y Archidona apenas si son asentamientos indígenas, solo diez encomenderos se registran en la Gobernación de Quijos y Macas; los jesuitas son expulsados en 1767 de las posesiones españolas y los párrocos de Archidona y Puerto Napo abandonan la región para ser reemplazados por clérigos que abusan en extremo a la hora de cobrar los diezmos por sus servicios. Las encomiendas pierden su hegemonía y los indígenas son obligados a pagar “tributo personal” en oro y pita a la Corona. Para 1799 se encontraba al mando de la gobernación Miguel Hernández Bello quien procura recoger y cautivar a los indígenas que se habían refugiado en la selva para que se asienten en lugares cercanos a los poblados españoles y obligar a que se paguen tributo y deudas obtenidas con comerciantes. Para 1803 la región de los Quijos pasa a formar parte del Obispado de Maynas creado bajo Cédula del 15 de julio de 1802 (Oberem, 1980, p, 106-107-108. Porras, 1987, p, 97).

Según Oberem (1980), los Quijos tuvieron escasa o ninguna participación en las luchas independentistas, el paso del régimen español al republicano, no marcó un paso significativo, las relaciones de explotación y abuso continuaron incluso cobrando tributos, por lo que en 1824 se produce un levantamiento en Puerto Napo, sin embargo de lo que, continuó la relación de explotación de trabajo y pagos ilegales de “camaricos” o presentes obligados a curas y autoridades.

Para 1869 la misión Jesuita regresa al Alto Napo de acuerdo por lo dispuesto por el Presidente García Moreno asumiendo la mayoría de responsabilidades administrativas, establecieron una misión regional en Loreto y crearon escuelas. Para esta época (1875), se produce otra epidemia esta vez de viruela por lo que una vez más se produce la huida y refugio de los indígenas selva adentro. En el mismo año, es asesinado García Moreno y como consecuencia, la misión jesuita ve disminuida su influencia, intensificándose la relación conflictiva con autoridades, comerciantes e indígenas, lo que lleva a una nueva sublevación, en este caso, contra los curas de la misión jesuita. En 1892 se produce un levantamiento en Loreto que fue sofocado al poco tiempo. En 1896 los jesuitas abandona una vez más la región en esta ocasión por orden del gobierno de Eloy Alfaro. Posteriormente, varios clérigos seculares se encargan de la región hasta 1922, año en que entra la orden misionera josefina que se mantiene hasta el momento actual en toda la provincia del Napo y en el Cantón Loreto de la actual provincia de Orellana (Oberem, 1980, p, 114-118. Perreault, 2002, p, 44).

Le corresponderá a la misión josefina jugar un rol importante en las últimas décadas y en los diferentes ámbitos de relación con los indígenas, especialmente en las áreas de educación y salud. Para 1922 no existía en la región ningún tipo de infraestructura sanitaria, el perfil epidemiológico encontrado por los josefinos se enmarcaba en la prevaecía de enfermedades como viruela, gripe, malaria y parasitosis. En 1954 en Tena se inauguró con apoyo de la misión Josefina, el hospital estatal “José Maria Velasco Ibarra” y en 1967 en Archidona se pone en funcionamiento el hospital misional josefino “Stadler Richter”; se crearon además los hospitales de Santa Clara y Baeza así como dispensarios médicos en lo que hoy constituyen los cantones y parroquias de las provincias de Napo y Orellana (Spiller, Maximiliano, 1974, p, 284).

Durante el transcurso de estos períodos brevemente descritos, los grupos humanos considerados como Quijos, sufrieron la pérdida de sus lenguas para adoptar el kichwa en un proceso de mestizaje indígena y de etnogénesis en el sentido de que dio lugar a la formación de nuevas entidades étnicas autoidentificadas ahora como Kichwa de Napo o Napo Runas, Kichwa del Curaray (Canelos), Kichwa de Sucumbíos.

La etapa del caucho.

Desde 1844 el caucho se convierte en una necesidad industrial en los países capitalistas; la demanda de este producto se amplió en 1880 y dado que el caucho es un producto de la cuenca amazónica, la región se convirtió en zona de interés para el ámbito industrial y de los negocios. Industriales sobre todo ingleses, penetraron a la región en busca del producto así como socios locales sobre todo en las selvas brasileña y peruana; instaurándose una verdadera batalla comercial sin Dios ni ley en el marco de un territorio “sin fronteras” bajo el patrocinio de aventureros que penetraban en su búsqueda, para lo que, desde un inicio se precisó del servicio de los indígenas conocedores de la selva, instalándose un verdadero régimen de esclavitud y una nueva forma de explotación (Cabodevilla,1994, p, 137).

El auge del caucho se mantuvo hasta 1914; la decadencia de su extracción se debió básicamente al traslado de las plantaciones al Asia; sin embargo su explotación continuó durante veinte años más, volviendo a renacer el interés en la década de los cuarenta debido a los requerimientos industriales de la segunda guerra mundial (Perreault, 2002, p, 45). La explotación cauchera se vio paralizada sin embargo, con el conflicto bélico de 1941, entre Ecuador y Perú, debido al cierre de fronteras y la

interrupción del comercio fluvial por los ríos Napo y Putumayo (Gómez, Moreno y otros, 1992, p, 30).

Durante esta etapa, los caucheros de la zona buscaron más beneficios instalando haciendas agrícolas y ganaderas con el propósito de mantener la mano de obra y colocar sus productos para satisfacer los requerimientos de las redes comerciales del caucho. Se trataba en realidad de “pequeños” caucheros y hacendados dependientes financieramente de los grandes imperios del caucho que generaron más bien relaciones de peonaje con los indígenas. Estos nuevos patrones procuraron reclutar a los nativos enganchándolos en los últimos pueblos formados por las misiones jesuíticas, mediante un proceso de endeudamiento producido por un cambio de mercancías por trabajo del cual no se podía salir con facilidad. El control de los indígenas pasó a ser motivo de disputa entre hacendados pudiendo ser utilizados como mercancía bajo pretexto de cuentas pendientes y en no pocos casos vendidos en los mercados de Iquitos. Este nuevo escenario impactó severamente en el ámbito indígena ya sea por las salidas forzadas, la separación de las familias y la introducción de enfermedades venidas con los caucheros (Cabodevilla, 1994, p, 141-142).

En relación a aspectos políticos – administrativos, el abandono y debilidad administrativa continuó en la amazonia, bajo el naciente Estado ecuatoriano. De acuerdo a la primera ley de División Territorial de 1861, la denominada “Provincia del Oriente” se controlaba directamente desde Quito, pues no existía ningún centro poblado de relevancia, desde donde se pudiera ejercer la administración del territorio. Solamente en 1911, se designó a Archidona como la primera capital del Oriente. En la década del 20, se realizó la primera división político – administrativa de la región en dos provincias: la provincia de Napo – Pastaza con su capital Tena y la Provincia de Santiago – Zamora cuya capital fue Macas.

Esta configuración se mantuvo inalterable hasta mediados de la década del 50, en la que el Estado ecuatoriano, favoreció la migración a la región desde una perspectiva de construcción de “fronteras vivas”, luego del conflicto armado con el Perú. Se crea entonces la nueva provincia de Zamora Chinchipe, fruto de la división de la anterior provincia de Santiago –Zamora y se establece como su nueva capital a la ciudad de Zamora. En este mismo periodo, la provincia de Napo - Pastaza se divide también en dos y se establece como nueva capital de Pastaza al Puyo y de Napo al Tena. La provincia del Napo se verá dividida nuevamente, luego del inicio de la explotación petrolera en la región, para dar lugar a la provincia de Sucumbíos en 1989 y a la Provincia de Orellana en 1998.

Proceso de colonización en la segunda mitad del Siglo XX.

Si bien en la primera mitad del siglo XX, se habían dado esporádicos flujos migratorios, no fue sino a partir de la primera ley de reforma agraria (1964) y de la ley de colonización de la región amazónica, (1978) que la región incrementó significativamente su población. El primer artículo de esta última establece que: “Se declara de obra nacional de urgente prioridad la colonización de la región amazónica ecuatoriana”(Gómez, Moreno y otros, 1992, p,35). El objetivo fundamental de esta ley, fue el de ampliar la frontera agrícola, partiendo de un enfoque “desarrollista”, que consideraba que la Amazonía era una región prácticamente inhabitada, agrícolamente fértil y productivamente no explotada (madera, minas, petróleo).

La apertura de la frontera agrícola, el fomento de la migración hacia la zona, así como la naciente industria petrolera dio como resultado un vertiginoso crecimiento demográfico, presentando la provincia de Napo, el índice más alto de crecimiento a

nivel del país: entre 1974 y 1982, la provincia del Napo, incluyendo las actuales Provincias de Sucumbíos y Orellana, creció en un 7.5% anual. Este crecimiento redujo la tierra disponible para las familias indígenas, generó presión sobre el bosque primario amazónico e incrementó la sobreexplotación y degradación de las tierras agrícolas⁸.

El efecto sobre la población indígena fue enorme, ya que se redujo dramáticamente sus territorios de caza, pesca y recolección, dando como resultado un cambio en el patrón de producción, asentamiento y organización social. Hasta la década de los 60 los indígenas kichwa de esta zona se caracterizaron por ser poblaciones dedicadas básicamente, a la caza y recolección para el autoconsumo, práctica que se encontraba en estrecha relación con las condiciones naturales del medio, es decir, no afectaban al equilibrio ecológico ni a la sustentabilidad de los recursos.

Axel Kroeger y Francoise Barbira-Freedmann sostienen que:

“En menos de dos generaciones, los cambios ocurridos en la relación entre tierras con selva y tierras despejadas, ha traído para las poblaciones indígenas cambios culturales igualmente considerables. Por ejemplo, el acceso a los recursos de la selva, desde materiales de construcción hasta plantas medicinales, se ha vuelto más complicado (...) Con la extinción de la cacería y de las actividades de recolección, aspectos fundamentales de la forma de vida del indígena de la selva, se vieron sometidos a un proceso de profunda transformación y aquella dimensión cósmica que tenía el ambiente de la selva para los indígenas

⁸Es importante destacar sin embargo, que en la zona de Baeza y Chaco, la colonización se dio anteriormente, en la década de los 30 y 40, posiblemente bajo influjo de la primera ley de tierras baldías y colonización, expedida en 1936.

jóvenes que crecen en las áreas deforestadas, empezó a perder su relevancia anterior” (Kroeger, A. Barbira-Freedmann, F, 1992, p, 57).

Otro factor que consideramos tuvo implicaciones en los patrones de asentamiento y organización familiar, fue la paulatina y creciente importancia que las familias indígenas empezaron a otorgar a la educación, como resultado de la influencia de la misión Josefina. Los Josefinos instauraron las primeras escuelas y colegios tanto en Tena como en Archidona y Loreto. Estos centros educativos, se dirigían en ese entonces y hasta la actualidad, tanto a la población blanco mestiza, como a la indígena. La misión Josefina instauró un sistema de internado, para facilitar la asistencia de niños, niñas y jóvenes indígenas que vivían alejados de los centros poblados y para al mismo tiempo contar con mano de obra gratuita para sus haciendas. Las familias indígenas realizaban grandes esfuerzos por acceder a educación para sus hijos, pues como hasta hoy en día, perciben que uno de los factores de diferenciación negativa y discriminación con la población blanco mestiza, es justamente las diferencias en la educación.

Frente a esta oleada migratoria y la consecuente pérdida del territorio ancestral, surgen las primeras formas organizativas de los indígenas en Napo, hacia finales de la década del 50, aspecto que pasamos a analizar a continuación:

Nivel Organizativo de las comunidades.

Ancestralmente los Kichwa de Archidona y Loreto mantenían una estructura organizativa basada en grupos de residencia de familias ampliadas denominadas “ayllus” o “muntuns”(Oberem, 1980) constituidos por familias extensas compuestas por familias nucleares y cuya denominación procedía del cabeza de familia, o de la

persona con más prestigio del grupo familiar, los “muntuns” controlaban espacios territoriales en donde fijaban su centro de referencia y producción de las chacras, a su vez contaban con “carutambos” constituidos por zonas lejanas de selva para ejercer actividades de caza, pesca y recolección, muchos de estos “muntuns” podían tener también como referencia al “yachak” con más prestigio y poder.

Las estructuras tradicionales han sufrido cambios a lo largo del proceso de relacionamiento con la cultura occidental, las mismas que se alteraron una vez más a partir de la ley de reforma agraria 1964 y la de colonización de la región amazónica de 1978, dando paso a estructuras organizativas basadas en el marco jurídico del Estado como la ley de comunas y organizaciones reconocidas por los Ministerios de Bienestar Social y Agricultura. En este sentido diversos niveles organizativos se han establecido entre el pueblo indígena de Archidona y Loreto en los últimos cincuenta años. En la actualidad las estructuras organizativas están compuestas por comunidades, asociaciones, centros y cooperativas. Dado que la mayoría de datos para la disertación se obtuvieron en comunidades pertenecientes a la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo- FONAKIN, y la Organización de Comunidades Kichwa de Loreto - OCKIL, tomaremos como referencia principal el proceso organizativo de estas organizaciones para describir el nivel organizativo de las comunidades en la actualidad.

FONAKIN, encuentra sus raíces en los años 1958 – 1959 en que con el apoyo de la misión josefina, comenzó proponiéndose el fortalecimiento de un sindicato de trabajadores agrícolas de Napo y cuyos objetivos estaban centrados principalmente en lograr la titulación de tierras para el sector indígena y campesino; esta primera iniciativa no logró una organización permanente. A finales de los sesenta se retoma la proposición en esta ocasión con el apoyo de Central Ecuatoriana de Organizaciones

Clasistas - CEDOC y de la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas - FENOC, organizaciones que emprendieron un proceso de capacitación en liderazgo y organización con el objetivo de conformar la Federación Provincial de Organizaciones Campesinas de Napo - FEPOCAN, la misma que fue fundada en 1969 para promover la defensa de los derechos tanto de campesinos colonos como de los indígenas.

En 1973 la organización toma un giro importante al pasar a denominarse Federación de Organizaciones Indígenas de Napo -FOIN- cuyo propósito central consistió en impulsar la lucha por los intereses y derechos indígenas: defensa de territorios, derecho a una educación con enfoque culturalmente indígena y consolidación del sentido de identidad. FOIN adquiere su estatus jurídico en el Ministerio de Bienestar Social en 1986. En el año 2.001 la Federación reforma sus estatutos para pasar a denominarse Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo – FONAKIN, con el objetivo de incidir en la población para que se auto identifique como perteneciente a un pueblo y a una nacionalidad⁹.

A lo largo de sus años de vida organizativa, FONAKIN ha sido pionera en establecer parámetros para la lucha por la reivindicación de los derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador, es así que, a nivel provincial, ha impulsado y respaldado procesos enmarcados en la recuperación de territorios, legalización y titulación de tierras, ha sido protagonista y se ha corresponsabilizado del proceso de educación intercultural bilingüe; ha generado iniciativas de salud comunitaria reconocidas por el Ministerio de Salud Pública y ha ejecutado programas de producción con sus comunidades de base entre otras actividades.

⁹Entrevistas de campo a dirigentes y ex presidentes de la organización.

Capítulo 3. Estructura y significado del sistema médico indígena.

En este capítulo, nos proponemos articular lo que hemos definido como *sistema médico indígena* con la realidad observada entre los kichwa de Loreto, es decir, trataremos de sostener que los componentes de orden cognoscitivo, que se aplican para promover la salud y aliviar la enfermedad en la cultura médica kichwa, no derivan de la concepción occidental y que su ordenamiento puede dar cuenta de un sistema médico propio; aun cuando en la actualidad los dos sistemas médicos coexisten y las familias e individuos acceden a ambos, como se verá posteriormente.

Al plantearnos esta investigación como de carácter exploratorio, no nos proponemos detallar todos los conjuntos de creencias y prácticas que los kichwa ejecutan con el propósito de promocionar la salud y aliviar las enfermedades; nos limitaremos a señalar los ámbitos que, a nuestro juicio, resultan más distintivos en los prestadores de servicios médicos y su relación con la sociedad. En este sentido, ensayaremos un acercamiento a la cosmovisión de los kichwa de Loreto; expondremos acerca de la concepción de la enfermedad y la salud; examinaremos categorías respecto a los prestadores de servicios, sus formas de aprendizaje o adiestramiento, técnicas implementadas y concluiremos con un acercamiento a la estructura del sistema médico y su significado.

Cosmovisión

No es nuestra pretensión exponer la cosmovisión de manera sistemática desde la perspectiva teórica, trataremos de presentar algunos matices de la sociedad kichwa de Napo, relacionados con ciertas guías sobre las que descansa un cuerpo de creencias cognitivas, de carácter moral y de comportamiento. Es importante considerar

como se vio anteriormente, que a lo largo de cinco centurias de relacionamiento, los kichwa de Archidona y Loreto enfrentaron un proceso de aculturación, enmarcado en un contexto de desigualdad, en el que han visto transgredidos sus sistemas de valores, en medio de una constante presión social que ha intentado minar los mecanismos que ha mantenido su cultura. Muchas de estas manifestaciones han logrado sostenerse gracias a que han podido reproducirse a sí mismas, a pesar de que en el proceso han incorporado y adaptado a su cosmovisión valores de la cultura occidental, sin embargo, no han quebrantado su poder de identificación con relación a su medio, su morada y su propia estructura social.

Podríamos decir que las familias y las comunidades actuales son la base en que se asienta la cosmovisión kichwa de Napo, en la medida que se perciben a sí mismos, como herederos y poseedores de los valores que abarcan su cuerpo de creencias y conocimientos que han pasado de generación en generación; así mismo, podríamos decir que encontramos su *pedra angular* en los *yachakuna* o chamanes, en la medida que son, en principio, los mediadores y moderadores entre las fuerzas sobrenaturales y la sociedad, y su necesidad de supervivencia frente a las potencias empeñadas en su destrucción (Reichel-Dolmatoff, G, 1978, p, 82), para nuestro caso, mediante la provocación de enfermedades. En este campo, la recreación de actos de ritualidad y la utilización de prácticas y conceptos de la sabiduría médica en las actividades terapéuticas, provocan una permanente transacción y manejo de lo natural (la selva) y sobrenatural (los espíritus), con el propósito de restablecer la salud en los cuerpos, pero más importante aún, el de reproducir los valores de su sociedad.

La sociedad kichwa de Napo y Loreto , en la actualidad, constituye un mundo complejo en el que los niveles de diversificación han alcanzado un grado importante: la educación formal es asumida con celo en las familias y organizaciones, la base de profesionales (médicos, agrónomos, abogados, sociólogos, maestros, etc.) ha ido

creciendo notablemente, muchos han emigrado y residen en otras ciudades del país y el exterior, son pioneros en incursionar en la burocracia local y nacional, y han incidido en el ámbito político y organizacional; es decir, han sido protagonistas de un proceso cuyo resultado ha provocado que no todos los miembros compartan los mismos valores y puntos de vista cultural con la misma intensidad; más aún, si se considera que han enfrentado un verdadero proceso de penetración de un imperialismo ideológico que ha estimado las creencias locales en el ámbito de la salud como aberraciones irracionales. No obstante, como bien expone Evans-Pritchard (1976) para el caso de los *Azande* frente a la brujería, los conceptos manejados en la sabiduría médica por los kichwa de Napo les ha proporcionado una “filosofía natural” mediante la que se explican las relaciones entre las personas y los sucesos desafortunados, y en buena medida les provee un sistema de valores que regula la conducta.

Para los kichwa, las esferas del chamanismo y el mundo espiritual son de carácter transversal, dado que pueden presentarse en la mayoría de las actividades cotidianas; constituyen, a nuestro parecer, el sustento del saber tradicional, cimentado en un proceso de construcción cultural y adaptación al medio que, como bien propone Genny Iglesias, permite la unidad del mundo físico y mítico para que sea percibido “como algo más que el simple espacio material” (Iglesias, G, 1989, p, 40).

En este sentido, la cosmovisión kichwa está constituida por una complejidad de símbolos, mitos, imágenes, fuerzas y poderes dentro de los que, por ejemplo, el aire (*samay*) como *deidad* es el símbolo emblemático por excelencia; se transmite fuerza, poder y sabiduría mediante soplos rituales de chamán a chamán; se cura con el aliento y muchas personas reparan estados emocionales y físicos menores aventando manojos de hojas sobre los pacientes; las enfermedades viajan por el aire por medio

de “virotes” y se expulsan los males en el aire; el *samay* también es interpretado como fuerza y poder espiritual. Los *yachakuna* o chamanes entran en contacto con lo sagrado, simbolizado en el mundo espiritual, que a su vez puede transformar un objeto como una piedra o una planta en un objeto de poder; u obtener su poder propio e intrínseco; inciden en sueños que previenen o advierten sucesos: “en el sueño no camina el cuerpo, sólo es nuestra alma o espíritu que anda rodando por todo lado, anticipando en el sueño lo que puede pasar o suceder en el día o en los días siguientes”¹⁰.

Los mitos -como el ampliamente difundido *Kuyllur y Duciru*- dan cuenta de una construcción de cosmogonía, narran la creación de la luna y las “estrellas del anochecer y amanecer”, interpretan el tiempo primero en el que los “animales pensaban” igual que los hombres. Este mito relata la historia de dos héroes gemelos¹¹, nacidos de una relación de incesto entre dos hermanos; una vez descubiertos, el hermano es expulsado al firmamento y convertido en *killla* (luna); mientras que la hermana embarazada y avergonzada vaga por la selva y es acogida por “madre puma”, quien trata de ocultarla y protegerla de los “hijos puma”, ávidos de carne humana. La mujer es ocultada y alimentada, pero finalmente descubierta por “los hijos puma”, quienes al devorarla descubren dos criaturas que son brindadas a “madre puma”; la madre protectora oculta a los gemelos en una vasija y pronto se da cuenta de que son enviados de los dioses, pues crecen precipitadamente, son laboriosos y con poderes sobrenaturales. Así, los jóvenes inician la tarea de liberar la humanidad kichwa de las desventuras sufridas por los animales; cumplidas su misión, deciden

¹⁰ Entrevista de campo.

¹¹ Según Augé, (1993. P. 236-240) “Los gemelos tienen en todas las sociedades un problema cuya solución práctica es muy diversa, puesto que, o bien son particularmente honrados en cuanto signo y fuente de felicidad, o bien particularmente aborrecidos en cuanto signo y fuente de desgracia... Los nacimientos gemelares pueden ser, según las culturas y de manera más o menos ambivalente, fastos o nefastos; pero en todos los casos simbolizan y, en cierta manera, ponen en práctica la negación de las diferencias (masculino/femenino, padre/no-padre, humanidad/animalidad, cielo/tierra) que permiten la comprensión de lo social”.

separarse y viajar al cosmos, convirtiéndose en *Duciru*, la estrella del anochecer, y *Kuyllur*, la estrella del amanecer.

Los kichwa de Napo mantienen también versiones de mitos de creación, posiblemente con influencia cristiana, ya que explican que el Dios Yaya (padre) en los primeros tiempos creó al hombre de tierra y al soplar en su corona puso el *samay* en su cabeza. La mitología kichwa de Napo, que ha pasado de narrador a narrador, de generación en generación, constituye un campo denso, un legado hierático y solemne, preservado cuidadosamente, es motivo de orgullo y factor trascendental en el ordenamiento de la identidad cultural.

El mundo en que se desenvuelve la cultura kichwa está concebido en *Awapacha* que refiere al firmamento, *Kaypacha* que refiere a la selva entendida como *la realidad actual* y *Ukupacha* que refiere a un inframundo ubicado en las profundidades de la tierra y del agua; estos tres espacios a la vez son fuente de poder e interrelación, los rayos y relámpagos son interpretados como fuerzas poderosas manejadas por *yachakuna*; *Kuyllur*, *Duciru* y *Killa* miran a los kichwa desde el firmamento; *Kaypacha*, la selva, *la realidad actual*, es el espacio que permite la vida de las familias y es habitado por *Sacharuna* que simboliza el espíritu masculino de la selva (es *Amu*, es *Shachakuraka*, es el dueño de la selva que tiene su *samay*¹²) y *Sachawarmi*, el espíritu femenino; la selva en la cultura kichwa es morada de *supays* que son admitidos como espíritus con facultades positivas o negativas: *Ignaro*, *Uchutikan*, *Malagri*, *Wuarmichurac*, *Wiriwiri*, *Allccusupay*, *Shuntirisupay*, *Wayrasupay*, *Padresupay*, *Shuyansupay*, *Uktusupay*, entre otros, son espíritus que interactúan con la sociedad y son vistos como causa de acontecimientos regularmente negativos (enfermedad, muerte, mala suerte, destrucción); los grandes árboles como el ceibo o

¹²Entrevista a Yachak.

el higuerón son percibidos como enigmáticos y morada de espíritus; montañas como el Gran Sumaco y la cordillera del Galeras son fuente de poder espiritual. Los animales de monte, los peces y las plantas tienen sus *amus* o *dueños*.

El Ukupacha es concebido como espacio estrictamente de la esfera espiritual, se concibe como un mundo con una superestructura social con *pueblos* y *ciudades*, y como fuente de poder y aprendizaje de los poderosos *yachakuna*, *ahí no existe el tiempo tal como se conoce en la realidad actual*.

Asumimos que en la cosmovisión kichwa del Napo interactúan fuerzas entre los espacios corporal y espiritual. Como ya se ha mencionado, el *samay* actúa como una fuerza espiritual en el cuerpo humano, pero también las montañas, la selva, los ríos, todo puede tener *samay*; también el *aya* puede ser entendida como el alma de una persona muerta, y el *paju* que denota una suerte de energía, es un “secreto”, un arcano que interactúa con los cuerpos y que, como propone Eduardo Kohn (Kohn, E, 1992,p, 9) no encaja en la categorización de “sobrenatural” o “natural”; este *secreto*, energía o poder, “si se abstrae y generaliza... puede explicar muchos acaecimientos extraordinarios y los éxitos y fracasos en la vida. En Melanesia lo llaman *mana*” (Harris, M, 1995,p, 412). La cosmovisión kichwa del Napo constituye un pensamiento holístico en el sentido que recaba un *continuum* entre el orden biológico, social y sobrenatural que a su vez relativiza la oposición entre la vida individual y la sociedad en la que se inserta.

La enfermedad.

Partimos de la consideración de que la noción de enfermedad es ante todo una construcción cultural; en este sentido, para los kichwa de Archidona y Loreto, en

una considerable mayoría, la enfermedad no se explica por razones puramente de carácter “natural”, es decir, no constituye un acontecimiento que involucre únicamente un desequilibrio en la esfera de lo orgánico o la sola presencia de afecciones corporales y somáticas; esta constatación ha sido expuesta con diferentes argumentos y en diferentes contextos por quienes han abordado el tema en la cultura kichwa de Napo. Así, Jiménez de la Espada que visitó la zona en 1865 dice que “los brujos son generalmente entre estos indios los más despejados y astutos o los que por una o más casualidades, a que dan importancia la ignorancia y superstición de los otros, adquieren la fama... los dolores agudos en general y algunas enfermedades son atribuidos a ellos, que en el entendimiento de esta gente tienen el poder de lanzar virotes invisibles que producen en el cuerpo el dolor del virote real e invisible” (Jiménez de la Espada, 1998, p, 145).

Oberem señala que entre 1954 y 1956, los Quijos creían que todas las enfermedades son consecuencias de la actuación de *sagras* (chamán) enemigos, y por ello, la curación de enfermos cuenta también con la participación de un *sagra* (Oberem, U, 1980, p, 278). Además, afirma que se cree que la mayor parte de las enfermedades son consecuencia de la actuación de un brujo forastero, y por ello llaman al propio *sagra* para que cure al enfermo. Si bien este concepto se ha mantenido, ya que la mayoría de nuestros entrevistados indígenas han coincidido en señalar que una de las principales causas de las enfermedades o *males* actuales son producidas por el chamanismo, pudimos constatar que conciben asimismo la enfermedad como resultado del rompimiento de normas, por comportamiento inapropiado, por acción de la naturaleza, por premonición en los sueños, o por contacto o contagio con los blancos, a pesar de que, excluyendo la última consideración, subyace en el pensamiento kichwa la creencia de que todas las enfermedades conllevan la intervención directa o indirecta de fuerzas sobrenaturales y

que las desgracias, *males* y enfermedades en forma de chamanismo, surgen de relaciones negativas con la propia gente de la comunidad o entre comunidades vecinas. En este sentido, autores como Auge sugieren que, en estas sociedades, “la razón de la desgracia, de la enfermedad y de la muerte debe buscarse, pues, en la relación de las fuerzas sociales” (Auge, M, 1993, p, 278).

Sin embargo, se puede considerar que, si por un lado, el concepto kichwa de la enfermedad está arraigado fuertemente en su explicación de lo sobrenatural, no constituye su esfera exclusiva, debido a que conllevan una fuerte carga conceptual de *naturalismo*, como se podrá comprobar cuando detallemos su etiología; de otra manera, en innumerables ocasiones pudimos comprobar que se accede a la terapia chamánica, cuando las actividades emprendidas por las familias para aliviar una dolencia con *medicina natural* o incluso con medicina occidental han fracasado, es entonces cuando se activa con avidez la posibilidad de pensar en desórdenes de carácter social, dicho de otra manera, que alguien por *envidia* determinó que la persona se enfermara, dando contestación con ello al “por qué a mí” de la enfermedad, tal como lo expone explícitamente Taussig: *“para expresarnos en términos de todos los días, la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicar el ‘cómo’ pero no el ‘por qué’ de la enfermedad; puede apuntar a las cadenas de causa y efecto, pero al por qué me tocó en este momento y no en otro, o por qué me tocó a mí y no a otro, la ciencia médica sólo puede responder con una variedad de la teoría de las probabilidades, que no es satisfactoria para la mente que busca certidumbre y sentido... la etiología es simultáneamente física, social y moral. La causa de mi evidente desgracia física se encuentra localizada en mi nexo de relaciones sociales que incluye la injusta malevolencia de otro. Esta propiedad de mi nexo social se manifiesta en síntomas y signos físicos. Mi enfermedad es una relación social y el*

tratamiento debe encarar esa síntesis del orden moral, social y físico” (Taussig, M,1995, p, 113-114).

La etiología o causa de la enfermedad, enunciada por los kichwa de Loreto, manifiesta la intencionalidad de situar a la enfermedad en las esferas de lo físico, social y moral, tal como sucede en gran parte del conjunto cultural establecido en la Amazonía, particularmente en la Amazonía noroccidental, en donde se ha mantenido una concepción cultural propia alrededor de esta noción como veremos a continuación.

En los grupos que conforman los murui-muinanes (*huitotos*) del Putumayo y en otros grupos como los Shuar y Achuar, las enfermedades y, en general, los *males* son atribuidos a ataques chamanísticos de los *brujos*. Estos tienen la propiedad de transformarse en otros seres: culebra, boa, caimán o tigre, que es “el animal más favorito para la transformación humana en animal” y su “destino es practicar la maldad, matar y enfermar a los demás por medio de la hechicería” (Gómez, López, A.Sotomayor, H. Lemes, A, 2000, p, 91).

Para los Achuar, no existe ninguna enfermedad, accidente o muerte que no se atribuya a la acción de un chamán. Warren expone esta concepción con claridad: *“El poder chamánico consiste para los Achuar en la facultad de determinar la vida y muerte de los individuos que por cualquier razón se encuentren involucrados en los proyectos de brujería y contrabrujería perseguidos por quien haya obtenido (gracias a un largo, costoso y trabajosísimo entrenamiento) el control de los espíritus-flecha (tsentsákaiwianchri) que constituyen su frente y receptáculo. En efecto, según la escatología indígena, no existen muertes naturales y todos los fallecimientos por enfermedades o accidentes (salvo exclusivamente los de recién nacidos) son*

invariablemente atribuibles a las agresiones místicas de chamanes hostiles”
(Warren,P, 1994, p, 14).

Entre los tukanos del noroeste del Amazonas, los chamanes ancianos adoptan la apariencia del jaguar y son los más temidos; se piensa que el jaguar que ataca a una persona es un chamán, y cualquier chamán sospechoso de un ataque de ese tipo corre el riesgo de ser asesinado; pero el espíritu del chamán muerto penetra en otro jaguar, y el peligro continúa (Schultes, 1978).

Entre los andoques de la Amazonía colombiana, se cree que si una persona abusa de la cacería puede enfermar él o sus familiares; cada animal tiene su “dueño” y dependerá a qué animal se ha ofendido para que se determine la enfermedad¹³. Las nociones que se manejan alrededor de la enfermedad en el ámbito de las culturas amazónicas conllevan también concepciones de restricción tanto en la vida sexual como en dietas y ayunos; así, entre los mai huna de la amazonía peruana, el aprendizaje y la cura chamánica deben estar acompañadas de abstinencia sexual¹⁴; se podría ampliar la lista de ejemplos, pero lo que pretendemos es situar a la cultura médica kichwa en el contexto regional de la Amazonía, dado que las concepciones

¹³“Uno puede cazar de vez en cuando, pero la enfermedad viene cuando se caza mucho. Para coger mucho animal hay que pedirle permiso al dueño, pero entonces eso ya no lo hace todo el mundo. Uno lo hace, pero de todas maneras la causa siempre viene con los hijos [...], hay que hacer secreto para poder coger mucha cacería, mucho pescado, hay que hacer pagamento con ellos, por ejemplo en un baile, o tiene que estar haciendo los secretos continuos para que no le suceda eso”. Gómez López, Augusto y otros, 2000.

¹⁴ “Los mai huna consideran que la sexualidad de las mujeres hace que todo poder se esfume rápidamente, sin posibilidad de que éste sea recuperado. No por ello las mujeres se privan de intentar seducir a los potenciales chamanes —lo cual limita el número de chamanes existentes— constituyendo también una eventual amenaza para sus esposos-chamanes y minando el poder masculino desde su base. De esta manera, la sociedad masculina se divide entre hombres que son sensibles al llamado de las mujeres -noeyacikina ha, “mujerriegos” o “los que hacen el amor” (los más numerosos)- y aquellos que siguen la vía del ayahuasca y dominan sus impulsos sexuales, por lo menos durante su juventud”. Bellier Irene en Fernando Santos & Frederice Barclay, 1994, 113.

acerca de la enfermedad son similares, posiblemente como resultado del proceso adaptativo desarrollado por estas sociedades.

En consideración a que debemos acercarnos a la etiología kichwa de la enfermedad, tomaremos como referencia la clasificación sugerida por tres estudiosos de la etnomedicina (Foster, Warren e Iglesias). Foster propone una dicotomía entre enfermedades de carácter personalista y enfermedades de carácter naturalista; Warren introduce una categoría “intermedia” como veremos a continuación, e Iglesias propone una clasificación en tres categorías, de acuerdo a las causas que producen las enfermedades.

Las enfermedades de carácter personalista son para Foster, aquellas que pueden ser atribuidas a la acción o intervención de un agente humano (chamanes) o no humano (espíritus) y cuyas terapias involucran decididamente aspectos sobrenaturales. En la segunda categoría, (enfermedades naturalistas) se encuentran las enfermedades atribuidas a desequilibrios y perturbaciones del cuerpo y de la personalidad, provocadas por agentes o fuerzas naturales.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, las segundas no son necesariamente excluyentes de las primeras, por lo que complementaremos la propuesta de Foster con la categoría formulada por Warren, en su trabajo entre los achuar de “enfermedades *subchamánicas*” (Warren, P, 1994,p,20), entre otras razones, tal como sucede entre los kichwa de Loreto, porque su tratamiento se realiza en estado normal de vigilia y porque no contemplan manipulación *decidida* del mundo espiritual.

Así mismo, seguiremos a Iglesias, cuyo trabajo se circunscribió a los Kichwas del bajo Napo, y su interpretación se inscribe en un enfoque similar a los citados anteriormente.

Iglesias clasifica a las enfermedades en tres categorías (Iglesias, G,1989,p, 75-76-77) enfermedades denominadas *ungüi*, que son consideradas *naturales*; enfermedades denominadas *pajus*, en consideración a que la causa tiene origen en elementos naturales pero actúan como intermediario en la provocación de daños portados por elementos sobrenaturales y en este sentido serían enfermedades *semi-sobrenaturales*, y enfermedades propiamente *sobrenaturales*, cuya causa es atribuida a la “brujería” a pedido de una persona disgustada, con envidia, con malas intenciones en contra de quien resultará enfermo.

En términos generales coincidimos con esta última categorización, aunque haremos precisiones propias, partiendo por decir que el concepto *Ungüi*, es asumido de manera genérica, para referirse a todas las enfermedades, cualquiera sea su clasificación.

Enfermedades naturales: *naturalismo* ¹⁵

Un importante número de enfermedades son catalogadas por los kichwa como *naturales*, es decir, no son producto de una transgresión, ni resultado de la acción deliberada de un agente chamánico. Los Kichwas ubican su causalidad en diferentes contextos: alimentación inadecuada, abuso de esfuerzo físico, contagio, dolencias de las mujeres en sus etapas críticas, etc. Son enfermedades o dolencias que provocan distintos tipos de malestar en la persona que sufre; en su mayoría son enfermedades comunes que pueden ser resueltas en el mismo núcleo familiar, a partir de la identificación y observancia de signos y síntomas. Es en la familia en donde normalmente se inicia el proceso terapéutico; en la gran mayoría de ellas, los adultos (hombres y mujeres) conocen las capacidades curativas de varias plantas que además son comunes en las chacras y por lo tanto de fácil acceso y preparación. Si el paciente continúa presentando los síntomas, sin señales de mejoría, o si presenta complicaciones, entonces la enfermedad normalmente suele tratarse como procedente de chamanismo y requiere por lo tanto de derivación a los especialistas. (pajuyucs o Yachacs)

15 Philippe Descola al sugerir una nueva definición de la noción clásica de animismo, propone que buena parte de los animales y plantas se incluyen en la comunidad de personas y que el dualismo que opone naturaleza y cultura que es propio de occidente es desconocido entre los indígenas amazónicos, en este sentido trastoca de manera contundente los conceptos antropológicos de “natural” y “sobrenatural” (Surrallés ,A, 2004 p, 15), Descola precisamente nos dice: “¿Queda algún lugar para la naturaleza en una cosmología que confiere a los animales y a las plantas la mayor parte de los atributos de la humanidad? Lo que nosotros llamamos naturaleza es aquí objeto de una relación social” (Descola, P, 2004, p, 27). No obstante de esta importante noción, en la disertación persistiremos en la utilización del concepto «naturalistic medical systems» (sistemas médicos naturalistas) en el que las enfermedades y males son atribuidas a desequilibrios y perturbaciones del cuerpo y de la personalidad, provocados por agentes o fuerzas naturales (caliente, frío, húmedo, seco) y cuya terapia no involucraría aspectos sobrenaturales propuesto por George Foster.

Otras dolencias y episodios relacionados con la salud, como alteraciones y molestias de los ciclos menstruales de las mujeres (*warmiunkurinapandarin*), diarreas (*kichaunkuy*), dermatitis (*shicshi*), abscesos (*chupus*), cólico estomacal (*lksapaway*), picaduras de insectos, entre otras, son consideradas enfermedades y dolencias naturales, y en su mayoría, como se ha dicho, pueden ser manejadas usando el conocimiento médico socializado en la mayoría de familias, especialmente en las que cuentan con personas mayores y con experiencia; ahora bien, la línea divisoria entre estas enfermedades y las que denominamos *subchamánicas* o *chamánicas* es tenue y, en buena medida, dependerá de la evolución del episodio para pasar de la concepción *naturalista* a la concepción y manejo de lo sobrenatural.

Es importante señalar la capacidad de la familia para diagnosticar la dolencia, así como su preparación para enfrentar enfermedades otrora de carácter desastroso como la gripe (*chiriyaska*), son entendidas y tratadas de acuerdo a nuevas normas que se han adoptado en el proceso de aculturación médica. En este sentido, se ha adaptado la utilización de plantas medicinales (*ajirinri*, *amarunkaspi*, *bálsamo*, *chakrakiwa*, *hierba luisa*, *kuntisunpanka*, *pakayyura*, *runa tabaco*, *sacha ajo*) para controlar la dolencia y, si hay facilidad al acceso a medicación occidental, también se la utiliza. Se puede asegurar que el mayor porcentaje de la población no duda en acudir al médico occidental si en la familia se decide que la enfermedad debe ser tratada en un centro de salud.

Enfermedades subchamánicas - semisobrenaturales: *pajus*.

Para los kichwa de Loreto, la palabra *paju* es entendida en distintos niveles; por un lado, revela *fuera*, *poder* y *secreto* en las personas que lo poseen y le servirá para curar una enfermedad específica; en la terminología médica kichwa, a estas

personas se las denomina *pajuyuk*, muchos son especialistas expertos en el manejo de plantas medicinales y sustancias curativas, y obtienen este don procediendo a un acto ritual que detallaremos adelante; el *paju*, como *poder y secreto*, aparece como requerimiento de los prestadores de servicios de salud kichwa, en este sentido, parteras, fregadores, curanderos y más prestadores de servicios de salud deben poseerlo, con la finalidad de garantizar el éxito de su respectiva terapia, es decir, no resulta suficiente el manejo adecuado de las técnicas y procedimientos. Los *yachakuna* también poseen *paju* y personas comunes que no están inmersas decididamente en el ámbito médico, pueden poseerlo para aplicarlo en terapias y otras actividades tales como la siembra, la pesca y la cacería.

El concepto es usado también para categorizar un cuadro determinado de enfermedades producidas por factores que pueden ir desde el rompimiento de normas, accidentes, alimentación inadecuada, mordedura de serpiente, y por ver, sentir o contactar algo inapropiado o *chamaniado*. En la cultura médica de los kichwa, estas enfermedades solo podrán ser curadas por un *pajuyuk* que tenga el *paju* específico para cada enfermedad, aplicando así mismo una terapia particular. En este sentido, estas enfermedades son reconocidas, identificadas y clasificadas en el sistema médico por sus signos, síntomas y tratamiento; por tanto, alrededor de estas dolencias se ha construido un discurso con un significado cimentado en la cultura y ejercido por la sociedad kichwa, son dolencias descritas de una manera particular y vividas según sus propios paradigmas; conforman un cuerpo de convicciones que ocupan un lugar especial en el sistema médico, se dinamizan mediante la acción de especialistas que se relacionan con los enfermos y sus familias y son aceptadas categóricamente por el conjunto de la sociedad.

La enfermedad kichwa **Amarun Ahuaspaju**, por ejemplo, es identificada como una dolencia de la piel, transmitida bajo el supuesto de que el enfermo ha topado accidentalmente una *amarun boa chamaniada*; se piensa que en ese instante *el pajuahuas pasa* constituyendo uno de los signos de la enfermedad; sus síntomas se inician con una ligera comezón en la parte afectada, la piel adquiere un color rojizo, aparecen granos que pueden contagiar a otras partes del cuerpo. Esta enfermedad debe ser tratada por el *pajuyuk* que tenga el *secreto* para curarla; se piensa que es preferible que, previamente, la familia del enfermo o él mismo prepare una fogata con leña, si es posible de chonta; además, se debe macerar en agua *tabaco de mazo* la noche anterior o la madrugada antes de la curación, es preferible que una sola persona ejecute la maceración, puede ser el mismo *pajuyuk*; el *pajuyuk* entibia el tabaco macerado en la brasa, toma unos bocados del agua de tabaco y frota con sus manos las partes afectadas, posteriormente *limpia* con hojas de *sacahazapallo panga*, las que, una vez usadas, deben quemarse en la brasa. Se procura que este tratamiento se repita de dos a cuatro veces, pasando un día. Durante el tratamiento, el enfermo no debe ingerir arroz, debido a que se piensa que la planta del arroz tiene *pelos (ahuas)* que producen comezón, tampoco debe ingerir pescado ni armadillo porque tienen escamas con *ahuas*; siendo estas creencias otros signos de la enfermedad.

En esta categoría se encuentran otras dolencias como el **Huaira pichana paju**, que es causada por transitar o encontrarse en un lugar inadecuado, se piensa que el *Huaira pichana paju* se encuentra en el aire y su sintomatología es dolores de cabeza y cuerpo, debilidad general, vómito y diarrea. **Tuksipaju**, transmitida por posible acción de un chamán y sus síntomas son dolor interno agudo, punzante e intermitente con ardores en las partes afectadas, el dolor no se sitúa en una sola parte del cuerpo sino que se traslada de una parte a otra. **Inda paju** transmitida a causa de la

eventualidad de un golpe, luego se presenta un pequeño tumor en la parte afectada, éste puede crecer y producir dolores intensos y temperaturas altas. Además, han podido clasificar otras dolencias, males o enfermedades como: *shiupaju*; *upa machacuytuksishca*; *muyo paju*; *mijapaju*; *shungunanaipaju*, todas con una causa, sintomatología y terapia propias. Estas enfermedades bien pueden ser consideradas como subchamánicas o como semi sobrenaturales, debido a que sus terapias se realizan en pleno estado de vigilia y su causa no discrimina la intervención de la conceptualidad sobrenatural. Dado que alrededor de estas enfermedades se ha construido una narración determinada, con signos y síntomas, terapias, prestadores de salud especializados y son fuertemente arraigadas en la sociedad, constituyen un factor fundamental para aliviar esas dolencias y reproducir la cultura médica de los kichwa de Loreto.

Enfermedades chamánicas: sobrenaturalismo.

Las enfermedades chamánicas o sobrenaturales involucran un complejo manejo del mundo espiritual por parte de la sociedad kichwa y, si bien es correcta la apreciación de que las desgracias, *males* y enfermedades surgen de relaciones negativas con la misma gente de la comunidad o entre comunidades vecinas, la percepción va más allá, para dar cuenta de una viva interrelación con la concepción del mundo expresada en la cosmovisión. Es así que el universo chamánico kichwa, se muestra como un axioma que sentencia la lógica de su función como reflejo de la organización social, en el sentido que la organización social conlleva la participación resuelta del mundo sobrenatural. Así, para el pensamiento kichwa, estas enfermedades provienen no sólo de los malos *yachakuna* (*sagras*) y de personas mal intencionadas, envidiosas o vengativas, sino también de cerros, lagunas, pantanos, ríos, selva y espíritus (*supays*), por lo que para procurar la sanación y alivio de los enfermos, la sociedad debe buscar

en las terapias, la intervención prefijada y consciente del mundo sobrenatural, y su prevención implica normas de comportamiento frente al entorno y la sociedad en su conjunto.

La concepción de enfermedad sobrenatural-chamánica en la cultura kichwa de Loreto, tiene un sentido holístico, debido a que busca restablecer el equilibrio perdido por la persona enferma entre fuerzas naturales (su propio cuerpo) sobrenaturales (los espíritus y potencias sobrenaturales) y sociales (relaciones negativas en una sociedad compleja constituida y entrecruzada entre humanos y no humanos), en tal sentido, el restablecimiento o la no pérdida de este equilibrio es la base en la que se asienta el concepto de salud kichwa.

Para el manejo de las enfermedades chamánicas, el sistema médico articula una serie de categorías que tienen que ver con las jerarquías, las terapias y las técnicas de curación. En el primer caso, se trata del establecimiento de posiciones o rangos de chamanes: *tzalamanga*, *bancu*, *yachak*, *sagra*, de acuerdo al grado de prestigio, por el éxito de sus acciones entre las que ocupan un lugar de privilegio el alivio y curación de enfermedades; y que se logran en los procesos de aprendizaje y adquisición de poder *samay*. Por líneas de linaje, ya que la memoria histórica kichwa sitúa e identifica familias de poderosos chamanes de antaño famosos por curar enfermedades imposibles y sus descendientes que han seguido la tradición; por procedencia, en el sentido de que no es lo mismo ser *yachak* de Ávila para el caso de Loreto o de Rukullacta en Archidona, que de cualquier otra comunidad.

En cuanto al género, si bien la práctica chamánica no está prohibida a las mujeres, éstas son significativamente menos numerosas, debido al rigor que exige la

preparación, por el peligro que encierra trabajar cerca y de cara a la enfermedad y por el riesgo que conlleva resolver la enfermedad en terrenos de conflicto social.

En relación a las terapias y las técnicas de curación, un primer elemento a tomar en cuenta son los signos de la enfermedad. Así por ejemplo determinados sueños, tienen significados específicos en el tipo de enfermedad que aqueja al paciente. Así mismo los relámpagos, formas de neblina, forma y tamaño de árboles, lenguaje y silbidos de plantas *sagradas y sus dueños* y la presencia de ciertos animales se interpretan como signos que intervienen en el diagnóstico.

Un segundo elemento constituyen los síntomas en el paciente. Existe un discurso particular para la identificación y clasificación de síntomas; la lectura de dolores, ardores, mareos, vértigos, comportamiento y conducta anormal determinarán las **terapias y técnicas** particulares de tratamiento, en procura de lograr efectividad en el manejo de los males sobrenaturales; incluyendo técnicas que implican destrezas para alcanzar un estado alterado de la conciencia para interrelacionarse con *ejércitos* de espíritus en pos de buscar remedio a las enfermedades.

Salud: aproximación al concepto.

Al enfocar los conceptos y la etiología de enfermedad manejados por los kichwa, partimos de la consideración que ante todo se trata de una construcción cultural, al constituir un término existencialmente opuesto a la enfermedad (Duch,L, 2004,p, 61). La salud también corresponde a la lógica de la cultura kichwa, el término equivalente a *salud* para los kichwa es *allikausai* que significa *buen vivir o vida buena* y, dado que una de las visiones más potentes acerca de la *vida* constituye el reconocimiento de que las personas interactúan con fuerzas sobrenaturales, cósmicas,

naturales y sociales, el *allikausai* o *buen vivir* implica la búsqueda del equilibrio en ese universo; para los kichwa la salud es un *alli*, un *bien* que ha de mantenerse en una vida de equilibrio en los niveles naturales y espirituales, en este sentido, mencionan con claridad que el *allikausai* en el mundo kichwa significa

“tener sabiduría propia, poder para dominarse en la vida y trabajar; sentirse juntos con la naturaleza; estar en buen contacto con los seres queridos, con los familiares, con la comunidad, con el bosque; tener fuerza, ánimo y espíritu para no vivir por vivir, sino para trabajar y ayudar, para empujar al resto, para enseñar a vivir a los hijos; si no existieran brujos, sacras y supays malos, todos hubiéramos vivido sanos en cuerpo y alma, sin sufrir dolores, preocupaciones, y lamentos¹⁶.

Esta concepción encuentra un determinado paralelismo con el concepto de la OMS, dado que propone como *salud: un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad*; sin embargo, el *allikausai*, como percepción de salud, alcanza un nivel superlativo del sentido holístico, debido a que busca mantener el equilibrio con las fuerzas presentes en la cosmovisión Kichwa.

Cabe destacar que en Ecuador, desde el gobierno nacional, se introdujo el concepto de “Buen Vivir”, como un cambio de paradigma, fundamentado en las nociones tradicionales de los pueblos indígenas andinos y amazónicos, las mismas que se recogen incluso en la nueva constitución y en los instrumentos de planificación nacional, especialmente en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013, en el que se plantea que *“El concepto dominante de “desarrollo” ha entrado en una profunda crisis, no solamente por la perspectiva colonialista desde donde se construyó, sino además por los resultados que ha generado en el mundo”¹⁷* Así mismo, en el Atlas de las Desigualdades Socioeconómicas del Ecuador (SENPLADES, 2013 P.13), se propone

¹⁶ Entrevistas de campo.

¹⁷ Plan Nacional Para El Buen Vivir. 2009 – 2013) (pp17)

que *“El buen vivir, basado en la tradicional cosmovisión indígena de los pueblos indígenas andinos y amazónicos se concibe como un proceso hacia la mejora participativa de la calidad de vida, a partir no solamente de un mayor acceso a bienes y servicios para las necesidades humanas, sino también de la consolidación de la cohesión social, valores comunitarios y la participación activa de individuos y comunidades en las decisiones relevantes para la construcción de su propio destino, sobre la base de la equidad, con respeto a la diversidad.”*

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, en la práctica, existe una inconsistencia entre los postulados conceptuales anteriormente mencionados y las decisiones políticas del gobierno actual en la medida en que lo que prevalece es el postulado de la “ciudadanía” como un concepto homogeneizador de la sociedad ecuatoriana, desconociendo los principios fundamentales del “buen vivir” que precisamente se sustentan en el reconocimiento de las diferencias, la diversidad y las formas de autodeterminación propias, especialmente de los pueblos indígenas. El concepto de desarrollo que prevalece por lo tanto es en realidad el de la sociedad blanco mestiza.

Volviendo al concepto de salud y enfermedad en la cultura kichwa; estos se presentan como conceptos propios, lo que nos permite acercarnos de mejor manera a entender su *sistema médico* debido, por una parte, a que esta dualidad se asienta en un modelo holístico y *relacional*, ya que sus representaciones se rigen bajo términos sociales, cosmológicos, psicológicos, fisiológicos, naturales y sobrenaturales; y por otra parte, constituye el marco sobre el que se desenvuelven las actividades y los prestadores de servicios de salud, desde la pura atención impartida a nivel intrafamiliar hasta las complejas especialidades que alcanzan las personas involucradas en actividades que promueven la salud y alivian las enfermedades.

Prestadores de servicios, sus formas de aprendizaje o adiestramiento y técnicas que se implementan.

Si bien el conjunto de conocimientos y prácticas relacionadas con la salud envuelve a toda la sociedad kichwa, es oportuno exponer acerca de lo que llamamos *prestadores de servicios de salud*, para referirnos a personas que se han enrolado de una manera directa en procesos de aprendizaje, con el fin de alcanzar un determinado nivel en la obtención de conocimientos y manejo de destrezas, con las que podrán interactuar con la sociedad, en procura de solucionar problemas y atender dolencias; estas personas se ubican en distintas categorías y a su vez enfrentan diferentes procesos de adiestramiento para el uso de técnicas y procedimientos.

El abordaje e inserción al ámbito de la salud puede iniciarse a temprana edad, a través de la participación u observación de eventos que se presentan en los núcleos familiares; en estos espacios, el ámbito de la salud tiene una dinámica particular, las prácticas que se ejecutan constituyen un peldaño del *sistema médico indígena*, pues no son actividades improvisadas ni dependen del azar; por el contrario, el manejo de dolencias y otros eventos inherentes al ámbito de la salud son ejecutados conscientemente con la finalidad de prevenir o, según sea el caso, curar o aliviar la enfermedad y sus implicaciones; son resultado del proceso de adaptación con su medio ambiente, de una construcción cultural y los conocimientos son transmitidos de generación en generación.

En este sentido, las familias kichwa de Loreto emprenden actividades en procura de mantenerse aprovisionados de ingredientes que consideran útiles para controlar los *males*, utilizan técnicas y manejan un inventario relacionado a la existencia y ubicación de elementos que serán requeridos en determinado momento.

La familia como entidad reproduce y sostiene el cuerpo de creencias que hace posible la integridad y el funcionamiento del conjunto del *sistema*. Dada la importancia que tiene la familia, expondremos inicialmente algunos aspectos que sobresalen en este ámbito y que, a nuestro parecer, son parte fundamental del *sistema médico* para en una segunda parte abordar la concepción kichwa acerca de prestadores de servicios de salud que alcanzan un nivel de especialidad.

La familia kichwa como base del *sistema médico*.

Por lo general, las familias kichwa de Loreto, mantienen en sus fincas y chacras una reserva de plantas medicinales que están siempre al alcance de la mano y que serán usadas para atender diferentes casos; la farmacopea manejada por las familias, así como por especialistas, constituye una de las herramientas más sobresalientes e importantes del sistema médico, contiene un valor medicinal intrínseco. El número de plantas usadas es extenso a lo que se suman otras sustancias de origen animal y mineral, el uso de estas sustancias curativas corresponde a la concepción kichwa acerca de la enfermedad, por lo que están engarzadas al ámbito espiritual y místico; muchas de estas sustancias son utilizadas por las familias sin el rigor de una especialización.

La chacra se ubica preferentemente en un lugar cercano a la vivienda; en promedio puede tener una superficie de dos hectáreas y está reforzada por espacios pequeños de rosa, utilizados para labores de agricultura con el fin proveerse de alimentos: plátano, yuca, maní, fréjol, papachina, guaba, papaya, piña, etc, pero también constituyen espacios dedicados a la producción de plantas medicinales. La mayoría de comunidades cuentan con escrituras globales de sus tierras y distribuyen las fincas de acuerdo a las reglas de cada comunidad, en promedio, las fincas

alcanzan una extensión de treinta a cincuenta hectáreas para familia, además, procuran dejar áreas destinadas a reservas de selva como propiedad comunal; esto último es menos posible en la actualidad, debido al crecimiento demográfico.

Algunas comunidades cuentan con áreas de reserva y las familias jóvenes presionan sobre estos espacios de selva primaria, llegando a formar *sectores* o nuevas comunidades. Con la apertura de carreteras los lugares de selva primaria se han reducido significativamente, lo que ha incidido en la posibilidad de acceso a plantas que se pueden recolectar en esos sitios. La racionalidad agrícola kichwa ha determinado que zonas que han sido utilizados como chacras o cultivos comerciales (maíz, café, naranjilla), cuando dejan de ser productivos, entran en un proceso de barbecho y recuperación para formar un bosque secundario en el que también se pueden recolectar especies medicinales. Kohn recogió 191 especies en una comunidad kichwa y determinó que el 54% se encuentra en el bosque primario, 29% en el secundario y 17% en la chacra (Kohn, E, 1992, p, 69).

Por su lado, las organizaciones indígenas elaboraron un manual de plantas medicinales en el que priorizaron 86 plantas de uso común, de las que el 47 % está en las chacras y el 53 % entre el bosque primario y secundario (FONAKIN, Manual de plantas medicinales, s/f), lo que puede sugerir que cada vez se utiliza más la chacras para cultivarlas.¹⁸

En la elaboración del Manual de plantas de las organizaciones participaron treinta y cuatro *yachakuna*, treinta parteras, veintitrés *pajuyukuna*, y ochenta y un promotores de salud; en este manual se observa que proponen tratar, con plantas

¹⁸ Más información acerca del uso de plantas en los Naporuna se puede encontrar en Francisco Licuy, Genny Iglesias y Miguel San Sebastián (Licuy, Francisco, 1994. Iglesias, Genny, 1996. San Sebastián, Miguel, 1995).

medicinales y otras sustancias curativas, ciento treinta y tres dolencias, de las que más del 50 % pueden ser manipuladas en el nivel intrafamiliar.

En muchas familias son las mujeres quienes se encargan de mantener una provisión de plantas medicinales en sus chacras, para lo que recogen las que se pueden trasplantar desde el bosque primario y secundario a la chacra, o mediante intercambio y reciprocidad entre vecinos y familias, esta actividad conlleva que cada familia (uno o más miembros) posea un “*paju secreto*”, que puede pasar de generación en generación o bien puedan conseguir fuera del núcleo familiar, con el fin de lograr éxito en el cultivo y eficacia en el tratamiento. En este sentido, la racionalidad kichwa determina que la familia maneje un cuerpo de conocimientos relacionados con la producción, uso y manejo de la farmacopea, de ahí que resulta vergonzoso el no estar provistos convenientemente o, por el contrario, eleva el nivel de estatus entre las familias; no se trata de tener “más”, sino “lo suficiente” para enfrentar problemas que de antemano pueden presentarse, tal el caso de mordeduras de serpiente, diarreas, fiebres, abscesos, inflamaciones; y también para casos más complicados que implican la intervención del especialista.

Por lo demás, cada planta o sustancia usada con fines medicinales en las familias, entraña el uso de una técnica que involucra conocimientos sobre partes útiles, dosificación, forma de preparación, manera de aplicación, modo de recolección, cuidados y actitudes de acuerdo a los códigos que impone el cuerpo de creencias, según la dolencia a tratarse; así, por ejemplo, si una familia no tiene en su chacra la planta llamada *ajirinri* o jengibre¹⁹ (*Zingiber officinale*), solicitará a sus vecinos o

¹⁹ El jengibre, el limón y la hierba luisa son plantas introducidas desde la colonia, “lo que indica que estas plantas habrán llegado con los primeros europeos. Antes de la conquista de América, el jengibre fue usado en Europa para tratar desórdenes digestivos, y se conoce que

parientes cercanos para que le abastezca de tubérculos que servirán de semilla, entablándose así un compromiso social de intercambio que obliga a un acto futuro de reciprocidad; el tubérculo como semilla puede ser útil hasta veinte días, una vez en la chacra, se observa que la fase de la luna no se encuentre en cuarto creciente (luna tierna), entonces, una persona mayor escoge un sitio y procede a un acto ritual pidiendo a la tierra y al *espíritu* de la planta que produzca positivamente y proteja a la familia.

Los kichwa piensan que si ha sido *bien sembrado*, se escuchará *el silbido* del jengibre como señal de que la familia está protegida; reconocen la madurez de la planta en aproximadamente tres meses, y también por su sabor, olor y contextura. El jengibre puede durar en la chacra un año y se espera que la misma planta se vaya reproduciendo. Se procura tenerla siempre; dependiendo de la variedad, es usada para aliviar dolor estomacal, cólico, diarrea, gripe, fiebre, dolores musculares y para mordedura de serpiente; de acuerdo a la dolencia, recogen la cantidad apropiada y usan técnicas de preparación que pueden ser decocción, ralladura, zumo y emplasto; así mismo se debe manejar la forma de administración según la dolencia.

Los enfermos, por su lado, deben observar comportamientos específicos según el caso, si se trata de una mordedura de serpiente se machacan dos tubérculos de jengibre, se disuelven en un vaso con agua, se cierne y se toma una sola vez; además, se deben colocar cuatro tubérculos machacados directamente sobre la herida, para este uso medicinal deben emplear los tubérculos de color negro en su interior; posteriormente el enfermo no debe consumir ají (*capsicumnahum*) ni sal, no deberá mantener relaciones sexuales, las mujeres embarazadas no se acercarán al enfermo, y si es casado su esposa está excluida del contacto durante el tiempo que

también tenía usos medicinales en India y China. Esta planta fue importada de Asia meridional, pero para el siglo XVI era ya cultivada en el Nuevo Mundo para exportación”, Kohn, 1992: 52.

dure la crisis.

El jengibre es usado también por los chamanes en terapias de curación, la utilización de esta planta deja ver el resultado de un proceso de adaptabilidad en su utilización, incluso en el ámbito místico con fines curativos; al respecto, algunos investigadores sostienen que, dado que el proceso de aculturación intensifica el número de enfermedades y afecciones, también estimula el aumento del número de plantas medicinales usadas en la terapéutica²⁰; al ser los kichwa de Loreto grupos humanos que han experimentado un largo proceso de aculturación, posiblemente esta sea la razón para que el uso y manejo de plantas nativas y exógenas se encuentre arraigado en las familias.

Como es de suponer, no todas las familias manejan un mismo nivel de conocimientos, así también unas están más abastecidas que otras y, como ha demostrado Wray (Wray, N, 1996, p, 75), las comunidades que se encuentran más alejadas del mercado cuentan con mayor diversidad de productos en sus chacras, entre ellos las plantas medicinales, en todas las comunidades, las familias aplican de una u otra manera conocimientos y técnicas que implican el manejo de plantas para aliviar enfermedades.

Especialistas

Para enfrentar enfermedades y padecimientos, la cultura kichwa amazónica forma a personas para que suministren servicios de salud, acuden a ellos según el tipo de problema que enfrentan y generalmente cuando en el ámbito intrafamiliar no se ha podido resolver la dolencia. Estas personas emprenden procesos de aprendizaje en los que obtienen conocimientos, técnicas y destrezas para interactuar en el marco de

²⁰Estrella, E, 1995, 160. Kohn,E, 1992, 55.

su forma particular de percibir y entender la salud y la enfermedad. Se mantiene un ordenamiento y categorización y se los puede clasificar en dos grupos: **yachakuna** en los que se insertan las categorías chamánicas de: *yachak*, *sagra*, *tzalamanga* y *bancu* y su tarea en el sistema médico es atender y aliviar las enfermedades de carácter sobrenatural; el segundo grupo está constituido por los **pajuyukuna**, donde se encuentran las categorías subchamánicas: *pajuyuk*, *kibiripajukakuj* (sobador), *Wairapichakpaju* (limpiador) y *wawataapachik* (partera).

Yachakuna: chamanes.

En la cultura médica de los kichwa de Loreto, el chamanismo se ha mantenido vigente al punto de poder ser considerado como la “piedra angular” de su sistema médico, las personas que han incursionado en este ámbito, alcanzan diferentes categorías, según el nivel de conocimiento y poder adquirido, estas personas pueden ser incluidas en el rango de *chamanes*. Nuestro interés se centra en ubicar al *yachak* o chamán kichwa en el rol desempeñado en sus actividades inherentes como prestador de servicios de salud, no obstante, consideramos importante formular una aproximación al concepto *chaman*, debido a que se ha encontrado similitudes en las sociedades en que ha sido estudiado; Jensen, sugiere que “las regiones en que los fenómenos que designamos como chamanismo se han expandido en mayor grado son el norte y el centro de Asia, las dos Américas, India e Indonesia (en esta última, de modo sorprendente, principalmente, entre los pueblos más jóvenes desde el punto de vista de la historia de la cultura, lo mismo que en América del Sur, en donde se encuentran ante todo entre los aruak, los karaiba y los tupí)” (Jensen Ad, E, 1998, p, 256),y llega a proponer incluso que las formas y técnicas utilizadas son coincidentes

en muchos detalles, lo que permitiría pensar en una conexión histórico-cultural entre las distintas regiones²¹.

Según Eliade (Eliade, M, 2001, p, 22), el *chamanismo* es por excelencia un fenómeno siberiano y el vocablo procede del tungús *shaman* y la definición de *chamanismo* sería la *técnica del éxtasis* con el propósito de relacionarse y dominar sus *espíritus auxiliares*; la *técnica del éxtasis* le permite al *chamán* penetrar en los niveles y las regiones del universo (Eliade, M, 2001, p, 213)(tierra, cielo, infierno).

Para Jensen, la característica más sobresaliente del chamán es su capacidad psíquica particular, que le permite actuar como mediador entre los seres humanos y sus deidades o respectivamente con los espíritus (Jensen, E, 1998, p, 256).

Por otro lado, en otros estudios también se ha señalado como chamán a las personas que simplemente han accedido a conocimientos especializados, que practican terapias curativas o tienen un acceso al mundo espiritual sin entrar a un estado alterado de la conciencia; así, Ackerknecht, después de analizar la complejidad del tema, nos dice que el chamán “no es un ser tan excepcional en su cultura, sino solo una variedad del chamán familiar. Donde el chamanismo familiar todavía existe, hasta cierto punto, todo el mundo chamaniza” (Ackerknecht, E, 1985, p, 71).

²¹En los anales del concepto de chamanismo, se sabe que Nicolás Witsen, diplomático holandés en la corte del zar de Rusia, presentó en 1705 a un hombre tungús de Siberia, ataviado con cornamentas de siervo y un tambor, que aseguraba poseer poderes para predecir el futuro y curar enfermedades. Este concepto ha sido aplicado en las lenguas occidentales y, en la actualidad, se utiliza en todo el mundo para referirse a personas que practican ritos parecidos a los chamanes tungueses, es decir, que entran en un estado de trance, con el propósito de curar enfermos, controlar fuerzas naturales, causar cambios de tiempo y predecir el futuro, a partir de un trance o *estado alterado de la conciencia* y relacionamiento con espíritus (Clottes, J, Lewis-Williams, D, 2001, p, 11).

Investigadores como Clottes y Lewis-Williams han estudiado desde una perspectiva neurosicológica el chamanismo y han sugerido que “los distintos estados de conciencia alterada están íntimamente relacionados entre sí, por lo que también resulta complicado definir con simpleza el *estado alterado de la conciencia*” (Clottes, J, Lewis-Williams, D, 2001, p. 14), pues consideran que ésta, forma parte de un conjunto continuo en cuyos extremos está la *plena conciencia* y en el otro, *el trance profundo* que es inherente al chamanismo, precisamente nos dicen que: “cuando los chamanes experimentan, creen percibir unas cosas que no están verdaderamente allí: dicho de otra manera, alucinan.

Estas alucinaciones pueden ser felices, extáticas o terroríficas y en estado profundo, afectan a los sentidos. No se trata simplemente de visiones; unas extrañas sensaciones recorren el cuerpo, y los sentidos -olor, oído y gusto- participan en las percepciones irreales. Estos estados profundos incluyen aquello que se conoce generalmente con el nombre de «trance»...., un mundo donde los chamanes penetran y en el que sueñan” (Clottes J, Lewis-Williams, D, 2001, p, 14).

En lo que respecta a la región amazónica, desde los primeros contactos, los conquistadores, consideraron que toda manifestación y práctica de orden espiritual, religiosa o mística, ajena al cristianismo constituía prueba del imperio y gobierno del diablo. Cronistas, viajeros y exploradores han mencionado diferentes prácticas y ritos al respecto, en su mayoría concluyendo que se trataba de prácticas y ritos diabólicos, brujería y hechicería. En base a esta concepción, los portugueses incluso denominaron Solimoes al gran río que unido con el río Negro conforma el Amazonas de Brasil, la palabra Solimoes proviene de “soliman” nombre que aterrorizaba a los cruzados y que significaba veneno o hechicería (Gómez, López, Augusto, Javier. Sotomayor, Hugo, Armando. Lesmes, Patiño, Ana, Cristina, 2000, p, 77).

En su mayoría, los testimonios escritos dan cuenta de una inmensa complejidad cultural, conformada por numerosos grupos que habitaban en la amazonía y como sus creencias estaban basadas en “supersticiones”. Al respecto, en relación a nuestra zona de investigación, Udo Oberem subraya que “ya en las primeras fuentes del siglo XVI se señalaba la influencia del “poder” de los brujos Quijos... Los brujos se llamaban “pendes”, lo cual significa hechicero... En cuanto a su poder, sabemos que podían “hacer llover”, “resucitar muertos”, “transformar hombres en plantas y plantas en hombres” y otras cosas más. No se dice si durante sus prácticas, los brujos se ponían en estado de trance, sirviéndose para ello de alguna droga, pero es de suponer que así haya sido porque se dice que “les apareció el diablo y habló con ellos”, y que “sabían trasladarse al otro mundo”, y ambos son fenómenos que los brujos hoy en día no alcanzan sino en estado de trance. Una vez que los Quijos oficialmente se hubieron convertido al cristianismo, no abandonaron por completo la hechicería, pero han mantenido mucha reserva frente a los sacerdotes y funcionarios estatales” (Oberem, Udo, 1980, p, 74).

En la actualidad, la práctica del chamanismo se mantiene vigente entre los Naporuna, así, en la categoría de personas que alcanzan estas prácticas se ha reconocido distintos niveles de jerarquías. Genny Iglesias sustenta que:

“En el nivel más alto, al que llegan ciertas personas con aptitudes especiales, están los “bancu”, su especialización no sólo obedece al estricto y acertado manejo de la flora sino también al acceso al mundo sobrenatural; pues, según afirman son los poseedores de conocimientos sobre diversas terapias de curación, y además saben del método de “comunicación” con las almas (ayas) (...)La denominación “bancu” se debe al hecho de que se cree literalmente que son capaces de servir de

“bancos” o asientos en los cuales descansan las almas para conversar con los parientes o seres queridos (...). En un segundo nivel, quizás de igual o menor jerarquía, se encuentran los “yachac”, los chamanes o en traducción directa del quichua, “el que sabe” o “el sabio”. La forma de diagnosticar y visualizar posibles terapias de curación, al igual que los “bancu” es mediante la ingestión de ayahuasca; (...) Los yachac llegan a visualizar a los “amos” de la ayahuasca, quienes le “comunican” los motivos que causaron la enfermedad, las circunstancias en las que fue adquirida y quién o quiénes son los provocadores de las dolencias del paciente (...) *sagra*: brujos que envían *chontapalas*, entre otros”(Iglesias, Genny, 1989, p, 82).

Otra caracterización la realizaron estudiantes indígenas kichwa de Archidona mencionando a: Alliyachak: con poder para la sanación física y espiritual con paju. Ayuma: con poder de la roca de las montañas. Amasanga²²: que ha recibido los encantos de la roca ubicada en la cabecera del río Aguarico y que recibe energía de dicha piedra, puede hacer el bien y el mal. Banku: con poder natural y humano maligno, puede hacer el bien y el mal. Kukama: con poder obtenido del agua en ríos lagunas y el mar. Muskuy: con poder para predicción e interpretación de sueños. Pende: Sabio en chamanismo con poder humano y autoridad. Tsalamanga²³: con poder del encanto de la laguna de Cotacachi (Doña Sabela) y Yachak o sabio que en

²²Para Norman E. Whitten, Amasanga es el espíritu que mejor conoce todo lo pertinente a la selva, es quien vigila los movimientos del alma, durante los sueños y visiones de los runas canelos. Whitten Norman E, 1987: 59.

²³Para Norman E. Whitten, Tsalamanga es una laguna especial de fondo blanco (tazón pálido) que surge en los dominios de la selva y que podrá volverse negra cuando quiere devorar a la gente. Es sugerente el hecho de que los Naporuna de Loreto lo identifiquen con el encanto de la laguna de Cotacachi. Whitten Norman E, 1987, 61.

la actualidad serían los chamanes a los que se acude para solicitar servicios para curación de enfermedades (Chimbo, Ricardo. Chimbo, Bolívar. Chimbo, Lucho, 2003, p, 17).

Otra categorización podemos encontrar en Sharimiat Shiguango, sociólogo e intelectual kichwa para quien los yachakuna se clasifican en cuatro grupos o especialidades: Pajuyuk: con poder mágico humano para la emisión de energías vitales de las plantas. Muskuyuk: con poder para predicciones a través de la interpretación de sueños. Samayuk: con poder de la comprensión espiritual del universo(Shiguango, Sharimiat, 2006, p, 76, 92).

Por nuestro lado, en la investigación de campo pudimos identificar en diferentes relatos las siguientes categorías. Tzalamanga–Chalamanga–Salamanca: cuya traducción literal sería olla pálida, considerado el de más poder para diagnosticar y curar. “Son los que tienen samay y poder de la laguna de Cotacachi, de mama Sabelita de Cotacachi”. Bancu: para referirse a quienes han aprendido y obtenido samay en la región de Canelos. Yachak o sabio: que en la actualidad constituyen los chamanes más conocidos y respetados, obtienen samay de otros yachak, así como también de montañas y animales, son las personas a las que se acude para curación de enfermedades y liberación de brujerías. Sagra: que es sinónimo de brujo, se piensa que sagra es un brujo malo, “sagrar” es brujear. “Los sagras sueltan o soplan todo el mal en el aire, así afectan y perturban a las personas, familias y comunidades”.

Pese a estas categorizaciones, en su mayoría, las personas que se insertan en ellas se reconocen principalmente como yachak y en ningún caso como sagra, a pesar de lo que, preponderará en ellos la ambivalencia de dominio sobre sanación y enfermedad. Para esto deberán emprender un proceso de formación, el mismo que

podrá iniciarse por disímiles causas e inspiraciones. No hay patrón en relación a la edad, tampoco para quien entrega conocimientos, hombres y mujeres pueden iniciarse en cualquier período de la vida en que experimentan una situación especial o extraordinaria. “Entre los Napo Runas, el futuro yachaj no tiene que poseer características psicológicas especiales. Cualquiera puede ser “llamado”, generalmente mediante “avisos” o distintos encuentros con supays...Pero a este “don”, debe sumarse la voluntad del elegido de someterse a las pruebas del proceso de iniciación y aprendizaje. ... abstinencia sexual, períodos de ayuno, y aislamiento en el monte” (Muratorio, B, 1998,p, 337)

Los poderes y técnicas los pueden aprender y recibir de personas que poseen samay y experiencia pero también del espíritu, energía, potencia y samay de la selva, árboles, lagos, montañas, ríos y hasta del mar. En muchas ocasiones esto podrá ir acompañado de un aprendizaje en la utilización de plantas medicinales y otras sustancias curativas y el aprendizaje para construir su propia taquina que constituye un canto poético acompañado con la entonación de silbos y la armonía de las hojas de surupanga mediante los que el yachak invocará a sus espíritus aliados en los actos de curación

Taquina de un yachac

Junto a un árbol hermoso, una mujer hermosa está parada.
De los pueblos cercanos a las diferentes montañas,
con un hermoso viento que limpia,
viene limpiando, vengo aquí a sentarme.
Entre una inmensa raíz de un árbol,
una mujer hermosa está parada.
Solo ella sabe pararse entre lo más alto,
eres la mujer que solo paras en la punta del árbol.
Solo de buena vida, le voy a coronar de samay.
En una hermosa selva verde, junto a un árbol grande, estas parada hermosa mujer.

de hermosas ciudades de fuera, con una hermosa máquina de viento,
vienes limpiando, vienes viendo, vengo a sentarme.
Viene un sonido hermoso,
junto a un árbol, ahí estas parada hermosa mujer.
Hermosa mujer santa, vienes cantando y estás aquí,
has venido hasta aquí, sentada en un hermoso asiento.
Hermosa sanadora doctora eres,
estás aquí parada, sanando y curando, estás bañada con diversos remedios.
En la punta del árbol del mundo,
cantando analizando estás parada.
Solo hermosos sueños, haces soñar.
Estás parada con una hermosa máquina para volar.
Al trinar los pájaros hermosos, ahí estás.
En la cascada del río, del pueblo de Loreto,
está parada la hermosa mujer,
está parada la mujer que sale bañada con diferentes clases de remedios.
Estás parada en la punta de una hermosa piedra.
En diferentes cabeceras donde salen las fuentes de agua,
ahí estas parada, bañada.
Puesta hermosos collares de dientes de jaguar,
estas parada ahí.
En la selva donde cantan diferentes clases de munditos,
estás parada ahí.
Donde canta el mundito, con la misma pluma adornada,
ahí estas parada mujer.
Junto a un hermoso árbol, vengo cantando, le voy a coronar.
estoy parado cargado de balas de rayo.
Con hermosas balas de rayos colgados,
cargado y amontonado, eres la mujer que está parada ahí
Con hermosos colgantes curas,
En una montaña hermosa donde canta el gallo de la peña,
emplumada, coronada, eres la mujer que estas parada ahí.
Donde no se puede conocer, junto a un bello árbol,
estás ahí hermosa mujer.
Desde todas las montañas altas, desde las faldas de la montaña Sumaco,

está aquí parada una hermosa mujer.
Junto a un árbol hermoso, vengo cantando,
es una mujer que tiene una hermosa alma
eres la mujer que estás junto al árbol que nunca va a caer.

Estos procesos son por lo general de larga duración y servirán para combatir los desequilibrios, males y enfermedades, así, un yachak²⁴ atestiguó que su proceso se inició entre sus seis y siete años de edad cuando su padrino un yachak de sobrenombre Aparishun le “sembró” samay soplándole en la coronilla y en las palmas de sus manos. Continuamente observó curar a su padre, también yachak, de quien recibió samay y aprendió a reconocer y utilizar las plantas medicinales. A los trece años viajó al Puyo con su padre con el propósito de recibir samay y adiestrarse en “madurarlo” mediante ingesta de tabaco macerado. Entre los quince y diecisiete años continuó con ingestas de tabaco macerado con la instrucción de su padre. Acudieron donde diez sabios de Loreto y Archidona y visitaron nuevamente Puyo en busca de samay de los Canelos y Shuar. Cumplidos los diecisiete años tomó por primera vez ayahuasca en Tamia Urcu, en donde encontró a Sacha Warmi, su mujer espiritual que siempre le acompaña y a quien llama en su canto o Taquina para curar, ella le implantó samay y le entregó piedras de río para sanar. Posteriormente, viajó a la comunidad Inchillaqui en busca del Yachak Contayuyo quien le entregó el poder de las lagunas; buscó al sabio Pascual con fama de haber entrado al volcán Sumaco, de quien recibió su poder y le enseñó a ver los males de manera clara “como en una pantalla”.

Se trata de un proceso de aprendizaje y adiestramiento en el que, a la par se aprenderá técnicas, procedimientos y normas de conducta entre las que ayunos y abstinencias serán de rigor so pena de perder la fuerza samay adquirida; así mismo, la

²⁴Entrevista de campo

transacción podrá implicar la adquisición de objetos chamánicos y podrá ser generalmente remunerada.

En otro testimonio relatado por una mujer, cuenta que a sus doce años sufrió hinchazón en la mano derecha al extraviarse a orillas de un río en la selva, la dolencia fue diagnosticada como signo chamánico y su terapia de sanación consistió en ingesta de ayahuasca a partir de lo que inició su vida chamánica; esta mujer afirma que recibió el samay del río y de la selva y es el poder que le acompaña en sus terapias de curación. Relata que en su proceso, pudo conocer al dueño de la ayahuasca que asiste siempre a sus terapias de sanación, quien le enseñó a limpiarse el miedo, a reconocer el mal y enfermedad y expulsarlo de los cuerpos mediante una limpia con hojas de surupanga, sobando la parte afectada o chupándolo del cuerpo enfermo²².

Por lo general, los testimonios dan cuenta de un inicio a temprana edad, en el marco familiar debido a que abuelos, padres u otros familiares que han aprendido, conservado y practicado el chamanismo lo han resuelto, o porque han interpretado un arcano o enigma del por qué la persona ha sido escogida, pero también para afirmar y atesorar el linaje chamánico de la familia. Se podría afirmar que, al igual que los Tucano investigados por Dolmatoff (Dolmatoff, G. Reichel, 1978), un kichwa no podrá ser yachak por propia voluntad, sino más bien que deberá ser “escogido” por una fuerza espiritual para que pueda desempeñarse como tal.

El proceso puede iniciarse incluso en el nacimiento mismo de una persona, de esta manera se valdrá, por ejemplo, de utilizar el zumo de hojas de la planta pumayuyu para dar de beber unas gotitas y ponerlo en el ombligo al recién nacido, con el afán de asegurar su futura capacidad de transfigurarse a puma negro; con el mismo propósito, la madre deberá someterse a una dieta en la que incluirá la ingesta de agua

de hojas de pumayuy con el propósito de transmitir el poder al recién nacido en su leche materna. “El poder de transformarse en puma es adquirido en la mayoría de los casos al poco tiempo de nacer, a través de la leche materna. Es madre, la que bebe una infusión de pumamyu poco tiempo después del parto persona” (Muratorio, B, 1998,p, 325)

Así mismo la “siembra” del samay podrá iniciarse a temprana edad mediante soplos del que lo tiene, en la coronilla de la cabeza, en las palmas de las manos y más adelante podrá ser también en su boca y otras partes del cuerpo del que lo recibe.

Se inicia de esta manera un auténtico peregrinaje en busca de samay, tratando de convenir con otros yachakuna que ya lo han obtenido entrando al ukupacha; se piensa que ríos, lagunas, el viento y la selva tienen su propio samay, cada uno con su propia singularidad para la cura de una enfermedad, por ello será ambicionado poseerlo, mantenerlo y obtenerlo en un momento con la entrada al ukupacha. “La transferencia y adquisición de samay es un proceso que continúa durante toda la vida y ese intercambio refuerza y afianza las relaciones dentro del grupo..... pero también sirve para consolidar y fortalecer otras relaciones sociales de parentesco ritual persona (Muratorio, B, 1998,p, 323 -324)

De este modo, reproducen su cuerpo de creencias y conocimientos y aseguran la constante redención del samay, que, como hemos dicho, constituye un símbolo emblemático con categoría de deidad; será en la concepción kichwa, la verdadera fuente de poder y sabiduría espiritual la que permitirá a una persona actuar de mediador entre las fuerzas naturales y espirituales para restablecer el equilibrio de los cuerpos enfermos.

En este contexto, los Naporuna consideran que ayunos, dietas y restricciones que tendrán que cumplir en momentos específicos a lo largo del proceso, constituyen una de las partes duras de la formación y vida chamánica; se piensa que el zumo de hojas de tabaco macerado y la ingesta de ayahuasca constituyen un buen alimento para el samay; un comportamiento ascético podrá conservarlo y por el contrario, una conducta mundana, incumplimiento de ayunos y relaciones sexuales en períodos determinados, resentirlo, debilitarlo y extinguirlo, así, el samay saldrá del cuerpo y podrá retornar positiva o negativamente a quien lo ha proveído o entregado. Los niños, por ejemplo, no podrán saltar, jugar bruscamente o subir a los árboles, mientras que los mayores se verán impedidos de realizar trabajos rudos y deberán observar dietas, ayunos, restricciones y sobre todo, abstinencia sexual en determinados períodos del aprendizaje y en la aplicación de terapias de curación.

Igualmente, será pertinente esperar a que “madure” el samay para iniciarse en la toma de ayahuasca, como se relata en el siguiente testimonio:

“Mi padre y mi abuelo, me han dado samay desde cuando tenía un año de edad, en ese período uno no se da cuenta, desde los cinco años de edad comenzaron a darme de tomar poco a poco zumo de tabaco; a los quince años ya sabía que tenía samay, a los dieciocho años tomé ayahuasca y comencé a curar”²⁵.

En esta búsqueda de samay y poder, la asociación que corresponderá sellar con los supay y espíritus constituirá un imperativo, dado que no se llegará al objetivo de ser yachak, si no se ha logrado esta alianza, por ello se piensa que será preciso “perderse solo” al menos una vez en la selva para encontrarlos. Los espíritus pueden presentarse como hombres y mujeres en ocasiones de deslumbrante hermosura: *Sacharuna*, espíritu masculino de la selva considerado Shachakuraka o dueño de la

²⁵Entrevistas de campo.

selva y *Sachawarmi*, espíritu femenino de la selva, también Yacumama y Yacuruna, que son los espíritus del agua.

En la concepción kichwa, estas ánimas servirán de guía para entrar al “ukupacha”, concebido como un universo paralelo ubicado al interior de lagos, ríos y montañas, en donde se alcanzará samay y sabiduría:

“adentro de la montaña hay quién manda y ordena todo, así como un presidente, está sentado en una silla grande, puesto corona adornada con plumas de colores”, (...) es otra vida, es como una ciudad grande, donde hay personas y máquinas, allá te llevan a pasear, hay toda clase de animales como guantas, guatusas, armadillos y monos, ellos dicen que sacan a nuestro mundo los animales y aves que están por morir, esto es lo que nuestra gente caza y come (...) La mujer de la selva o del samay te lleva donde su padre, te pide que hables con él, cuando entras en su mundo, desean que te sientes y te presentan un banco. Si te sientas no podrás salir, quedarás atado en esa otra vida por los menos una o dos semanas en donde recibirás samay y sabiduría, después sales a tu mundo cargado de poder y sabiduría. Un asiento alto y grande es para varones y es la boa, un asiento bajo y pequeño es para mujeres y es la tortuga”²⁶.

Pajuyukuna.

Otro grupo de personas que proporcionan servicios de salud en la cultura kichwa, está instituido por los llamados Pajuyuk o Pajuyukuna, que como ya hemos advertido, se trata de una categoría subchamánica dado que, los tratamientos que enfrentan, lo realizan en un estado normal de vigilia y no contempla una manipulación *decidida* del mundo espiritual, no obstante, subyace en su práctica el *continuo* entre el orden biológico, social y sobrenatural; en el ámbito biológico porque están llamados a

²⁶Entrevista de campo

cuidar y tratar determinadas acciones de salud y enfermedad, en lo social porque son parte de una estructura diseñada y creada por la cultura kichwa y en el orden sobrenatural porque para su ejercicio será imperativo adquirir, poseer y ejecutar la acción bajo el predominio del “paju”.

El paju es concebido por los kichwa como un “secreto”, energía o poder sin el cual no será posible que las técnicas y conocimientos aplicados en el tratamiento resulten eficaces. Este “secreto”, al igual que los conocimientos y manejo de técnicas terapéuticas, son producto del desarrollo de su cultura médica y han sido conservados y reproducidos mediante la entrega de éstos de generación en generación, a personas que tienen aptitud y vocación para enrolarse en actividades relacionadas a la salud y enfermedad. Por lo general, se trata de destrezas y conocimientos adquiridos en el ámbito familiar para atender una enfermedad o dolencia específica, se incluyen también en este grupo a los llamados: **Kibiripajukakuj** (sobadores con destrezas para tratar fracturas de huesos), **Wairapichakpaju** (limpiadores con destrezas para tratar “espantos”) y **Wawataapachik** (parteras).

Al igual que el samay para el caso de los yachakuna o chamanes, los *pajuyukuna*, consiguen el paju mediante la trasmisión, entrega o donación de la persona que lo posee a la persona que lo solicita, para que su tratamiento logre nivel de eficacia. Para esto se procede a un rito en el que el Pajuyuk especialista, al momento de ejecutar una actividad terapéutica, requerirá que el interesado coloque sus manos sobre las suyas a fin de que algunos de los movimientos que demande la terapia lo ejecuten a cuatro manos, posteriormente, una vez que ha terminado el tratamiento, el solicitante procederá a tirar suavemente uno a uno los dedos de las manos del Pajuyuk experto, buscando que en cada estirón suene una de las articulaciones lo que simbolizará que el paju ha sido dado y transmitido. En esta

acción se excluye los dedos pulgares dado que se piensa que de hacerlo menoscabará el poder del paju.

Esta acción podrá asimismo repetirse con la finalidad de obtener un nuevo paju para enfrentar otro mal o para vigorizar el ya adquirido. Esto podrá demandar un pago pero también podrá constituir en un acto de donación como lo evidencia el siguiente testimonio:

“La persona que no tiene paju no puede sanar al enfermo, el paju es don para quién sabe de curar, se consigue pidiendo al que tiene paju, hay que pagar y hacer la dieta, y estar dentro de la casa hasta que cumpla el tiempo indicado. Para pedir el paju, hay que coger las manos del que tiene paju cuando está curando al enfermo, después, cogiendo la mano entre los dedos se saca el sonido de paju, en ese momento pasa el paju a la persona que ha pedido (...) Mi padre de apodo “Puca Pacha”, me enseñó esta sabiduría, por ser mi padre me enseñó, sin ningún costo²⁷.

El paju en ningún caso podrá ser entregado a los niños y la persona que lo solicita y recibe ya habrá previamente adquirido destrezas en el manejo de técnicas y conocimientos, primordialmente en lo referente al uso de plantas medicinales; por otro lado, una vez que se ha obtenido, se deberá aguardar a que este “madure” esperando entre seis meses y un año para iniciar los tratamientos o curaciones y se procederá además a cumplir con las restricciones:

“Para curar a los lisiados aprendí de mi padre que tenía esta sabiduría, puede saber que se puede lisiar o salir de su puesto el codo, la muñeca, los dedos, las rodillas, los hombros, la cadera, los tobillos; por caídas,

²⁷ Entrevista de campo

golpes, por desequilibrio de la caminata, por algún accidente o deporte. Cuando es lisiado el hueso sale de su puesto, a este se tiene que sobar y jalar despacio hasta ubicarlo en su sitio, luego se pone kiwi yuyo, rallado de la planta pitajaya, se hace en forma de emplasto y se cubre o se envuelve en la parte lisiada o dislocada del hueso. Cuando me dio el paju no me cobró por ser hijo y me dijo que no debo comer por unos días el pez llamado tuczi, asimismo no topar el machete y el hacha (...) Después de tener paju, no se comienza curar de inmediato, tiene que esperar por lo menos de seis meses a un año, luego se puede curar a los lisiados”²⁸.

Una vez que el paju ha “madurado” y el nuevo pajuyuk ha procedido a sus terapias de curación, podrá ser compartido por otras personas hombres o mujeres que sientan la necesidad de poseerlo. En este sentido, parteras, sobadores, limpiadores y personas que tienen la habilidad para enfrentar una enfermedad paju deberán poseerlo.

“La madre de mi esposo, me dio el poder de paju para curar la enfermedad de tumores o muyupaju. Al inicio el paciente tiene dolores, mientras el tumor va creciendo, el cuerpo manifiesta temperatura muy alta, el tumor se puede ubicar en diferentes sitios del cuerpo(...).Se cura esta enfermedad con tabaco, churo, pichichic, sachá cebolla, rayo utuc panca, y un hongo que crece en la selva, todos estos juntos se machaca y se mezcla para aplicar en el tumor; (...) solo en tiempo de luna tierna crece el hongo de monte, en troncos podridos bajo el suelo crece como una bola, se debe aplicar hasta que se pierda tumor y la persona que da tratamiento debe ayunar en especial no debe tocar la

²⁸ Entrevista de campo

candela o algo caliente, se cura dependiendo como está el tumor, se puede curar aplicando al menos tres días. Ahora, el paju que tengo he dado a otras personas cuando me han pedido²⁹.

Es tal la importancia que estos prestadores de servicios de salud dan al poseer paju para sus terapias, que, de no tenerlo, el tratamiento no tendrá efecto; al mismo tiempo, cuando los pacientes buscan sus servicios, acudirán a quien tenga un reconocimiento social de ser diestro en el manejo de las técnicas y poseerlo, "Si no conoce a la persona que tiene paju, y no sabe dónde acudir, simplemente nos toca morir"³⁰.

Aproximación final a la estructura del sistema médico Kichwa.

Partimos del reconocimiento de que un sistema es un todo compuesto de partes que están interrelacionadas y que ninguna de ellas es independiente de las otras (Rehaag, Irmgard, 2007, p, 38)y, retomando nuestra conjetura, de que el sistema médico de los kichwa es un conjunto de creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad, así como también todas las actividades cuya finalidad principal es promover restablecer o mantener la salud, se puede decir que esta cultura ha construido y mantenido una estructura médica estimulada desde su propia cosmovisión y cuyo paradigma está determinado por la búsqueda del equilibrio entre fuerzas naturales sobrenaturales y sociales (allí kausai); es precisamente de estas fuentes, donde fluyen y se interrelacionan las partes de su sistema médico, en este sentido, dan soporte a un discurso médico particular en el que se explican en diferentes niveles males y

²⁹Entrevista de campo

³⁰ Entrevista de campo

enfermedades (enfermedades naturales, ungui, subchamánicas, pajus o semi sobrenaturales y chamánicas o sobrenaturales), como acontecimientos más allá de la esfera de lo orgánico o afección corporal, llevándolas a terrenos donde interactúan fuerzas cósmicas, sobrenaturales, naturales y sociales.

A nuestro parecer, son los núcleos familiares el escenario base en donde se reproduce la estructura del sistema, es en este espacio en el que trasciende y propaga la cosmovisión que, a su vez, da sustento al discurso que explica la causalidad de males y enfermedades, permite la potestad de su identificación acorde a una sintomatología dada, propone una manera de prevenirlos, aliviarlos y curarlos e instruye a personas para enfrentarlos (yachakuna, pajuyukuna, kibiripajukakuj - sobadores, wairapichakpaju - limpiadores y Wawataapachik – parteras).

Este sistema bien podría incluirse en la categoría de “modelo de auto atención de salud” sugerida por Eduardo Menéndez y consistente en “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de auto atención” (Menendez Eduardo, 2002, p, 198).

Hasta aquí, hemos procurado exponer el estado de situación del debate en el tema de investigación que nos ocupa, así como los aspectos conceptuales, teóricos e históricos más importantes que orientaron la investigación. A la luz de estos lineamientos, presentamos los resultados del trabajo de campo y sus principales hallazgos en relación al sistema médico indígena en Loreto. Pretendimos responder a los objetivos centrales de la investigación en términos de caracterizar las prácticas

médicas de los indígenas kichwa de Loreto, incluyendo los prestadores del sistema y los procesos de aprendizaje; los conceptos de salud enfermedad y muerte, así como la etiología y taxonomía de las enfermedades; los tipos de diagnóstico y tratamiento.

Capítulo 4. Relación entre el sistema médico indígena y el sistema formal de salud.

En este capítulo exploraremos, primero desde un punto de vista teórico, los conceptos y enfoques de interculturalidad, que en las dos últimas décadas han tenido un intenso nivel de debate. Seguidamente, nos enfocaremos en la trayectoria de aplicación que estos enfoques han tenido, concretamente, en el campo de la salud en el país; tanto por parte del Estado; desde el Ministerio de Salud, como las respuestas desde la sociedad civil; específicamente a través de las organizaciones indígenas.

Finalmente, y una vez entendido este contexto, nos proponemos realizar el análisis de una experiencia concreta: la propuesta del modelo de salud en el cantón Loreto, para concluir con reflexiones en torno a la factibilidad de inter relacionar los dos sistemas y la utilidad práctica de hacerlo.

“Pluri” “multi” e “interculturalidad”.

En la actualidad, está presente un manejo conceptual que enfrenta las nociones de “pluri” “multi”, e “interculturalidad”, los conceptos han sido usados en diferentes ámbitos y con diferentes enfoques y han sido a su vez utilizados para tratar de entender, evidenciar, justificar, minimizar o resolver las complicaciones y problemas surgidos en el encuentro y relación de dos o más culturas, sin embargo, en el manejo conceptual, en ocasiones se tiende a utilizarlos bajo un mismo paraguas, o a su vez a ser utilizados como sinónimos y antagónicos.

Desde lo que se conoce como “multiculturalismo liberal” W. Kymlicka, sostiene que, “la promoción internacional de los derechos indígenas, en algunos países latinoamericanos, ha sido más bien prometedora, y los ideales multiculturales (o

«interculturales», como con frecuencia se los llama en la región), han logrado introducirse mucho más ampliamente en las culturales políticas locales” (Kymlicka, W, 2009, p,33). Para este autor, la multiculturalidad está entendida “como un concepto genérico que abarca un amplio conjunto de políticas diseñadas para garantizar cierto grado de reconocimiento público, apoyo o acomodación a grupos etnoculturales no dominantes, sean estos grupos «nuevos», minorías (por ejemplo, minorías nacionales tradicionalmente asentadas o poblaciones indígenas) (Kymlicka, W, 2009, p, 33). El punto de partida para las tesis del multiculturalismo liberal es la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y su instrumentalización, estaría constituida por la aplicación de las normativas internacionales; en este sentido, se sostiene que las normas y discursos emergentes alrededor de los Derechos Humanos, se germinan y son coherentes, en gran medida, desde la teoría Liberal Occidental. Kymlicka sostiene además que “un Estado multicultural implica el repudio de la idea tradicional de que el Estado pertenece a un único grupo nacional. En su lugar, el Estado debe ser visto como patrimonio de todos los ciudadanos....debe rechazar toda política de construcción nacional, que excluya a los miembros de una minoría o de un grupo no dominantedebe aceptar que los individuos deben poder acceder a las instituciones públicas y participar en la vida política como ciudadanos en pie de igualdad, sin tener que esconder o negar su identidad culturalreconoce la injusticia histórica cometida en contra de las minorías y los grupos no dominantes a través de estas políticas de asimilación y exclusión, y manifiesta su disposición a ofrecer algún tipo de remedio o de rectificación al respecto (Kymlicka, W, 2009, p,79-80). Siguiendo al mismo autor, las nuevas teorías del multiculturalismo liberal aparecieron a finales de la década del 80, dando continuidad a las políticas dirigidas a las minorías, y aplicadas en occidente desde la década de 1960 (autonomías regionales, derechos lingüísticos, educacionales, entre otros).

Con un enfoque diferente, el multiculturalista Bhikhu Parekh, critica los postulados de Kymlicka y su perspectiva liberal; Parekh, explícitamente, expone que “decir que la sociedad occidental contemporánea es liberal, no sólo supone homogeneizar y simplificar, sino también, dotar a los liberales del monopolio moral y cultural y considerar al resto como a intrusos ilegítimos y problemáticos”; desconoce que la sociedad occidental moderna está también constituida por grupos no liberales como conservadores, socialistas, comunistas, marxistas, comunidades religiosas, pueblos indígenas, comunidades étnicas largamente establecidas e inmigrantes recién llegados, que no pueden ser excluidos de su propia identidad por medio de un acto de apropiación lingüística ideológicamente prejuiciado (Parekh, B, 2005, p,175).

Para Parekh, una sociedad multicultural está constituida, “por definición, de diversas culturas o comunidades culturales, cada una con su propio sistema de sentido y significado y sus propios puntos de vista sobre el hombre y el mundo. Por lo tanto, no se puede teorizar adecuadamente sobre ella desde el marco conceptual de una doctrina política específica que, estando incardinada en una perspectiva cultural concreta cuyos prejuicios estructurales comparte, no puede hacer justicia a las demás” (Parekh, B, 2005, p, 33); por otro lado, expone que en la propia Declaración de las Naciones Unidas, se comete el error de confundir los Derechos Humanos, con estructuras institucionales concretas. Puesto que estas últimas no pueden echar raíces, ni funcionar eficazmente si no se ajustan a las tradiciones de una sociedad y a su cultura política y moral que necesariamente variarán de sociedad en sociedad. Por lo tanto, no se puede afirmar que la democracia liberal es la única forma política aceptable y condenar a todo sistema político que no cuente con múltiples partidos políticos y otras formas de separación de los poderes (Parekh, Bhikhu, 2005, p, 207), para el efecto dice también que lo normal en una sociedad multicultural será que las

comunidades culturales exijan diversos tipos de derechos que creen necesitar para mantener su identidad colectiva (Parekh, B, 2005, p, 3018).

Hasta donde se pudo avanzar, no se pudo constatar una reflexión de los multiculturalitas enfocada en el concepto de interculturalidad, más allá de la supuesta confusión expuesta por Kymlicka, en el sentido de que en algunos países latinoamericanos, a los ideales multiculturales, con frecuencia se los denomina “interculturales”.

Es importante para esta disertación, retomar el enfoque de interculturalidad propuesto y sostenido por Xavier Albó, debido a que, en buena medida, ha servido de guía en la implementación del programa de salud en Loreto, que se reseñará adelante. Para Albó, la interculturalidad es entendida como “cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura”, no obstante, estas relaciones podrán ser negativas si llevan a la destrucción, disminución y asimilación de que culturalmente es distinto como sucede en las sociedades neocoloniales. Son, en cambio, positivas si llegan a aceptar al culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva (Albó, X, 2004, p, 65).

Propone también que en el terreno de la interculturalidad habrá que trabajar simultáneamente en tres niveles: el interpersonal, grupal y estructural, siendo la raíz de la construcción de una interculturalidad positiva las relaciones interpersonales, es decir, entre personas y entre grupos de personas; éstos son los dos niveles más

inmediatos de la interculturalidad. Pero dirá también que no es suficiente quedarse sólo en ello, pues se deberá llegar a penetrar y transformar las instituciones y estructuras sociales económicas y políticas que constituyen todo el edificio social, en efecto, la interculturalidad así entendida, es presentada como un proceso en el que toda la sociedad debería trabajar para transformar su modo de pensar y proceder; cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos: iguales en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo (Albó, X, 2004, p, 67), por ello propone que, “las tareas de una estrategia intercultural consisten en ir pasando de una interculturalidad negativa a otra cada vez más positiva, y asegurar que esta última no sólo se cumple en algunos niveles micro sino también en toda la estructuración macro de la sociedad y que el ideal intercultural es desarrollar al máximo la capacidad de la gente de diversas culturas para relacionarse entre sí de manera positiva y creativa. Esta capacidad se debe lograr en las personas, en las estructuras de la sociedad y en las instituciones que las soportan” (Albó, X, 2002, p, 99).

Salud e interculturalidad en el Ecuador.

Los primeros intentos de incorporar en el sistema formal de salud un enfoque de interculturalidad, se dieron a inicios de la década de los 90. Varios factores confluieron para que este tema cobrara interés en el país: Nivel internacional, el Ecuador había ratificado el convenio 169 de OIT en 1989; Naciones Unidas, a través de la OMS/OPS, habían propuesto en 1993, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas- SAPIA, que posteriormente se ampliaría a la Declaratoria de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas, en el 2007.

A nivel nacional, el movimiento indígena vivía para entonces, posiblemente, su momento de mayor visibilidad. El Ecuador fue testigo en el año 92, de la más grande movilización de un grupo organizado de la sociedad. Bajo el liderazgo de la CONAIE, establecieron lo que autodefinieron como “levantamiento indígena” que incluyó una marcha que arrancó desde la ciudad del Puyo, llegó a Quito y obligó al gobierno de Borja, a abrir un proceso de diálogo y negociación, que devino en la firma de varios acuerdos, considerados como históricos por las organizaciones indígenas; entre ellos la adjudicación y legalización de territorios ancestrales a los pueblos amazónicos y la constitución de instancias oficiales en la estructura pública, para abordar las problemáticas de educación y salud.

En el primer caso, empezó en el mismo año 92, la organización al interior del Ministerio de Educación, del sistema de Educación Intercultural Bilingüe, bajo responsabilidad de una Dirección propia; proceso que implicó la división administrativa, técnica y operativa de los sistemas “hispano” e “intercultural bilingüe”, incluyendo las unidades educativas, docentes y población escolar; así como el diseño de lo que buscó convertirse en un modelo pedagógico propio (El MOSEIB) y un sistema administrativo cuasi autónomo, incluyendo la elección de los Directores Provinciales de Educación por parte de las organizaciones indígenas provinciales, adscritas a CONAIE (DYA, 2006, documento sin publicar, p, 16).

En el sector salud, el intento fue similar: entre los años 1993 y 1994 se propuso estructurar la División Nacional de Salud Indígena - DINASI, al interior del Ministerio de Salud Pública - MSP, iniciativa que no logró concretarse en la práctica. Tuvieron que pasar cinco años, para que la presión política del movimiento indígena y particularmente de la CONAIE, volviera a activarse para exigir, nuevamente, respuestas desde el sector oficial para atender la situación de salud de los pueblos

indígenas, en el marco del reconocimiento de su propio sistema de salud y de la necesidad de mejorar la oferta pública. Se crea entonces la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - DNSPI en 1999.

Sin embargo, durante sus primeros años de existencia, la DNSPI se vio abocada, a la mera sobrevivencia, con muy limitado apoyo político, escaso personal y casi ningún presupuesto. Recién, luego de dos años de funcionamiento, el Ministerio de Salud asigna una partida presupuestaria para la Dirección, lo que le permitió replicar su estructura en los niveles provinciales bajo la figura de "Departamentos de Salud Indígena"³¹.

Posiblemente, esta falta de apoyo se deba a que, al interior del Ministerio la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) fue vista como el resultado de una negociación política, más que como una necesidad de incluir a los pueblos indígenas y atender sus necesidades particulares de salud, desde una perspectiva intercultural. Bajo un concepto de universalidad de la salud, no se encontraban razones para desarrollar políticas especialmente dirigidas a la población indígena o para contar con instancias y/o programas específicos para atender las problemáticas indígenas.

"...No hay duda hoy por hoy que a todos los niños del país por ejemplo, hay que vacunarlos; no importa si son blancos, negros, montubios, o indígenas (...) ¿qué quieren vacunas interculturales?"

"...Las políticas de salud son para todos, el principio es hacer a los servicios y programas del MSP accesibles y universales. El problema no es si se atiende de manera distinta a los indígenas. El problema está en la dificultad de acceso, pero eso es así en todas las zonas rurales (...),

³¹Es importante recalcar que este recuento de la trayectoria se hace a partir de la constatación personal y participación activa en este proceso.

el Estado debe propender a universalizar los servicios, sin distingo de clase social o condición racial”³².

Las limitaciones fueron importantes durante esta etapa de arranque; no solamente por el escaso apoyo político al interior del Ministerio, sino porque existían debilidades significativas en la misma DNSPI; empezando por la ambigüedad de propósito y de definiciones en torno a su razón de ser. Primó durante este período una lógica de reivindicación política, que trataba de replicar la experiencia del Sistema de Educación Bilingüe que había logrado una instancia específica en la estructura pública y programas de educación propios. No estaba claro, por ejemplo, si se trataba de una Dirección que organizara, normara y promoviera el sistema indígena o si más bien se trataba de una instancia que incorporara un enfoque de interculturalidad a los servicios y programas públicos; a la vez que fortalecía el propio.

Finalmente, prevaleció esta segunda postura. La CONAIE en este proceso jugó un papel importante y fue especialmente activa, llegando a proponer la creación de una subsecretaría de salud intercultural, con jerarquía superior a la Dirección para desde allí incidir en la política pública de salud. La CONAIE emprendió entonces un proceso de reflexión sistemática, durante los años 2004 y 2005 y logró convocar a técnicos del Ministerio de Salud Pública; representantes de las organizaciones indígenas del nivel provincial y local; ONGs y académicos para: *“aportar al Estado en la construcción de un verdadero Sistema Nacional de Salud: con equidad, participación y una visión intercultural de la sociedad y la salud; es decir, que parta del entendimiento de la diversidad cultural del país y que genere posibilidades de cooperación y diálogo entre el sistema médico indígena y el sistema formal, así como entre proveedores y usuarios. En definitiva, esperamos que este esfuerzo se*

³²Entrevistas de campo. Funcionarios del MSP del nivel central. Abril del 2005.

materialice en acciones para lograr una mejor calidad de vida y salud en “el Alli Causay” para nuestro pueblo...” (CONAIE, DNSPI, 2004, documento sin publicar, p, 4).

Como resultado de este proceso que incluyó sistematización de experiencias concretas, debate conceptual, definición de brechas y prioridades, acuerdos sobre adaptaciones culturales y protocolos a ser desarrollados, la CONAIE, en conjunto con la DNSPI, le propusieron al Ministerio de Salud una estrategia para la implementación de políticas de salud con enfoque intercultural.

Este esfuerzo fue posteriormente recogido por el propio Ministerio de Salud -ya en el actual gobierno- en su proceso de redefinición de la política pública. En el documento que recoge el plan estratégico del subproceso de Medicina Intercultural, se afirma que:

....“Se debió rescatar una propuesta, fundamentada en la negociación política con las organizaciones de las nacionalidades y pueblos indígenas, que ya se había vislumbrado con anterioridad: la creación, a más de la DNSPI, de una Subsecretaría de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos, instancia que pudiera, de mejor y productiva manera, negociar y consensuar la incorporación de políticas, lineamientos y acciones estratégicas interculturales, en toda la estructura sistémica de la Autoridad Sanitaria Nacional, del Consejo Nacional de Salud, y de los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud”(Ministerio de Salud Pública, 2009, p, 19).

Para el segundo semestre del año 2010, el Ministerio de Salud Pública lanzó oficialmente el Modelo de Atención Integral en Salud “MAIS”, que -como parte de sus lineamientos conceptuales- establece a la interculturalidad como un pilar fundamental: *“La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que*

han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional (...), se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos. Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión (...). La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas (Ministerio de Salud Pública, 2013, p, 45-46).

Para el 2013, El Ministerio anunciaba que: *“La Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación en Salud del MSP está trabajando en una propuesta conceptual y metodológica para la incorporación del enfoque intercultural y de género en las políticas y en el MAIS” (Ministerio de Salud Pública, 2013, p, 46).*

Dos años después, no existe tal nuevo desarrollo conceptual y metodológico y en la práctica -lamentablemente- no se ha continuado con la línea de fortalecimiento de la interculturalidad como eje importante de las políticas públicas y la prestación de servicios; recogiendo los importantes avances logrados en las últimas dos décadas. Por el contrario, en la nueva estructura de organización administrativa y operativa, en zonas, distritos y circuitos, que asume toda la institucionalidad pública, bajo lineamiento de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES, desaparecieron los Departamentos de Salud indígena y no existe ningún esfuerzo serio por reemplazar estas funciones.

En lo que a nuestro juicio, representa un claro retroceso, las iniciativas de salud de base comunitaria, como la que describiremos a continuación en Loreto, volvieron a quedar huérfanas de apoyo institucional a nivel nacional. En el caso del modelo de

salud de Loreto, por el peso de la organización y su efectividad, continúa teniendo respaldo en el nivel local.

Programa de salud Intercultural en Loreto.

Antecedentes.

El programa de salud intercultural en Loreto, bajo su formato actual, encuentra sus antecedentes en una experiencia previa de salud, que empezó a desarrollarse a finales de la década del 80 y que tenía como actor clave a la entonces Federación de Organizaciones Indígenas el Napo – FOIN.

El proyecto empezó más como una casualidad que como un requerimiento de la organización: El año 87, se había producido un terremoto en la provincia del Napo y la organización de cooperación internacional Cruz Roja Suiza (que ya trabajaba en otros países de América del Sur), decidió ampliar sus operaciones al Ecuador. Lo que inicialmente empezó como una acción puntual para mitigar los efectos del desastre natural, se convirtió en una iniciativa de cooperación para el desarrollo de largo plazo (más de 25 años), trabajando conjuntamente con las organizaciones indígenas en el mejoramiento de las condiciones de salud, acceso y participación.

Desde el inicio, el enfoque de esta cooperación privilegiaba construir las propuestas, desde la perspectiva de la población inmersa en la problemática. En este sentido, una de las primeras definiciones del proyecto, fue establecer como contraparte local a la Federación de Organizaciones Indígenas de - FOIN, ya que constituía el principal referente organizativo de la mayor parte de comunidades indígenas de la provincia. Nace así una alianza con la organización indígena que continúa vigente hasta el momento.

En términos generales, se podría decir que la iniciativa tomó la forma de un programa de atención primaria de salud “clásico”, en la medida en la que se organizó, en torno de un programa de salud comunitaria, con líneas de acción como salud materna infantil, inmunizaciones, formación de promotores, educación y promoción de la salud e infraestructura sanitaria.

El haber situado en el centro de la gestión a la organización indígena, determinó que el programa vaya asumiendo un sello propio y particular, en la medida en que se incorporaron algunas dimensiones que normalmente (al menos para ese entonces) no eran tomadas en consideración: por una parte el fortalecimiento de la capacidad socio organizativa, ya que se consideraba como una condición indispensable para el trabajo en salud, la presencia y accionar de una organización fuerte. En este contexto, se profundizaron los mecanismos participativos en la toma de decisiones, el manejo de recursos y presupuestario del proyecto, así como en el desarrollo de habilidades para la coordinación con el Estado y en la planificación, gestión, organización operativa y seguimiento de la propuesta.

Por otra parte, las comunidades de base de la organización, tenían serias dificultades para acceder a los servicios de salud del Estado debido a múltiples razones, como su dispersión y lejanía de los centros poblados, temor y resistencia frente al sistema formal de salud, costos a los que debían incurrir las familias para movilizarse a las unidades operativas del Ministerio y adquirir medicina, entre otras.

Al mismo tiempo, la Dirección Provincial de Salud de Napo contaba con un equipo profesional, pero no con una metodología para operacionalizar sus programas en comunidades indígenas. Se pudo constatar además, que la Dirección de Salud

realizaba importantes esfuerzos para cubrir a la población infantil con inmunizaciones, para lo que organizaba campañas de vacunación y movilizaba su equipo a las comunidades; sin embargo lo hacía con poco éxito ya que no encontraba respuesta en la población, en buena medida porque el trabajo se realizaba sin que mediara un proceso de coordinación con la organización indígena. De allí es que se propone una primer acercamiento de la organización, las comunidades y familias indígenas con el Estado; se propone entrar con servicios de salud básico a 33 comunidades, situadas en su mayoría en las riberas del río Napo, priorizando de esta manera la atención a las áreas geográficamente más alejadas.

En un primer momento la propuesta de coordinar con el Estado no fue plenamente aceptada por FOIN, ya que la organización privilegiaba en ese entonces un modelo de desarrollo autónomo, sin intermediación con el estado.

Sin embargo, los primeros resultados de este inicial proceso de coordinación, terminaron por convencer tanto al Ministerio de Salud, como a la organización indígena debido sobre todo a que se lograron elevar las coberturas de inmunización, se incorporó poco a poco otras prestaciones como atención médica y odontológica y en relativamente poco tiempo, se alcanzaron logros en términos de aproximar los servicios de salud a las comunidades, elevar las coberturas de atención, evitar la duplicación de esfuerzos y generar de esta manera una estrategia de intervención más eficiente.

El trabajo de campo durante estos años, permitió al mismo tiempo empezar a entrar en contacto con el sistema médico indígena; a verificar que tenía plena vigencia, gozaba de la confianza de las familias y que, en definitiva, era la primera opción de tratamiento.

Se empezó entonces a trabajar líneas concretas de acción, dirigidas al fortalecimiento de lo que entonces llamábamos “medicina tradicional”, tales como trabajo con parteras, implementación de huertos de plantas medicinales y capacitación de promotores en su utilización y en algunas herramientas de la atención primaria de salud; sin embargo, el alcance del sistema médico indígena y su funcionamiento no estaba aún plenamente comprendido. No es sino hasta la implementación del proyecto en la zona de Loreto que se diseñan estrategias concretas de articulación con el sistema formal y se propone el concepto de interculturalidad en salud y modelos culturalmente adaptados.

Programa de salud Intercultural en Loreto.

Proceso de implementación.

El programa de salud en Loreto empezó a implementarse a finales de los 90; es decir a diez años de haberse iniciado el trabajo de salud en las comunidades del Napo y al mismo tiempo de la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas - DNSPI en 1999.

El programa se planteó recoger las experiencias y lineamientos metodológicos desarrollados en la rivera del Napo, consistentes en: participación de las comunidades de base, planificación, y ejecución de actividades, administración de los recursos materiales, humanos y financieros en el nivel organizativo, participación de agentes tradicionales de salud y coordinación con el sector salud del Estado.

Inicialmente, la decisión de enfocar el proyecto en Loreto, tuvo una motivación de carácter organizativo; en la medida en que para ese entonces, la provincia de Napo

se había dividido para dar origen a la nueva provincia de Orellana, las comunidades de base de FONAKIN³³ asentadas en el cantón Loreto, pasaron a formar parte de la nueva provincia, por lo que la organización veía como un riesgo inminente “el perder estas bases”. La FONAKIN, se planteó trabajar en dirección a la conformación de una organización cantonal, con capacidad de incidir frente al Estado, los gobiernos locales y servicios de salud públicos. Se propuso también elevar el nivel de exigibilidad de la población, formar recursos humanos, y replicar la experiencia de salud previamente desarrollada.

La organización de segundo grado que empezó a conformarse, se convirtió entonces en referente y actor principal de esta nueva fase de desarrollo de la propuesta de salud. La Organización de Comunidades Kichwa de Loreto – OCKIL, cuenta actualmente con sesenta y tres organizaciones de base: cincuenta y nueve comunidades dispersas en las seis parroquias del cantón, una organización de parteras, una de mujeres, una de jóvenes y una de promotores de salud.

En relación con la situación de salud, el proyecto se propuso enfrentar problemas relacionados con la dificultad de acceso e incompatibilidad cultural de las políticas, servicios y programas de salud públicos, los mismos que eran escasos; apenas se contaba con un Centro de Salud en la ciudad de Loreto y Sub Centros en las comunidades 24 de Mayo y Puerto Murialdo.

Los servicios de salud, se caracterizaban además por su fragmentación, duplicación de actividades, inexistencia de coordinación entre los actores de salud cantonal, así como por los limitados recursos humanos, materiales y financieros.

³³Federación de Organizaciones Indígenas del Napo –FOIN- cambió su denominación a Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa del Napo.

Como consecuencia, el acceso a los servicios de salud, era casi nulo por parte de la población kichwa del cantón. De hecho, ni los programas de salud del Estado se implementaban en las comunidades rurales, ni éstas, a pesar de que las demandaban, no tenían información sobre las modalidades y prestaciones de salud disponibles.

Si en la primera fase de implementación de la propuesta, el énfasis se puso, principalmente en los aspectos sanitarios; en Loreto, el énfasis se colocó en los derechos de la población indígena a mantener su propio sistema médico y exigir servicios de calidad, así como también en participar en la definición de prioridades y la toma de decisiones.

Al mismo tiempo en el nivel nacional, como ya se mencionó anteriormente, se empezaba a generar acciones desde la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas – DNSPI, en el nivel provincial, lo que facilitó a las organizaciones de Loreto elevar el nivel de coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Orellana.

En este sentido, la organización propuso que la coordinación con el Estado no fuera una iniciativa meramente operativa para organizar brigadas médicas, sino para que se institucionalicen canales de diálogo y coordinación con la Dirección de salud y los gobiernos locales.

Se empezaron a trabajar definiciones y posicionamientos en estos aspectos, partiendo de la constatación que las comunidades indígenas del cantón, por distintos factores culturales, geográficos, y económicos, habían sido excluidas de los servicios públicos de salud. Esta exclusión se profundizaba aún más, por la vigencia de un sistema de salud que no reconocía la existencia de un sistema indígena de salud, con formas, visiones y maneras de entender y resolver los problemas de salud

particulares. Los dos sistemas en territorio, no contaban con canales de reconocimiento, intercambio y aprendizaje mutuo.

El sistema de salud impulsado por el Estado desconocía las condiciones en que vivían las comunidades indígenas y no reconocía las prácticas tradicionales, ofertando servicios desconectados de la realidad indígena, profundizando la exclusión. Esta realidad demandaba la integración de nuevos marcos explicativos y operativos, que incluyeran los saberes y experiencias del sistema médico indígena en el sistema formal de Salud.

Pese a que para ese entonces, ya existía un marco regulatorio que garantizaba el derecho a la salud y promovía la interculturalidad, éste no se traducía en prácticas concretas; se vio entonces la necesidad de contar con estrategias específicas que establecieran los lineamientos para el cumplimiento de las leyes y para el ejercicio de los derechos, y que tendieran puentes entre distintos actores de la sociedad con modelos diferentes de salud que no habían podido sintonizar. Se consideraba que no era suficiente lograr que en los niveles decisorios/políticos se declararan principios, si en los niveles operativos estos no se convertían en transformaciones concretas.

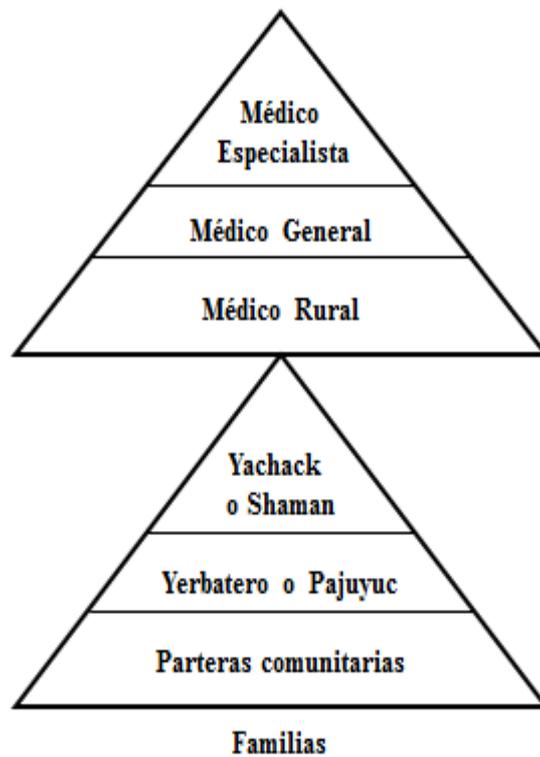
Es en este momento que se deja de pensar en términos de “proyecto” para proponerse el reto de diseñar un “modelo” de salud intercultural. Los Indígenas promovieron entonces un proceso de reflexión, sensibilización, intercambio y elaboración conjunta. La tarea no fue fácil, entre otras cosas, porque cada uno de los actores luchaba por reafirmarse en la validez de su modelo. No sólo se trataba de una “lucha” de modelos sino de los actores que los representaban: el Estado por un lado y las organizaciones indígenas por otro. El Estado aparecía como el proveedor de

servicios y por lo tanto con capacidad de determinar las características de su prestación.

El proceso experimentó tensiones, en tanto se trataba de promover el encuentro de dos sistemas médicos, que representaban cada uno sistemas culturales diversos, en que el indígena se percibía devaluado, contrario a lo “científico”, que representaba el modelo formal de salud. Tradicionalmente el uno se había impuesto al otro y el reconocimiento del sistema indígena llevaba consigo una carga de reivindicación, de lucha frente a la exclusión que marcaba el terreno de discusión.

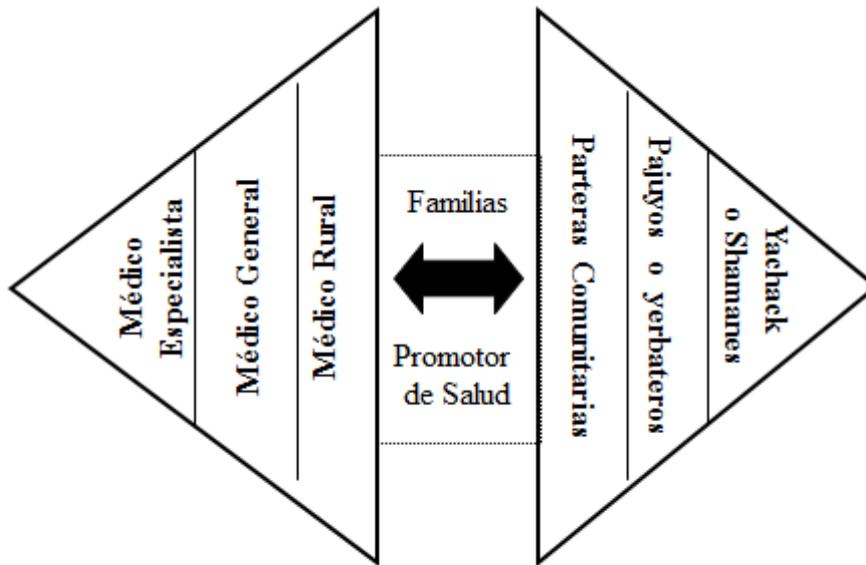
Adicionalmente, los mecanismos de participación promovidos por el sector oficial de salud, habían sido limitados, por lo que era relativamente sencillo, legitimar el tipo de servicios prestados sin dar lugar a la discusión, porque no habían existido los espacios para generar este diálogo y menos recibir críticas y cuestionamientos.

En este proceso, un aspecto relevante constituyó el hecho de que a partir del año 2001, la organización FONAKIN, motivada por la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas-DNSPI, generó espacios de debate acerca de la interculturalidad en salud, se emprendieron “talleres” y reuniones de discusión en los que un primer acercamiento llevó a la reflexión de que frente a los hechos, las formas de relacionamiento con el sistema oficial era, y hasta ahora es, de carácter vertical y de dominación. Para simplificar la idea se produjo un primer diagrama, el mismo que se presenta a continuación.



Organización de los Prestadores de Salud según la concepción oficial, Amílcar Albán y col. 2.001.

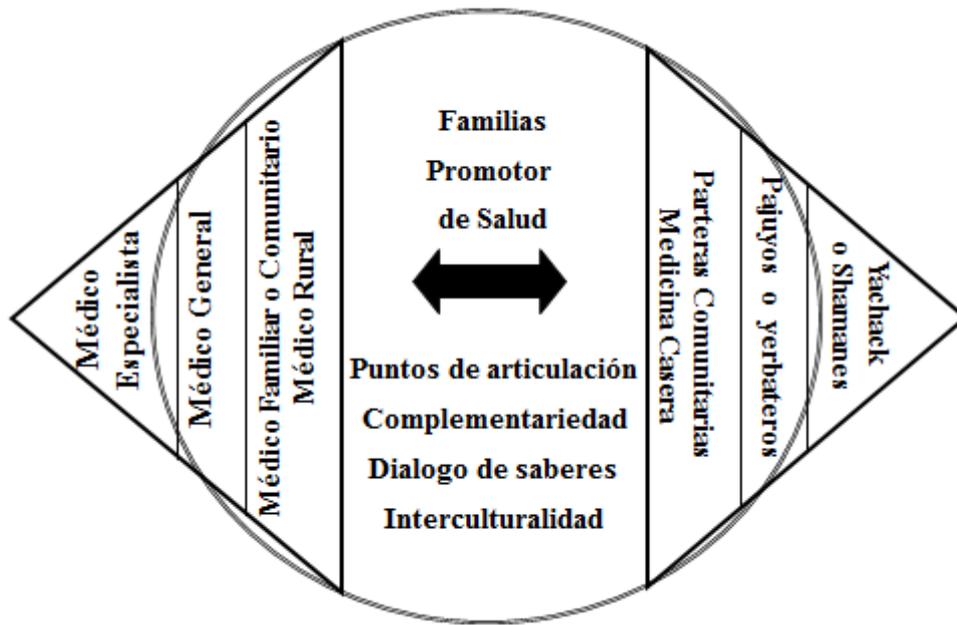
En un segundo momento, la reflexión sobre esta realidad de verticalidad y dominación, generó otro diagrama que pudiera orientar un proceso de cambio de esta realidad.



Organización de los Prestadores de Salud tomando en cuenta el Modelo de Salud Indígena, Amílcar Albán y col. 2.001

En este esquema se buscó un paradigma de relación de carácter horizontal, que permita la búsqueda de formas de relaciones positivas y equitativas.

En un tercer momento y con el objetivo de situar las acciones de atención primaria de salud en las comunidades, se ensayó delimitar los espacios en que éstas pudieran ejecutarse, en el sentido que se debía sensibilizar a prestadores de salud de los dos sistemas, trabajar con familias, formar y organizar promotores de salud, parteras y buscar puntos de articulación en la base, para lo cual se formuló un tercer esquema.



Implementación del Modelo de Salud Intercultural, Albán, Amores y col. 2.001.

Ahora bien, para tratar de poner en marcha el esquema correspondió buscar una base teórica conceptual que se aproxime al contexto, encontrando en el enfoque de interculturalidad propuesta por Albó (Albó, X, 2004) una respuesta, pues, como ya se ha mencionado, propone entender la interculturalidad en el campo de acciones negativas, como sería el caso de la verticalidad y dominación visualizada en el primer esquema, o positivas visualizadas en el segundo y tercer esquema. También, porque al proponer articular las acciones interculturales en el nivel interpersonal, entendida para nuestro caso, entre prestadores de servicios de salud mestizos e indígenas, pacientes, familias y población de Loreto en general, con los que se debería caminar hacia el paradigma de la horizontalidad. Se adaptó a la teoría, el nivel de articulación interinstitucional debido a que la organización debería interrelacionarse con instituciones y poderes locales. Finalmente porque Albó, al proponer articulaciones y acciones en los campos estructural y superestructural, no olvida las desigualdades socioeconómicas que provocan pobreza e injusticia en la sociedad.

Sustentándose en esta base, la organización indígena en Loreto emprendió diversas actividades tendientes a implementar su programa de salud con un enfoque de interculturalidad. Se expone a continuación las actividades consideradas como sobresalientes de este proceso.

La Red de Salud Loreto.

Como parte de la reflexión, se llegó a la conclusión de que una condición básica para el sostenimiento de la propuesta de salud, era lograr el fortalecimiento, no sólo de la organización, sino también de los servicios de salud del Estado. Para ello, se vio necesario promover la articulación del trabajo con las unidades del primer nivel de salud del cantón, generar un proceso de trabajo como equipo cantonal de salud, y establecer mecanismos de planificación conjunta. Esto llevó a la organización a proponer la conformación de una estructura a nivel cantonal, hecho que surgió a partir de un diagnóstico del problema de salud, en el que se identificó como principales dificultades: la escasez de recursos humanos y económicos, la baja cobertura, el difícil acceso a las comunidades, la dispersión de acciones a cargo de varias instituciones y las barreras culturales existentes que limitaban la atención a las poblaciones indígenas.

Se concluyó que operativamente, se enfrentaba un modelo inapropiado de servicios de salud y se evidenció que las instituciones que hacían salud en el cantón mantenían acciones dispersas y no coordinadas; se vio la necesidad de fortalecer los servicios del Estado para llegar con un paquete básico de servicios de salud que beneficiara a las comunidades indígenas kichwa del cantón, y establecer mecanismos de planificación y coordinación interinstitucional. Esto se vio favorecido en la medida en que para ese entonces el Ministerio de Salud, en sus normativas, preveía la

conformación de redes de sus servicios lo que impulsó aún más la discusión al interior de la organización.

A partir de 1999 la organización con su propuesta de salud, se incluyó en la planificación del Centro de Salud de Loreto y los Subcentros de Salud de 24 de Mayo y Puerto Murialdo, que contaban en conjunto con: 3 médicos, 1 odontólogo, 3 enfermeras y tres auxiliares de enfermería. Se propuso a estas unidades de salud ejecutar visitas a 30 comunidades para lo que la organización se responsabilizó de asegurar el respaldo de los yachak, motivar la presencia de la población, apoyar y asesorar con promotores - pajuyuk al equipo médico en aspectos relacionados a la concepción de salud y enfermedad de la población así como traducir y explicar dolencias a los profesionales y el uso de las recetas médicas impartidas a los usuarios. Los servicios brindados fueron de atención médica, inmunización y odontología, cubriendo a la población de 30 comunidades.

Desde el año 2000, la Dirección Provincial de Salud, incorporó en las unidades de salud a: 5 médicos, 3 odontólogos, 5 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería y dispuso la apertura de los puestos de salud de Payamino y Huaticocha, con un auxiliar de enfermería, respectivamente; la cobertura aumentó a 45 comunidades en las que se planificó cuatro visitas en el año y la organización aportó con cuarenta promotores - pajuyuk.

En esta base, se vio la necesidad de la conformación de una instancia de coordinación interinstitucional a través de la que se evitaría la duplicación de acciones, se complementarían servicios y se ampliaría la cobertura a las ochenta comunidades del cantón. A esa instancia se la denominó “Red de Salud de Loreto”, concebida como un espacio de planificación y análisis del progreso de las actividades.

Las condiciones estaban dadas, para armar un proceso altamente participativo de construcción colectiva de un modelo, con participación de profesionales del Ministerio de Salud, en el nivel cantonal, técnicos del Departamento de Salud Indígena de Orellana, técnicos del Municipio de Loreto, promotores, parteras y otros agentes del sistema médico indígena y dirigentes de la organización.

Se lograron acuerdos en los enfoques y prioridades, se trazaron objetivos comunes y se definió el sistema de gestión del modelo, así como los roles y responsabilidades de los actores. Brindar una atención con calidad, calidez y equidad, en el marco de un modelo adecuado de prestación de servicios de salud culturalmente adaptados, fue uno de los consensos básicos, así como trabajar conjuntamente para superar las barreras de acceso tanto culturales como geográficas, mejorar el proceso de coordinación interinstitucional y optimizar la gestión de recursos humanos, materiales, y financieros.

Evidentemente, no fue un proceso sencillo ni de rápida aplicación. La constante rotación del personal de salud, la inestabilidad en los lineamientos estratégicos desde el Ministerio en el nivel central, y la dificultad de sistematizar el enfoque, de tal manera de contar con un discurso uniforme que permee la estructura de la Dirección Provincial de Salud, son algunos de los problemas enfrentados. Pero también existían dificultades “más estructurales”, como la misma formación del personal médico, que no incluía en su pensum académico nociones que les permita entender aspectos de salud desde la visión indígena y, consecuentemente, generando resistencia frente al sistema médico indígena.

A pesar de las dificultades, como se mencionó, la Red de Salud fue constituida en el año 2002 y entre sus logros puede mencionarse la implementación de los programas del Ministerio de Salud en ochenta comunidades; atención a 2.687 personas en el 2003; 3.489 en el 2004; 5.654 en el 2005; 4.984 en el 2006; 5.634 en el 2007 y 6.561 en el 2008³⁴. Esto significó que Loreto sea distinguido por la Dirección Provincial de Salud de Orellana como el cantón de mayor cobertura comunitaria en la provincia. Se puede mencionar, así mismo, la apertura de cinco unidades de salud adicionales y el consecuente aumento de personal, como se puede observar en la tabla presentada a continuación

Personal de salud/año	2001	2005	2006	2008	2015
Médicos	5	5	11	22	29
Odontólogos	3	3	4	9	13
Enfermera	5	5	8	16	14
Auxiliar	5	5	5	13	13
Obstetra		1	1	2	3
Técnicos en APS	0	0	0	0	13
Farmacia	0	1	1	1	3

La organización OCKIL asumió la responsabilidad de capacitar periódicamente a los profesionales en temas inherentes a salud desde la visión indígena.

Otras actividades, en el marco de la Red de Salud, que podrían mencionarse de manera sucinta son: la implementación del Centro de Capacitación de la Medicina Indígena Kichwa, lugar en el que se mantiene un Jardín Botánico de más de 100 plantas medicinales, en este lugar, se capacita a prestadores de servicios de salud mestizos e indígenas y se brinda atención con terapias del sistema de salud indígena; la producción de un Manual de Plantas Medicinales y Baños de Vapor; la

³⁴Datos obtenidos en el Sistema de Información y Demografía en Salud – SIDS del cantón Loreto - 2009.

conformación y legalización de la Asociación de Parteras Tradicionales Kichwa – APTK; la apertura de dos Casas de Parto Culturalmente Adecuadas en las unidades de salud; la conformación y legalización de la Asociación de Promotores de Salud Pajuyuk – Jampikuna; la producción y emisión de programas radiales en temas de salud; el control de tuberculosis con enfoque intercultural; el abordaje de la salud sexual reproductiva y prevención de infecciones de transmisión sexual con enfoque intercultural. La constitución de la red nacional de programas de salud de la Dirección Nacional de Salud Intercultural que involucró a 18 departamentos de salud de carácter provincial; la ejecución del Primer Congreso Nacional de Salud intercultural.

La Red de Salud en el 2003 mereció el primer premio en el concurso Premio a las Mejores Prácticas de la Gestión Pública Seccional convocado por la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas – AME; en el 2005 se seleccionó al cantón Loreto como una de las cinco experiencias piloto a ser intervenidos y potenciados en vigilancia epidemiológica comunitaria.

La red de Salud, por otro lado, constituyó el antecedente para la conformación en el 2005, del Consejo Cantonal de Salud de Loreto, liderado por el sector salud del Estado, el Municipio de Loreto y la organización OCKIL, ésta estructura asumió la responsabilidad de planificar y coordinar las actividades inherentes a salud con enfoque intercultural en el cantón, e involucró a diversas instituciones y organizaciones: Juntas Parroquiales, Comités de Usuarías, Fundación Salud Amazónica, Asociación de Promotores de Salud, Asociación de Shamanes, Organización de Mujeres, entre otros. En este espacio se construye un plan anual operativo y se encarga para su ejecución a la Red de Salud.

Capítulo 5. Conclusiones.

En el presente trabajo hemos tratado de ofrecer una aproximación a lo que se ha denominado sistema médico indígena de los kichwa amazónicos, nos propusimos demostrar la hipótesis de que los kichwa mantienen componentes de orden cognoscitivo y práctico, que en su conjunto aluden a la existencia de un sistema médico propio.

Para una mejor comprensión de la realidad de los indígenas kichwa de Loreto y consecuentemente de su ámbito médico, fue necesario explorar su historia, para lo que partimos desde el proceso colonizador hasta la actualidad; pensamos que sólo de esta manera fue posible obtener una valoración respecto a las dificultades enfrentadas por los kichwa para resistir, “adaptarse” y convivir con los sistemas dominantes, así como para mantener sus patrones culturales y como valor específico en el ámbito de la salud, su carga de conocimientos, prácticas, comportamientos y etiología.

Para caracterizar las prácticas médicas de los indígenas kichwa de Loreto, investigamos alrededor de tres ejes: la concepción de salud – enfermedad, la etiología y taxonomía de las enfermedades, y la identificación y características de los actores. Como eje transversal axiomático se mantuvo la noción de que las prácticas de salud en los kichwa tienen una base holística, es decir, que sus esferas contienen una dimensión física, espiritual, social, emocional y religiosa. La investigación pudo demostrar que las concepciones sitúan a la salud, la enfermedad y la muerte, en las esferas antes mencionadas, pero también, que se trata de concepciones inscritas en un amplio conjunto cultural establecido en la amazonía noroccidental.

Se partió de la conjetura de que el sistema de salud de los kichwa, es un conjunto de creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad, que tienen un enfoque holístico, que son parte de su cultura y que su desarrollo no ha dependido expresamente de ningún otro sistema.

Los hallazgos expuestos en el documento, permiten afirmar que este conjunto de creencias y prácticas relacionadas con la salud y enfermedad, está cimentado en su cosmovisión y atravesado por símbolos, mitos, imágenes, fuerzas, poderes, espíritus y nociones como *Awapacha* o firmamento, *Kaypacha* referida a la selva y entendida como *la realidad presente* y *Ukupacha* o inframundo; espacios que a su vez son interrelacionados y concebidos como fuente de poder, de bien y de mal.

Se pudo evidenciar una concepción propia alrededor de la enfermedad, en la que subyace el reconocimiento de que todos los padecimientos conllevan la mediación directa o indirecta de fuerzas sobrenaturales, y que males y enfermedades, incluidas las chamánicas, surgen de relaciones negativas en la sociedad; empero, la sociedad es concebida como un complejo sistema en el que actúan y participan por igual sujetos naturales y sobrenaturales. Se alcanzó a comprobar que se mantiene una categorización y etiología propia acerca de la enfermedad, es decir, que da una explicación al origen o causalidad de las enfermedades clasificadas en la investigación como *naturales*, *semisobrenaturales* o *subchamánicas*, *sobrenaturales* o *chamánicas*.

Las enfermedades son reconocidas, identificadas y clasificadas de acuerdo a sus signos y síntomas, lo que permite su diagnóstico y tratamiento. Se pudo demostrar que alrededor de esto, se ha construido un discurso con un significado fundamentado en su cultura, y que ha sido practicado y mantenido por los kichwa. Dolencias y terapias son descritas de una manera particular y vividas según sus

propios paradigmas, establecidos en una permanente transacción entre lo natural (la selva) y lo sobrenatural (los espíritus).

Por otro lado, en esta cultura médica, las enfermedades son enfrentadas por familias y prestadores de salud que buscan restablecer en el cuerpo enfermo, el equilibrio entre fuerzas naturales, sobrenaturales y sociales. La noción contrapuesta a la enfermedad y cuyo equivalente sería el de salud, es concebida como *allikausai*, que significa *buen vivir o vida buena*, que implica precisamente el procurar mantenerse en este equilibrio.

Cuando los episodios o dolencias no pueden ser resueltos con los conocimientos y habilidad de los “secretos paju”, en el ámbito familiar, se acude a personas que poseen conocimientos y técnicas más complejas (pajuyukuna y yachakuna), para interactuar en favor del restablecimiento de la salud. Se puede afirmar que, en torno a de estas personas se ha generado también un discurso y nivel de ordenamiento, como se ha podido señalar respecto a los yachakuna, que a su vez son subdivididos en categorías según su poder y samay obtenido (*tzalamanga, bancu yachak, sagra*). En este caso, son los llamados e instruidos para ser mediadores entre las fuerzas sobrenaturales y la sociedad; por ello, su tarea en el sistema es atender, curar y aliviar las enfermedades de carácter sobrenatural.

Encontramos que más allá de la destreza del manejo de la *técnica del éxtasis*, e incluso, del llamado *estado alterado de la conciencia*, propio del chamanismo, para entrar a manejar decididamente el mundo espiritual en sus terapias de sanación, prevalece en el pensamiento kichwa como elemento principal, la noción de samay y la capacidad de reproducirlo perdurablemente, “sembrándolo” en las personas elegidas, de ahí que, no será suficiente el manejo de técnicas y destrezas para enfrentar las

enfermedades, si no se posee un samay “maduro”, lo que en su trasfondo implica energía y poder espiritual, pero también, una normativa de carácter ético y moral que asegura de la misma manera la honorabilidad y virtud de la práctica chamánica en la sociedad.

Otro grupo de personas que proporcionan servicios de salud en la cultura kichwa, lo encontramos en los llamados Pajuyuk, que como hemos visto, están facultados para enfrentar enfermedades y episodios de menor complejidad, pero igualmente inscritas en un *continuum* entre el orden biológico, social y sobrenatural, por lo que pensamos, es válida su categorización como subchamánica, puesto que los tratamientos que emprenden, lo realizan en un estado normal de vigilia y no contempla una manipulación *decidida* del mundo espiritual, además, porque como se pudo establecer para su acción será imperativo adquirir, poseer y ejecutar la terapia bajo el predominio del “paju”.

Todos los elementos sucintamente descritos en la investigación, mantienen niveles de interrelación, ninguno es independiente, y todos giran alrededor de la búsqueda de respuestas conscientemente dirigidas a mantener la salud y aliviar la enfermedad, por ello, se puede aseverar que, los kichwa de Loreto han construido y mantenido una estructura médica estimulada desde su propia cosmovisión.

Nos propusimos también analizar las relaciones existentes entre las prácticas médicas indígenas y el sistema oficial de salud, aquí, a manera de conclusiones, una reflexión que se puede exponer, está relacionada a que, a pesar de los esfuerzos realizados por el sistema oficial de salud, dirigidos a entender, valorizar y respetar la medicina indígena, aún no existe una visión clara, práctica y positiva que promueva niveles serios de articulación e interculturalidad entre las prácticas médicas indígenas

y el sistema oficial de salud. No obstante, el camino se ha iniciado, como lo hemos pretendido demostrar, mediante las acciones e iniciativas realizadas por las organizaciones de Loreto, que demostraron ser válidas a la hora de implementar los programas en las comunidades.

El nivel de complejidad que presenta la visión holística de la medicina indígena, que a la luz de muchos funcionarios se presenta como causa y principal barrera para la implementación de los programas de salud pública en las comunidades, deberá ser repensada, aceptada y abordada en el sistema nacional, como parte del derecho que tiene el pueblo kichwa para mantener y reproducir un sistema de salud que ha resistido, pero que aparece como incompatible frente a la racionalidad del sistema biomédico, y que al momento de intentar niveles de articulación, se encuentra subordinado y demandado a integrarse a las políticas del sistema oficial, como por ejemplo con las casas de parto culturalmente adecuadas, instaladas con el propósito de bajar las tasas de mortalidad materno infantil mediante el parto institucionalizado.

No obstante, se debe concluir que, estas políticas y programas, especialmente los referidos a la atención primaria de salud, aspiran a dar respuesta a los problemas de salud surgidos en el marco del largo proceso de relacionamiento de los kichwa y sus comunidades, con el conjunto de la sociedad; por ello, son demandados por los indígenas, acomodados a sus propias iniciativas y capacidades para dinamizarlos y ejecutarlos mediante visitas de los profesionales a las comunidades. Por otro lado, el sistema oficial, no está aún en capacidad de entender y resolver los problemas de salud surgidos desde la propia lógica y racionalidad kichwa, situación que complica más las posibilidades de articulación. Será necesario comprender que el tema de la interculturalidad no es solamente un problema “de los indios”, sino que atañe al mismo sistema de salud oficial.

REGISTRO FOTOGRÁFICO



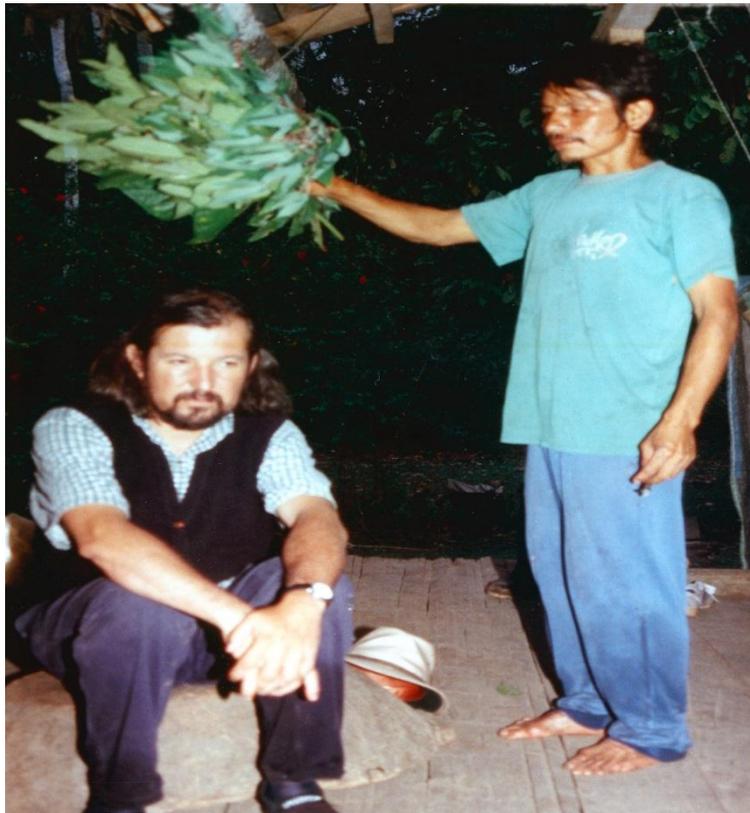
Mural de yachak curando expuesto en la organización FONAKISE



Yachak de Loreto “sembrando” samay en aprendiz.



Yachak de Loreto curando y entonando su takina.



Yachak de Loreto limpiando los malos espíritus.



Yachaks de Loreto preparándose para curar.



Yachak de Loreto curando enfermedad.



Partera de Loreto trabajando



Árbol medicinal Tutapishku Ila Iki.



Raíz de árbol de ceibo “morada de espíritus”



Pajuyuk compartiendo el paju con a una mujer en acto de curación



Transmisión de paju



Mujer kichwa saliendo de su chacra.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht Erwin.** Medicina y Antropología Social, Ed. Akal, Madrid - España, 1985
- Adams William Y.** Las Raíces Filosóficas de la Antropología, Ed. TROTA, Madrid - España, 2003
- Aguirre Baztan Angel.** La Antropología Cultural en España, Ed. PPU, Barcelona - España, 1986
- Albó Xavier.** En Fernández Juárez Gerardo, Salud e Interculturalidad en América Latina, Ed. ABYA - YALA, Quito-Ecuador, 2004
- Iguals aunque Diferentes. Producción: EDOBOL Ltda. La Paz – Bolivia. 2002
- Alderete Ethel.** Salud y Pueblos Indígenas, Ed. ABYA - YALA, Quito - Ecuador, 2004
- Augé Marc.** El Genio del Paganismo, Muchnik Editores S.A., Barcelona - España, 1993
- Baer Hans A. Singer Merrill. Susser Ida.** Medical Anthropology and the World System, PRAEGER, Wesport - EEUU, 2003
- Belsey Andrew.** En Diccionario de Teoría Crítica y Estudios Sociales M. Payne (comp), Ed. PAIDOS, Buenos Aires - Argentina, 2002
- Bellier Irene.** En Fernando Santos & Frederice Barclay, Guía Etnográfica de la Alta Amazonía, volumen I, FLACSO, Quito Ecuador, 1994
- Brunelli Gilio.** De los espíritus a los microbios, Ed. ABYA-YALA, Quito-Ecuador, 1989
- Cabodevilla Miguel Angel.** Los Huaorani en la Historia de los Pueblos del Oriente, Cicame-Coca, IDAZLUMA, Navarra - España, 1994
- Caramés García Ma. Teresa.** En Fernández Juárez Gerardo, Salud e Interculturalidad en América Latina, Ed. ABYA -YALA, Quito-Ecuador, 2004
- CONAIE, DNSPI**, Documento sin publicar. 2004
- Clottes Jean. Lewis-Williams D.** Los Chamanes de la Prehistoria, Ed. Ariel, Barcelona - España, 2001
- Chaumeil Jean–Pierre.** En Fernández Juárez Gerardo, Salud e Interculturalidad en América Latina, Ed. ABYA -YALA, Quito-Ecuador, 2004
- Chimbo Ricardo. Chimbo Bolívar. Chimbo Lucho.** Codificación de Paju de la comunidad de Villano, Escuela de Licenciatura en Desarrollo Amazónico. Unión Base – Pastaza – Ecuador, Junio 2.003, sin publicar
- Descola Philippe.** En Bonte Pierre e Izard Michael, Diccionario Akal de Etnología y Antropología, Ed. Akal, Madrid - España, 1996

Descola Philipp. En Surrallés Alexandre, García Hierro Pedro. Tierra Adentro: Territorio indígena y percepción del entorno, IWIA, Documento No. 39 – Copenhague, Lima-Perú, 2004.

DYA - Desarrollo Y Autogestión. Documento sin publicar, 2006

Duch Lluís. Estaciones del Laberinto: Ensayos de Antropología, Herder Editorial, Barcelona-España, 2004

Eliade Mircea. El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Éxtasis, Fondo de Cultura Económica, Madrid - España, 2001

Estrella Eduardo. Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía: Situación actual y perspectivas, Tratado de Cooperación Amazónica, Lima-Perú, 1995

FONAKIN. Manual de Plantas Medicinales y Baños de Vapor de los Kichwa de la Amazonía Ecuatoriana, imprenta Mariscal Quito Ecuador, s/f.

Frazer James George. La rama dorada, Fondo de Cultura Económica, México, 1998

Garcés Alicia. En Santos Fernando, Opresión Colonial y Resistencia Indígena en la Alta Amazonía, CEDIME, FLACSO, Ecuador, ABYA-YALA Quito – Ecuador, 1992

García María. Pú Manuela. Karin Eder. Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala, Impresos Monserrat, Guatemala, Mayo 2003

Geertz Clifford. La Interpretación de las Culturas, Gedisa editorial, Barcelona-España, 2001

Gómez López Augusto. Sotomayor Hugo. Lesmes Ana Cristina. Amazonia colombiana: enfermedades y epidemias. Ministerio de Cultura Bogotá – Colombia, 2000

González Suárez Federico. Historia General de la República del Ecuador, tomo sexto, Capitulo Segundo, Ed. JG, 2011

Guerrero Patricio. Corazonar, Una antropología comprometida con la vida. Ed. Abya Yala, Quito –Ecuador, 2007

Harris Marvin. El Desarrollo de la Teoría Antropológica. Una historia de las teorías de la cultura. Siglo veintiuno Editores, México DF, 1999

Iglesias Genny. Sacha Jambí, El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo. Ed. ABYA – YALA, Quito - Ecuador, 1989

Hierbas Medicinales de los Quichuas del Napo. Ed. ABYA-YALA, Quito-Ecuador, 1996

Jensen Ad. E. Mito y Culto entre Pueblos Primitivos, Fondo de Cultura Económica, México DF, México, 1998

Jiménez de la Espada Marcos. En El gran viaje, Marcos Jiménez de la Espada, Francisco de Paula Martínez, Manuel Almagro, Juan Isern, Embajada de España,

Agencia Española de Cooperación Internacional, Cicame, Ediciones ABYA-YALA, Quito-Ecuador, 1998

Kleinman Arthur. Patients and Healers in the Context of Culture, an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press, London, 1980

Kymlicka Will. Las Odiseas Multiculturales. Ed. Paidós. Madrid España 2009

Kohn Eduardo. La cultura médica de los Runas de la región amazónica ecuatoriana, Hombre y Ambiente 21, Ediciones ABYA - YALA, Cayambe-Ecuador, 1992

Kroeger Axel - Barbira-Freedmann Francoise. La Lucha por la Salud en el Alto Amazonas y en los Andes, Ed. ABYA-YALA, Quito – Ecuador, 1992

Kuhn Thomas. La estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 2004

Landázuri Cristóbal. En Diego Horteón, Toribio de Ortiaguera Conde de Lemos y Otros, La Gobernación de los Quijos (1559-1621) Monumenta Amazónica. Talleres AUSONIA S.A. Lima – Perú, 1989

Laplantine François. Antropología de la Enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea, Serie Antropológica Ediciones del Sol, Buenos Aires-Argentina, 1999

Licuy Yumbo Francisco P. Hierbas Medicinales de la Selva, Ed. ABYA – YALA, Quito – Ecuador, 1994

Lowie R. H. Historia de la etnología, Fondo de Cultura Económica, México, 1981

Malinowski Bronislaw. Magia, ciencia, religión. Editorial Ariel, Barcelona, 1994

Menéndez Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, Carei Illness models: theoretical exclusions and practice articulations, 2002

Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención.

Caracteres Estructurales, en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, México, 1983

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural - MAIS. FCI 2013

Subproceso de Medicina Intercultural Mapa Estratégico. 2009-2013

Muratorio Blanca. Rucuyaya Alonso y la Historia Social y Económica del Alto Napo 1850 – 1950. Ediciones Abya-Yala, Quito – Ecuador, 1998

- Naranjo Marcelo.** En Naranjo Marcelo, Pereira José, Whitten Norman Jr, Temas Sobre la Continuidad y Adaptación Cultural Ecuatoriana, Ediciones de la Universidad Católica, Quito – Ecuador, 1984
- Naranjo Plutarco.** La medicina tradicional en el Ecuador, Corporación Editora Nacional, 1995
- Oberem Udo.** Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano. Editorial “Gallocapitán” Instituto Otavaleño de Antropología, Otavalo – Ecuador, 1980
- Organización Mundial de la Salud – OMS.** Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud, Ginebra-Suiza, 2000
- Parekh Bhikhu.** Repensando el Multiculturalismo Diversidad Cultural y Teoría Política Editorial: Istmo, Madrid –España 2005
- Payne Michael.** En “Diccionario de Teoría Crítica y Estudios Sociales” M. Payne (comp), Ed. PAIDOS, Buenos Aires - Argentina, 2002
- Perreault Thomas Albert.** Movilización política e identidad indígena en el alto Napo, Quito, Ed. ABYA - YALA, 2002
- Phelan John Leddy.** El Reino de Quito en el siglo XVII. Ediciones del Banco Central del Ecuador, Quito – Ecuador, 1995
- Porrás P. María Elena.** La Gobernación y el Obispado de Mainas, Ed. ABYA–YALA, Quito – Ecuador, 1987
- Pritchard Evans E.** Brujería, Magia y Oráculos entre los Azande. Ed. Anagrama, Barcelona – España, 1976
- Reichel-Dolmatoff G.** El Chamán y el Jaguar, Siglo veintiuno, México D.F, México, 1978
- Rehaag Irmgard.** El Pensamiento Sistémico en la Asesoría Intercultural, Ed. ABYA - YALA, Quito - Ecuador, 2007
- Ruiz Lucy.** En Santos Fernando, Opresión Colonial y Resistencia Indígena en la Alta Amazonía, CEDIME, FLACSO Ecuador, Ed. ABYA–YALA, Quito – Ecuador, 1992
- Rumazo José.** La Región Amazónica del Ecuador en el Siglo XVI. Escuela de Estudios Hispano Americanos de Sevilla, Sevilla – España, 1946
- San Sebastián Miguel.** Ñucanchic Jampi. Tratamientos con plantas Medicinales de los Naporunas, Ed. CICAME, Coca – Ecuador, 1995
- Samaja Juan.** Epistemología de la salud, Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina, 2004

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo -SENPLADES- Atlas de Desigualdades Socio-Económicas del Ecuador Respecto a los derechos del Buen Vivir, Quito, 2013.

Shiguango Sharimiat. Ciencia Cómica de los pueblos indígenas. Nueva Versión de la Medicina Shamánica de los Yachakuna, Nuestra Amazonía, Quito-Ecuador, 2006.

Spiller Maximiliano. Historia de la Misión Josefina del Napo 1992 – 1974, Quito, Artes Gráficas, 1974

Stavenhagen Rodolfo. En Zambrano Carlos Vladimir, Etnopolíticas y Racismo, Universidad Nacional de Colombia, 2003

Surrallés Alexandre, García Hierro Pedro. Tierra Adentro: Territorio indígena y percepción del entorno, IWIA, Documento No. 39 – Copenhague, Lima-Perú, 2004

Taussig Michael. Un Gigante en Convulsiones Ed. Gedisa, Barcelona – España, 1995

Tylor Edward. Antropología. Daniel Jorro editor, Madrid, 1912

Tubino Fidel. Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico, red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/inter_funcional.pdf,

Walsh Catherine. Interculturalidad, Estado y Sociedad. Ediciones Abya-Yala, Quito – Ecuador, 2009

Warren Patricio. En Warren Patricio, Hess Carmen, Ferraro Emilia, Agassiz Louis. Salud y Antropología. Ed. ABYA - YALA, Cayambe– Ecuador, 1994

Whitten Norman E. Sacha Runa, Ed. ABYA - YALA, Quito - Ecuador, 1987

Wray Natalia. En Amazonía: Economía Indígena y Mercado, COICA, Oxfam América, Ed. Nuestra Amazonía, Quito – Ecuador, 1996