



**REPUBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS**

**LICENCIATURA EN DESARROLLO AMAZÓNICO  
"LEDA"**

**TEMA:**

**"PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PLAN DE SALUD DE  
LA FEDERACIÓN INTERPROVINCIAL DE CENTROS  
SHUAR FISCH"**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADO EN DESARROLLO AMAZÓNICO.  
CON MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS.**

**AUTOR: NELSON MARTIN TSAMARAINT MASUINK**

**TUTOR: LUCAS ACHIG SUBIA**

**Puyo, Julio de 2015**

**PUYO –PASTAZA- ECUADOR**



## RESUMEN

La salud es un componente esencial del buen vivir, y es necesario tener cuidado en los servicios de atención a la salud, sobre todo la intercultural, en virtud de que tenemos una visión diferente de la relación salud-enfermedad, lo cual difiere de las políticas de atención primaria de salud.

En este estudio, se considera el tema de los servicios de salud, a fin de comprender y así poder establecer la creación de un Modelo de Servicios de salud apropiado a cada organización, los procesos administrativos implementados y puestos en práctica dentro de un departamento de Atención primaria de salud.

La importancia de la identidad y de la fortaleza cultural en general en el ámbito de la salud según el concepto indígena necesitaría en el futuro la creación de una herramienta para medir el nivel de conservación de la cultura para comprobar con otros resultados de salud y afinar la comprensión del concepto global de salud indígena. De la misma manera si se trata de salud integral se debería validar una escala de calidad de vida pero según la visión indígena de la salud.

Finalmente para lograr un marco con visión cultural del plan de salud integral, es necesario manejar en forma integrada aspectos técnicos y aspectos humanos, Se propone diseñarlo según los lugares de influencia de los espíritus de la cultura buscando su apoyo en las actividades desarrolladas para lograr los objetivos propuestos.

Palabras Claves: SALUD INTERCULTURAL, SERVICIOS DE SALUD, PROCESOS ADMINISTRATIVOS, CULTURA DE SERVICIOS, CAMBIO ORGANIZACIONAL.



## ABSTRACT

Health is an essential component of good living, and care is needed services in health care, especially intercultural, considering that we have a different view of the health-disease relationship, which differs from the political Primary health care.

In this study, we consider the issue of health services in order to understand and thus establish the creation of a service model appropriate to each organization health, administrative processes in place and implemented within a service department primary health.

The importance of cultural identity and overall strength in the field of health by the indigenous concept would need in the future to create a tool to measure the level of preservation of culture to check with other health outcomes and refine understanding of the overall concept of indigenous health. In the same way if it is comprehensive health should validate a scale of quality of life but as the indigenous vision of health.

Finally, to achieve a framework with cultural view of comprehensive health plan, you need to manage in an integrated technical and human aspects, it is proposed to design according to the places of influence of the spirits of the culture seeking their support in the activities to achieve the objectives.

Keywords: intercultural health, health services, administrative, service culture, organizational change.



## INDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
INDICE .....	4
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR.....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL .....	7
AUTORÍA .....	8
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTO.....	10
INTRODUCCION .....	11
CAPITULO I .....	14
DIANOSTICO DE SALUD .....	14
1.1 SITUACION DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	14
1.2 INDICADORES DEMOGRAFICOS.....	16
1.3 ACCESIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD .....	17
1.4 DETERMINANTES GEOGRÁFICOS Y SISTEMA DE SALUD OFICIAL	19
1.5 DETERMINANTES CULTURALES .....	21
1.6 DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS VINCULADOS CON LA ACULTURACIÓN .....	24
1.7 DETERMINANTES DEL MEDIO AMBIENTE .....	27
1.8 LA FEDERACIÓN INTERPROVINCIAL DE LOS CENTROS SHUAR (FICSH).....	29
1.9 EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRADICIONAL (DMT) .....	30
1.10 LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO .....	31
1.11 EL CONSEJO DE LOS UWISHIN SHUAR (CUWISH) .....	31
1.12 LA CUESTIÓN ÉTICA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA .....	32
CAPITULO II .....	34
LA PROBLEMÁTICA DE SALUD .....	34
2.1 EL CONCEPTO DE PACHAMAMA Y FILIACIÓN CON LA TIERRA .....	34
2.2 UNA DISCRECIÓN RESULTANDO DE LA ACULTURACIÓN.....	35
2.3 ÁMBITO DE SUPOSICIONES.....	35
2.4. ATENCION PRIMARIA DE SALUD .....	36



2.5 LA MEDICINA TRADICIONAL.....	37
2.6 INTERCULTURALIDAD Y SALUD .....	41
CAPITULO III .....	43
ANALISIS DE RESULTADOS .....	43
3.1 METODOLOGÍA UTILIZADA.....	43
3.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	43
3.3 ELABORACIÓN DEL MARCO DE EVALUACIÓN.....	45
3.4 REPRESENTACIONES SHUAR SOBRE LA SALUD: “SU COSMOVISIÓN”.....	46
3.5 RESULTADOS CALCULADOS DE PROPUESTAS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO .....	50
CAPITULO IV .....	54
PROPUESTAS DE SALUD.....	54
4.1 PROPUESTAS DE ACCIONES LOCALES POR PARTE DE LAS COMUNIDADES.....	54
4.2 RESCATE DE LA CULTURA:.....	58
4.3 EL ROL DE LA EDUCACIÓN BILINGÜE:.....	59
4.4 EL RESCATE DEL USO RITUAL DE PLANTAS: “EL CAMINO DE LA CASCADA SAGRADA”:.....	60
4.5 PROPUESTAS DE DESARROLLO ECONÓMICO: .....	60
4.6 RECOMENDACIONES PARA LAS ACCIONES AL NIVEL DE LAS COMUNIDADES.....	62
4.7 RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL PERFIL DEL SOCIALIZADOR INTERCULTURAL .....	62
4.8 RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA CUESTIÓN DEL UWISHIN: 63	
4.9 RECOMENDACIONES PARA EL CUWISH .....	64
4.10 PERFIL DEL BUEN UWISHIN.....	64
BIBLIOGRAFIA .....	66
ANEXOS .....	67



## CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

*NELSON MARTIN TSAMARAIN T MASUINK*, autor de la tesis "PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PLAN DE SALUD DE LA FEDERACION INTERPROVINCIAL DE CENTROS SHUAR FISCH", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADO EN DESARROLLO AMAZONICO CON MENCION EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Julio de 2015



*NELSON MARTIN TSAMARAIN T MASUINK*

C.I: 1400227607



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

*NELSON MARTIN TSAMARAINT MASUINK*, autor de la tesis "PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PLAN DE SALUD DE LA FEDERACION INTERPROVINCIAL DE CENTROS SHUAR FISCH", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

---

Cuenca, Julio de 2015



*NELSON MARTIN TSAMARAINT MASUINK*

C.I: 1400227607



## AUTORÍA

**“Las ideas expuestas en el presente trabajo es de mi absoluta  
responsabilidad”**

**Nelson Martin Tsamaraint Masuink**

**Cedula de Identidad: 140022760-7**



## DEDICATORIA

El presente trabajo va dirigido a mis padres y a mi esposa que con amor y sacrificio supieron motivarme moral y materialmente para culminar mis estudios, obtener un título y así asegurarme una vida digna al servicio del bien, la verdad y la justicia

Nelson Tsamaraint M.



## AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por haberme brindado sabiduría.

A mis padres que significan un ejemplo de superación.

A mi esposa por brindarme su apoyo incondicional.

A mis maestros quienes con nobleza y entusiasmo depositaron en mí, sus vastos conocimientos, de manera particular al asesor de este trabajo, quien puso interés de orientarme en culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

A la Universidad de Cuenca por darme la oportunidad de superar mis conocimientos y así poner al servicio de la sociedad; y

A la **CONFENIAE**, a sus miembros del Consejo de Gobierno, por garantizarnos mediante un convenio de formación y capacitación de recursos humanos de las nacionalidades Indígenas de la Amazonia.



## INTRODUCCION

### ***Proceso Administrativo del “PLAN DE SALUD” de la Federación Interprovincial de Centros Shuar FICSH.***

Al hablar de un proceso administrativo, de un plan de servicios de salud, se trata de una ciencia que permite analizar técnicamente la inversión en forma ordenada y prudente de los bienes y servicios de una actividad colectiva, integrada por el capital y el trabajo, como factores de la producción, y dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios pueden ser públicas y privadas, multinacionales, sociedades anónimas, etc. Las cuales están reguladas a través de leyes, reglamentos y políticas del régimen y aplicadas en las normas legales.

Por lo tanto, este documento está proyectado a ofrecer una metodología que sirva como herramienta dentro del sistema de una Directriz Administrativa Financiera e inmerso en la política de Servicio de Salud Comunitario.

El proyecto común entre la FICSH y el Ministerio de Salud Pública por medio de los actores locales aparece ser una alternativa para solucionar la falta de continuidad y encontrar estrategias adecuadas a la realidad de las comunidades. También para lograr una verdadera articulación de ambas medicinas trabajando con respecto mutuo y construyendo una visión común, intercultural, integral de la atención de salud.

### **Planteamiento del problema**

La declaración de Alma Ata en 1978 desarrollo el concepto de la atención primaria de salud (APS), cuidados de salud esenciales accesibles para todos. Desde entonces, este concepto ha guiado la acción humanitaria y la reorganización de los sistemas de salud en los países en vía de desarrollo. Sin embargo su aceptabilidad cultural no se tomó en cuenta, la certeza de traer la salud para todos en el año 2000.

Hoy se sabe que existen numerosas variables en cuanto a recursos para la atención primaria de salud. Estos recursos depende no solamente de su accesibilidad financiera o física, ni de su calidad, sino también de su accesibilidad cultural, así como de las características del sujeto, de sus representaciones de la salud, de su modelo explicativo de la enfermedad, de la percepción de su gravedad. Todas estas variables determinan la elección de los recursos que se van a usar para el cuidado de la salud y la decisión de recurrir al sector profesional, tradicional o popular. El estudio de esas variables es muy útil en un proyecto que busca adaptar la oferta de salud a las necesidades de la población.

El departamento Provincial de Salud Indígena (DPSI)) ya intentó trabajar en la certificación y en la integración de los médicos indígenas. También



buscan y desarrollan estrategias interculturales a través de la acción de los socializadores interculturales con que cuentan como técnicos trabajando en el tema.

Suele existir un control verticalista y burocrático del aparato institucional administrativo del sistema de salud, del lado del ministerio como de la FICSH. Siguen orientaciones y estrategias que cambian con los diferentes dirigentes y fomentan un problema de continuidad de las acciones. Existe un grande vacío de comunicación entre los actores sociales y los dirigentes. Así la mayoría de las políticas ignoran la realidad de las comunidades, y cuando existen leyes o políticas favorables no se cumplen realmente.

### Justificación

El propósito del presente tema de estudio, se fundamenta de un problema de ***falta de accesibilidad a una forma de atención de servicios de salud en la población shuar e hispana de Morona Santiago***, pues sobre todo como futuro profesional en área de Gestión y Administración de empresas, particularmente a favor de las organizaciones comunitarias es importante insertar las bases teóricas, metodológicas y directrices que nos ofrece orientaciones que contribuyan al mejoramiento y desarrollo social, político, económico, cultural y organizativo.

Ante tal situación es necesario consientizar a los actores de servicios de salud de la provincia, la validez y la importancia en la aplicación de sistemas de salud formal y tradicional con un liderazgo motivador y capaz de diseñar, desarrollar, operar y evaluar el resultado esperado.

### Objetivos

- ✚ *Constituir un sistema de salud intercultural de la Ficsh en Morona Santiago*
- ✚ *Fortalecer el proceso del plan de salud integral de la FICSH, con visión cultural*
- ✚ *Sistematizar los impactos de la participación de Servicios de salud*
- ✚ *Formular un plan de capacitación y formación de recursos humanos en medicina formal y tradicional*
- ✚ *Crear una directriz con autonomía administrativa y financiera.*



***Para el cumplimiento de estos objetivos se ha considerado los siguientes contenidos:***

Un primer capítulo comprende del diagnóstico de la salud objeto de estudio, especificando la situación de la salud y de los servicios de salud, los indicadores demográficos, la accesibilidad del sistema de salud, determinantes geográficos y sistemas de salud oficial, determinantes culturales, determinantes socio-económicos vinculados con la aculturación y determinantes del medio ambiente. Y la influencia de los actores sociales como: La Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH), el departamento de la medicina tradicional(DMT), los médicos de la provincia de Morona Santiago, el Consejo de Uwishint Shuar(CUWISH); y la cuestión ética de la participación comunitaria

En el segundo capítulo, se desarrollan la problemática de la salud, el concepto de la Pachamama y filiación con la tierra, discreción como resultado de la aculturación, el ámbito de las suposiciones, la atención primaria de salud, la medicina tradicional y la interculturalidad y salud

El tercer capítulo, el análisis de los resultados; la metodología utilizada en el proceso de la investigación, análisis de los datos, elaboración del marco de evaluación, representaciones shuar sobre la salud su cosmovisión, y resultados calculados de propuestas del análisis del contenido

En el cuarto capítulo hace referencia a la propuesta de la salud por parte de las comunidades, el rol de la educación Bilingüe, el rescate del uso ritual de plantas “el camino a la cascada sagrada”, propuestas de desarrollo económico y finalmente las recomendaciones a los actores influyentes del marco de estudio de este trabajo



## CAPITULO I DIANOSTICO DE SALUD

### 1.1 SITUACION DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Este estudio empieza al mismo tiempo que se hace la publicación de los resultados de un diagnóstico de la Situación de Salud y de los Servicios de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar, realizado entre los meses de octubre y diciembre de 2005. Consecuentemente, esta primera parte se apoya sobre el informe de este diagnóstico, cuyos objetivos específicos buscaban abordar los siguientes temas en las comunidades shuar y achuar:

- Conocer la población real.
- Conocer la escolaridad de los adultos mayores de 14 años.
- Conocer la tasa de natalidad, de mortalidad (general y específica) y de migración.
- Averiguar las condiciones socioeconómicas de la población.
- Conocer las tasas de morbilidad por patologías.
- Conocer las tasas de vacunación de los niños menores de 4 años.
- Informarse sobre la infraestructura sanitaria.
- Dar las pautas generales para un Programa de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar.

La capacitación para el diagnóstico y la ejecución del diagnóstico se llevaron a cabo con financiamiento y apoyo logístico de:

- UNICEF-Ecuador
- Ministerio de Salud Pública (Hospital Pío XII, Área 6, Sucúa)
- Centro de Salud, Área 6, Sucúa
- Dirigencia de Salud, FICSH
- La Sociedad Geográfica Nacional (The National Geographic Society—Estados Unidos de Norteamérica)

	Datos año 2005 Población shuar FISCH (*1)	Datos Población Ecuador	Datos Población indígena Ecuador (*1)
Tamaño de la población ( 000 000 )	0.15	13,28( 2005)*2	
Tasa de mujeres adultas (+18) no inscritas en los registros oficiales ( % )	2		
Tasa de hombres adultos (+18) no inscritos ( % )	1		
Tasa de niños menores de dos años de edad no inscritos ( % )	73		
Tasa por debajo de 15 años de edad ( % )	52,5	32,4*1	



Tasa total de fecundidad	7[6.6-8.2]	3 ( 2004 ) <sup>*3</sup> 2,7 ( 2004 ) <sup>*2</sup> 3,3 <sup>*1</sup>	
Tasa de mortalidad infantil (0/oo)	25,7 <i>reportado</i> 40 <i>estimado</i>	20 <sup>*1</sup> 23 ( 2004 ) <sup>*2</sup>	
Tasa bruta de mortalidad (0/oo)	4,1		
Tasa de individuos que reportaron que habían estado enfermos o que tuvieron un accidente el mes anterior ( % )	23		48
Tasa de niños menores de 25 meses completamente vacunados ( % )	4	50 <sup>*1</sup>	43
Tasa de analfabetismo de los adultos ( % )	7	9( 2004) <sup>*2</sup>	
Tasa de analfabetismo de las mujeres ( % )	9		
Tasa de primaria completa ( % )	34	26 <sup>*1</sup>	26
Tasa de primaria completa de las mujeres ( % )	39	26 <sup>*1</sup>	24
Tasa de secundaria completa ( % )	11	12 <sup>*1</sup>	4
Tasa de secundaria completa de las mujeres ( % )	6	12 <sup>*1</sup>	3
Tasa de universidad completa ( % )	1	5 <sup>*1</sup>	1
Tasa de la población que cuenta con infraestructura de saneamiento básico ( % )	38	80 <sup>*3</sup>	
Tiempo de caminata para viajar a un centro de salud (promedio)	3 h 40 min.		38 min.
Tasa de comunidades que reciben servicios de un medico ( % )	4		
Tasa de partos realizados en un centro de salud ( % )	11	77 <sup>*1</sup>	27
Tasa de comunidades que no cuentan con personal de salud occidental ( promotores, auxiliares, doctores ) ( % )	35		
Tasa de comunidades que disponen de los servicios de un Uwishin (tradipraticien) ( % )	32		
Tasa de comunidades que disponen de plantas medicinales ( % )	33		
Tasa de las comunidades que faltan acceso a forma tradicional de curación ( % )	32		

**Fuentes:**

1. Informe sobre los Resultados del Diagnóstico de la Situación de Salud y de los Servicios de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar FICSH-FIPSE-FINAE 2005.
2. WHO sources, including "World health statistique 2006" and "The World Health Report, 2006 Edition".
3. World Bank sources, "World Development Indicators".



## 1.2 INDICADORES DEMOGRAFICOS

La población shuar es muy joven y en rápido crecimiento. Tiene una edad mediana más baja (13) y un mayor porcentaje de su población por debajo de los 15 años (52.5%) que cualquier país del mundo. La fecundidad es muy alta, de 7,0 hijos por mujer. Eso es más de dos veces el promedio nacional de 3 del Ecuador. Este rápido crecimiento demográfico tendrá muchas consecuencias para la planificación: las escuelas, los servicios de salud, el cambio agrícola, el crecimiento económico, la presión sobre recursos, el crecimiento de las ciudades regionales (Sucúa, Macas, Puyo) y otras.

Este diagnóstico evidenció que las estadísticas vitales reflejan un recuento incompleto de los nacimientos y muertes. La encuesta encontró que 87% de los entrevistados de la muestra están inscritos en el Registro Civil. Aparece que más edad tiene un individuo más probabilidad tiene que estuvo inscrito, a la excepción de los ancianos. De hecho, algunos ancianos han vivido sus vidas completamente invisibles para el Estado, ya que nunca tuvieron ninguno documento oficial, que sea para su nacimiento, matrimonio o muerte. Probablemente se subestimará la población de infantes y gente muy anciana que viven y, generalmente, hay un reporte insuficiente de las muertes. También parece que muchos adultos no están seguros de su edad precisa. Entonces, cualquier estimación basada en la edad debe considerarse aproximada

### **Mortalidad**

La tasa de mortalidad es baja, lo que se esperaba de una población tan joven. Con base en las muertes reportadas, eso produce una tasa bruta de mortalidad de 4,1 El informe dice que existen razones para creer que es una subestimación, porque eso sugiere que la tasa de mortalidad es menor entre los shuar/achuar que el promedio nacional del Ecuador. Considerando probable que las muertes estuvieron con reportes insuficientes creen que la cifra de 4,1 puede representar solamente 75% o 50% del total de las muertes.

De la misma manera estimaron que la tasa de mortalidad infantil de 25,7 es una cifra demasiado baja y sospecharon también que las muertes están con reportes insuficientes. Porque eso sugiere que la tasa de mortalidad es menor entre los shuar que el promedio nacional del Ecuador. Concluyeron que la tasa de mortalidad infantil se encuentra probablemente en los 40. Es moderadamente alta. Es por debajo del promedio global de 54, que se puede comparar con la tasa para los países sudamericanos (44) y por encima del promedio nacional de 29 para el Ecuador.

Se deplora que no existe en este informe datos sobre la mortalidad materna para corroborar este subestimación de la mortalidad infantil. La mortalidad materna, como la mortalidad infantil, informa sobre la cualidad del sistema de salud. La mortalidad infantil reenseña también sobre las condiciones de vida de una población. Por su parte la educación de las mujeres es una garantía de mejoramiento de la salud de los niños. Sobre este tema a pesar de que los hombres shuar tienen una mejor educación que las mujeres,



los shuar tienen resultados favorables, cuando se los comparan con otros ecuatorianos indígenas o no indígenas, con la excepción de que muy pocos asisten a la universidad.

### **Morbilidad**

En el marco de este diagnóstico, las tasas reportadas de enfermedad para la población shuar parecen menores que la tasa nacional para pueblos indígenas. Por lo tanto, puede ser que los shuar se encuentren con una salud relativamente buena. Puede ser también que esta tasa resulte del hecho de que la gente rural es típicamente menos dispuesta a reportar las enfermedades o reportar una enfermedad como algo serio, que las otras poblaciones. Los temas de idioma y cultura también inciden sobre los resultados. Por ejemplo, todas las enfermedades listadas bajo “Enfermedades en las dos últimas semanas” se encuentran en español. El resultado es que conceptos shuar más complejos de salud y enfermedad pueden haberse perdido dentro de una terminología occidental relativamente sencilla. Debido a eso, es difícil identificar cómo los shuar perciben su condición de salud a través de su propia perspectiva cultural y por tanto cómo desarrollar mejores sistemas de salud que responden especialmente a sus necesidades.

Al final, las enfermedades más comunes son enfermedades respiratorias y gastrointestinales fáciles de prevenir. Niños de corta edad están muriendo de enfermedades prevenibles, incluyendo la diarrea y la tos ferina. Lo que no muestran los datos de la encuesta es el costo en términos de tiempo, energía y dinero que dichos tratamientos representan para las familias shuar, especialmente aquellas que viven en las comunidades que no benefician de los servicios de salud de curanderos tradicionales o de médicos occidentales. Esta inaccesibilidad económica es uno de los mayores desafíos de los pueblos indígenas en América Latina en general.

### **1.3 ACCESIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD**

Existen muy pocos profesionales con educación occidental que residan de forma permanente en las comunidades shuar. Solamente un 35% de las comunidades cuentan con personal de salud occidental que atienda sus necesidades de salud comunitaria y los resultados claramente muestran la dificultad para los individuos de llegar a los servicios médicos. En las comunidades shuar, el tiempo que se requiere para llegar a un centro de salud es un promedio de 3 horas 40 minutos de caminata, o sea 3 horas por encima del promedio nacional para los indígenas. Estas distancias representan un verdadero desafío para un servicio efectivo de salud en la región. En comparación con las tasas nacionales de vacunación, la cobertura de los niños shuar parece muy baja. Solamente un 4% de los niños menores de 25 meses cuentan con una vacunación efectiva, en comparación con el porcentaje de 43% a nivel nacional. También se están desperdiciando recursos en una revacunación innecesaria de algunos niños en vez de aumentar la cobertura de



vacunación. Eso demuestra un real problema de accesibilidad del sistema de salud. Se ve también este problema de accesibilidad, especialmente entre las mujeres embarazadas en vista de las altas tasas de natalidad en las comunidades shuar. El impacto de estas distancias es probablemente sentido con mayor agudeza por las mujeres embarazadas y madres que buscan atención médica. Lo que la encuesta muestra efectivamente, es que aproximadamente un 11% de todos los nacimientos por las mujeres shuar se realizaron en un centro de salud o en un hospital. La tasa de 11% para los shuar por lo tanto es especialmente baja en comparación a la tasa de 27% de las mujeres indígenas al nivel nacional.

Existe un real problema de accesibilidad física del sistema de salud pero hay otras razones por las cuales las mujeres shuar optan por dar a luz en casa, incluyen estar rodeada de una familia que le apoya, la posibilidad de dar a luz en la posición tradicional vertical y evitar un posible riesgo de enfrentarse al racismo en una instalación de salud occidental. Así hablamos también de inaccesibilidad cultural del sistema de salud.

Debido a que tres cuartas partes de la población shuar tienen que caminar para llegar a un centro de salud, la importancia de los recursos de salud dentro de la comunidad se vuelve especialmente importante y las formas tradicionales de servicios de salud, por tanto están levemente más comunes. Por ejemplo, los servicios de los Uwishin están disponibles en aproximadamente una tercera parte de las comunidades y los tratamientos con base en plantas medicinales en otro tercio. Sin embargo, 32% de los centros carecen de acceso a formas tradicionales de curación. También, aparece que ciertas comunidades no cuentan ni con servicios tradicionales de curación ni con profesionales de salud occidentales.

En este informe, los resultados acerca de los tratamientos de salud muestran que:

- Las familias shuar/achuar aprovechan de las prácticas tanto occidentales como tradicionales para tratar sus enfermedades.
- Las familias acuden, aproximadamente en igual medida, a los promotores locales de salud, la medicina natural y los remedios de botica para iniciar el tratamiento de sus enfermedades.
- Se acude de preferencia a los uwishin (médicos indígenas o chamanes) y a los médicos occidentales cuando la enfermedad se vuelve más grave o persistente.
- La elección del tratamiento fluctúa con la edad y el sexo del paciente.
- Se encuentra una mayor dependencia de los curanderos tradicionales entre la gente de mayor edad.
- Los pacientes shuar registran tasas mayores de mejoramiento de lo que indicaría la baja disponibilidad de servicios locales de salud.



#### 1.4 DETERMINANTES GEOGRÁFICOS Y SISTEMA DE SALUD OFICIAL

“Donde las nubes que cubren la cuenca del Alto Amazonas, vagando hacia el occidente, chocan con la Cordillera oriental de los Andes ecuatorianos, fríos riachuelos caen en forma de cascadas hacia el interior de la selva sumergida en neblina, para formar rápidos y crecidos torrentes que bajan hacia el Océano Atlántico, fuera del continente. Donde las vertientes de montaña se transforman en cascadas o chorreras, comienza el país de los shuar, y donde finalmente los rápidos terminan en plácidos ríos tortuosos, allí también termina su territorio.

Las chorreras son más que un rasgo geográfico: son una barrera de protección que por mucho tiempo ha frenado la penetración para la explotación del territorio shuar desde los sistemas de ríos navegables del resto de la cuenca amazónica hacia el este. Y la escarpada cordillera de los Andes al oeste, la más abrupta y larga de todo Suramérica, ha sido de igual manera un antiguo y silencioso aliado para impedir una exitosa conquista y colonización a partir de la región serrana. Ésta es la tierra de los shuar: santuario húmedo, montañoso, intensamente poblado de árboles, que favoreció la preservación de la libertad y de la cultura de una tribu de indígenas americanos por más de cuatrocientos años después de Cortés y de Pizarro” (Harver. 1978)

Esos mismos obstáculos que encontraron los conquistadores hacen dificultades para la elaboración de un sistema de salud operativo y adaptado. Las poblaciones indígenas del Amazonas ecuatoriano viviendo, en la mayoría, de zonas enclaves, accesibles solamente por vía aérea, fluvial o terrestre (distintas horas o días de caminata). Además no existen datos de calidad sobre la salud de las sociedades indígenas, el censo nacional teniendo a favorecer las poblaciones fáciles de alcanzar. El simple recuento del número de pueblos indígenas resulta ser una tarea difícil y los recursos sanitarios no se reparten de manera correspondiente a este número. También se reconoce que los censos estatales y las encuestas nacionales de salud no realizan recuentos adecuados de las sociedades indígenas y que no es común considerar la identidad étnica en las evaluaciones de salud. Esta situación lleva a un reconocimiento insuficiente de las poblaciones indígenas, un desconocimiento de sus necesidades de salud y educación específicas y por tanto una limitada inversión estatal correspondiente en programas sociales en las comunidades indígenas

La organización sanitaria de la provincia de Morona Santiago se presente en la forma de Áreas de Salud. Existen siete áreas de Salud y un hospital por área. A pesar de que estas unidades de salud tienen un personal bien formado, realmente parecen físicamente accesibles solamente a los colonos, mestizos y shuar que viven cerca de la ciudad. A parte de eso existen, en las 400 comunidades del territorio shuar de la provincia, 48 puestos de salud. Son pequeñas unidades operativas bajo el control del sistema oficial de salud y la responsabilidad de auxiliares de enfermería shuar. Este personal indígena tiene una formación de seis a nueve meses y puede manejar algunos



medicamentos. Sin embargo, ellos carecen de verdaderas posibilidades y capacidades, debido a su insuficiente formación, la complejidad de los problemas a los que cotidianamente se enfrentan y la falta de recursos con los que cuentan. Aparte de eso, la principal estrategia utilizada para afrontar los problemas de salud en las comunidades indígenas consiste en la formación de promotores de salud. Básicamente, éste es el esquema convencional de atención primaria de salud (APS) que se ha venido promoviendo en el ámbito mundial desde la Asamblea General de la OMS en Alma Ata en 1978. Los promotores de salud son elegidos por sus comunidades y capacitados por el Ministerio de Salud, los Organismos Internacionales de Cooperación Técnica y las ONG, para aprender a reconocer las principales patologías esenciales y a manejar un número reducido de medicamentos esenciales para su tratamiento en las comunidades. Paralelamente, se les capacita para que promuevan estrategias de saneamiento ambiental e higiene familiar como, por ejemplo, la construcción de letrinas y el uso de agua hervida. Pero debido a la carencia de recursos humanos y económicos y a las grandes distancias, la formación y el seguimiento de los agentes de salud siempre es insuficiente.

Aunque el costo de los medicamentos modernos es desmesurado para la gente indígena, esos han generado hoy una dependencia por esta medicina “mágica”, porque los resultados son percibidos como más rápidos y eficaces, así como la forma de presentación es más atractiva. Sin embargo, en las sociedades que tienen una “cosmovisión”, un modo de pensar radicalmente diferente, es difícil transmitir un mensaje sobre los medicamentos, los antibióticos por ejemplo y la importancia de seguir el tratamiento en toda su duración, en un lenguaje conceptual diferente.

Entonces, a pesar de que la formación de los agentes de salud es aún insuficiente, están atrapados en el círculo vicioso de la prescripción y demanda irracional de los fármacos comerciales, así como de los efectos secundarios que éstos muchas veces producen y cuyas múltiples consecuencias se desconocen. Los accidentes son muy frecuentes (error de dosificación, de vías de administración, falta de formación para administrar inyecciones). Por otra parte las resistencias a los antibióticos son preocupantes (utilización desmesurada de fluoroquinolonas, de cotrimoxazol), teniendo en cuenta también el elevado número de accidentes tóxicos, a veces mortales: inyecciones de penicilina en senos, inyección de dosis para adultos de cortisona o de diclofenaco a niños, parálisis seguida de una mala inyección IM.

La medicina moderna es, evidentemente, indispensable en los casos de emergencia, como en afecciones respiratorias graves, accidentes que necesitan intervención quirúrgica, heridas graves, etc. Pero para el resto, el acceso a los medicamentos modernos en la selva y su uso racional parece utópico. Las resistencias a los antibióticos en estas poblaciones deberían ser evaluadas con mayor seriedad así como la razón beneficio-riesgo de la introducción en las comunidades indígenas de estos medicamentos modernos. Por otra parte, el acceso a los medicamentos en las farmacias privadas está reglamentado pero en práctica no controlado.



Es importante mencionar que las Federaciones indígenas son activas en la red de Salud Ecuatoriana. En la provincia de Morona Santiago existen tres Federaciones. Los Shuar de Makuma apoyados por los evangélicos, en 1962, formaron la Asociación de Desarrollo de los Pueblos Jíbaros del Oriente Ecuatoriano (ADJOE), que en 1974 se transformó en Asociación Independiente del Pueblo Shuar del Ecuador (AIPSE), y, finalmente, en 1996, en la Federación Independiente del Pueblo Shuar del Ecuador (FIPSE). Por su lado, los salesianos, en 1964, apoyaron la constitución de la Federación Interprovincial de Centros Shuar y Achuar (FISCHA). En 1992 el pueblo achuar se separó de la FISCHA (ahora llamada FICSH) y conformó la Federación Interprovincial de la Nacionalidad Achuar de Ecuador (FINAE) agrupando el pueblo achuar ubicado en la provincia de Morona Santiago y al sur de Pastaza (ahora llamada NAE)

En los últimos años se ha creado un nuevo comité inter federativo (FICSH-FIPSE-FINAE) para permitir la participación de todas las federaciones regionales en asuntos comunes. El Ministerio de Salud Pública ha alentado la participación local en la planificación y ejecución de los programas a través de las Áreas de Salud; y finalmente se ha creado un organismo nacional, la Dirección Nacional de Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas, así como los Departamentos Provinciales, para reconocer las diferentes necesidades de salud de los pueblos indígenas del Ecuador.

Desde los años noventa, las federaciones indígenas han estado activas en recoger importantes datos demográficos y de salud acerca de sus propias poblaciones y en utilizar esa información para justificar sus exhortaciones a que se preste mayor atención para satisfacer sus necesidades particulares. Se puede notar que las divisiones estatales no siempre corresponden a la realidad de la organización de las sociedades indígenas y a sus federaciones. En el último diagnóstico de salud de las comunidades shuar y achuar, que, en 2005, FICSH-FIPSE-FINAE decidió emprender, trata parte de los datos en función de sus afiliaciones a cada Federación. También, la información recogida en este Diagnóstico y presentada en el Informe esta representativa de una muestra de la población shuar/achuar de Morona Santiago que está sesgada geográficamente. Lo que al contrario de los datos estatales trata de dar mayor representatividad a esta población aislada

## **1.5 DETERMINANTES CULTURALES**

Hoy se sabe que existen numerosas variables en cuanto a recursos para la atención primaria de salud. Estos recursos dependen no solamente de su accesibilidad financiera, física, y de su cualidad, sino también de su accesibilidad cultural, así como de las características del sujeto, de sus representaciones de la salud, de su modelo explicativo de la enfermedad, de la percepción de su gravedad. Todas estas variables determinan la elección de los recursos que se van a usar para el cuidado de la salud y la decisión de recurrir al sector profesional, tradicional o popular. El estudio de esas variables



es muy útil en un proyecto que busca adaptar la oferta de salud a las necesidades de la población.

Para abordar el concepto de salud indígena es necesario considerar el sistema de pensamiento, la cosmovisión y particularmente la concepción que tiene el indígena sobre la interrelación de la vida y de la muerte. Una concepción distinta a la occidental sobre la vida y la muerte no puede sino llevar a otro concepto de salud. El sistema de salud indígena no aísla al ser humano como un ente biológico, centrando su tecnología en el conocimiento de los procesos fisiológicos y bioquímicas, como lo hace la medicina occidental, sino que está orientado hacia la preservación de la vida en concreto, de la reproducción de todo el grupo étnico, visto en una compleja red de interacciones – a todo nivel – con el medio ambiente. Podemos entender el concepto de salud indígena como un estado de normalidad o de equilibrio dinámico de la persona consigo misma, con los demás miembros de la familia o del grupo social y con su medio ambiente o los espíritus o fuerzas naturales que rigen en la naturaleza.

La enfermedad o los problemas ocurren cuando se rompe este equilibrio. En tal sentido, la enfermedad o los problemas son interpretados como el resultado o la manifestación de esta ruptura. La manera como se enfoca el tratamiento hace que muchas veces se incide más sobre los factores que se consideran estar al origen de la enfermedad que sobre el problema. Por ejemplo, existen males que afectan los niños pequeños y se relacionan con la creencia de que su espíritu aún no está muy fuerte; este puede salir del cuerpo fácilmente, bajo la influencia de fuertes emociones, choques psíquicos, malos espíritus u otros acontecimientos externos. La salida del espíritu del cuerpo del niño crea condiciones favorables para el desarrollo de mecanismos de compensación dentro del organismo. También, los niños pueden sufrir distintos tipos de infecciones o contagio, en el nivel energético, debido al incumplimiento de ciertas normas como, por ejemplo cuando el padre mata ciertos animales o tala ciertos árboles. Llámese *susto*, *daño* o supersticiones con las manifestaciones que estos síndromes culturales pueden presentar como fiebre, tos, diarrea, nerviosidad, alergia, entre otros, el hecho es que los síntomas desaparecerán cuando se hayan tratado las raíces o el origen del mal. Inicialmente, el acto curativo está dirigido ante todo a restablecer la normalidad en el nivel de la relación del individuo o del grupo social con su entorno social-natural.

Todo lo que existe en este mundo está animado por la misma energía cósmica o fuerza vital. Esta energía, a su vez, está intercambiada o compartida entre las distintas formas de vida o especies que participan en esa manifestación en una compleja red de interacciones. En muchas sociedades tradicionales, los chamanes actúan como reguladores de los procesos sociales de extracción, de intercambio de energía. Es importante reconocer el chamanismo como una fuente de conocimiento y de control de los recursos, es decir como una fuerza productiva, en tanto que se restablece la salud necesaria para poder trabajar, a la vez que reafirma el orden del mundo y las



leyes universales. Entre muchas sociedades amazónicas, la extracción de los recursos de flora y fauna se realiza a través de formas ritualizadas de comunicación con los *espíritus* o *madres* de las especies para intercambios energéticos equilibrados. Si uno se sobrepasa en la explotación del recurso, por ejemplo pesca o caza en exceso, el *dueño* o la *madre* de la especie, no sólo puede enfadarse sino que, para recuperarse enérgicamente, enviara enfermedad a la gente. Al enfermarse el individuo pierde energía y esta energía es recuperada por la *madre* o el *dueño* para reponerse del daño ocasionado

Las normas sociales que atañen a la salud también están relacionadas con los patrones de asentamiento, la ubicación de las casas, la agricultura tradicional, las reglas de cortesía, la redistribución de recursos, la reciprocidad. Los sistemas de interpretación de muchas enfermedades indígenas incorporan una serie de elementos directamente relacionados con esta dimensión socio-ambiental. En tal sentido, podemos ver que todas estas normas conforman un código indígena del medio ambiente. Su conocimiento, cumplimiento y la certeza de su profundo valor y significado constituyen el sistema preventivo de salud indígena. La prevención se traduce también en el uso de fórmulas herbolarias tonificantes y eméticas – como el tomar guayusa ( *Ilex guayusa* ) temprano en la mañana, en ayunos y dietas asociadas con un disciplina sexual, así como la celebración de los ciclos de vida (nacimiento, pubertad, matrimonio, funeral). También están los rituales de iniciación, con la toma de plantas sagradas y las visiones que fortalecen el espíritu de los jóvenes, las pinturas corporales protectoras, los actos de reverencia hacia la naturaleza y sus espíritus.

Muchos problemas de salud también tienen una dimensión socio-política. Se percibe la enfermedad como resultante de la interferencia de fuerzas espirituales conscientemente dirigidas *por unos, para hacer enfermar a otros*. Los responsables de estas enfermedades son hechiceros o brujos, que utilizan sus poderes para influenciar negativamente sobre otro individuo o grupo social. Más allá de su apariencia negativa, la brujería es también una manera de regular la acumulación del poder, sea político o material, que pone en peligro la estabilidad del resto del grupo social. El conflicto chamánico se constituye entonces en una forma estratégica de redistribución del poder y restablecimiento de la normalidad. Por último, podemos argumentar que la ambivalencia que rodea al uwishin, entre lo positivo y lo negativo, el temor y el respecto, de alguna manera refleja la ambivalencia de un mundo donde las fuerzas opuestas y complementarias siempre están activas. El hecho es que los uwishin han contribuido, a través de sus rituales y curaciones, al funcionamiento de los sistemas tradicionales de salud y la reafirmación de las normas sociales, para preservar el frágil equilibrio de salud, tal como ellos entienden. Y esto incluye su capacidad para reinterpretar de manera resoluta los fenómenos y acontecimientos que caracterizan la situación actual de vida de los pueblos indígenas.

A la hora de hacer un diagnóstico de salud en una comunidad indígena, éstos son algunos de los componentes estructurales que pueden ser



considerados para evaluar los niveles de salud de una comunidad. Pues, del estado de funcionamiento de estos sistemas depende en gran parte la salud de un pueblo. También estos sistemas son la base del desentendimiento entre los doctores y los pacientes, entre la medicina moderna y la medicina indígena. De esta falta de entendimiento entre ambas partes llegan problemas de comunicación y de respeto mutuo de los valores del otro, agravándose los problemas de accesibilidad del sistema de salud convencional por la gente indígena (4).

“Tomamos nuestro bejuco sagrado para ver cómo es la enfermedad y para curar. No solo se cura el cuerpo, sino también el espíritu de la persona. Antes se tomaba para muchas otras cosas como, por ejemplo, para la cacería, para la pesca, para proteger a la familia, al grupo, a la comunidad entera. También se curaba el río, la selva, la historia” (RITMAY)

## **1.6 DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS VINCULADOS CON LA ACULTURACIÓN**

Los indígenas Shuar del Amazonas ecuatoriana, en la cordillera de los Andes, resistieron durante casi 400 años a los conquistadores, y luego a los exploradores, antes de ser pacificados por los padres salesianos en los años 1920-1940. Pueblo emblemático del Amazonas, representan hoy casi un 10% del conjunto de la población autóctona de la cuenca amazónica.

Para el pueblo indígena shuar, la selva es considerada como la fuente proveedora de alimentos y, para complementar las necesidades alimenticias de las familias, se cultiva y maneja la chacra de donde se obtienen productos que no ofrece la selva. La chacra shuar tradicional puede ser considerada como un espacio de reproducción familiar para el autoconsumo. Es un ejemplo del uso adecuado de los recursos naturales. A pesar que se utilizan intensivamente los suelos, el sistema rotativo permite la regeneración del bosque y la recuperación del suelo, garantiza la base alimenticia de la familia, porque siempre está en producción; la biodiversidad agrícola es alta, si se toma en consideración la calidad de los suelos y las condiciones climáticas.

Las comunidades, en los últimos años, cambiaron sus formas productivas tradicionales y se insertaron marginalmente en la lógica del mercado. En la FICSH, un 31% de los hogares se insertan en esta lógica como fuente de ingreso monetario. Con los anteriores sistemas tradicionales, ahora coexisten sistemas productivos orientados a la generación de ingresos monetarios para capitalización. Aparte de la producción orientada al autoconsumo, como yuca, plátano camote, papachina, pelma, etc., distintas instituciones han apoyado el mejoramiento de la huerta shuar y el fomento de la producción orientada al mercado de: cacao, maní, jengibre, cúrcuma, achiote, fibra de tagua, sangre de drago. Para un 77% de las comunidades de la FICSH, la agricultura es la primera fuente reportada de ingreso. En el mismo tiempo, la propuesta más



defendida como alternativa para la reproducción del pueblo Shuar fue el desarrollo ganadero. Ahora es la fuente de ingreso mayor para el 14% de la población de la FICSH. Según evaluaciones hechas por varias ONG y consultores, el modelo ganadero no ha sido un éxito económico. Aparece que la adopción de nuevos patrones culturales asociados a la ganadería no se completa con el conocimiento necesario de técnicas et herramientas adecuadas, y eso suele acarrear ciertos problemas como plagas y enfermedades. El manejo rudimentario de los cultivos como el de los pastos, las dificultades y el costo de transporte de los productos no facilitan la competitividad. Tampoco los indígenas fueron lo suficientemente capacitados para calcular los costos de producción, comercializar, negociar y para rivalizar con los mestizos que también venden sus productos en la plaza del mercado. La cualidad no es todavía un elemento para establecer mejores precios. Los productos indígenas son orgánicos, no se usa fumigación, pero en el mercado local este tipo de consideración no tiene importancia.

Los pobladores que comercializan sus productos, compran en las tiendas y comercios en las ciudades, situación que ha provocado el descuido de las chacras o “ajas”, por lo que se ha perdido grande parte de la diversidad de plantas comestibles y medicinales. Actualmente, como efecto de los procesos de olvido cultural, los conocimientos sobre el bosque, suelos, variedades y rotaciones de cultivos se van perdiendo. Se nota también una pérdida de la ética económica en la reciprocidad y redistribución para llegar a la competencia por recursos monetarios.

Sin embargo, estos procesos de cambio socio-económico no han logrado mejorar las condiciones de vida, pues se estima que el ingreso económico promedio de aproximadamente el 90% de las familias es inferior a 40 UDS mensuales. Más bien, se han venido suscitando una creciente dependencia al mundo exterior y nuevas formas de necesidades como la educación, la salud o la inversión en ganado.

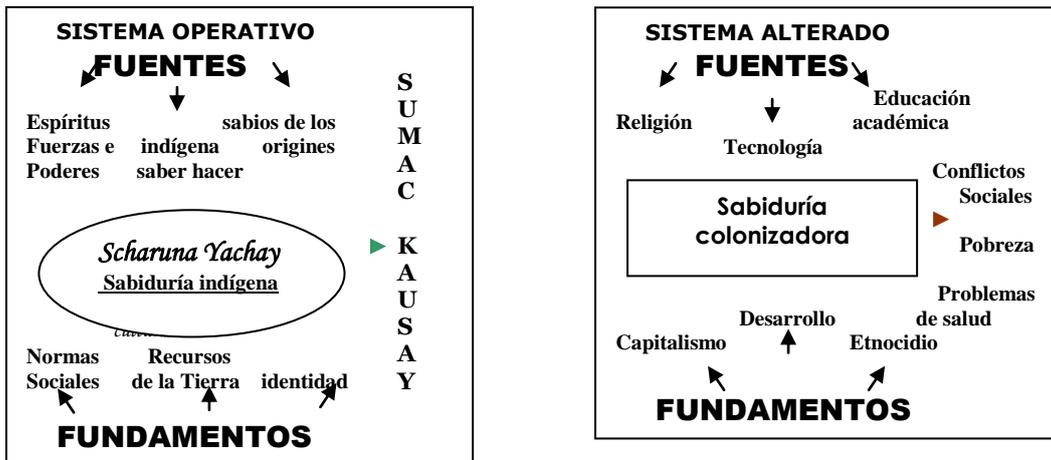
Al principio la educación llego con los misionarios salesianos. Los niños estudiaron como pensionarios en las misiones. Así se rompió un poco la cultura bajando la posibilidad para los padres de enseñarla a sus hijos, ya que esa enseñanza se hacía tradicionalmente durante los trabajos por la mañana. Por otra parte, el chamanismo original se ha transformado, como en todas las culturas que sufrieron de la colonización y la indoctrinación religiosa. El uwishin perdió sus funciones de referente y de consejero en el lugar de la espiritualidad como en el lugar de la organización social, para restringir su quehacer, por lo menos en apariencia, a lo estrictamente médico. Así los uwishin y sus sistemas de conocimiento son abordados principalmente desde la perspectiva médica, a pesar de que el chamanismo abarca otras dimensiones de la vida cotidiana: el ordenamiento territorial, el manejo ambiental, el control social, y la dimensión religiosa. Y siempre trabajan de este maneja cuando las personas piden su ayuda. En efecto la gente siempre se acude a los Uwishin, pese a la diabolización de esta forma de trabajo por los sacerdotes. Así hay ambigüedad en la situación, donde parece coexistir una forma de desecha y en el mismo



tiempo el apego por esta cara de la cultura con la conservación del uso. Algunos de los actuales problemas y limitaciones que parece se han identificado son: las fuentes de la sabiduría indígena están desactivadas, los fundamentos alterados, hay “cortocircuitos” en los sistemas chamanicos, en muchas comunidades poco se usan o conocen las plantas, hay muchos conflictos sociales debido a la desintegración de las estructuras tradicionales, por el bajo nivel de los uwishin, la comercialización de la medicina tradicional y el charlatanismo

Ciertas personas sugieren que la pérdida del territorio y de la identidad - dos conceptos íntimamente ligados para los indígenas -, la merma de recursos y los cambios de organización social, continúan socavando los fundamentos del sistema de salud indígena. Por otra parte, la interrupción en la transmisión de conocimientos por parte de personas sabias, el abandono de la práctica de la iniciación ritual a los jóvenes y la ruptura de la comunicación con las fuerzas espirituales conllevan a la desconexión de las fuentes de sabiduría

El ideal de vida, el concepto de libertad que corresponde al bien estar indígena, abarca más que el enfoque de la salud generalmente usado por los sistemas formales de salud. Eso, que los *quechuas* de Pastaza llaman el “*sumac kausay*”, significa no solamente estar bien entre ellos, con sus hijos, pero también con su Tierra. No solo es tener una tierra sino es tener relación con su entorno y sus seres tutelares. Ese ideal de vida puede corresponder al *Penker Pujustin* de los Shuar La llave para alcanzar el *sumay kausay* reside en las “*sacharuna yachay*” la sabiduría activadora del bienestar indígena. Para activarse, la sabiduría indígena debe apoyarse sobre sólidos fundamentos, como son el territorio, la identidad, los recursos, las normas sociales que sostienen la activación del *sumay kausay* en coacción con específicas y poderosas fuentes de sabiduría. Pero, por la sustitución del paradigma indígena por el de la sociedad colonizadora vendría la progresiva pérdida del *sumac kausay*. Según las mismas personas consultadas, la desactivación de la sabiduría indígena y la consecuente deterioración del sistema de salud indígena estarían al origen de los principales problemas de salud y problemas sociales. Este modelo no pretende describir la integralidad de la situación - que siempre está cambiando, pero permite enfocarla de una manera simple y facilitar la comprensión del mecanismo de aculturación.



Los jóvenes están viviendo en dos mundos. Viven a la ciudad y se olvidan de lo nuestro. En esos dos mundos, hay que saber mover ahí. Tenemos que hablar con los niños, para sembrar nuevos conocimientos en sus mentes” (RIMTAY)

## 1.7 DETERMINANTES DEL MEDIO AMBIENTE

Esta parte es particularmente importante si se considera el lugar que tiene la naturaleza en la visión de la salud de los pueblos indígenas. Las indígenas shuar viven en un territorio donde grande parte son bosques primarios. Se considera como un territorio rico en fauna, en recursos forestales. La abundancia del agua durante todo el año parece ser el factor principal en la existencia de gran variedad de plantas. Es aquí donde los ríos que hacen el Amazonas comienzan a formarse. Así el pueblo shuar se dice también “el pueblo de las cascadas sagradas”. Los recursos hídricos son muy importantes en este territorio, ya que forman parte de los medios de comunicación que son usados por la población para movilizarse. La mayor parte de su territorio aún se mantiene virgen y sin explotación, con excepción de los terrenos alrededor de los centros poblados que han sido deforestados ya sea para colonización o para pastizales.

Tradicionalmente, el bosque ha sido, para el pueblo shuar, la fuente principal de alimentación, materiales para la construcción y fibras. Estas actividades extractivas dependen de áreas extensas de la selva y tienen un impacto mínimo en la estructura general del bosque y la biomasa. La caza de animales silvestres, junto con la pesca, es la fuente primaria de proteínas en la dieta shuar. Debido al modelo del asentamiento tradicional shuar que ha cambiado de una población dispersa de muy baja densidad hacia unos asentamientos concentrados, la presión sobre los animales y otros recursos del entorno natural ha aumentado, y dichos recursos que antes eran abundantes ahora están escaseándose cerca de los centros de población. A su vez, esta situación causa dependencia cada vez mayor de ingresos monetarios para comprar bienes que satisfacen las necesidades antes suplidas por el bosque. Inclusive algunas actividades que antes solo servían para uso doméstico se



están convirtiendo en producción para el mercado con la consecuencia que sobre-explotan ciertos recursos por falta de un manejo sustentable, como por ejemplo el uña de gato, la ayahuasca o la sangre de drago.

Así la pesca y cacería excesiva provocan la destrucción de especies de los ríos y de la fauna. Alrededor de las viviendas muchos animales como tapires, monos, guacamayos han desaparecido. En los ríos también la población de peces ha disminuido a causa de la pesca con dinamita y la contaminación por otros pueblos río arriba. Debido a la falta de alternativas y de conciencia de los habitantes sobre los impactos que esta situación tiene sobre los niveles de salud, estos procesos aún continúan. No se toma en cuenta que los productos químicos recién utilizados no son biodegradables, y las aguas servidas se vuelven a echar sin tratamiento en los ríos. Eso es un problema, porque en grande parte de las comunidades no hay sistema de agua o tratamiento de agua. Entonces se consume agua del río con las consecuencias que esto tiene sobre la salud. Muchas comunidades shuar siguen dependiendo del agua de superficie para su agua potable. Así un 22% de los centros toman la mayor parte de su agua potable de ríos y arroyos cercanos. El acceso a agua potable no contaminada es un gran desafío. De hecho, la fuente de agua más común en la FICSH es agua entubada, que se encuentra en 43% de las comunidades. La disponibilidad de las letrinas, especialmente en las comunidades más aisladas, está drásticamente reducida. Es probable que los desechos humanos contaminen las fuentes de agua potable en muchas comunidades. De la misma manera, la basura es arrojada en cualquier lugar y contamina el suelo. Eso resulta de la adopción de costumbres no propias del medio.

Ya se ha tratado el tema de la pérdida de biodiversidad a causa del proceso de olvido cultural, del abandono de rotaciones y variedades de cultivos, como de la cosecha silvestre excesiva de plantas medicinales con fines comerciales. Pero la cuestión de la deforestación masiva también es preocupante. A pesar de que las leyes ecuatorianas ya no exigen a los pueblos indígenas deforestar, para demostrar su derecho sobre la tierra, la deforestación sigue incrementándose. La actividad, cuyo impacto ha cambiado más que todo el uso de la tierra y la cobertura vegetal en el territorio shuar, ha sido la ganadería. Pero el incremento de agricultura, para sustento alimenticio como para comercializar, y la extracción de madera también desempeñan un papel importante. Ciertas actividades están vinculadas con el aprovechamiento de la madera para la construcción o venta de árboles en pie. Aparece que hogares en FICSH tienen más probabilidad de vender madera (22%), que hogares en la FIPSE (12%), o aquellos en la NAE (3%). Es probable que el sistema vial, como el que se encuentra en el Valle de Upano, sea el factor clave más importante para la comercialización de la madera. Parece también, que se tala indiscriminadamente el bosque, que no se conocen técnicas adecuadas para la extracción de los productos no maderable o para la reforestación. Entonces la madera se encuentra en extinción.



Muchas amenazas están vinculadas con intereses económicos, que sean de la parte de las empresas madereras, de las empresas petroleras o de las empresas mineras. Se siente la injerencia de las compañías petroleras, pero la posición de las Federaciones Shuar y Achuar no han permitido el inicio de la explotación. Se puede que haya interés económico del gobierno y de las compañías petroleras en la contaminación ambiental para justificar una futura explotación del suelo. Los indígenas tienen que encontrar su propia manera de enfocar el desarrollo si no quieren enfrentarse con estos monstruos económicos. Ya intentaron de corromper los políticos en 2006 retribuyendo Dólares a los políticos de la FICSH. Eso provocó la destitución del presidente, con la presión de la población, de ciertos dirigentes que estaban desacuerdos, como de los indígenas Quechua que vinieron para denunciar el peligro por la Tierra.

La abundancia relativa de flora y fauna de los ecosistemas, conjuntamente con el potencial humano de la gente, de su identidad que se derivan de su convivencia con la naturaleza por cientos años, determina un alto potencial eco turístico de la zona que hasta ahora está muy poco explotado. Actualmente, hay algunas iniciativas individuales en operación. Sin embargo, a menos que se instaure un programa de capacitación, acorde con la fragilidad del producto amazónico y se haga conciencia sobre las limitaciones de la actividad turística, en cuanto a estacionalidad y a otros problemas relacionados con las fluctuaciones de la demanda, se podrían ocasionar graves dificultades a la economía de dichas comunidades que no cuentan con capital de trabajo para sobrepasar épocas de baja demanda. Así cuidar y proteger la fauna y la flora permite también que exista y se consolide más el turismo, pero cuidando los impactos ambientales que esto pueda ocasionar y garantizando un medio ambiente seguro y duradero.

## **1.8 LA FEDERACIÓN INTERPROVINCIAL DE LOS CENTROS SHUAR (FICSH)**

La Federación Interprovincial de los Centros Shuar (FICSH) fue una de las primeras organizaciones autóctonas del Amazonas desde 1964. Oficialmente, agrupa un 90% de la población Shuar. Sus objetivos son la defensa del pueblo shuar, su cultura, su lengua y sobre todo su territorio contra la invasión de colonizadores. En los años 70, los Shuar instauran de manera autónoma el primer sistema de educación radiofónica bilingüe (SERBICSH), y, en los años 80 elaboraron el primer plan de salud gracias a la creación de la Dirección Técnica de Salud autónoma: la DITESH. Hoy, la FICSH administra de manera autónoma un territorio de 25.000 km<sup>2</sup> completamente legal y reconocido, donde una grande parte son selvas primarias. El personal trabaja en los locales de la organización autóctona de Sucúa en distintos departamentos de Tierra, Salud, Agricultura, Comunicación, Educación y Aviación.



A finales de los años 80 ante el deterioro de las condiciones de vida de los Indígenas Shuar (sedentarismo, cambios socio-económicos rápidos, crecimiento demográfico, expoliación de tierras ancestrales), la salud se convierte en una de las prioridades de los Indígenas Shuar.

En una generación, múltiples programas médico-sanitarios se suceden gracias al apoyo de organizaciones o de instituciones extranjeras (Cooperación Belga, GTZ, VIS, SNV, Farmacéuticos Sin Fronteras, Ayuda en Acción) sensibles a las recientes dificultades de este pueblo. El balance de esas acciones de cuidados de salud primaria ha sido mitigado por distintas razones

- Mala accesibilidad al territorio (numerosas aldeas son sólo accesibles a pie después de varios días de caminata o a través de una pista de aterrizaje de tierra)
- Mala utilización o seguimiento de medicamentos, problemas de comprensión de la población de cara al sistema de salud occidental (biomédico)
- Población por debajo del umbral de pobreza sin acceso a material de cuidados

Debido a estos problemas, la FICSH ha decidido revalorizar la medicina tradicional, considerada como una fuente de salud poco costosa, culturalmente y geográficamente adaptada. En 2000, se creó de acuerdo con el Ministerio de la Salud Pública Ecuatoriano, el Departamento de Medicina Tradicional Shuar.

### **1.9 EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRADICIONAL (DMT)**

El DMT llevó a cabo sus primeros trabajos con el apoyo de la ONG francesa Farmacéuticos Sin Fronteras durante el período 2000 – 2002. Se proponía de investigar nuevas formas de promover la medicina tradicional shuar y contribuir a su fortalecimiento y desarrollo. Querían, en colaboración con el sistema formal de salud, diseñar, y establecer modelos demostrativos integrándola en la red local de salud. En efecto, todo queda por hacer para integrar la medicina tradicional al sistema biomédico de salud pública pero con los limitantes del ámbito.

Al final las principales acciones del DMT durante ese período fueron:

1. Incorporación del DMT en el Centro de Salud de Sucúa e intentar integrar las medicinas tradicional y occidental en la consultas médicas
2. Creación de un jardín medicinal central y producción de una veintena de plantas medicinales con la ayuda de un agrónomo
3. Preparación de remedios tradicionales con transformación galénica : tinturas madres de plantas frescas, jarabes, pomadas



4. Experiencia piloto de medicina integral, en una comunidad de la selva (Shinkiatam): redefinición etnomédica de la salud, incorporación en la escuela y, al grupo de mujeres y de chamanes en un comité de salud comunitaria

A finales de 2002, por falta de medios, el DMT debe reducir sus actividades, pero dejando una serie de metas alentadoras por obtener:

1. Un espacio de discusión, de respeto y de colaboración entre las medicinas tradicionales y occidentales ha sido posible en el territorio Shuar, lo que ha creado un modelo experimental para todas las poblaciones autóctonas del mundo.
2. La eficacia de las medicinas tradicionales (plantas medicinales y chamanismo) es verificada en clínica, igualmente si aún no ha podido estar cuantificada por estudios médicos apropiados.
3. Los remedios tradicionales mejorados (transformaciones galénicas simples) son bien recibidos por los Indígenas Shuar, que ven en éstos una evolución natural de su medicina. Una farmacia naturalista y una farmacopea shuar son factibles, necesitando varios años de trabajo.

La producción de plantas medicinales podría ser una fuente de ingresos alternativos a la deforestación y una fuente de arraigo étnico de cara a la aculturación (9).

### **1.10 LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**

Como profesionales de terreno, confrontados todos los días a la situación local, están conscientes de las limitaciones de su medicina debido a su inaccesibilidad cultural y a la falta de recursos sobre cuales pueden contar para el ejercicio. Si las principales demandas del sector oficial de salud, para poder brindar mejores servicios de salud a la población, se refiere al aumento presupuestal, reconocen también que la medicina indígena tiene un cierto interés. Con su enfoque global de la persona parece más humanizada que la medicina moderna y efectiva en el campo de la promoción de la salud. La medicina tradicional no choca la persona porque corresponde a su cultura, es mas cerca de la gente. Este punto se usa en una estrategia de la medicina moderna para facilitar el dialogo con sus pacientes. Cuatro intermediarios interculturales de salud trabajan por el sistema oficial cuyo un Uwishin.

### **1.11 EL CONSEJO DE LOS UWISHIN SHUAR (CUWISH)**

Existe una voluntad de agrupamiento de los médicos tradicionales de la amazonia. En 2001, en la ciudad de Tarapoto (Perú), se llevó a cabo el primero Encuentro Internacional de Médicos Tradicionales del Ayahuasca o Yagé, con participantes de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Al finalizar este



encuentro, los participantes firmaron la “Declaración de Tarapoto”, comprometiéndose a promover sistemas de defensa y consolidación de la medicina tradicional amazónica y hacer respetar el buen uso de las plantas sagradas, en particular el ayahuasca o yagé. Así mismo, se decidió crear la Red Internacional de Médicos Tradicionales del Ayahuasca o Yagé (RIMTAY), que permita intercambiar información, conocimientos y recursos para el fortalecimiento de la medicina tradicional. Se conformó un Comité Ejecutivo, con un representante de cada uno de los países presentes, pero desgraciadamente esa iniciativa no prosperó.

A parte de este grupo RIMTAY-Ecuador que embarca curanderos quechuas, se formó el Consejo de los Uwishin shuar. El CUWISH propone el mejoramiento social, económico, cultural y espiritual, fomentando los espíritus comunitarios, el compañerismo y la solidaridad. También desarrollando proyectos y programas interculturales de salud y la conservación de la sabiduría ancestral. En este tema quieren colaborar decididamente y coordinarse con instituciones públicas y privadas. Además se proponen participar en programas de investigaciones científicas en el dominio de sus competencias, así como trabajar a la elaboración de un código de ética y a la erradicación del charlatanismo.

La primera asamblea, que se celebró el 7 de marzo 2005 en la ciudad de Sucúa, reunió representantes de la DPSI, del hospital del cantón, del CUWISH y el Dirigente de Salud de la FISCH. Se habló de la importancia de la colaboración entre ambas medicinas, la tradicional y la moderna. Dos proyectos se plantearon, la creación de un hospital de Uwishin y de medicina tradicional, y de un instituto de formación y de investigación.

*“Los auténticos médicos indígenas ayahuasqueros, sean de cualquier pueblo o cultura indígena, debemos renunciar a todo pensamiento o acción encaminada a dividirnos, a ofendernos, a criticarnos o a desprestigiarnos unos a otros. Nosotros somos, ante todo, la “Cultura del Ayahuasca o Yagé”. Eso es lo que nos une a todos. Por lo tanto, nuestro punto de partida o objetivo inmediato es ver cuáles serían las formas apropiadas para iniciar un verdadero diálogo con los médicos ayahuasqueros o yageceros de las comunidades indígenas y proponer la “UNION” entre ellos. Así mismo, como promover actividades tendientes a fortalecer y desarrollar esta “UNION” hacia la recuperación y conservación de la medicina tradicional, primeramente para la salud de los pueblos indígenas y, por ende, de la humanidad entera.” (RIMTAY)*

## 1.12 LA CUESTIÓN ÉTICA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación de la población frente a las cuestiones éticas no tiene sentido si se considera que la ética debe quedarse en las manos de los expertos. En cambio, si se precisa la ética como un debate abierto, llegando



evidenciar los valores esenciales del grupo y sus jerarquías, así la participación comunitaria toma todo su sentido si se necesita tomar en cuenta su manera de representarse el mundo.

Los valores compartidos y su orden de importancia difieren de un grupo al otro, de un país al otro, de una situación a la otra... Los valores compartidos de actores humanitarios o del sistema oficial de salud no tienen los mismos fundamentos, y difieren a menudo de aquéllos de la población que quieren ayudar. El debate tiene que permitir la precisión de las zonas de conflictos entre los valores de la población y aquéllos de los actores y de sus intervenciones que se justifican al nombre de su pertinencia epidemiológica o de su eficacia. Así la participación comunitaria aparece particularmente indispensable si se espera la aceptación de las intervenciones por la población. Esta reflexión permite a la gente de hacer elecciones que se conforman a su escala de valores, de encontrar lugares de comprensión, de formular compromisos por la elaboración de intervenciones viables.

Así la consulta a la población encuentra una primera razón de ser, en la identificación y el análisis de los conflictos de valores. Pero, más adelante, participa de lo que se llama el “*Empoderamiento*”. El empoderamiento es una forma de autonomía con la que los individuos aumentan sus capacidades para satisfacer sus necesidades, para arreglar sus problemas, y para movilizar los recursos necesarios de manera a sentir que tienen el control de su propia vida.

No es fácil de alcanzar la participación comunitaria, pero varias evaluaciones demostraron sus beneficios en las diferentes fases de los proyectos. Permite:

- Realizar un diagnóstico pertinente de los problemas colectivos más anclados en la realidad social y cultural
- Involucrar la responsabilidad de los beneficiarios en la definición de las estrategias de intervención adaptadas a sus necesidades
- Establecer una programación funcionando sobre una responsabilidad compartida entre los actores y los beneficiarios
- Participar a la construcción del empoderamiento comunitario cuyas consecuencias llegan al desarrollo.

En el marco de este proceso, los actores se vuelven simples acompañantes del desarrollo sanitario y social propio al grupo de beneficiarios, pero eso implica de transferir competencias (10).

*“La ética se inscribe en una perspectiva de democracia interrelacional de individuos que se quieren ser autónomos, instigadores de sí mismo, responsables” (JM. Besnier)*



## CAPITULO II LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

### 2.1 EL CONCEPTO DE PACHAMAMA Y FILIACIÓN CON LA TIERRA

El concepto de *Pachamama* andina permite un mejor entendimiento de la importancia de la Tierra por los indígenas. El mundo occidental conoce este concepto y está acostumbrado a traducirlo como sinónimo de madre Tierra, pero con su manera de enfocar la vida, reduciendo la Tierra al ámbito físico, al suelo, ignorando los otros ámbitos que los indígenas entienden. *Pacha* denota desde historia, tradición, memoria, hasta el suelo y territorio, en su acepción de tiempo y espacio. Así *Pachamama* es madre del mundo, madre del cosmos, madre del tiempo, madre de todo. Cuando un indígena dice que: “la Tierra es mi madre”, no está haciendo simbolizaciones, ni representaciones, sino que está expresando lo que está viviendo. Es su madre igual que su madre biológica, sigue la noción de territorio que no es solo tener tierra sino es tener relación con su entorno, con los árboles, con los ríos más que un territorio delimitado. El concepto de Tierra comprende así varios ámbitos: físico (suelo, territorio), social (identidad individual y colectiva) y un ámbito sagrado. La tenencia de tierra es una posibilidad para expresar un mundo de significaciones a través de ritualidades. Entonces, cuando un indígena no tiene Tierra, esta palabra adquiere todo el sentido, en decir “yo soy *wakcha*”, significando “yo soy pobre”, “yo soy huérfano”. *Wakcha* es aquel que no tiene Tierra que a través de ser huérfano porque perdía esa filiación con *la Madre*.

Esta fuerte filiación con la Tierra posiblemente puede explicar, estar el lugar a donde se podría encontrar las explicaciones y las causas de los varios conflictos de tierra reportados en 26% de las comunidades. Con la colonización vinieron ventas, expoliaciones de territorio y desmembramiento de los territorios ancestrales. Los últimos años los Federaciones shuar eran activas en la protección del territorio. De los 237 centros que reportaron, un 61% de las comunidades informan de alguna forma de titulación legal para su tierra, con la mayoría (48%) legalizados desde 2004. Sin embargo, considerando el concepto tradicional de la relación con la Tierra se podría que estos conflictos sean más en relación con la pérdida de este conexión con la Tierra que con una problema de propiedad

“Nosotros mismos tenemos la culpa, porque no cuidamos a los lugares sagrados... los seres que cuidan se van o se mueren y hay problemas entre nosotros. La selva es donde viven los espíritus... de donde viene la fuerza de la medicina. Si se destruye la selva, si muere la Tierra, también se va perdiendo la medicina.” (RIMTAY)



## 2.2 UNA DISCRECIÓN RESULTANDO DE LA ACULTURACIÓN

Hoy en varias áreas rurales indígenas, las cosmovisiones tradicionales estuvieron sujetas a una considerable erosión y es difícil obtener una buena idea de la cosmovisión de la gente rural. Es una mezcla de ideas tradicionales y modernas que pueden diferir de comunidad en comunidad y de año en año. En estas áreas, se nota que en las discusiones iniciales, frecuentemente los conceptos tradicionales no son expresados. Sin embargo, luego de indagar más allá de la superficie, muchos elementos de las cosmovisiones tradicionales pueden emerger gradualmente. Los indígenas están acostumbrados al hecho de que las agencias externas no entienden, ni respetan, ni toleran las prácticas tradicionales o sus cosmovisiones. Por eso, hablan con la persona con empatía, en el lenguaje o con los conceptos que ellos creen que aprecian las personas de afuera. Han aprendido que las personas externas no aprecian su cosmovisión y, así, no expresan abiertamente sus propios conceptos y visiones. Hay motivo para asumir que en las sociedades tradicionales, pero también en países donde las cosmovisiones tradicionales están sujetas a la erosión, la cosmovisión y la espiritualidad tradicional se encuentran más difundidas de lo que las personas de afuera piensan. Esto significa que trabajar con las instituciones y la gente indígena es revelante y requiere tacto y destreza sociales

## 2.3 ÁMBITO DE SUPOSICIONES

El ámbito local está marcado por las suposiciones y la gente no consigue fácilmente dar informaciones. Siempre uno puede estar confundido con un espía de los petroleros o de la industria farmacéutica. Esta situación es muy comprensible si se toma en cuenta la presión de las empresas petroleras en la región, y los hechos pasados que marcan la memoria colectiva, como, por ejemplo, proceso intentivo de patentar una planta sagrada, la Ayahuasca, en los Estados Unidos.

El concepto de Biodiversidad apareció al fin del siglo 20. Es un nuevo vocablo, más sabio, designando lo que antes correspondía a la protección de la naturaleza y de su diversidad biológica. Su uso parece permitir la difusión de un enfoque global de los problemas del medio ambiente, de la importancia de la protección de los ecosistemas y de sus equilibrios complejos. Sin embargo, a la hora de la genética y de las apuestas económicas que ella implica, se hace evidente que este concepto se reduce para justificar la elaboración del cuadro jurídico, permitiendo así el desarrollo de las biotecnologías, asegurando el abastecimiento y el acceso a los recursos del país del sur, permitiendo el monopolio de explotación y la circulación de los productos.

Así el texto de la convención sobre la diversidad biológica, firmado en 1992 en Río de Janeiro, es sintomático de la reducción de este concepto. El texto de derecho internacional, que debería fijar las responsabilidades de cada



uno para su uso sostenible, puede leerse como el cuadro jurídico que garantiza el desarrollo de las biotecnologías.

En este ámbito parece ahondarse un poco más la brecha que separa el hombre de la época en la cual se lo veía como parte de la naturaleza y dependiendo de ella, concepto siempre vivo entre algunos pueblos indígenas. En su lugar, se despliega el control de la naturaleza, la cual la humanidad aspira a conquistar. Este texto revela también la imposición por el mundo occidental de su manera de enfocar la vida y de explicarla con su ciencia. Uno puede preguntarse si este marco legal de protección de la propiedad intelectual está adaptado para proteger conocimientos tradicionales que enfocan las cosas de una manera totalmente diferente. Así, cuando los médicos tradicionales dicen que “no solamente se pillaron sus plantas sagradas sino también se malograron su alma”, el término jurídico no existe para hablar y defender el “Alma” de la planta.

Todas estas leyes a las cuales se adicionan la incompreensión, llegan al proteccionismo y al temor de la biopiratería. Al final la suposición generalizada daña a la cooperación científica entre el norte y el sur, a la repartición de las técnicas y a la posibilidad de valorización científicamente de la medicina tradicional. Pero adicionalmente perjudica el compartido mutuo de los sabios entre la gente indígena. El temor del pillaje, y la ilusión que los secretos de familia sobre las plantas tienen gran valor económico, limitan los intercambios entre las comunidades, minimizan las posibilidades de la medicina tradicional para mejorar la salud de la población y aumentan el riesgo de pérdida del conocimiento ancestral.

“Hemos escuchado cosas que hace gente no-indígena con nuestra planta sagrada. No sabíamos de todo esto. Ahora si estamos preocupados” (RIMTAY)

## **2.4. ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

La declaración de Alma Ata en 1978 desarrollo el concepto de la atención primaria de salud (APS), cuidados de salud esenciales accesibles para todos. Desde entonces, este concepto ha guiado la acción humanitaria y la reorganización de los sistemas de salud en los países en vía de desarrollo. A pesar que la declaración recomendó que los medicamentos tradicionales que darán pruebas de su eficacia sean integrados dentro de las políticas farmacéuticas, las medidas tomadas consistieron principalmente en la difusión de la medicina moderna y en favorecer su accesibilidad. En esta época la pregunta acerca de su aceptabilidad cultural no se tomó en cuenta, la certeza de traer la salud para todos en el año 2000 superando al resto. Hoy con la perspectiva, las dificultades encontradas en el terreno y una mejor evaluación sobre la atención primaria de salud, podemos observar lo siguiente. Aunque se nota una recuperación de los países menos avanzados, la mayoría de los objetivos no se han logrado. La epidemia de sida ha puesto en evidencia la



inequidad de los sistemas de salud en cuanto a su accesibilidad, así como el problema de su financiación. Si la participación financiera de la comunidad parece natural, ¿por qué su opinión sobre la elección del modo terapéutico no estaría tomada en cuenta? Hoy se sabe que existen numerosas variables en cuanto a recursos para la atención primaria de salud. Estos recursos depende no solamente de su accesibilidad financiera o física, ni de su cualidad, sino también de su accesibilidad cultural, así como de las características del sujeto, de sus representaciones de la salud, de su modelo explicativo de la enfermedad, de la percepción de su gravedad. Todas estas variables determinan la elección de los recursos que se van a usar para el cuidado de la salud y la decisión de recurrir al sector profesional, tradicional o popular. El estudio de esas variables es muy útil en un proyecto que busca adaptar la oferta de salud a las necesidades de la población. En los países donde las comunidades mantienen su medicina tradicional, donde recurren a ésta cotidianamente, donde esta medicina representa una sabiduría ancestral rica y viva, ¿porqué privarse o ignorar tal recurso?

## 2.5 LA MEDICINA TRADICIONAL

La medicina tradicional sigue siendo muy extendido en los países en desarrollo, mientras que el uso de medicinas complementarias y alternativas rápidamente gana adeptos en los países desarrollados. En muchas partes del mundo, las autoridades encargadas de delinear las políticas y los profesionales luchan con preguntas acerca de la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, conservación y desarrollo de estas otras alternativas de atención de salud. Por eso, la Organización Mundial de la Salud definió su estrategia sobre la medicina tradicional 2002-2005. Propone la integración de la medicina tradicional dentro de los sistemas formales, el aumento de su disponibilidad pero para un uso racional y seguro. La promoción de la medicina tradicional tiene que basarse sobre estudios y evaluaciones que garantizan su seguridad, su eficacia y su calidad. Este punto parece bueno y concuerda a una voluntad de valorización de la medicina tradicional reconociendo su validez científica. Sin embargo uno puede preguntarse también si, de algún modo, no se pide más a la medicina tradicional que a la medicina moderna. Por ejemplo, la no toxicidad es una condición indispensable para la integración de una planta medicinal en la farmacopea tradicional reconocida de un país. Pero la medicina moderna usa medicamentos tóxicos, en este caso se habla del balance beneficio/riesgo relacionado a la enfermedad que se pretende curar. También, ciertos efectos secundarios mayores se aceptan para los medicamentos modernos que tratan enfermedades graves como el cáncer, pero eso no se acepta para la medicina tradicional. En Europa ciertas plantas usadas para la fabricación de medicamentos no pueden inscribirse en la farmacopea tradicional porque tienen cierta toxicidad. Al final, parece que la medicina tradicional se confunde con la medicina popular, se ve como una medicina alternativa que solamente puede pretender curar las pequeñas enfermedades y que tiene que estar segura en su manejo por cada uno. Además uno puede preguntarse también si la integración de la medicina tradicional a dentro del



sistema de salud no es una manera de reducirla bajo el enfoque de la medicina moderna. ¿No estaría mejor de hablar de articulación o de cooperación respetando la particularidad de cada enfoque?

Cuando se habla de medicina tradicional indígena, se suele referir al conocimiento que tienen los pueblos indígenas sobre el uso de las plantas medicinales. Esta estrecha visión reduccionista de la biomedicina occidental opaca la visión mucho más amplia que los pueblos indígenas suelen manejar sobre salud y enfermedad. Para los médicos indígenas el cuerpo físico no puede separarse del psíquico, de la parte emocional, de la historia del individuo, de su manera de intercambiar socialmente con los demás, ni tampoco de sus valores espirituales, de su manera de pensar el mundo y de encontrar su lugar dentro de la Naturaleza. Pues, para ellos el ser humano no es otro que una parte de la Naturaleza. No encontrar su lugar como tal, su posición en el mundo personal y armonioso, de acuerdo con el “grande Todo” es correr el riesgo del desequilibrio con cual viene la enfermedad. Hay una cosa que generalmente no se entiende, es que esta medicina no se limita a la razón una molécula/un efecto físico. Más bien se aparenta al despertar de las capacidades de auto curación del individuo. El tratamiento consiste en actuar sobre el origen de la enfermedad, la planta pues no constituye más que un soporte del tratamiento.

Así la medicina tradicional tiene un enfoque global de la persona muy interesante. En Salud Pública se sabe la importancia de considerar el ser humano en su integralidad, que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad o de discapacidad pero un bien estar total, físico, mental y social, el equilibrio de un ser que intercambia con armonía con su entorno. Eso se dice pero no se aplica y siempre se queda en la forma de concepto, en el mundo occidental la atención de salud siempre separa al médico del psíquico, del sociólogo. Se podría aprender mucho cerca de los médicos indígenas, pero como no se entiende su ciencia, se la denigra o al mejor se la valoriza por su aspecto folklórico o porque siempre tiene importancia para la población.

Ambas medicinas, moderna y tradicional, tienen una visión de la salud y de la enfermedad totalmente diferentes, pero su coordinación podría permitir un mejor entendimiento de las diferencias de representaciones entre los dos sistemas y al final llegar a una forma de integración recíproca, a una visión común, más global de la atención de salud. Pero eso implica que si la medicina tradicional se presta al juego de la evaluación según el enfoque biomédico de la medicina moderna, esta misma medicina moderna tiene que evaluarse con los criterios de la medicina tradicional. Esta última herramienta de evaluación todavía no existe pues siempre la validación y el reconocimiento vienen del enfoque occidental. Sin embargo, este otro enfoque permitiría avanzar en la comprensión mutua y el respeto del otro, encontrando tal vez nuevas bases para el intercambio y un lugar de encuentro.

En Ecuador, en la provincia de Morona Santiago, los actores comprendieron la necesidad e importancia de esta coordinación. Además es



cierto que no se puede rápidamente esperar una ampliación completa de la cobertura del sistema de salud oficial. El departamento Provincial de Salud Indígena (DPSI) ya intentó trabajar en la certificación y en la integración de los médicos indígenas. También buscan y desarrollan estrategias interculturales a través de la acción de los cuatros socializadores interculturales con que cuentan como técnicos trabajando en el terreno. De su parte, algunos de los Uwishin se agruparon formando el Consejo de los Uwishin Shuar (CUWISH). Por lo menos el DMT de la FICSH sigue produciendo ciertos remedios naturales que se venden en la botica del subcentro de salud de Sucúa. Hasta ciertos médicos frente a las dificultades del ámbito, reconociendo el potencial de la medicina tradicional y los límites del sistema formal, intentaron implementar varias estrategias y acciones. Pero por el momento no se logra algo realmente concreto. Desde 2005 un grupo pluridisciplinario de actores se reunió para intercambiar y reflexionar sobre el tema, buscando a fomentar una dinámica local y una manera de actuar concretamente con visión intercultural de la salud. Eso también con la visión de renovar el Plan de Salud de la FICSH de 1994 que sigue hasta ahora a pesar de varios cambios en el ámbito de trabajo. Evidenciaron algunos problemas:

- Los procesos de valorización y promoción de la medicina indígena muchas veces se hicieron desde el exterior (DNSPI-MSP, ONG), mediante proyectos que a menudo no son asumidos como propios por los indígenas y no logran buenos resultados. Por ejemplo, los huertos comunitarios de plantas medicinales se abandonan cuando no hay más ninguna persona responsable de su mantenimiento. Además, se suele enfocar la medicina indígena a través del reduccionismo científico. Se intenta articular modelos de medicina tradicional que encajen dentro de la visión y de los paradigmas occidentales
- Suele existir un control verticalista y burocrático del aparato institucional administrativo del sistema de salud, del lado del ministerio como de la FICSH. Siguen orientaciones y estrategias que cambian con los diferentes dirigentes y fomentan un problema de continuidad de las acciones. Existe un grande vacío de comunicación entre los actores, entre la base y los dirigentes. Así la mayoría de las políticas ignoran la realidad de las comunidades, y cuando existen leyes o políticas favorables no se cumplen realmente.
- El grupo insiste sobre las dificultades del trabajo junto con la FICSH y la importancia, en el mismo tiempo de coordinarse con ellos como representantes del Pueblo. Primero, ciertos problemas de organización, de gestión y de corrupción llegaron a la pérdida de numerosos recursos invertidos, al fracaso de varios proyectos y a la pérdida de credibilidad con respecto al pueblo y a las ONG susceptibles de colaborar. El mismo plan de Salud de la Federación fracaso en 1997, ahora los recursos económicos en el dominio de la Salud se administran al nivel del ministerio mismo para mayor seguridad. A este contexto de crisis y de pérdida de credibilidad se asocian dificultades de consenso interno y falta



de compromiso llegando al bloqueo de ciertos trabajos y proyectos por parte de la Federación que aumentan los problemas de continuidad de las estrategias y bloquea la dinámica local. Así la cooperación iniciada con el Consejo de los Uwishin Shuar en 2005 se puso en entredicho en 2006 por la nueva dirección política de la Federación.

- Concluyeron que muchas de las veces las intervenciones de las ONG no están adecuadas a la realidad local. Que provocan una dependencia tan técnica, financiera que organizativa y una responsabilidad de las instituciones locales. Sigue una falta de continuidad de los proyectos, que se apagan cuando este apoyo exterior desaparece. Eso por un problema de recursos monetarios o técnicos. El caso del DMT es representativo del problema. Creado en cooperación con Farmacéuticos Sin Fronteras a finales de 2002, por falta de medios, debió reducir sus actividades. En 2005, Farmacia y Acción Humanitaria, junto con la Asociación Arutam, bajo un convenio con la FICSH, reiniciaron con algunas de las actividades del DMT. Esta asociación siempre apoya pagando el sueldo de la persona que está a cargo de la pequeña producción de medicamentos tradicionales. Se puede preguntarse acerca de la viabilidad del departamento de medicina Tradicional, si esa asociación deja de apoyar.

Así, a pesar de que la constitución misma reconoce el derecho del pueblo indígena a manejar su medicina, a curarse de acuerdo a su cultura y sus costumbres, que se ha creado la Dirección Nacional de Salud Indígena, los apuestas se quedan más políticos que estratégicos. Existe una voluntad local de valorización de la medicina indígena pero no se traduce realmente con un financiamiento institucional que permite enfocarla de una manera duradera. Eso de parte del ministerio de salud pública como de la FISCH. Se habla de Salud Intercultural pero en la práctica la atención de ambos sistemas occidental y tradicional se queda separada. Este grupo pluridisciplinario de actores locales, reconociendo la dificultad del concepto de interculturalidad debido a la diferencia de visión de la salud de ambas medicinas, se propuso una estrategia para lograr a actuar concretamente y definió las condiciones del mejoramiento organizacional:

- Se pusieron de acuerdo sobre la necesidad de un plan de trabajo propio de medicina integral al nivel local. Plan con visión indígena adaptado a la realidad local que debería definir el marco para el trabajo de cada actor como el de las ONG. Las propuestas tendrán que respetar las normas culturales, las normas de la medicina tradicional y contar con la participación comunitaria por su definición.
- Para la elaboración del dicho plan, hay que basarse sobre un diagnóstico de salud que incluye un diagnóstico de la medicina tradicional. Su calidad dependerá de la formación de los encuestadores y de la formulación de la encuesta que tendrá que tener una visión indígena de la salud y garantizar la participación comunitaria en el diagnóstico.



- Para el buen funcionamiento y el seguimiento del dicho plan tendría que crear un Directriz representante de la red de cooperación pluridisciplinaria de actores locales por el medio de un equipo permanente que tomará las decisiones. El Dirigente de Salud tendría que hacer parte del equipo. Además el único técnico pagado y trabajando a tiempo completo en este ámbito sería al lado del Dirigente de Salud. Así se garantizaría la coordinación con la FICSH pero conservando la autonomía, financiada como organizativa, y una descentralización que facilita una acción adecuada localmente. Esperan obtener el financiamiento del sueldo del técnico por el Ministerio de Salud. Este técnico mismo tendrá que encargarse de buscar con la ayuda del Dirigente de Salud los fondos al nivel nacional o internacional para el desarrollo de las estrategias y proyectos del plan integral.

## 2.6 INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Hoy nadie pone en duda la importancia de la interculturalidad, pero realmente nadie entiende muy bien lo que puede o debe significar y menos como aplicarla. Si se trata realmente de promoción de la salud indígena, resulta que esta dinámica tiene que conducir al redescubrimiento y a la reactivación de los sistemas tradicionales de medicina indígena, de las fuentes de sabidurías, de donde viene el “Buen Vivir “. De hecho la promoción de la salud es ayudar la gente a encontrar el control de su salud y de su propia vida. Pero si se escucha lo que dice El Profesor JP.Deschamps en su relectura de la carta de Ottawa, este concepto puede verse como subversivo, a pesar de que se habla de democracia sanitaria, da miedo. Eso porque dar más poder al conjunto, es recortar parte de este poder a algunos, profesionales, responsables de instituciones, tomadores de decisión

Si realmente se juega la carta de la interculturalidad, esto no consiste solamente en la elaboración de protocolos o intervenciones culturalmente aceptables. Va más allá ¿Qué lugar se da a la población para la identificación de los problemas colectivos de salud según su visión basada en el pensamiento indígena, para la identificación de los recursos locales, la programación y el seguimiento de las estrategias? ¿También, que lugar tiene que ocupar el Uwishin en el sistema de salud Shuar? Esta pregunta aparece particularmente importante si se considera que en el pasado los Uwishin desempeñaban un rol de consejero político, espiritual así como de médico. Ahora las Federaciones Shuar ocupan un lugar político. La religión tiene su influencia y da una mala cara a los Uwishin, y el sistema de salud oficial entiende quedarse como el encargado de la atención de salud. Así la situación local está marcada de conflictos interculturales, debido a la incomprensión y las luchas de poder. Muchas veces se argumenta que los Uwishin son charlatanes o que solamente tratan de brujería. El hecho es que ciertos hacen comercio con extranjeros, tampoco está bien visto. El agrupamiento de los Uwishin que todavía son hombres de poder, posiblemente puede dar miedo. Ciertas personas también dicen que tradicionalmente no existía consejo de Uwishin y



que cada uno se ocupaba solamente de su comunidad. De ahí sigue otra pregunta. ¿Qué se entiende por la palabra “tradicional”? ¿Se quiere regresar a un modo ancestral de vida o se quiere integrar la visión indígena dentro de una nueva manera de vivir? Las Federaciones indígenas tampoco son instituciones tradicionales, pero parecen indispensables. Reflejan la necesidad de integrar modos occidentales de organización para poder tener una visibilidad en este mundo con la realidad de la confrontación de ambas paradigmas, occidental e indígena.

Finalmente el presente trabajo propone apoyar este intento de acercar la interculturalidad en la atención de salud, mediante propuestas para ayudar los actores a diseñar su plan de salud integral y a proponer un referencial de evaluación continua del dicho plan que permita apreciar mejor la situación cambiante en el terreno. ¿Cuáles son los modos y el nivel de coordinación entre medicina moderna y medicina tradicional? ¿Cómo responden a la demanda local para cubrir las necesidades de salud de la población? La evaluación permitirá preguntarse sobre su práctica y darse la posibilidad de mejorarla. La fijación de objetivos y la elaboración de un referencial de evaluación de la coordinación de sus esfuerzos deben permitir la demarcación de un proyecto común y duradero. El referencial de evaluación creado tiene que permitir una mejor apreciación de la capacidad de resolución de este sistema, que articula medicina tradicional y medicina moderna, así como de trabajar hacia su mejoramiento. Será una base perfeccionable, según las constataciones y los reajustes que permitirán las evaluaciones sucesivas. Además dará la oportunidad a los profesionales de salud de valorar y apreciar mejor el trabajo realizado con la medicina tradicional, de integrar la experiencia en su labor cotidiana y de transferir la tecnología a otras áreas. Por último, les permitirá adquirir un real conocimiento y de “*saber hacer las cosas*”.



## CAPITULO III

### ANALISIS DE RESULTADOS

#### 3.1 METODOLOGÍA UTILIZADA

Entrevistas semi-directivas se realizaron con las comunidades, los uwishin y los profesionales de salud formal. Se buscaba:

1. Las representaciones indígenas sobre la salud
2. Los problemas colectivos de salud percibidos
3. Los lugares de conflictos
4. Los recursos locales
5. Las proposiciones locales de acciones interculturales de salud

Un material de base para guiar las entrevistas fue elaborado, sin embargo frente a la dificultad para ciertas personas de enfocar la salud de una manera conceptual, las encuestas más se volvieron conversaciones sobre el tema de la salud. No se buscaron cada vez las respuestas a todas las preguntas o temas investigados, mas dejamos hablar la gente sobre los temas elegidos, buscando a orientar la discusión pero siempre sin presión y al final sin ninguna obligación de contestar.

El orden de las entrevistas se adaptó a los apremios del ámbito. La acción no debía ser sentida como una intrusión entre la población y los actores locales. La garantía de la perennidad del proyecto dependía de su apropiación por los actores locales. Aunque los contactos preliminares se tomaron para asegurarse de su implicación, este trabajo tenía que hacerse con prudencia, respecto y humildad. Por último, se buscó establecer niveles de coordinación entre dos partes que no ven las cosas de la misma manera. Además existe múltiples retos, y resultaba esencial saber respetar y abordar los varios sistemas de valores, de verificar el interés de los actores que van a trabajar en esta dirección y de convencerlos.

También la elección y la programación de ciertas encuestas permitieron la presentación del proyecto a los diferentes actores locales. Se procuró suscitar el interés y el compromiso de las diferentes partes, organizando la reflexión sobre el tema de la coordinación medicina tradicional y medicina moderna. Por ultimo buscó seguir motivando esta dinámica ya iniciada que pueda favorecer el desarrollo de redes de cooperación.

#### 3.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las entrevistas fueron íntegramente gravadas y transcritas. Solo las partes en shuar fueron traducidas y resumidas. Luego un análisis de contenido clásica permitió clasificar los resultados de la investigación de cada tema, por categorías y dimensiones. Los Uwishin como los dirigentes de salud han sido



considerados como representantes de las comunidades en el tratamiento de los resultados.

- CODIFICACION:
- IP: Entrevista individual Profesional de salud
  - GP: Entrevista de grupo Profesionales de salud
  - IU: Entrevista individual Uwishin
  - GU: Entrevista de grupo Uwishin
  - IC: Entrevista individual Comunidad
  - GC: Entrevista de grupo Comunidad

° Los resultados de la parte “Representaciones shuar sobre la salud” permitió diseñar un esquema de la *VISION INDIGENA DE LA SALUD*. Este no pretende ser exhaustivo, solamente buscó clarificar un tema que todavía no se entiende bien entre los médicos impidiendo una mayor comprensión de las esperas de sus pacientes. Se buscaron verificaciones y complementarios con pocos elementos de la literatura con que se cuenta.

En el ámbito del trabajo, esta parte más estaba por los encuestadores una manera de introducir el dialogo, de asegurar a la gente que se entendían sus conceptos sobre la salud y de estar seguros de tener respuestas con visión cultural cuando se les preguntaba sobre los problemas colectivas de salud.

° Se hizo cálculos de proporciones con las respuestas de representantes de las comunidades por la parte “Problemas colectivas de salud” y se las comparó con los resultados del Diagnóstico inicial de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar 2005.

° Se hizo cálculos de proporciones por las tres otras partes comparando las contestas de los profesionales de salud formal con las de los representantes de las comunidades.

° Se pormenorizaron todas las ideas concretas permitiendo un mayor entendimiento de la situación local y el diseño de un Plan de Salud Integral.

- Propositiones de acciones locales
- Recomendaciones para trabajar al nivel de la comunidad
- Perfil de la Directriz Intercultural
- Rol de los socializadores
- Rol del DMT
- Proyectos pilotos locales
- Perfil del Uwishin
- Rol del CUWISH, etc..



### 3.3 ELABORACIÓN DEL MARCO DE EVALUACIÓN

La evaluación siempre tiene que elaborarse en el mismo tiempo que la programación del trabajo. Así este marco propuesto sigue ser el mismo para el *Plan de Salud Integral* como para su *Referencial de Evaluación*.

Primero Nivel: Se buscaba un plan de salud con visión cultural, así apareció indispensable diseñar este nivel general del plan con fisonomía de la cultura. Se propone partes en los dominios de influencia de cada espíritu de la cultura, buscando por fin su aprobación y su ayuda en la realización del Programa de Salud.

Secundo Nivel: Se ha visto la importancia ética de la participación comunitaria. Hoy existe una escala metodológica que garantiza esta parte ética en el desarrollo de los programas de Salud. Es una herramienta que sale de la Resolución de Ottawa (OMS 1986).

° Promover Políticas Públicas Sanas: Se refiere a toda la política pública, a su declinación al nivel local, a la conciencia de las implicaciones de las decisiones. Es también el lugar de reflexión y de recomendaciones de los profesionales para guiar las decisiones de los políticos.

° Crear Ámbitos Favorables: No solamente conservación de los recursos naturales, sino permitir a las personas de cambiar sus comportamientos sosteniéndoles con un ámbito estimulante.

° Reorientación de los Servicios de Salud: Acercamiento preventivo/curativo con visión global del ser humano. Participación del paciente a las decisiones sanitarias que le conciernen. Este proceso puede implementarse por la sensibilización de los médicos mediante charlas o por reformas del sistema de capacitación de los médicos.

° Fortalecer la Acción Comunitaria: Participación real de la comunidad a la determinación de las prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración de las estrategias de planificación. Vale diferenciar los proyectos de salud comunitaria guiados por los profesionales y de los realmente iniciados por la comunidad con el apoyo de profesionales.

° Adquirir Aptitudes Individuales: Informaciones y aptitudes indispensables a la vida que permiten a las personas de controlar su propia salud y de optar por alternativas favorables según sus necesidades individuales o colectivas.



Tercer Nivel: Monitoreo clásico de los recursos, procesos, resultados, participación y satisfacción con algunas adaptaciones atendidas al caso presente particular de una Red de Cooperación Pluridisciplinaria de Actores.

### 3.4 REPRESENTACIONES SHUAR SOBRE LA SALUD: “SU COSMOVISIÓN”

Vale precisar que no se pretende describir de manera exhaustiva y precisa la cosmovisión del pueblo. Ya que por parte las representaciones tradicionales se han perdidas a la hora de esta investigación. Además no fue el objetivo primero del trabajo pero solamente un paso necesario en el dialogo sobre el tema de la salud. Aparece importante de dar cuenta de lo que se ha recorrido para entender los otros resultados, así como para entender eso como un resumen parcial de lo que todavía se queda como elementos de cosmovisión tradicional. Además no existen muchos elementos sobre la cosmovisión shuar y se necesitarían más herramientas didácticas si se trata de socializar a los profesionales de salud para llegar a un mejor entendimiento mutuo.

*“el Penker Pujustin es la salud indígena, es la alegría, relacionarse bien con los demás, con la familia, con la naturaleza y estar sano más que todo para poder actuar en su vida, trabajar y ayudar su familia”*

*“que exista armonía que exista felicidad que estemos todos en paz y tranquilidad que nuestros niños se desarrollen para tener un buen futuro”*

*“Para llegar al PENKER PUJUSTIN también nos relacionamos con espíritus”*

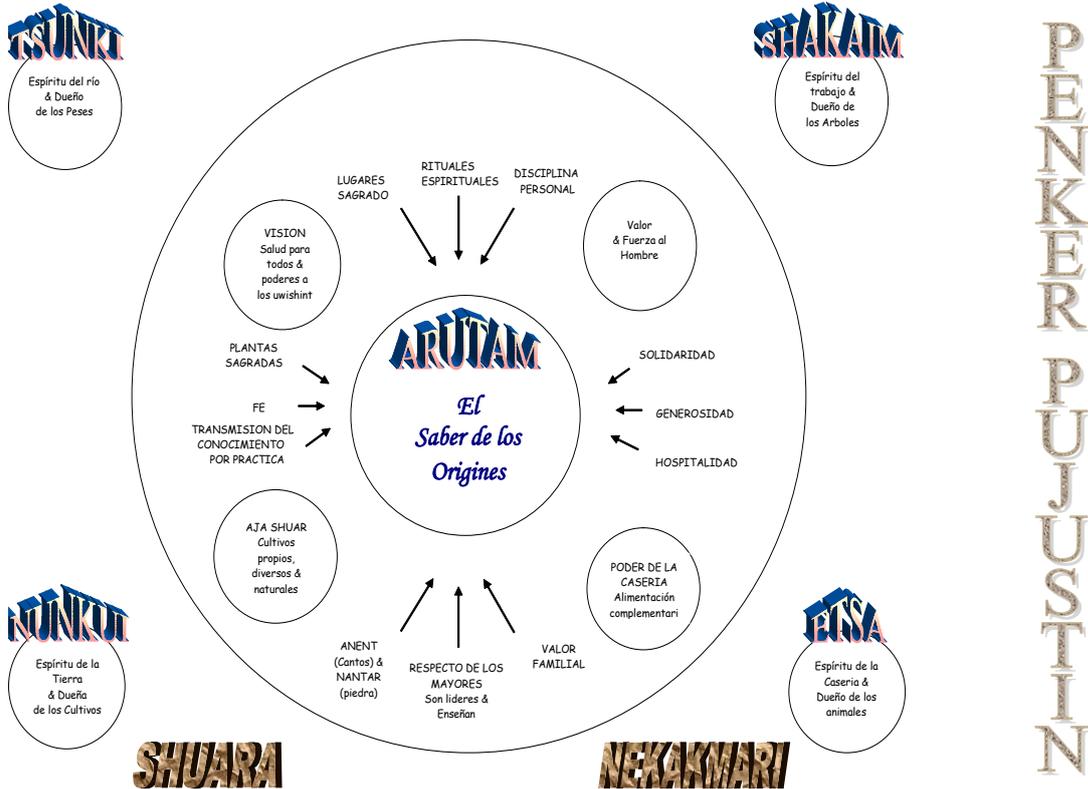
Así la salud según la visión indígena es más que no tener enfermedad, La Dirección de salud Indígena la define como: “La plenitud, la armonía y el equilibrio del hombre en la naturaleza y con la naturaleza” ¿Pero cómo definen? ¿Qué es para ellos la naturaleza? Ya acuerdo a otros pueblos indígenas el concepto de tierra parece abarcar más que el simple territorio, se trata también de los lugares sagrados, de los ríos, de los recursos naturales... La comunidad misma todavía representa, para algunas personas, más que un solo grupo de personas, enlaza el territorio que permite el cultivo, la pesca..., las plantas medicinales, los seres ocultos guardianes o no, la economía para el desenvolvimiento de los habitantes de esa comunidad que todos son familiares. Así todos estos conceptos, la naturaleza, la tierra, la comunidad, la salud aparecen más largos, más amplios para las indígenas en comparación a sus definiciones occidentales.

Como parte de la naturaleza, el hombre tiene que respetarla, encontrar su lugar en su seno, vivir en armonía siempre manteniendo una estrecha relación con ella y los espíritus que viven ahí. La naturaleza, por el medio de los dueños naturales, da de comer, informa, enseña pero también puede causar enfermedades. Así existen normas, reglas, valores y rituales culturales de intercambio, de relación equilibrada.



**Nunkui** son los espíritus de la Tierra, de la fertilidad, guardián de los cultivos, de las plantas. Son las mujeres que se relacionan con ella por el medio de cantos (ANENT) y piedras (NANTAR). Las abuelas saben decir que la huerta siempre tiene que estar limpiada para que Nunkui pueda bailar entre las plantas y darles fuerza.

**Tsunki** es un gran Uwishin poderoso, es el espíritu guardián del río y de los animales del agua, da poder a los médicos y salud para todos.



**Shakaim** es el espíritu del trabajo, dueño de los árboles, da valor y fuerza al hombre.

**Etsa**, fue el mejor cazador, es el espíritu de la cacería y dueño de los animales.

**“Arutam”** engloba todo, *“un solo cuerpo”*, es la esencia de la vida, padre de la naturaleza. Los espíritus son hijos de Arutam. Analizando su terminología *“arut”* viene de un viejo, de un antepasado, los que vivieron en generaciones pasadas y esos elementos y esas energías viven intactos pero en otra dimensión. Entonces Arutam puede ser el dios del pueblo shuar guardián del Saber de los Origenes.

El Shuar sabe cantar, bailar, usar sus plantas sagradas para pedir, agradecer poniéndose en contacto por esos medios. El shuar tiene que conocer a los espíritus guardianes, respetar a sus lugares de vida, a su rol, saber entrar en contacto con ellos cuando se necesita. Pero la vida en general,



de la alimentación al vestido estaba regida por costumbres que varias veces reflejan al buen sentido y a la sabiduría de ese conocimiento tradicional para promover la salud. Eso es la base de la sabiduría indígena, el SHUARA NEKAKMARI, las herramientas culturales para llegar a lograr el Penker Pujustin. Hasta las normas sociales, hacen parte de esa sabiduría como leyes naturales para lograr un buen convivir entre todos los seres vivos. Para el pueblo shuar se nota la importancia del valor familiar por ser tradicionalmente organizado en clanes familiares. A dentro del grupo parece predominar la solidaridad, la reciprocidad, la hospitalidad para enfrentar juntos las dificultades y las necesidades de la vida. Se observa una repartición del trabajo, tienen cada uno sus roles, culturalmente el hombre y la mujer tienen cada uno sus lugares de influencia bien específicos. El respeto era el valor mayor, el respeto por los mayores como guardianes del conocimiento y de la tradición, desempeñaban el rol de líderes y de profesores, el respeto de los niños por los padres, el respeto de la pareja, el respeto por la cultura en general. La educación se hace más por práctica por medio de las actividades y costumbres. Vale anotar que esas leyes pueden parecer duras como a veces la Vida y la Naturaleza lo son. Por eso posiblemente los indígenas dicen que se necesitan poderes espirituales para encontrar una buena salud.

Es la naturaleza, los espíritus o Arutam directamente que dan los poderes. Los poderes se adquieren a través de los sueños, de la Visión tomando plantas sagradas o por medio de los cantos. Todos los poderes parecen venir de Arutam como fuente de todo pero los espíritus son como ministros y tienen cada uno lugares de influencia y permiten de correr ciertos poderes. Nunkui da a la mujer el poder de los cultivos, para la alimentación actúa YURUMAK, para las plantas medicinales TSUAK, también puede proteger de los peligros de la naturaleza, evitando por ejemplo la picadura de una culebra. Tsunki parece puede dar varios poderes, por ejemplo el poder de Arutam a los Uwishin, el poder de la caza, de la pesca. Más que todo es el Espíritu que el shuar va a encontrar cuando hace el “camino de la Cascada Sagrada”, necesario para ciertos eventos de la vida: una enfermedad o un choque grave, cuando el hombre o el hijo necesita encontrar la Visión de su camino para seguirlo con fuerza, autoestima y responsabilidad. Shakaim da fuerza y valor al hombre en el trabajo, se pedía su autorización para cortar los árboles grandes. Etsa da el poder de la caza.

Así la cultura shuar es rica de cantos para pedir la ayuda y los poderes a los dueños, el conocimiento sobre las plantas y los cultivos para lograr un cuerpo sano y la salud. Si hay plantas medicinales efectivas para curar enfermedades se nota que por parte se usan como prevención para conservar un cuerpo sano (toma de guayusa por la madrugada), como para encontrar una fortaleza corporal o espiritual (Tsank, Maikiua, Natem). De una manera general la medicina tradicional requiere disciplina y sacrificios, cumplir dietas y reglas, tener fe, para romper los malos vicios y lograr un cuerpo sano.

Según el concepto shuar existe dos formas de enfermedades. Las enfermedades naturales que se llaman “enfermedades de Dios”, se curan con



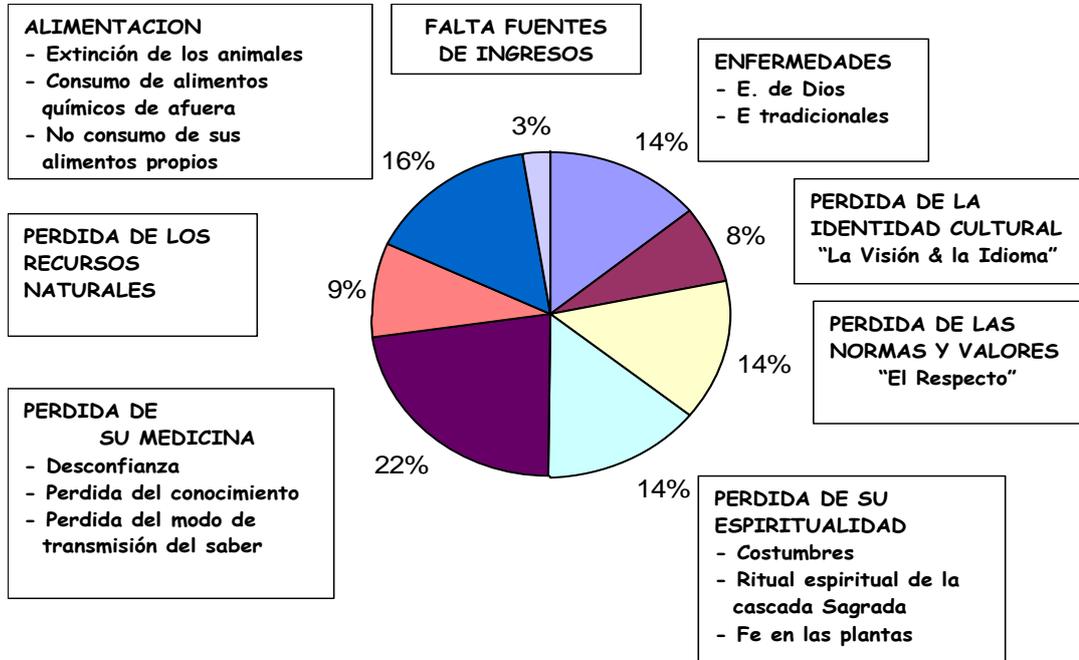
las plantas o con las pastillas, y las enfermedades espirituales, el “mal aire” que viene de una fuente espiritual de contaminación ( maldad, choque emocional, contaminación, energía mala, magia, brujería..). La medicina moderna no puede curar un mal aire, solo el Uwishin lo puede. Además en este caso, la debilidad del cuerpo del paciente debido a esa contaminación espiritual, lo expone a la muerte si se intenta un tratamiento fuerte con la medicina moderna. Al contrario el Uwishin no cura las enfermedades de Dios porque tradicionalmente no trabaja con las plantas medicinales. Vale anotar que se puede tener las dos formas de enfermedades en el mismo tiempo.

Así el Uwishin es el científico, el medico shuar, hace su diagnóstico mirando en las energías del paciente con la visión dada por el Natem, luego limpia o chupa el problema. Cuando la brujería es tradicional se trata de Tsentsak, flechas energéticas mandadas por otros uwishin. Existen dos formas de Uwishin, los que curan y los que dañan a la gente, pero el conocimiento mismo del uwishin es doble, quiere decir que para tener el poder de curar un daño se necesita conocer el manejo de las energías negativas. Son hombres con carácter fuerte y a veces de los conflictos entre ellos nacen problemas sociales. En consecuencia siempre se teme al Uwishin, pero en el mismo tiempo se le respecta porque él ve, conoce y conversa con los espíritus, es una persona importante que todavía ocupa un rol de consejo importante. Se dice que el verdadero Uwishin tiene el poder de Arutam, que ese poder se ve con el Natem como una cruz arco iris sobre el pecho, que él no hace daño y que se reconoce cuando sabe proteger su grupo de las plagas. Él encarna la valor de la solidaridad y del servicio social, no necesita hacer publicidad por que tiene buenos resultados y más que todo no dice de donde viene el daño para no subir los conflictos sociales pero cura el daño y quita el poder al uwishin malo o más si se necesita. Tradicionalmente había un autocontrol entre ellos.

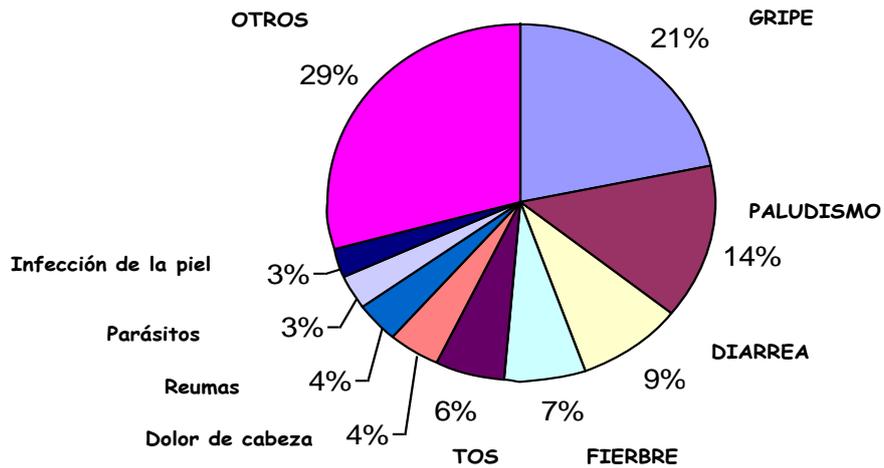
Todavía se reconoce el carácter sagrado del Uwishin pero... *“el camino de la espiritualidad, necesita de estar elegido o de querer profundamente en sí mismo y de dedicarse con esfuerzo y sacrificio... dieta expuesta por el maestro... la suma de todos estos sacrificios se llega a un conocimiento*

### 3.5 RESULTADOS CALCULADOS DE PROPUESTAS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO

(ESQUEMAS 1,2,3,4,5,6,7,8)



Esquema 1: Problemas de salud percibidos por la población



Esquema 2: Problemas de salud según la visión moderna (1)



**LA TOMA DE NATEMPOR LOS EXTRANJEROS**

- La forma turística es una folklorización de la cultura
- Falta de respecto ritual

**INADECUACION DE LAS POLITICAS**

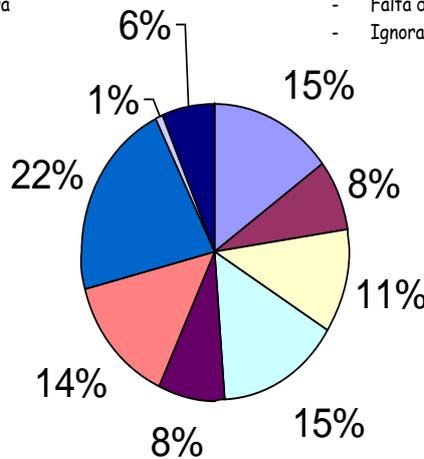
- No se cumplen
- Verticalidad del sistema
- Falta de continuidad
- Ignoran la realidad local

**EL TEMA DELICADO DEL UWISHIN**

- Mercantilismo
- Conflictos entre ellos
- Causan enfermedades
- Causan problemas sociales

**EL CONCEPTO DIFICIL DE LA INTERCULTURALIDAD**

- Atención separada de ambas sistemas
- Visión diferente de la salud
- Pérdida de eficacia
- Falta de participación de los shuar



**INACCESIBILIDAD DEL SISTEMA FORMAL DE SALUD**

**PROBLEMAS CON LA FICSH**

**PROCESO DE ACULTURACION**

- Impacto del racismo
- Impacto del sistema
- Introducción de la economía

**INTERVENCION DE LAS ONG**

- Fomentan la dependencia
- Puestas mas políticas que estratégicas

**Esquema 3: Problemas y lugares de conflictos citados por los profesionales**

**PROBLEMAS CON EL CUWISH**

- Sobre representación de su jefe
- Sus acciones amplían los problemas sociales
- Denuncian los malos
- Insuficiente conocido

**EL TEMA DELICADO DEL UWISHIN**

- Mercantilismo
- Conflictos entre ellos
- Causan enfermedades
- Causan problemas sociales
- Un conocimiento doble
- Confusión entre naturistas y Uwishin
- Pérdida de credibilidad del Uwishin

**EL CONCEPTO DIFICIL DE LA INTERCULTURALIDAD**

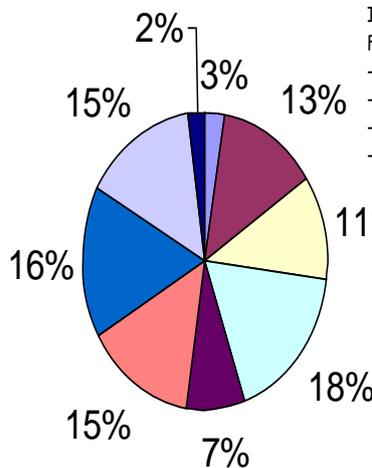
- Competición entre ambas medicinas
- Interés económico de los médicos
- El miedo de robo de conocimiento
- Desconfianza de la gente

**INADECUACION DE LAS POLITICAS**

Instancias públicas con funcionamiento no cultural

**INACCESIBILIDAD DEL SISTEMA FORMAL DE SALUD**

- Económica / física / cultural
- Cobertura insuficiente
- Los médicos no pueden curar un mal aire
- Las pastillas son calmantes no más



**PROBLEMAS CON LA FICSH**

- interés personal & corrupción
- Pérdida de credibilidad
- Falta de continuidad & inadecuación de las políticas

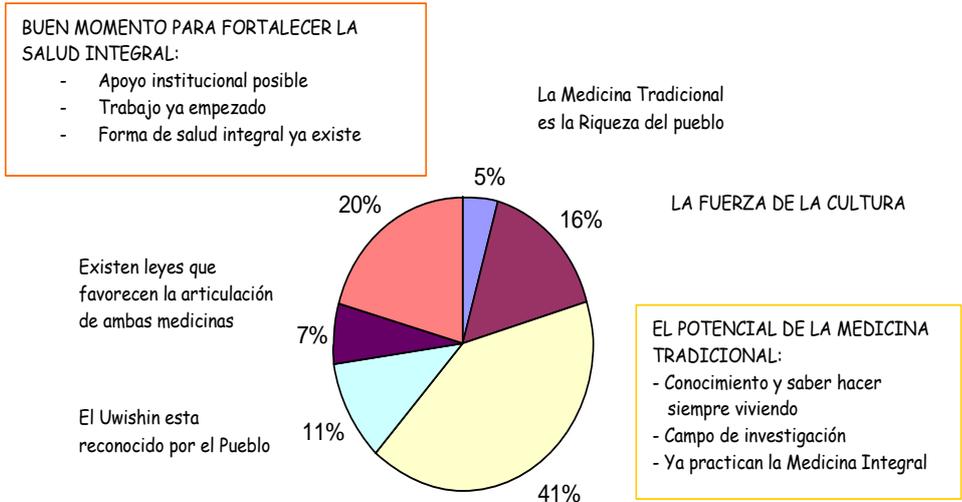
**PROCESO DE ACULTURACION**

- Impacto de la evangelización
- Convivir con una otra cultura
- Introducción de la economía
- El robo de recursos naturales
- Creación de una dependencia
- Solución de facilidad

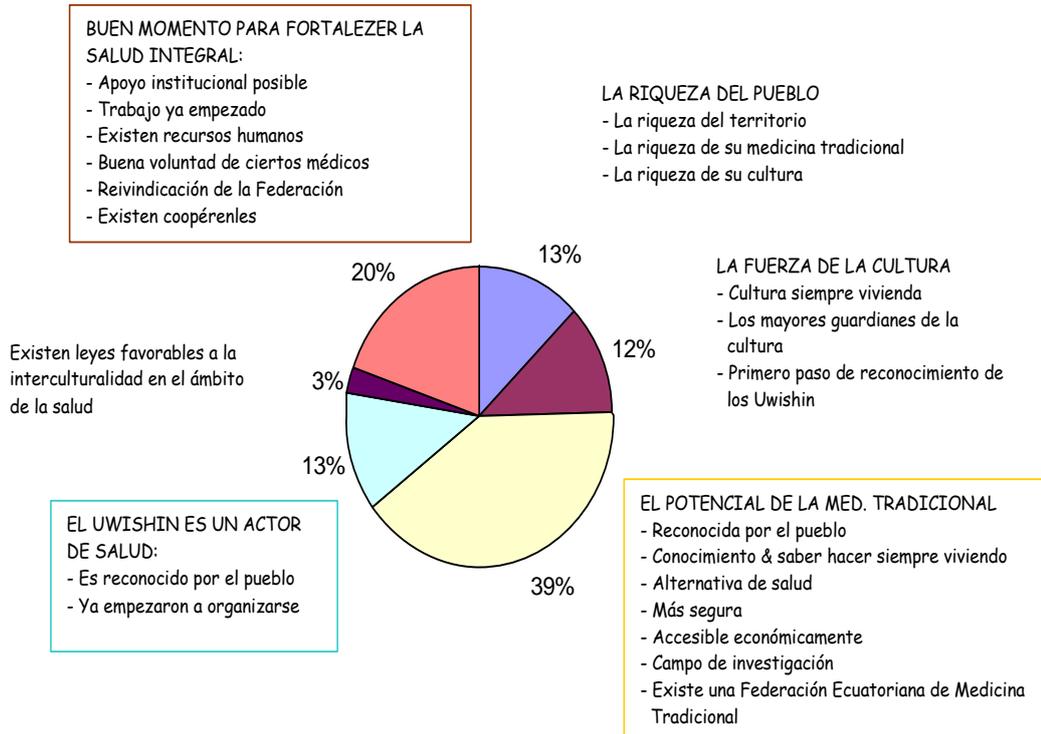
**INTERVENCION DE LAS ONG**

- Estrategias no apropiadas a las necesidades de la base
- Sus intereses propios predominan

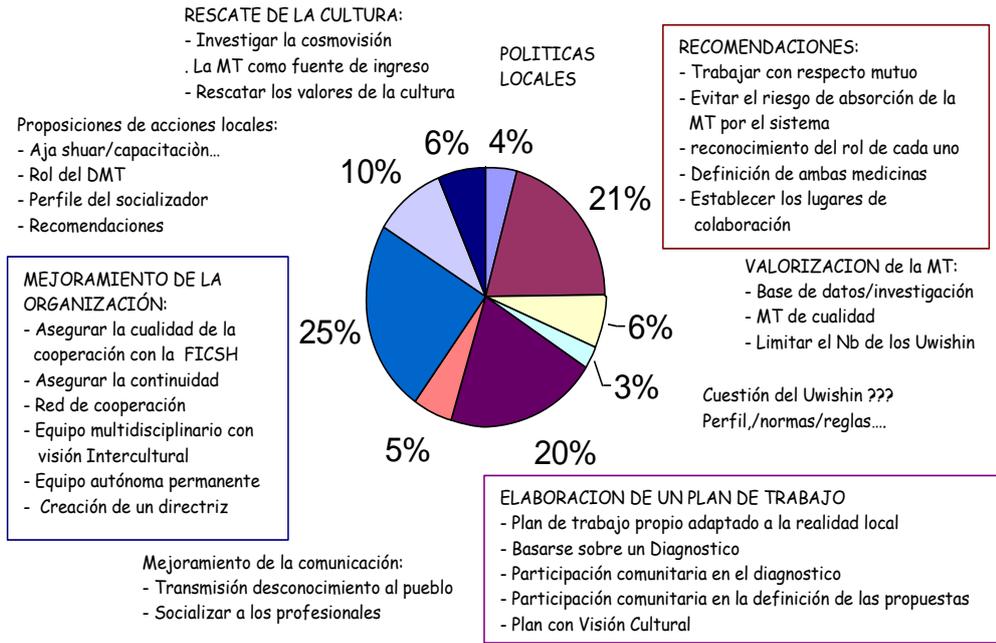
**Esquema 4: Problemas y lugares de conflictos citados por las comunidades**



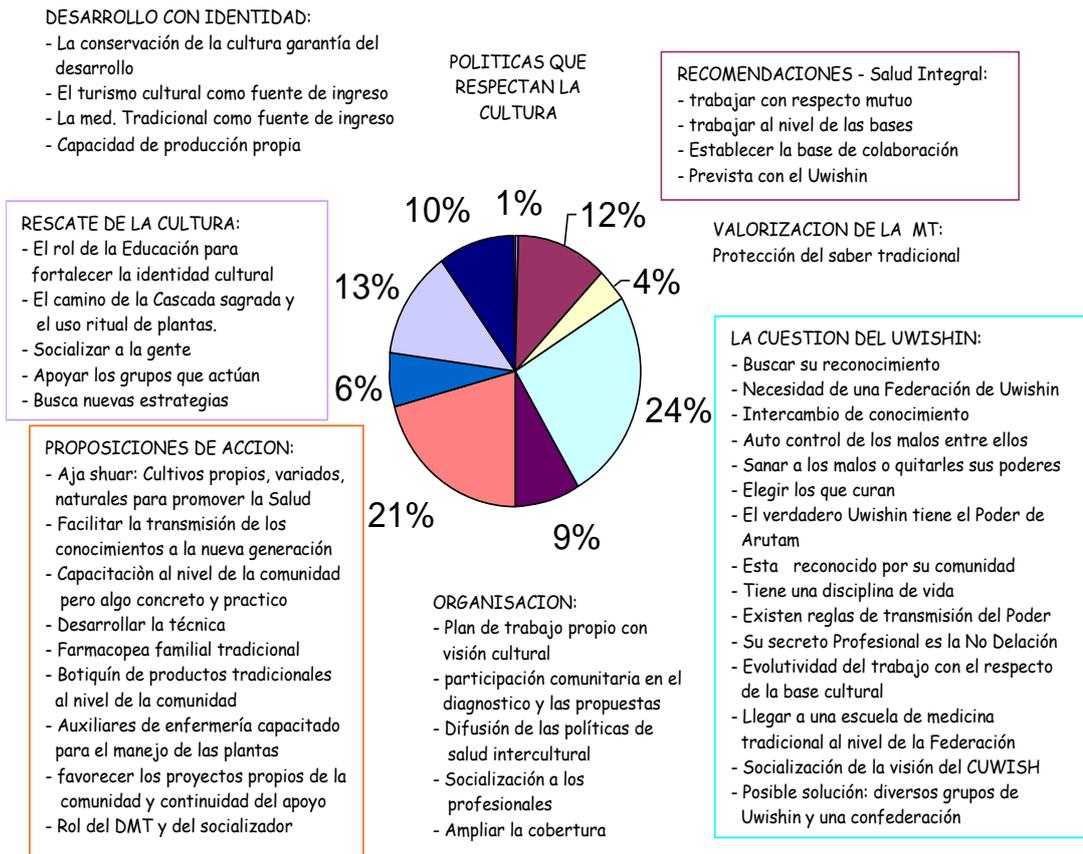
**Esquema 5: Recursos locales identificados por los profesionales**



**Esquema 6: Recursos locales identificados por parte de las comunidades**



**Esquema 7: Proposiciones de acción por parte de los profesionales de salud**



**Esquema 8: Proposiciones de acción por parte de las comunidades**



## CAPITULO IV PROPUESTAS DE SALUD

### 4.1 PROPUESTAS DE ACCIONES LOCALES POR PARTE DE LAS COMUNIDADES

#### *Alimentación y plantas medicinales:*

#### **Charlas de educación para la salud sobre el tema de la nutrición**

*“Una buena alimentación es la base de la salud. Nuestra alimentación es variada, sana, adaptada al medio ambiente y al shuar. Al contrario los productos de afuera son contaminados, con químicos y debilitan nuestro organismo. Para encontrar una buena salud tenemos que prevalecer nuestros cultivos propios.”*

- Valor de nuestros cultivos comprobada por sus resultados con los problemas de malnutrición
- Las plantas medicinales son también alimentos
- La alimentación propia para promover la salud (miel, panela, la chicha mejor para la salud que los productos occidentales...)
- Charlas de sensibilización a los riesgos de los productos de la civilización
- Charla de sensibilización a la protección del medio ambiente
- Favorecer la capacitación a las madres porque son ellas que cultivan y que cuidan a los niños (socialización posible en las escuelas, una forma de programa para las madres de familia)
- Los profesores y los auxiliares tienen que participar a esas formaciones.

#### **PROYECTO PILOTO:**

Al nivel de una o algunas comunidades motivadas implantar el aja shuar al nivel de las familias y centros educativos para comprobar la efectividad de los resultados sobre problemas de malnutrición de los niños. Se propone de aprovechar de los recursos humanos propios del lugar. Así el costo se reduce y además son los mayores que conservan los conocimientos ancestrales sobre el cultivo y manejo.

Luego promover en otros lugares si esto resulta ser eficaz. También socializar en el caso de buenos resultados. Las técnicas y conocimientos así recogidos de los mayores tienen que servir como material didáctico para otros proyectos o cursos educativos de los estudiantes.

#### **Aja Shuar Comunitaria– Recomendaciones:**



- La aja shuar contiene plantas y alimentos
- Los niños tienen que involucrarse en los huertos comunitarios para facilitar el aprendizaje (posibilidad de huertos escolares)
- Los auxiliares tienen que involucrarse en el proceso como miembros de salud comunitarios
- Este aja de demostración tiene que permitir a las familias de recuperar los productos ancestrales

### **Facilitar la transmisión del conocimiento a la nueva generación**

*“Los ancianos, tienen que ser los profesores para que nos den el conocimiento”*

*“Si los mayorcitos no tienen escrito y cuando se mueren llevan todo... hay que hacer la investigación en la área de la salud más que todo”*

Tradicionalmente el aprendizaje y la transmisión de los conocimientos culturales se hacían por práctica durante las actividades cotidianas, mediante ciertos rituales y ceremonias siguiendo episodios particulares de la vida y por la mañana mediante charlas familiares de los padres a los niños. De una manera general los mayores eran los que tenían el mayor conocimiento, que enseñaban y guiaban a los jóvenes por sus consejos, por eso eran reconocidos con respecto. El cambio de la organización cultural de pueblo y la pérdida del respecto por los mayores son algunas de las causas de las fallas en la transmisión del conocimiento a la nueva generación.

Si se quiere conservar algo de lo que todavía saben los abuelos, se debe organizar esa transmisión de los conocimientos y saber hacer, buscando nuevas formas adaptadas a los cambios ocurridos en la organización de la vida de las comunidades.

Propuestas concretas:

- Investigar los conocimientos de los últimos abuelos guardianes de la tradición.
- Participación de los abuelos en ciertos programas culturales de educación bilingüe
- En todos los proyectos buscar en primera intención la integración de los mayores como técnicos y remunerarles por este trabajo.
- Se puede llegar a una unidad de auto-formación al nivel de la comunidad si existe una voluntad y un grupo bien organizado.

### **Organizar encuentros-intercambios de plantas, productos y recetas:**

*“la escuela de aprendizaje es compartir”*



Los secretos familiares sobre las plantas, como el miedo del robo de conocimiento impiden la transmisión del conocimiento y aumenta el riesgo de su pérdida completa. Se propone a los actores de organizar una vez al año entre las comunidades interesadas intercambio de ciertos productos, aprovechando del encuentro para hacer una charla y dar algunas recetas. Siempre se favorece la práctica, es preferible dar menos recetas pero ponerlas en práctica durante la charla. Así alcanzamos mayor resultado de aprendizaje. Es preferible dejar un soporte recapitulativo simple para recordarse bien de las dichas recetas.

*“Si usted viene dar la conferencia, dar las explicaciones todo el mundo va a estar satisfecho pero si no hay nada hecho se queda en el aire”*

Esos encuentros pueden favorecer una dinámica de intercambio de recetas o de semillas entre las personas presentes.

### **El DMT puede procesar para las comunidades:**

Se puede establecer un contrato de intercambio entre las comunidades interesadas y el Departamento de Medicina Tradicional de la FICSH. Procesar en el DMT plantas de los huertos comunitarios o plantas cosechadas en el campo y que no se encuentran en la región de Sucúa. Luego hacer regresar un porcentaje de productos en el puesto de salud de la comunidad.

### **Favorecer la técnica y el procesamiento al nivel de la comunidad:**

*“Está bien lo que se procesa en el laboratorio de la FICSH pero a que no sirve, aquí la gente todavía no sabe cómo producir sus medicamentos, la parte técnica nos falta, para lograr una forma procesada que se conserva”*

Ciertas comunidades quieren aprender a procesar por sí mismo. Es verdad que todo no se podrá trasladar fácilmente con las condiciones con que cuentan ciertas comunidades. Sin embargo gran parte de las técnicas usadas en el DMT no son complicadas y se podría enseñarles cuando existe una verdadera motivación de un grupo o de cualquiera persona. Esos conocimientos tienen que estar compartido un máximo para regresar hasta las bases.

De una manera general el DMT tiene que disponer de los recursos necesarios y estar preparado para responder a la demanda. La formación tiene que estar gratuita pero es recomendable que la gente de prueba de su motivación autofinanciando su viaje y hospedaje. Luego se puede según los recursos ayudar a financiar las herramientas necesarias a un pequeño laboratorio de campo.

Es necesario prever un seguimiento de formación hasta la comunidad misma para verificar el buen manejo de las técnicas enseñadas. Es preferible



hacer varios unidades o programas de formación de una semana para asegurar una mayor asimilación de los conocimientos y saber hacer.

- El DMT tendría que tener su material didáctico establecido.
- Tener la lista y el precio de las herramientas de base de un laboratorio de campo.
- Conocer el costo de la organización de un programa de una semana de capacitación y seguimiento.
- Tener los recursos para asumir este costo.

#### **Un botiquín al nivel de la comunidad:**

Sería importante en caso de emergencia tener un botiquín con ciertos productos nuestros ya procesados. Puede ser un stock de farmashuar expuesto en el puesto de salud, un centro de producción en la comunidad misma o cualquier otra forma familiar o asociativa.

#### **Una farmacopea familiar shuar establecida:**

Que sea establecido una farmacopea para las enfermedades comunes y las grandes clases de enfermedades (Akap Sunkur- Puwi – Ujuk – Shik sunkur-ijja Sunkur...), que la gente conozca la importancia de cada planta para que sepa cómo se prepara y tener un manual de base con las recetas y las dosis.

#### **Comités de Salud en Medicina Tradicional:**

Existen grupos o personas motivados al nivel de la comunidad. Son los socializadores interculturales que pueden localizarlos, animarlos para agruparse y actuar. El socializador puede ayudar proponiendo capacitaciones, favoreciendo el intercambio de recetas entre ellos o implantando una aja shuar. Puede ser como una red de solidaridad comunitaria de personas que entienden la medicina tradicional y que pueden atender cuando el auxiliar de enfermería no está o no existe. Es como una entidad de salud no institucional al nivel de la comunidad pero el auxiliar de enfermería tiene que involucrarse en una tal dinámica, y parece importante de buscar la integración de cada actor de salud como los uwishin o los sobadores que puedan aprovechar de las capacitaciones propuestas, estar presente durante las reuniones para discutir de los problemas de salud de la comunidad y ayudar a encontrar una solución. Si existe una aja y un contrato de intercambio plantas-productos con el DMT estas personas tienen que disponer de un lote de esos productos.

#### **Seguimiento de los auxiliares:**

Que se da mayor apoyo y seguimiento de capacitación a los auxiliares de enfermería para que puedan solucionar más problemas por sí mismo. También tienen que estar capacitados en medicina tradicional, al mínimo saber



manejar las plantas de base de la farmacopea shuar establecida y conocer cómo se usan los productos Farmashuar.

#### **4.2 RESCATE DE LA CULTURA:**

La pérdida de la identidad cultural es el problema más grande percibido relativo a la Salud. Reivindicar la cultura pasa por la valorización de los conocimientos y prácticas tradicionales, de sus ceremonias y costumbres, de los valores pero más que todo de su espiritualidad, su fe, su visión.

De una manera general se necesita investigar la cosmovisión de la cultura y los conocimientos que todavía conservan los abuelos. Se puede crear herramientas didácticas y prácticas simples que se podrían usar en diversos programas y ámbitos de valorización.

- Edición de un folletín “ Guía de la Cultura”
- Videos de ceremonias tradicionales
- Manuales didácticos
- ...etc...

Así todavía sería posible la producción de artesanía, de los instrumentos de música, la construcción de casas tradicionales. A notar que la comercialización al nivel nacional o internacional de ciertos productos de la cultura pueden constituir una fuente de ingreso económico.

#### **Socializar a la gente aprovechando de los modos de comunicación:**

Existen modo de comunicación como la radio Arutam que se puede usar para valorizar la cultura por el medio de personas que tienen Visión. Aparece que la radio “Voz de Arutam” no llega hasta las comunidades de Transcutuku, entonces se propone implantar una emisora cultural en esta zona.

De una manera general los líderes deberían involucrarse en el proceso incentivando a la gente durante diversos eventos y organizando momentos de discusión sobre el tema.

#### **Apoyar los grupos locales:**

Más que todo la cultura es una cosa viva, una expresión humana por el medio de que se transmiten los valores y fundamentos compartidos por un pueblo. Conviene aprovechar de las fuerzas humanas que tienen voluntad y motivación para agruparse y actuar por el rescate de la cultura. Se podría facilitar el apoyo tan técnico que material de proyectos locales de tales grupos.

*“Tenemos una inmensa riqueza de conocimiento de música y danza como Nampet-amente, nuestras madres y padres conocen sin embargo nosotros carecemos por falta de interés de poner en práctica, sería importante unirnos, las mujeres, hombres y jóvenes*



*aprovechar este conocimiento ancestral y conservarlas y promulgar a los niños de la nueva generación”*

De una manera general favorecer la unión de Fuerzas Humanas y la búsqueda de nuevas formas de Rescate de la Cultura.

#### **PROYECTO PILOTO:**

Grupo conformado en asociación al nivel de una o algunas comunidades que organizan cursos con los abuelos o las personas que todavía tienen el conocimiento. Rescatan los conocimientos de artesanía, música, danza, uso y manejo de las plantas medicinales. Ponen en práctica estos conocimientos organizando ceremonias y ferias culturales al nivel de su comunidad como al nivel de otras, dependiendo de la demanda. Estos eventos pueden ser lucrativos con la participación financiera de personas externas al evento, la comida y la venta de artesanía, permitiendo así el autofinanciamiento y la viabilidad de la asociación. Tal grupo puede también intervenir en las escuelas para dar charlas en los temas culturales o crear centros de capacitación cultural en las comunidades con los grupos organizados.

#### **4.3 EL ROL DE LA EDUCACIÓN BILINGÜE:**

Parece indispensable trabajar con los profesores del sistema de educación intercultural bilingüe para incentivar una dinámica de fortaleza de la identidad cultural en las escuelas.

#### **PROPOSICIONES CONCRETAS:**

- Organizar la intervención de los abuelos para dar charlas o discusiones sobre la cultura (tiene que haber una estrecha coordinación con los profesores).
- Aprovechar de los padres ejemplares como ayudantes educativos.
- Organizar la intervención de actores culturales externos para dar charlas de sensibilización ( actores diversos: asociaciones locales, Cuwish, DMT...cooperantes)
- Aprovechar de la presencia de extranjeros que valoran la cultura. Eso parece tener un impacto grande para los jóvenes y darles la motivación, parecen particularmente sensibles a lo que piensan los extranjeros.
- Organizar talleres culturales prácticos (artesanía, danza, música, aja) con o sin la ayuda de cooperantes externos.
- Lograr una educación bilingüe de cualidad

La gente revela ciertas fricciones u oposiciones entre la ley civil y las normas tradicionales de la cultura como por ejemplo en los derechos de los



niños. En ciertos casos la costumbre podría estar utilizada ventajosamente en complemento o en lugar de la ley cuando ella esta inefectiva.

#### **4.4 EL RESCATE DEL USO RITUAL DE PLANTAS: “EL CAMINO DE LA CASCADA SAGRADA”:**

*“Fuera de paso porque no tenemos nuestras costumbres, como mantenerlas. Sin fuentes de sabiduría y de conocimiento los jóvenes crecen sin razón... No es que hemos abandonado, es que nos fuimos estudiar en otros lugares y al convivir con otra cultura, otra manera de vivir hemos olvidado. Viene la pérdida de poder cultural espiritual cuando no cumplimos los rituales con Natem, Maikiua, Tsank... y la cultura se desvanece.”*

*“la salud se debería hablar nuevamente volver a nuestra fe creencia y espiritualidad en todo sentido en cuidar nuestro ambiente ahí habrá realmente la salud y también la seguridad alimentaria eso es”*

Tradicionalmente el shuar usa plantas sagradas como el Tsank, el Guanto (maikiua), el Natem para conectarse con Arutam y buscar poderes espirituales necesarios a la salud. Particularmente el camino de la cascada sagrada permitía al shuar de encontrar la visión de su camino, así como la fuerza, el valor para seguirlo, buscando el Penker pujustin (el buen vivir). Esta herramienta cultural es posiblemente la más poderosa de la cultura para encontrar los poderes espirituales indispensables a la gran visión de salud shuar. Hoy todavía podría ser esencial en la lucha que tiene que seguir el pueblo para encontrar un desarrollo con identidad como también para actuar sobre los problemas de respecto con la nueva generación.

#### **PRPUESTAS CONCRETAS:**

- Cuidar los lugares sagrados
- Rol posible de la federación de Uwishin en la organización de ceremonia al nivel de la comunidad
- Rol de grupos locales de rescate de la cultura
- Rol de los padres de familia

#### **4.5 PROPUESTAS DE DESARROLLO ECONÓMICO:**

Según la visión indígena la salud es la base de la vida, por parte es la capacidad de actuar en su vida, de desarrollarse, así el desarrollo económico se involucra en el ámbito de la salud.



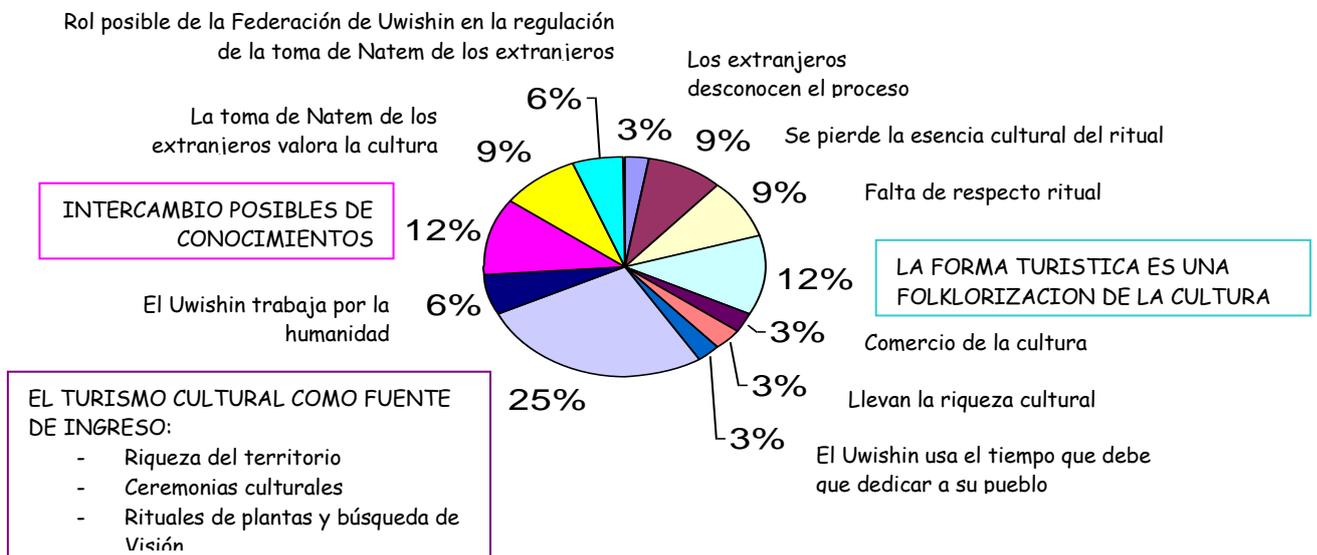
“Vivimos en dos mundos el mundo occidental que nos trae costumbres occidentales y el mundo indígena que se basa en nuestras costumbres ...yo creo que debería haber estrecha armonía entre las dos culturas sin olvidarnos de nuestras raíces la identidad”

“Queremos ser shuar con orgullo y con su propia salud con su propia formación aunque estemos en la selva pero si estamos bien informados yo creo que si podemos resistir lo que es el sistema actual”

“Cuál sería la visión del desarrollo del pueblo shuar ... nosotros debemos identificarnos como pueblo shuar que vamos a cultivar que es lo que vamos a producir que es lo que vamos a desarrollar para vender y ganar el dinero”

PROPOSICION CONCRETAS:

- La medicina tradicional como fuente de ingreso
- Los productos culturales como fuente de ingreso (ver la organización de una cooperativa para entrar en el mercado internacional )
- Favorecer y apoyar las unidades locales de producción propia
- Desarrollar modelos autónomos en la FICSH como ejemplos
- El turismo cultural como fuente de ingreso



Esquema 9: La cuestión del Turismo Cultural ( P/C/U)



#### 4.6 RECOMENDACIONES PARA LAS ACCIONES AL NIVEL DE LAS COMUNIDADES

*“La gente aquí quiere algo concreto, está cansada de las palabras”*

- Acciones prácticas más que teoría
- Aprovechar de las personas capacitadas y de los talentos humanos del lugar
- Trabajar en coordinación con los síndicos y los actores sociales de la comunidad
- Apoyo adecuado a la comunidad, cada comunidad es diferente en recursos, en necesidades, en motivación
- Diagnóstico de los problemas colectivos de salud al nivel de la comunidad
- Acción propuesta por toda la comunidad
- Empezar con los grupos interesados
- Buena organización
- Definición clara del rol de cada uno
- Organizar las encuestas con anticipación para poder ubicar la gente
- Continuidad del apoyo
- Dejar un soporte de capacitación simple
- No dar certificación de capacitación o precisar cuando no está reconocida por el Ministerio de la Salud
- Ayudar a la autonomía en vez de fomentar la dependencia
- Favorecer los proyectos propios de la comunidad
- Ayudarles a buscar apoyo por sus proyectos

*“Cada pueblo o persona tiene que responder de su salud, así tenemos que luchar y dejar de esperar a un médico, de estar dependiente de afuera” (Comunidad)*

*“Nos falta que sería movilizar a la gente hacer que ellos mismos sean dueños de su salud de sus formas de vivir de mejorar sus condiciones de vida” (Medico)*

#### 4.7 RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL PERFIL DEL SOCIALIZADOR INTERCULTURAL

- Priorizar las actividades en las comunidades
- Priorizar la ayuda a las comunidades que tienen más dificultades



- Participación al diagnóstico de las necesidades
- Ayuda a buscar una solución en caso de problema colectivo de salud en la comunidad
- Charlas de sensibilización en la comunidad y en las escuelas
- Implantación de huertos comunitarios
- Seguimiento de los huertos comunitarios
- Capacitación al nivel de la comunidad
- Coordinación con el Departamento de Medicina Tradicional de la FICSH
- Creación de los Comités de salud en Medicina Tradicional al nivel de la comunidad
- Seguimiento de la práctica de los CSMT
- Ayuda para el seguimiento de los proyectos propios de la comunidad
- Participación a la capacitación de los actores de los comités de salud en medicina tradicional
- Coordinación con los facilitadores interculturales
- Procesar plantas de los huertos comunitarios en el DMT para que regrese un porcentaje de productos en el puesto de salud
- Protección de los conocimientos botánicos shuar
- Benévolos cooperantes certificados por el ministerio de salud

#### **4.8 RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA CUESTIÓN DEL UWISHIN:**

Todos los puntos siguientes son las sugerencias de las personas encuestadas, solamente son pistas para ayudar a buscar soluciones, de ninguna maneja se debe ver eso como una cosa establecida ya que aparece evidente que solo los uwishin entre ellos pueden realmente encontrar la forma de regular su profesión.

- Evidencia de la necesidad de una Federación de Uwishin
- Buscar el reconocimiento de los Uwishin
- Establecer Perfil etico adecuado con la vision del uwishin
- Términos de acuerdo a la tradición
- Normal evolución y adaptación del trabajo del Uwishin según la evolución de las necesidades
- El uwishin puede tener varias técnicas de curación
- Seleccionar los uwishin que curan con eficacia
- Uwishin certificado por su comunidad
- El verdadero uwishin tiene el poder de Arutam
- El poder de Arutam se ve con el natem
- El Uwishin tiene una disciplina de vida
- Autocontrol de los malos entre ellos
- Curar mediante un tratamiento a los malos Uwishin
- Bloquear sus poderes



- *“El uwishin malo no tiene fuerza”*
- No delación de los malos
- Ver la cuestión de las reglas de transmisión de los poderes
- Regulación de los tarifas
- No publicidad
- Posibilidad de pago al resultado
- *“Solamente los malos buscan el lucro”*
- Intercambio de conocimiento entre ellos
- Conservación del conocimiento
- Seguimiento del trabajo e investigación
- Consensos con los médicos
- Rol del grupo en la regulación de la toma de natem por los extranjeros
- Rol de consejo
- Escuela de medicina tradicional... título al nivel de la federación
- Explicar el trabajo del Uwishin (Socialización en la escuelas por ejemplo)
- Organizar ceremonias por las comunidades o en la cascadas sagradas

#### **4.9 RECOMENDACIONES PARA EL CUWISH**

- Primero no hacer el mal: cuidar de no impactar negativamente con sus acciones
- Tener un objetivo
- Tener una legitimidad legal y tradicional
- Socializar su visión y su acción
- No delación de los malos
- Explicar el trabajo que se hace a toda la comunidad
- Explicar al pueblo y socialización del trabajo realizado con los extranjeros
- Organizar encuentros con los otros Uwishin
- Organizar reuniones
- Organizar toma de natem juntos
- Posible necesidad de varios grupos de uwishin y una confederación para llegar a una representación completa

#### **4.10 PERFIL DEL BUEN UWISHIN**

- Carácter sagrado del uwishin
- El Uwishin tiene el poder de Arutam
- El poder de Arutam se ve con el natem
- Disciplina del uwishin
- Los Uwishin pueden ver los espíritus



- El Uwishin es el científico shuar
- Rol de servicio social del uwishin
- Rol de psicólogo del uwishin
- Encarna el valor de la solidaridad
- Rol de protección del uwishin
- Rol medical del Uwishin
- El uwishin diagnostica si es un mal aire o una enfermedad de Dios
- El diagnostico se hace con el Natem, tabaco, ...
- Solo el Uwishin puede curar un mal aire o una brujería
- No divulga de donde se origina el daño, es el SECRETO PROFECIONAL del Uwishin



## BIBLIOGRAFIA

1. Jokisch B, DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA, UNIVERSIDAD DE OHIO, "et al.". Informe sobre los Resultados del Diagnóstico de la Situación de Salud y de los Servicios de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar FICSH-FIPSE-FINAE 2005, juin 2006, 45 p.
2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet.*, 2006; 367(9525):1859-1869.
3. Harner MJ. Shuar Pueblo de las cascadas sagradas. Quito-Ecuador, Ed. Mundo Shuar, 1978, 237 p.
4. Lacaze D. Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la amazonia ecuatoriana; *ANALES nueva Epoca: Conocimiento, salud y derechos indigenas en la amazonia*: Instituto Iberoamericano, Universidad de Goteborg, Suecia; 2002; n 5: 165-193.
5. Elodie Flahaut E. Informe de Farmacéuticos Sin Fronteras 2002: Cómo desarrollar la producción local de los medicamentos tradicionales. *TABLA REDONDA DE REMED (Red de Medicamentos y Desarrollo)- JPIP*, Paris; 2002.
6. GOBIERNO MUNICIPAL DEL CANTON TAISHA. Plan de Desarrollo del Cantón Taisha, 2003, 136 p.
7. Seminario Internacional de etnomedicina: aproximacion al conocimiento de sistemas tradicionales de salud. Bogota, Ed. Da Vinci, 2002, 247 p.
8. COMPAS. Cosmovision Indigena y Biodiversidad en America Latina. Cochabamba-Bolivia, Ed Grupo, 2001, 408 p.
9. Pharmacie et Action humanitaire, Arutam. Programa de desarrollo de la medicina tradicional shuar: dossier de demanda de financiamiento, 2005.
10. Baumann M. Ethique et humanitaire: Mise en œuvre des pratiques de consultation et de participation. *Le Pediatre*, 2005 ; 211 : 2-5.
11. Aubertin C, Boisvert V, Vivien FD. La construction sociale de la question de la biodiversite. *Natures sciences Societes*, 1998 ; vol. 6 : 1 : 7-19.
12. Aubertin C, Moretti C. Proces en biopiraterie, proces de la recherche ?. *Diplomatie 12, Affaires strategiques et cultures internationales*, 2005 ; Janv-Fev : 58-62.
13. Deschamps JP. Relecture de la charte d'Ottawa. *La Sante de l'homme*, 2003.



# ANEXOS



## **GUIA DE ENCUESTAS O ENTREVISTAS APLICADAS EN LAS ASAMBLEAS COMUNITARIAS**

Primero, quiero hacer una pequeña presentación de quien soy, y porque estoy aquí.

Yo creo en las plantas, y, yo sé que la medicina indígena, como la medicina moderna, tiene recursos propios para ayudar a la gente.

En nuestro país tenemos la suerte de mantener la propia medicina. Además, particularmente en el sector indígena, parece que hay una voluntad de las dos medicinas, indígena y moderna, para trabajar juntos. Pero, las cosas no son tan fáciles, porque cada una tiene su propia manera de ver la salud, de ver las cosas de la vida, y de entender los problemas de salud. Entonces, hay una voluntad para trabajar juntos, pero no siempre se entienden bien.

Estoy aquí para buscar la forma de mejorar el entendimiento entre ambas medicinas. También para contribuir a un mejor reconocimiento de la medicina indígena, evaluando su eficacia, para que no se pierda este conocimiento.

Eso creo, es importante para nuestra generación, porque la medicina indígena representa una parte importante, vital, de nuestra cultura. Pero también, para todos los seres humanos a nivel del mundo, para que sepan que todas las plantas están aquí para cuidar a la gente.

Si hay alguna persona que quiere preguntarme más, por cualquier cosa, puedo contestar. Si no podemos empezar.

Para empezar el trabajo, es muy importante que puedan expresar:

1. Para ustedes que es la salud? Que se necesita para tener una buena salud dentro de la familia y dentro de la comunidad?
2. Que es para ustedes un centro? o una comunidad?
3. De lo que ustedes entiendan o de su punto de vista propia de la salud. Cuáles son los problemas más importantes en área de salud dentro de su centro?
4. Que hacen para mejorar la salud y cómo?
5. Hay personas o instituciones que tienen propuestas para mejorar la situación?



6. Para ustedes, que es la medicina shuar? Quien son las personas que tienen el conocimiento?
7. Qué lugar ocupa el Uwishin en el sistema de salud Shuar?
8. Que piensan de lo que los Uwishin que se agrupan en el consejo de los Uwishins Shuar?
9. Que piensan ustedes de los extranjeros que vienen a tomar Natem con los Uwishin? Con el Cuwish?
10. Como es la relación con los doctores, enfermeras? Que piensan ustedes de la medicina moderna? (de las pastillas, ampollas etc.) Hay problemas que se encuentran en la medicina moderna?
11. ¿Piensan que estas dos medicinas pueden juntarse o ayudarse?  
¿Porque? ¿De qué manera?
12. ¿Cuál es el lugar que ocupa cada una de las dos medicinas? Cuál de las dos medicina prefieren para curar las enfermedades? Tienen ejemplos?



### GUIA DE ENCUESTAS O ENTREVISTAS DIRIGIDAS A LOS PROFECIONALES DE SALUD (MEDICOS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SALUD)

Primero, quiero hacer una pequeña presentación de quien soy, y porque estoy aquí.

La medicina indígena, como la medicina moderna, tienen recursos propios para ayudar a la gente. Además, parece que hay una voluntad de las dos medicinas, indígena y moderna, para trabajar juntos.

Pero, las cosas no son tan fáciles, porque cada una tiene su propia manera de ver la salud, de ver las cosas de la vida, y de entender los problemas de salud. Entonces, hay una voluntad para trabajar juntos, pero no siempre se entienden bien. Es la cuestión de la interculturalidad y de cómo se debe manejarla.

Estoy aquí para buscar la forma de mejorar el entendimiento entre ambas medicinas. También para contribuir a un mejor reconocimiento, evaluando su eficacia, para que no se pierda este conocimiento.

No vengo de la parte de una ONG, soy un estudiante de la Universidad de Cuenca, que pretendo apoyar al Programa de Salud de la FICSH y como ex dirigente de salud de esta organización impulsar el proceso, para incorporar dentro del sistema de salud intercultural el PLAN DE SALUD INTEGRAL DE LA FICSH. Soy solamente una persona que cree en las plantas, y que quiero dar un poco de mi tiempo para ayudar a valorizar nuestra medicina, trabajando en la coordinación medicina indígena y medicina moderna.

Si desea preguntarme más, por cualquier cosa, puedo contestar. Si no, podemos empezar..

1. Para empezar el trabajo, que entiende usted por la salud? Y que se necesita para tener una buena salud?
2. Cree usted que el Ministerio de Salud Publica cumple con los roles y funciones por la cual están destinados?
3. Usted cree que la gente de las comunidades entienden sobre la salud? Y ellos que piensan para tener una buena salud?
4. ¿Cómo usted define a una comunidad?
5. ¿Usted, puede decir cuáles son los problemas de salud más grandes de las comunidades?
6. ¿Qué recursos existen para mejorar la situación de salud?



7. ¿Cómo usted define y cuál es su opinión sobre la medicina tradicional?
8. ¿Qué problemas se encuentran en la medicina tradicional? Y en la medicina moderna?
9. ¿Cómo son las relaciones entre las comunidades y el sistema de salud moderna? Y entre las comunidades y el sistema tradicional de salud?
10. ¿Qué lugar ocupa la medicina tradicional en el sistema de salud?
11. ¿Qué lugar ocupa el Uwishin en el sistema de salud Shuar?
12. ¿Qué lugar ocupa la FISCH en el sistema de salud?
13. ¿Qué piensan de lo que los Uwishin se agrupan en el consejo de los Uwishins Shuar?
14. ¿Qué piensa usted de los extranjeros que vienen a tomar Natem con los Uwishin? Con el Cuwish?
15. Se habla mucho de interculturalidad en el sistema de salud. ¿Piensan que ambas medicinas pueden colaborar? ¿Porque? ¿De qué manera?
16. ¿Qué se puede poner en plaza para mejorar el entendimiento entre ambas medicinas?
17. ¿Cuáles serían los medios y mecanismos para una posible articulación de los sistemas de salud?
18. ¿Existen enfermedades que prefieren a una medicina? Usted tiene ejemplos?
19. ¿Qué piensa usted del reconocimiento oficial de las medicinas tradicionales? ¿De una validación científica de la medicina tradicional?



## IMÁGENES DEL TRABAJO DE CAMPO Y PROCESAMIENTO DE DATOS DEL ESTUDIO INVESTIGATIVO DE SALUD INTEGRAL E INTERCULTURAL FICSH



DEPARTAMENTO DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA FISH



TECNICA DEL DMT- FICSH EN EL JARDIN BOTANICO



PROCESAMIENTO DEL JARABE DE GENGIBRE DMT-FICSH



**PERSONAL DEL MSP-RURALES DE MORONA SANTIAGO**



**PERSONAL DEL CONSEJO DE UWISHIN SHUAR CUWISH- FICSH**



**RESCATE DE LOS VALORES Y CONOCIMIENTOS CULTURALES**



**SOBERANIA ALIMENTARIA**