

# **EXPERIENCIAS EN MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA**

**Didier Lacaze D.**

## **Introducción**

En 1978, la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención Primaria de Salud (APS) reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla dentro de los sistemas oficiales, con la finalidad de alcanzar la meta de “Salud Para Todos”. Con esa estrategia, se asume poder mejorar la calidad de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo, donde el acceso a la medicina occidental no es posible. Los principales argumentos que sustentan esta resolución son de orden cultural y económico. Por un lado, se considera que gran parte de la población mundial mantiene creencias hacia otras formas de prevenir y curar sus enfermedades y, por otro lado, que su situación económica no les permite acceder a los servicios y productos de la medicina occidental. Se promueven entonces investigaciones etnobotánicas y etnofarmacológicas, para inventariar los recursos medicinales disponibles y conseguir una “validación científica” de las plantas medicinales y formas tradicionales de curar. Así mismo, se recomienda a los estados miembros la movilización y capacitación sistemática de los recursos humanos de las medicinas tradicionales (curanderos, parteras, chamanes, hueseros, y otros, llamados - por la OMS - tradipracticantes) para desarrollar con ellos formas adecuadas de “integración”.

Aunque se reconoce que es difícil proponer una definición de la medicina tradicional que se adapte a todas las formas y tradiciones existentes en el mundo, el Programa de Medicina Tradicional de la OMS propone:

La suma de conocimientos, habilidades, y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias, originaria de distintas culturas, sea explicable o no, utilizada para el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejoramiento y tratamiento de enfermedades físicas y mentales.

Después de más de 20 años, la propuesta de integrar las medicinas tradicionales dentro de los servicios oficiales de salud ha ido evolucionando bastante y, a lo largo de estos procesos de reflexión y adaptación, se ha presentado una serie de elementos nuevos y no considerados al principio. Entre éstos, y quizás uno de los más fundamentales, está la necesidad de aceptar los conceptos de salud de los pueblos indígenas como válidos y que se utilicen como eje central para promover la salud en el contexto amplio de su propio desarrollo. Más que la integración de la medicina tradicional dentro de los sistemas oficiales de salud, se trata de buscar formas adecuadas para apoyar y fortalecer su propio desarrollo y la cooperación entre esas dos formas de medicina. En este artículo se vuelve a reiterar que los factores determinantes de la salud indígena son, ante todo, de carácter socio-cultural, económico, ambiental y político y que, por lo tanto, es necesario enfocar la problemática general de salud desde una perspectiva más integral e intercultural. La medicina tradicional justamente es integral y, por lo tanto, presenta una visión muy adecuada a los problemas de salud. El aspecto integral no es sólo una característica del problema de salud, sino de los recursos propios médicos indígenas, incluyendo la perspectiva hacia la salud.

Se hace cada vez más evidente que la prevención y promoción de salud deben basarse en este

reconocimiento, para poder dar lugar a nuevas estrategias de acción. En tal sentido, se argumenta que si los pueblos indígenas que habitan la región amazónica del Ecuador no tienen acceso a una asistencia sanitaria de calidad, esto se debe, entre otras razones, a la falta de sensibilidad cultural del sistema oficial de salud en las formas de concebir y desarrollar sus planes y programas. Para sustentar nuestros argumentos, recordamos algunas de las definiciones y conceptos existentes sobre salud indígena y sistemas tradicionales amazónicos de salud. Si la interculturalidad presupone el reconocimiento de la validez de otros modos de conocimiento y acción que los occidentales, las nuevas estrategias pueden entonces construirse sobre la capacidad propia de los pueblos indígenas para asumir un papel más activo en la concepción, el diseño, la gestión y el control de los sistemas locales de salud. Después de describir algunas de las características generales de las intervenciones del sistema oficial de salud, con sus limitaciones e interrogantes, se presentan algunas de las propuestas y experiencias del Departamento de Medicina Tradicional (DMT) de la Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH), con relación al diseño y la articulación de posibles modelos interculturales de salud en la Amazonía ecuatoriana.

### **Pueblos indígenas y salud**

En la región amazónica del Ecuador, a pesar de los esfuerzos que se han hecho en los años anteriores para promover la aplicación de las medicinas tradicionales y su integración con la medicina occidental, es de reconocer cuando uno viaja a las comunidades indígenas del interior, que muy pocos logros se han conseguido en la práctica. Hasta la fecha, no se conocen experiencias de integración que realmente funcionen y que demuestren las ventajas de los modelos integrales

de salud propuestos. Por otro lado, las organizaciones indígenas tienden a enfocar el tema de la salud casi siempre desde un ángulo más político que técnico. Se trata de una reivindicación o lucha política para conseguir que el estado cumpla con proveer servicios de asistencia que, de alguna manera, compensen por los daños ocasionados a través de los procesos de integración y su situación actual en la sociedad nacional. Sin embargo, no está muy claro si estos servicios, siempre brindados desde la perspectiva occidental, consiguen aportar una real compensación o si, finalmente, generan mayor dependencia y crean otros problemas. Tampoco está muy claro si o cómo esa lucha política podría constituirse en una opción para también fortalecer las propias instituciones y estructuras internas de salud de las culturas indígenas, así como articular nuevas respuestas adaptativas.

La creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), en 1999, al interior del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y la actual propuesta de ley sobre medicina tradicional podrían ser tomadas como una primera revelación de esta posibilidad. No obstante, todavía existen dudas acerca de la siempre ambivalente propuesta de integración, retomada por la DNSPI, que podría conducir más hacia la “cientización” u “occidentalización” de las medicinas tradicionales, bajo control de un aparato político central de salud, que hacia una verdadera propuesta de cooperación intercultural, basada en la aceptación de otros modos de conocimiento y de la capacidad local de los pueblos indígenas para asumir un mayor control sobre su propio destino.

La Amazonía ecuatoriana se extiende sobre unos 116,000 km<sup>2</sup>. Ocho pueblos indígenas conforman la diversidad etnocultural del llamado “oriente”. Entre achuar, cofán, huaorani, quichua, shiwar, shuar, siona

y zapara, la actual población indígena asciende a unos 100,000 habitantes aproximadamente. La situación general de salud entre estos pueblos es de bajo nivel (DNSPI 2000). A pesar de que no existen estadísticas desglosadas por grupos étnicos, la esperanza de vida es de entre 10 y 20 años inferior a la de la población total, y se han obtenido tasas de mortalidad infantil entre 1.5 y 3 veces superiores a las tasas nacionales (DNSPI 2000). De acuerdo a la percepción del sistema oficial de salud, esta situación se debe principalmente al aislamiento geográfico y la consecuente dificultad para el sistema oficial de salud de proveer servicios de calidad a estos pueblos y comunidades indígenas. Esto incluye las carencias económicas, así como de personal profesional y de infraestructuras adecuadas.

Los servicios de salud del estado no suelen considerar como relevante que, a pesar de su relativa integración en la sociedad nacional<sup>1</sup>, muchos pueblos aún mantienen otras formas de concebir y abordar la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Más bien, estos rasgos socio-culturales, generalmente, son interpretados como restos del “primitivismo ancestral” y considerados como obstáculos al desarrollo sanitario de estas poblaciones. Tampoco reconocen que los distintos procesos de integración de estos pueblos en la sociedad nacional han tenido y siguen teniendo serios impactos, tanto a nivel socio-cultural como económico y ecológico, y que éstos, a su vez, repercutan negativamente en los niveles de salud. No obstante, diversos estudios han mostrado cómo estos cambios han alterado fuertemente el funcionamiento de aquellos sistemas que tradicionalmente promovían la salud y prevenían las enfermedades (Kroeger y Barbira Freedman 1984, AIDSESP 1995; Alexiades y Lacaze

---

<sup>1</sup> Obviamente, no todos los pueblos indígenas están en la misma situación de transición socio-cultural.

1996). También, estos trabajos han argumentado que la introducción de la medicina occidental y del sistema oficial de salud, si bien ha contribuido en mejorar algunos aspectos de salud, no ha logrado solucionar otros y también ha generado nuevos problemas. Entre éstos destacan:

\* Una situación de dependencia hacia lo de afuera, con la consecuente disminución de la capacidad propia para encontrar y adaptar respuestas socio-culturales adecuadas, así como la desvalorización y el abandono paulatino de los propios recursos de salud;

\* El desplazamiento de la medicina tradicional y de los sistemas tradicionales de salud por la relación dominante y el elitismo de la biomedicina moderna;

\* El mal uso y abuso de los fármacos comerciales, algunos con efectos secundarios peligrosos, con las consecuencias de resistencia creada a ciertos medicamentos, como en el caso de los antibióticos, antimaláricos o antituberculosos, entre otros.

Sin lugar a dudas, es evidente hoy día que el sistema oficial de salud enfrenta serias limitaciones - más allá de los factores económicos o de personal e infraestructura - para solucionar los complejos problemas de salud que existen actualmente entre los pueblos indígenas amazónicos. Esto, en gran medida, es debido a la falta de reconocimiento de los factores estructurales de la salud - que en sí constituye una característica intrínseca del enfoque reduccionista de la biomedicina moderna, así como a la carencia de una política y de estrategias de salud apropiadas y adaptadas a las otras realidades socio-culturales, económicas y ambientales donde viven los pueblos indígenas en el oriente amazónico.

## **LA PERSPECTIVA DE SALUD INDÍGENA**

### **Aspectos culturales, sociales y ambientales**

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, centrandó su tecnología en el conocimiento de los procesos fisiológicos y bioquímicos, como lo hace la medicina occidental, sino que está orientado hacia la preservación de la Vida en concreto, de la reproducción social de todo el grupo étnico, visto en una compleja red de interacciones - a todo nivel - con el medio ambiente (Seri 1992). 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 (AIDSESEP 1995). La enfermedad o los problemas ocurren cuando se rompe este equilibrio. En tal sentido, la enfermedad es interpretada como el resultado o la manifestación de esta ruptura. La manera como se enfoca el tratamiento hace que muchas veces se incida más sobre los factores que se consideran ser el origen de la enfermedad que sobre el problema en sí. Esto hace recordar a Louis Pasteur, cuando hasta los últimos momentos de su vida insistía en que “lo importante no es el microbio, sino más bien el terreno”. Por ejemplo, existen males que afectan a los niños pequeños y se relacionan con la creencia de que su espíritu aún no está muy fuerte; éste puede salirse 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 ciertos males o enfermedades y dicta la puesta en marcha de mecanismos de compensación dentro del organismo. También, los niños pueden sufrir distintos tipos de “infecciones” o “contagio”, en el nivel energético<sup>2</sup>, debido al incumplimiento de ciertas normas como, por ejemplo cuando el padre mata ciertos animales o tala ciertos árboles. Llámese “susto”, “daño” o “cutipado”, 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, es decir a actuar sobre “el terreno”.

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<sup>3</sup> 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 recursos, 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. Su aspecto terapéutico es también una fuerza productiva, en tanto que restablece la salud necesaria para poder trabajar, a la vez que reafirma el orden del mundo y las leyes universales (Seri 1992). Entre muchas sociedades amazónicas, la extracción de los recursos de flora y fauna se realiza a

---

<sup>2</sup> Los términos “energético” o “energía” están utilizados a manera de referencia, no-específica.

<sup>3</sup> Visibles o invisibles, animadas o inanimadas.



través de formas ritualizadas de comunicación con los *espíritus* o *madres* de las especies para garantizar 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”, energéticamente, “enviará” enfermedad a la gente. Al enfermarse el individuo pierde energía y ésta energía es recuperada por la *madre* o el *dueño* para reponerse del daño ocasionado (Dolmatoff 1986).

Las normas sociales que atañen a la salud también están relacionadas con los patrones de asentamiento disperso, 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 una disciplina sexual, así como la celebración ritual de los ciclos de vida (nacimiento, pubertad, matrimonio, funeral). También están los rituales de iniciación, con las tomas 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 (AIDSESEP 1995).

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 sus apariencias negativas, 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 de restablecimiento de la normalidad. Por último, podemos argumentar que la ambivalencia que rodea al chamán, entre lo positivo y lo negativo, el temor y el respeto, de alguna manera refleja la ambivalencia de un mundo donde las fuerzas opuestas y complementarias siempre están activas. El hecho es que los chamanes 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 lo entienden. Y esto incluye su capacidad y creatividad 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, el estado de funcionamiento de estos sistemas depende en gran parte de la salud de un pueblo.

### **El sistema oficial de salud**

La principal estrategia utilizada por el sistema oficial de salud 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 que se ha venido promoviendo en el ámbito mundial desde el congreso de Alma Ata. Los promotores de salud son elegidos por sus comunidades y capacitados por el Ministerio de Salud, los Organismos de Cooperación Internacional o las Organizaciones No-Gubernamentales (ONGs), para aprender a reconocer las principales patologías locales y a manejar un número reducido de medicamentos esenciales para su tratamiento en la comunidad. Paralelamente, se les capacita para que promuevan estrategias de saneamiento ambiental y de higiene familiar como, por ejemplo, la construcción de letrinas y el uso de agua hervida. Debido a la carencia de recursos humanos y económicos y a las grandes distancias geográficas, la formación y el seguimiento de estos promotores de salud siempre es insuficiente. Finalmente, muchos de ellos terminan abandonando o convirtiéndose en “médicos chiquitos”, reproduciendo una especie de caricatura del modelo de la biomedicina moderna, con los riesgos y peligros que esto conlleva para la salud de sus pacientes. Años de experiencia han revelado algunas de las limitaciones del acercamiento a un programa de atención primaria de salud a través del modelo del promotor de salud (Alexiades y Lacaze 1996). Sin embargo, tanto el sistema oficial de salud como las ONGs siguen promoviendo este modelo sin mayor cambio, aunque muchas comunidades ya sienten que esto no funciona o simplemente que no es suficiente. ¿Por qué no funciona y qué es lo que falta? son algunas de las preguntas que se están haciendo y que para muchos aún no se encuentran respuestas satisfactorias.

En los 400 centros<sup>4</sup> del territorio shuar, en la provincia de Morona Santiago, existen unos 40 puestos de salud.

---

<sup>4</sup> Nombre que se da a la unidad socio-política y administrativa local, también llamada comunidad. A su vez, los centros están agrupados en otras unidades llamadas Asociaciones.

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 mayor (6-9 meses) que el promotor de salud (1-3 meses) y puede manejar algunos medicamentos que - supuestamente - no deben manejar los promotores. Sin embargo, ellos también 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. Además, como piezas claves del sistema local de salud, también 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.

Es un hecho que la introducción de las enfermedades infecciosas o epidémicas, así como los desequilibrios ocasionados por el contacto y la transición socio-cultural no están siendo compensados por los servicios y productos que el estado provee a través de este sistema oficial de salud. Se podría argumentar que en muchos casos los efectos negativos superan los efectos positivos. Obviamente, las cosas no son tan sencillas. Existe una demanda justificada por los servicios y productos de la medicina occidental. Sin embargo, sería interesante llevar a cabo un serio estudio en este sentido para clarificar la situación en beneficio de todos.

A pesar de la aparente valorización de la medicina tradicional por la medicina occidental, suele existir entre ambas una situación de conflicto y de competencia. Si bien existen propuestas de articulación y colaboración, generalmente el sistema oficial de salud tiende a querer asumir el control y esto dificulta las posibilidades de revelar nuevas estrategias de colaboración. En gran parte, esta situación de conflicto

se origina por una lucha de poder. Las dificultades, en ambos lados, para superar las limitaciones que imponen el ego y etnocentrismo, a su vez, impiden la posibilidad de alcanzar buenos niveles de comunicación intercultural basados en el interés y el respeto mutuo. Este es un tema amplio que merecería ser abordado más detenidamente, pero que rebasa los actuales propósitos de este artículo. La medicina tradicional, sin embargo, es muchas veces todo lo que se tiene a la mano en la comunidad; lo cual hace que, finalmente, gran parte de los problemas cotidianos de salud sean resueltos, más bien que mal, con recursos locales y naturales.

Todos están de acuerdo con que la medicina occidental es necesaria, en ciertos casos agudos - como infecciones graves, o de emergencia. Por cierto, no siempre es fácil saber cuándo conviene usar mejor una u otra medicina o si en algunas circunstancias ambas pueden ser combinadas. En todo caso, la situación económica y cultural que prevalece en la mayoría de las comunidades indígenas es un indicador que de por sí determina la preferencia por una u otra medicina. Es poco realista insistir en la necesidad de usar ciertos medicamentos comerciales y desalentar el uso de remedios naturales o tratamientos tradicionales cuando los primeros no son accesibles -- sea por razones económicas u otras, y los últimos responden de manera satisfactoria para la gente. La realidad de la mayoría de los pueblos indígenas hace que la medicina occidental sea una medicina complementaria, y que la medicina tradicional constituya la base principal de la atención y del cuidado de salud en la comunidad. Esto no significa que el estado no deba seguir buscando las formas apropiadas de proveer un mejor acceso a la parte más útil e importante de la medicina occidental. Lo que proponemos, más bien, en lugar de querer sustituir una por otra o imponerlas jerárquica y simbólicamente, es evaluar mejor cómo estas dos formas de medicina

pueden complementarse y apoyarse mutuamente de manera más efectiva. La complementaridad se da de manera cualitativa más que cuantitativa.

Una de las principales demandas del sector oficial de salud, para poder brindar mejores servicios de salud a la población local, se refiere al aumento presupuestal. Obviamente, esto es una verdadera necesidad, más aún considerando la situación de marginación de las comunidades del interior. Pero, es importante preguntarse si realmente el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas y de sus condiciones de vida en general depende únicamente de una cuestión financiera. El simple aumento de los presupuestos, sin una verdadera política de salud intercultural, podría reforzar aún más la dependencia de las comunidades y su actual situación de aculturación, con la consecuente pérdida de su medicina tradicional y confianza en su capacidad, recursos y valores propios. Lo que se requiere es concertar una estrategia de salud intercultural que responda a las verdaderas necesidades, y se base en la capacidad de los pueblos indígenas de asumir más directamente el control de su propia salud. Una de las principales limitaciones radica, nuevamente, en la concepción distinta que existe entre ambas culturas sobre el binomio salud-enfermedad y en la dificultad de encontrar formas de comunicación intercultural.

## **EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRADICIONAL (DMT) DE LA FISCH**

### **Sucúa**

Creado a mediados del año 2000, en el Centro de Salud MSP-FICSH de Sucúa (provincia de Morona Santiago), el DMT es una iniciativa de la Federación

Interprovincial de Centros Shuar (FICSH) que busca encontrar nuevas formas de promover el desarrollo de la medicina tradicional del pueblo shuar. Uno de sus objetivos es diseñar e implementar estrategias interculturales de salud en cooperación con el sistema oficial de salud. La propuesta del DMT parte del reconocimiento que, por un lado, la situación de salud entre el pueblo shuar ha evolucionado y que los problemas son distintos de los que eran antes de iniciarse los procesos de cambio y transición socio-cultural. Por otro lado, la medicina tradicional, si bien ha evolucionado y ha buscado adaptarse a esa situación de cambios, aún no lo ha conseguido de manera satisfactoria. Por lo tanto, la actual estrategia pone énfasis en potenciar la adaptación y fortalecimiento de la medicina tradicional. Con este fin, el DMT ha optado por una primera opción: transferir e intercambiar conocimientos y tecnologías adecuadas para fomentar el desarrollo de la tradición fitoterapéutica local. Considerando la necesidad urgente de reducir los actuales problemas de la dependencia y los riesgos que ha producido el uso excesivo de los fármacos comerciales, este programa intenta crear capacidad en el nivel local para producir y distribuir remedios naturales alternativos, así como integrar su uso y manejo en las farmacias de los centros y puestos de salud. Para esto, el DMT ha puesto en marcha distintos mecanismos de intercambio y transferencia de conocimientos y tecnologías propios de otras tradiciones herbolarias, como las tradiciones occidentales y asiáticas.

Previo una fase inicial de investigación y formación que duró un año, el DMT ha conseguido la capacidad técnica para cultivar y producir plantas medicinales y remedios naturales, así como para constituir la primera farmacia natural en el Centro de Salud, con la finalidad de crear un primer centro piloto. En la actualidad, el DMT cuenta con una unidad de producción y otra de

transformación de plantas medicinales. Ambas unidades utilizan técnicas simples y localmente accesibles y están manejadas directamente por personal shuar. En el jardín de plantas medicinales, se producen unas 30 especies medicinales. El material vegetal cosechado es transformado en tinturas, jarabes, aceites infusos, gliceritas, decocciones preservadas en alcohol etílico y pomadas. Estas formas de preparación están elaboradas sobre la base de las propiedades medicinales de las plantas localmente conocidas y la transferencia de otros conocimientos complementarios. La primera fase de instalación de este modelo no ha necesitado grandes cantidades de fondos, lo cual permite asegurar la viabilidad económica de su futura transferencia a centros periféricos de producción, ubicados en las mismas comunidades shuar. Una vez realizados los estudios que demuestren la validez de este modelo, el DMT espera poder proponer una reforma dentro del actual sistema local de salud. Básicamente, esta reforma propone que los trabajadores del MSP, o sea los auxiliares de enfermería shuar, integren nuevos enfoques y posibilidades terapéuticas para prevenir y tratar los problemas de salud en las comunidades con medidas más naturales, eficaces y de menor riesgo y costo.

La interacción a nivel político-administrativo entre la FICSH y el MSP, evidenciada en el Centro de Salud de Sucúa, coloca la experiencia del DMT en el medio de la polémica sobre “integración” o “colaboración” entre medicina occidental y medicina tradicional. La posibilidad de iniciar con el funcionamiento de la farmacia natural del Centro de Salud ha sido puesta en tela de juicio por el Ministerio de Salud, que considera necesaria la validación científica de los remedios naturales elaborados por el DMT, mediante procesos de investigación y ensayos clínicos, antes de ponerlos al alcance de los pacientes. Esta situación revela otra cara de la ambigua propuesta de “colaboración” entre



medicina occidental y medicina tradicional. Se trata del “reconocimiento de la validez de los métodos curativos tradicionales, mediante su examen, con la finalidad de determinar su aceptabilidad, en relación con las normas tradicionales y oficiales”<sup>5</sup> (OMS 1999). Por su parte, el DMT propone elaborar un protocolo de investigación intercultural; es decir, un protocolo que no esté basado únicamente en los paradigmas de la biomedicina moderna, sino que recoja e incorpore también la visión y los paradigmas de la medicina tradicional. Algunas de las preguntas que se hacen en el DMT son: ¿qué tipo de investigación? ¿cómo se hace la investigación? ¿para qué? y ¿bajo qué términos?

Al inicio, esta situación puso en evidencia el conflicto inherente entre la posición jerárquica superior del sistema oficial de salud, que considera la “cientización” como el único camino de la “validación”, frente a la posición de la medicina tradicional, vista como científicamente inferior, que, por su lado, reivindica el reconocimiento de sus propios paradigmas. No obstante, gracias a la buena voluntad del personal profesional de salud local y al diálogo que se mantiene dentro del centro de salud, los obstáculos iniciales poco a poco se están superando. Teniendo a la vista los fundamentos de su accionar, se argumenta que la acción de las plantas medicinales se debe a más que la sola suma de sus principios activos y que no es posible investigar a la medicina tradicional si la medicina occidental no acepta tampoco evaluarse críticamente a sí misma. La propuesta del DMT es de buscar un camino intermedio, basado en el interés y el respeto mutuo – pilares de la interculturalidad, como una manera que permita iluminar una tradición con la otra, para trascender ambas y así crear una forma híbrida

---

<sup>5</sup> Objetivo 2 del Acuerdo de Cooperación firmado entre el Departamento de Medicina Tradicional de la FICSH y el Área de Salud No.6 del Ministerio de Salud Pública en Enero 2001.

de medicina moderna más adaptada a la realidad local y, simplemente, más humana.

### **Transkutuku**

Por otro lado, el DMT está intentando desarrollar y verificar sus propuestas en un ambiente geográfico donde la presencia e influencia del sistema oficial de salud es menos sentida. Shinkiatam, ubicado en la región de Transkutuku, fue el centro propuesto por la FICSH, a comienzos del año 2000, para instalar el primer modelo intercultural de salud, y donde se están transfiriendo algunos de los actuales avances y resultados obtenidos por el DMT en Sucúa. La población de Shinkiatam asciende a unos 350 habitantes. La presencia del estado se manifiesta a través de un centro educativo y un puesto de salud atendido por un auxiliar de enfermería. La comunidad se ubica a 3 horas de camino a pie del hospital de Taisha, un pequeño pueblo de 3000 habitantes donde se encuentra la Jefatura del Área de Salud No.7. Desde la ciudad de Sucúa, sede de la FICSH, se llega a Shinkiatam después de un vuelo espectacular de 35 minutos, por encima de la cordillera de Transkutuku, con la avioneta de la SASH (Servicio Aéreo Shuar).

La situación general de salud en Shinkiatam es bastante similar a la del resto de las comunidades del interior. Las principales patologías están relacionadas con factores socio-ambientales, particularmente las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la parasitosis intestinal. Hace unos 25 años, los misioneros salesianos introdujeron la ganadería, un nuevo modelo económico que también ha tenido repercusiones notables a nivel socio-ambiental. De las 2400 hectáreas de tierras que posee Shinkiatam, aproximadamente el 30% ha sido convertido en pastizales para el ganado. Otro porcentaje deforestado

del territorio corresponde a las huertas familiares y otro a la zona nucleada central, donde se encuentran el colegio, el puesto de salud, la capilla, la casa comunal, la nueva zona urbanizada y la pista de aterrizaje. Esto hace que la cobertura de bosque del territorio de Shinkiatam se haya reducido notablemente y que su capacidad de producción natural haya mermado tremendamente en las últimas dos décadas. Muchos animales, como tapir, huangana, monos, paujiles y guacamayos han desaparecido. El pez “shinkiatam”, que dio su nombre al centro cuando se formó en el año 1974, también ha desaparecido del río Panki, que bordea la comunidad y cuya producción en general también ha disminuido a causa de la pesca con dinamita y a 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. El programa de Shinkiatam es interesante por lo que intenta enlazar salud, educación y medio ambiente.

### **El Colegio y las plantas medicinales**

Al inicio del trabajo (marzo 2000), y con el apoyo de una ONG<sup>6</sup>, se puso en marcha un proceso de diagnóstico participativo que duró varios meses, para motivar a la comunidad a reflexionar sobre estos problemas y las posibles alternativas que, según ellos, ayudarían para mejorar la situación general de salud. Entre las distintas propuestas de la comunidad, se optó por dar mayor fuerza al proceso de revitalización y desarrollo de la medicina tradicional, especialmente las plantas medicinales. La asamblea general propuso que se construyera una huerta medicinal al lado del colegio, el cual debía asumir la responsabilidad de su cuidado y

---

<sup>6</sup> Farmacéuticos sin Fronteras.

mantenimiento. La comunidad, organizada en su *minga* tradicional trabajó para la limpieza, el cercado y la siembra de las primeras especies medicinales. En poco tiempo, logró limpiar y cercar un espacio de 3500 m<sup>2</sup>, donde posteriormente se sembraron unas 40 especies medicinales.

Uno de los objetivos de la comunidad es constituir la huerta medicinal en una especie de “semillero”, que permita difundir un mejor conocimiento sobre el potencial de las plantas medicinales y propagar un mayor número de especies cultivadas en todos los jardines familiares de Shinkiatam y de otros centros. El desarrollo de esta estrategia interna de promoción, intercambio y redistribución de los recursos medicinales ha sido encomendado al colegio. El asumir la responsabilidad directa del cuidado y mantenimiento de la huerta hace que ahora los alumnos del colegio vayan desarrollando más aprecio y conocimiento sobre los recursos medicinales de su medio ambiente, que muchas veces ya no se les transmitía en sus propios hogares. Ahora sucede que muchas veces son ellos los que terminan enseñando a sus propios padres, a la vez que estimulan entre ellos el interés y valor por reactivar los sistemas tradicionales de transmisión de conocimiento. De esta manera, se ponen en marcha procesos internos de reafirmación cultural y se va reforzando el enlace entre salud y educación.

Por otra parte, el colegio realiza trabajos de recopilación y sistematización de información sobre las propiedades y aplicaciones de las plantas medicinales que se cultivan en la huerta. Con el asesoramiento del DMT, se busca estimular el interés y la capacidad de los estudiantes para realizar sus propias investigaciones y establecer una farmacopea local de calidad, que permita responder eficazmente al tratamiento de los males y enfermedades más comunes en la comunidad. También, se ha iniciado un programa de capacitación para crear un registro

etnobotánico computarizado con un grupo de estudiantes de la comunidad becados en la ciudad de Macas.<sup>7</sup> De esta manera, los conocimientos tradicionales están complementados por nuevos datos que se obtienen de otras fuentes a través de estos procesos de investigación.

### **El Puesto de Salud y los remedios naturales**

Las mujeres shuar, al igual que en otras sociedades indígenas de la Amazonía, siempre cultivan plantas medicinales en sus huertas y preparan remedios herbolarios para tratar las enfermedades más comunes que se presentan en sus hogares. Son las personas en la comunidad que más interés han mostrado en participar directamente en las actividades de transformación de las plantas medicinales en remedios naturales, de acuerdo al modelo propuesto por el DMT. Las plantas cultivadas en el huerto comunal están ahora procesadas por dos mujeres de la comunidad en el puesto de salud. Con la persona responsable del puesto de salud (auxiliar de enfermería), siendo otra mujer shuar, este equipo femenino está realizando investigaciones para elaborar fórmulas herbolarias que van integrándose poco a poco dentro de la farmacia del puesto de salud. Un creciente número de pacientes que acude al puesto de salud ha sido tratado satisfactoriamente con estos remedios naturales alternativos, lo cual incide en una reducción del gasto económico y contribuye a reforzar el orgullo por su propia medicina tradicional. La auxiliar de enfermería participa directamente en la administración y el seguimiento de los tratamientos. La Jefatura del Área de Salud No.7, en el hospital cercano de Taisha, ha dado su aprobación y respaldo para que este modelo continúe y pueda demostrar su validez, sin la necesidad

---

<sup>7</sup> Capital de la provincia de Morona Santiago.

de recurrir a complejas investigaciones y ensayos clínicos, como en el caso del Centro de Salud de Sucúa.

El proceso inicial de investigación interna, entre el colegio y el equipo técnico del puesto de salud, ha permitido establecer una primera lista de plantas y remedios naturales esenciales. La elaboración de este listado se realizó a partir de los conocimientos tradicionales sobre las plantas medicinales utilizadas en la comunidad y las necesidades y demandas locales de salud identificadas por los propios investigadores. Como resultado del proceso de intercambio de conocimientos con el autor, también fueron incorporados otros datos no necesariamente “tradicionales”. Por ejemplo, en Shinkiatam, no se conocía el uso de la uña de gato (*Uncaria* sp.) o del Guayacan (*Tabebuia* sp.) como anti-inflamatorio, de *Euphorbia hirta* como anti-améxico, de la ortiga (*Urtica* sp.) para limpiar la sangre, del azafrán (*Curcuma longa*) como hepático, del jengibre (*Zingiber officinalis*) contra náusea y mareo. Por otro lado, este mismo proceso intercultural está facilitando la incorporación de nuevos conocimientos sobre las formas como todas estas plantas ejercen una acción sobre el cuerpo. En la farmacia de Shinkiatam, aparte de los fármacos comerciales, ahora hay remedios naturales para: fiebre, dolor de cabeza, mareo, tos, resfrío, gripe, bronquitis, diarrea y enfermedades gastrointestinales, parásitos intestinales, problemas ginecológicos, reumatismo, artritis, heridas, granos, hongos y quemaduras. A diferencia de la acción específica de los medicamentos de síntesis, estos remedios tienen funciones múltiples para apoyar y revitalizar los sistemas circulatorios, respiratorios, digestivos, así como efectos diuréticos, laxativos, depurativos y otros de eliminación. Fundamentalmente están destinados a apoyar los procesos curativos que el organismo pone en marcha durante el proceso de enfermedad. No se recetan solamente de acuerdo a los síntomas físicos que

presentan los pacientes, sino también de acuerdo a otros aspectos que atañen a su situación psicológica y emocional, procurando de esta manera incidir sobre aquellos factores que muchas veces constituyen elementos claves en los desequilibrios orgánicos. Estos enfoques representan otros aspectos del proceso de intercambio cultural, refuerzo y desarrollo de la tradición herbolaria, que la dinámica del proyecto está intentando transmitir y promover. La calidad de la atención que da el equipo técnico en el puesto de salud de Shinkiatam se caracteriza por la cordialidad en recibir y escuchar a los pacientes, en simpatizar y solidarizarse con sus problemas personales y familiares, en compartir con ellos sus conocimientos sobre las plantas y en explicar cómo se preparan los remedios y por qué son buenos. Además, las mujeres que atienden en el puesto de salud conocen la realidad y dinámica social de su pueblo y saben identificar los síndromes culturales propios para recomendar tratamientos complementarios de tipo espiritual o chamánico. Aunque esta parte del sistema local de salud aún esté desarrollándose en un nivel experimental, existe un gran entusiasmo y un cierto orgullo dentro de la comunidad por los resultados alcanzados hasta el momento. Se está viendo una notable disminución en el consumo de fármacos comerciales, ofreciéndose alternativas cultural y económicamente satisfactorias. Aunque las plantas están registradas por usos categorizados, como fiebre, dolor de estómago, etc., la mayoría de los tratamientos y fórmulas herbolarias se determinan de acuerdo a la situación particular de cada paciente.

### **Farmacopea vegetal de Shinkiatam**

<b>Nombre común</b>	<b>Nombre científico</b>	<b>Aplicación</b>	<b>Forma de preparación</b>
Chanca piedra	Phyllanthus	Fiebre,	Tintura-jarabe

	niruri	paludismo, sistema urinario	
Tiatina	Scoparia dulcis	Fiebre, tos, vómito, dolor de cabeza	Tintura-jarabe
Piñón blanco	Jatropha curcas	Fiebre, candidiasis, dolor de cabeza	Baño-resina
Albahaca	Ocimum sp.	Fiebre, gripe, tos, cólico, contraceptivo	Tintura-baño
Gengibre	Zingiber officinale	Vómito, náusea, tos, gripe, dispepsia, cólico, reumatismo	Tintura- jarabe- pomada- aceite
Palillo	Curcuma longa	Inflamación, dolor, dispepsia, hepatitis, hígado, úlceras	Tintura- decocción
Achiote	Bixa orellana	Piel, quemadura- dolor, mal de ojo	Tintura- pomada
Matico	Piper sp.	Heridas, tos, dolor, desinfectante	Tintura- pomada
Hishpingo	Ocotea sp.	Gastrointestinal, dispepsia	Tintura- decocción
Uña de gato	Uncaria tomentosa	Inflamación, riñones, reumatismo, úlceras, aparato uro-genital	Tintura- decocción
Malikua	Brugmansia sp.	Dolor, reumatismo	Linimento- pomada
Chanca piedra negra	Euphorbia thymifolia	Gastrointestinal, antibacteriano	Tintura
Naranja	Citrus sinensis	Fiebre	Tintura-jarabe
Yahuar Piri Piri	Eleutherine bulbosa	Gastrointestinal, conjuntivitis (antibacteriano)	Tintura
Guayaba	Psidium guajava	Antidiarréico, conjuntivitis	Tintura- decocción
Piri pri	Cyperus sp.	Hepático	Tintura- jarabe
Malva	Malachra	Bronquitis,	Jarabe



	rudis	inflamación	
Mullaka	Physalis pubescens	Hepatitis, hígado	Tintura
Wampu	Ficus insipida	Antihelmíntico	Jarabe
Hirta	Euphorbia hirta	Antiaméxico	Jarabe
Ortiga	Urera sp.	Hígado, tos, piel, reumatismo	Tintura, jarabe, pomada
Santonina	Spigellia sp.	Antihelmíntica	Jarabe
Paico	Chenopodium ambrosioides	Antihelmíntico-cólicos	Tintura-jarabe

### **En el plano social, cultural y ambiental**

En el plano social, la comunidad ha expresado su preocupación frente a los problemas chamánicos, ya que todos conocen el papel importante que los chamanes juegan en el plano psico-social y político de la enfermedad. Es un hecho que los conflictos sociales producen tensión y generan cuadros psico-somáticos que influyen en la incidencia o agravación de patologías que normalmente se pueden tratar sin mayor dificultad. Al igual que entre muchos pueblos indígenas, la brujería está siendo percibida como uno de los principales problemas de salud. Para la comunidad, no se trata tanto de erradicarla, sino de ver cómo disminuir o controlar su incidencia. La posición de los chamanes siempre está vista de manera ambivalente. Son respetados y temidos a la vez. Pueden curar y pueden hacer enfermar. Algunos piensan que al apoyar, o sea dar más importancia y poder a los chamanes, esto va a hacer que se incrementen los problemas de brujería. Algunos sugieren que se seleccione a los “buenos” chamanes para trabajar con ellos. Desde el exterior, se está proponiendo la “certificación” de los [buenos]

chamanes<sup>8</sup> y el establecimiento de un “código de ética” (UMIYAC, 2000). Otros dicen que se debe erradicar la brujería y que para esto hay que matar a todos los brujos. Otros dicen que no hay sólo buenos chamanes, sino que todos son buenos y malos a la vez. También, que no se puede acabar con la brujería, que siempre ha existido y siempre existirá. Además, que si se acaba con los “malos chamanes”, entonces no hay más necesidad de tener chamanes, ya que los chamanes curan por lo que otros chamanes hacen daño. Actualmente existe un movimiento interno de la FICSH para movilizar a los chamanes en un proceso de reflexión y discusión alrededor de estos temas. Hasta el momento, aún no parece haberse llegado a algo muy concreto sobre estos asuntos, y es probable que de haber soluciones, los mismos chamanes serán entre los primeros en aportarlas.

En el plano cultural, el proyecto ha puesto en marcha procesos de evaluación del estado actual de los sistemas tradicionales de transmisión de conocimientos y de las normas culturales que tradicionalmente constituían mecanismos de prevención, por ejemplo las medidas tradicionales que atañen a prevenir la transmisión de enfermedades contagiosas. El diálogo que se está motivando intenta promover el reconocimiento de los factores socio-ecológicos que inciden en el cuadro de enfermedades más comunes en la comunidad, como la desnutrición, la parasitosis intestinal o las enfermedades respiratorias. Si bien es cierto que estos problemas no son complicados de solucionar desde el punto de vista de la biomedicina moderna, es evidente que su accionar hasta ahora no lo ha conseguido. Hay serias ventajas en movilizar las capacidades locales de los propios sistemas tradicionales de salud para

---

<sup>8</sup> Propuesta de Ley de la Medicina Tradicional en el ámbito nacional.

enfrentar estos problemas, siempre y cuando éstos estén enfocados en el más amplio contexto psico-socio-ecológico. Entre las mujeres, se está evaluando la situación actual de los conocimientos tradicionales relacionados a la contracepción, los cuidados en el embarazo, parto y post-parto y a los recién nacidos, así como las posibilidades de incorporar nuevos elementos o instrumentos culturalmente apropiados y que contribuyan a mejorar las condiciones en estos campos.

En cuanto a la situación ambiental, como se dijo antes, la comunidad de Shinkiatam es una de las tantas de la zona que ha deforestado gran parte de su territorio para desarrollar la actividad ganadera. Si bien por un lado esto ha permitido que algunos comuneros consigan un capital económico útil, y en tal sentido una independencia económica relativa, por otro lado, esto ha creado una nueva dependencia del exterior y ha tenido mucho impacto sobre la capacidad de producción del bosque en proveer una alimentación tradicional más equilibrada. Además, las posibilidades de comercialización del ganado están reducidas: los mercados están a varios días de distancia y localmente se pagan bajos precios. La comunidad está evaluando estos factores ambientales y viendo qué decisiones tomar para mejorar su situación. A comienzos del año 2001, reunida en asamblea general, decidió prohibir el uso de dinamita para la pesca en el río Panki. Por otro lado, está buscando adoptar normas para la cacería y la extensión de los pastizales mediante reglamentos internos. De hecho que las decisiones tomadas en asamblea general no siempre son acatadas por todos los miembros del pueblo. Siempre se perfilan los conflictos inherentes entre la moderna organización social de la comunidad y las facciones sociales tradicionales. Además, para muchos, sobre todo los jóvenes, no parece tan claro cómo conciliar las aspiraciones de progreso y modernización con la situación de degradación ambiental y los valores culturales y espirituales propios.

Estos son procesos largos que, si se mantienen y se fortalecen a través de los sistemas de educación y de salud, podrían hacer que los cambios se orienten de manera más controlada y favorable, dentro de una nueva perspectiva del bienestar duradero.

### **El modelo integral de salud de Shinkiatam simplificado**

<b>Educación</b>	<b>Salud</b>	<b>Medio ambiente</b>
Colegio cultiva plantas medicinales	Puesto de salud procesa plantas y elabora fitofármacos	Comunidad dicta reglamentos de conservación (bosques/ríos)
Profesores + alumnos realizan investigación	Aux. enf. + equipo técnico investigan	Se reactiva normas trad. y transmisión de conocimientos
Enseñanza salud inter-cultural (bachillerato)	Difusión promoción área de influencia	Recreación chamanismo; cooperación código de ética

Al igual que el DMT en Sucúa, el modelo integral de Shinkiatam aún está desarrollándose en el nivel experimental. Durante el año 2002, el proyecto pondrá en marcha una serie de mecanismos de evaluación, junto con la comunidad, para poder determinar y sustentar la validez del modelo, así como las posibilidades de su transferencia a otros centros shuar en el próximo futuro. Por último, quisiera volver a precisar que este proceso no es tan sólo uno de fortalecimiento de los conocimientos tradicionales, sino más que todo de fortalecimiento de un proceso de

desarrollo interno, utilizando recursos culturales y biológicos fácilmente accesibles. Es decir que si se promueven plantas y tecnologías nuevas es por considerarlas adecuadas. Lo 'tradicional' no necesariamente implica algo ancestral, ya que las culturas constantemente se apropian de elementos nuevos. En tal sentido, es importante, sobre todo para la ONG o el investigador que trabaja en salud, no caer en el estereotipo de lo 'tradicional' como algo arcaico, del pasado, reconociendo que es algo mucho más dinámico, innovador y adaptativo.

### **El rol de la ONG**

Las dificultades antes mencionadas para el sistema oficial de salud en llegar a las comunidades indígenas y proveer servicios adecuados de atención de salud hace que parte de su rol esté siendo asumido por distintos organismos de cooperación internacional u organizaciones no-gubernamentales (ONGs). El Departamento de Medicina Tradicional de la FICSH ha recibido el apoyo de la ONG Farmacéuticos sin Fronteras (Francia).<sup>9</sup> Una vez que la FICSH propusiera que se instalara el modelo integral de salud en Shinkiatam, el autor, entonces representante de esta ONG, intentó aclarar ante la comunidad que su presencia estaba únicamente destinada a facilitar procesos internos de la misma comunidad y a apoyarla en su búsqueda de soluciones a los problemas de salud, en caso de que esto fuera lo que la comunidad realmente quisiera. Una de las primeras actividades que se puso en marcha fue entonces la motivación y apoyo a la comunidad en hacer su propio diagnóstico de salud

---

<sup>9</sup> El autor trabajó como representante de la ONG, Farmacéuticos sin Fronteras y como facilitador del proyecto aquí descrito durante el año 2000. Desde comienzos del año 2001 trabaja directamente como asesor del DMT.

integral. Este largo proceso debe darse desde el comienzo de un proyecto participativo y no puede culminar hasta que exista suficiente claridad en la comunidad para que pueda tomar decisiones propias y se generen de por sí los cambios necesarios al restablecimiento de un mayor equilibrio de la salud integral. Estos procesos involucran muchas relaciones de acercamiento, diálogo, intercambio y reflexión para llegar, poco a poco, a que la misma comunidad vea más claramente cuáles son los factores estructurales que determinan su actual situación de salud.

Este es un marco teórico-conceptual que no siempre es tan sencillo aplicar como puede parecer. En el contexto de la realidad local de una comunidad indígena, a menudo las cosas suelen ser un tanto lejanas a nuestras concepciones y proyecciones occidentales iniciales. En primer lugar es bueno recordar que el mismo concepto de “*proyecto*” e, incluso, el de “*salud*” (en la mayoría de las lenguas indígenas, no hay palabra específica para salud), suelen ser ajenos a la realidad local. *El proyecto* es una institución externa y ajena a la organización social y a la cultura indígena. El componente económico es uno de sus más atractivos y poderosos artificios, a tal punto que ahora entre las organizaciones y comunidades indígenas se ha creado una verdadera “economía de los proyectos”. Por experiencia, mientras más dinero haya en el proyecto, menos posibilidad habrá para que la comunidad asuma el control directo del proyecto, una vez que se retire el apoyo técnico financiero. “*La salud*”, de la cual habla generalmente el proyecto, es la salud de afuera, la salud concebida en términos occidentales. Cuando el proyecto de salud propone trabajar desde adentro de la cultura, como en el caso de un proyecto de fortalecimiento del sistema tradicional de salud, aún se enfrenta con el reto de romper con la idealización y las desviaciones conceptuales que suele haber en la mente occidental sobre medicina tradicional o chamanismo. Sucede

también que la mayor parte de las ONGs no cuentan con suficiente tiempo y recursos para trabajar con la gente local en el diseño y contenido del proyecto. Los resultados no se consiguen tan rápidamente como se lo plantean los proyectos y como lo exigen los organismos financieros.

Otra dificultad está en encontrar el punto de articulación y equilibrio dinámico entre la estructura organizativa moderna y artificial de “*la comunidad*” [Asamblea General – Directiva] y las formas tradicionales de organización y de comunicación social que aún se mantienen e influyen, de una u otra manera, muchas actitudes y decisiones. De alguna manera, parece ser que desde el punto de vista tradicional, el equilibrio se consigue manteniéndose la oposición o la divergencia. En ese sentido, es a veces difícil lograr un consenso general en la comunidad acerca de ciertos temas o problemas que lo requieren. Lo importante, en todo caso, es que la ONG pueda desarrollar la habilidad de poder seguir trabajando dentro de ambas realidades, es decir con las distintas formas de organización y sistemas de comunicación. Para esto se requiere tener un buen conocimiento de la realidad social.

La ONG también puede jugar un papel importante en cuanto a la transmisión de información de calidad sobre temas de salud y en la creación de capacidad dentro de la comunidad, por ejemplo para realizar investigaciones. Para esto, la ONG o el investigador de afuera, nuevamente, deben tener un buen conocimiento de la realidad local. Así mismo, pueden aportar en incrementar la capacidad de respuesta entre los profesionales del sistema oficial de salud, para que éstos presten servicios con mayor sensibilidad cultural y eficacia a los pueblos indígenas. Sería beneficioso que existiera una mayor comunicación e interacción entre los programas de las ONGs y el trabajo de los

antropólogos. Estos últimos suelen tener un buen conocimiento de las realidades locales y pueden aportar con su experiencia en los procesos de elaboración de programas y proyectos, en evaluar su viabilidad y participar en su monitoreo.

Por más que la comunidad haya manifestado su deseo de realizar el proyecto y parezca que lo haya hecho suyo, es importante cerciorarse de su voluntad real en asumir los procesos internos de cambio o adaptación necesarios y las formas de organización que permitan la viabilidad del mismo. Siempre es de considerar la situación de dependencia que inevitablemente se crea y hace que generalmente se espere del proyecto o de la ONG que lo apoya y financia, que traiga los cambios de afuera. La comunidad puede sentir que la presencia de la ONG es de vital importancia y sin ésta no estará dispuesta en asumir el reto del proyecto por sí sola. En todo caso, es bueno preguntarse constantemente durante el desarrollo del proyecto si la comunidad realmente estará con la capacidad de asumir su control y dirección dentro del plazo que dure la intervención de la ONG. Un indicador de importancia es si la idea del proyecto es de la comunidad o si es de la ONG. Aún muchas ONGs están atrapadas en sus propias necesidades de sobrevivencia económica, así como en sus propias lógicas y prioridades.

Por último, sabiendo que muchos de los factores estructurales de la salud son ajenos al mismo sector de salud, la ONG puede cumplir un papel importante en facilitar una mayor comunicación y coordinación a nivel intersectorial, para unificar criterios y esfuerzos en una dirección común y con la misma comunidad. Una vez más, lo fundamental es que los programas y proyectos se elaboren desde un comienzo con los mismos interesados, y que reflejen las expectativas y realidades de éstos. Así mismo, que se evalúen las posibilidades reales y que se constituyan verdaderos programas de



cooperación intercultural, basados en la confianza y el respeto mutuo.

### **Conclusiones y recomendaciones**

El presente artículo ha tratado de resumir algunos enfoques generales sobre salud indígena en la Amazonía ecuatoriana, así como sobre las variables a considerar en la elaboración de programas y proyectos de salud. Considerando las actuales realidades y necesidades locales, propone algunas reflexiones para el diseño y la instalación de modelos interculturales de salud. Se plantea que estos modelos pueden ser respuestas favorables para reducir los impactos negativos que surgen de los mismos procesos de desarrollo económico y social y se manifiestan en la prevalencia de cuadros patológicos que la medicina occidental no puede solucionar satisfactoriamente. También, se argumenta que éstos deben basarse en el reconocimiento de los conceptos globales de salud de los pueblos indígenas, la validez de sus modos de conocimiento, así como la capacidad de creatividad y adaptación que pueden desarrollar los sistemas tradicionales de salud para encontrar estas respuestas, conjuntamente con el sistema oficial de salud, las ONGs o los organismos de cooperación internacional. Para sustentar sus argumentos, el artículo hace referencia a las actuales experiencias que está desarrollando el Departamento de Medicina Tradicional (DMT) de la Federación Shuar (FICSH), tanto en el Centro de Salud de Sucúa como en la región de Transkutuku, en el Sur Oriente ecuatoriano. Considerando que las situaciones pueden ser distintas en otras regiones, en lo que respecta a la Amazonía ecuatoriana, podemos resumir de la siguiente manera:

1. Los factores determinantes de la salud entre pueblos indígenas son, ante todo, de orden socioeconómico, cultural y ambiental, en tanto que los procesos de integración en la sociedad nacional generan impactos directamente relacionados a la incidencia o prevalencia de ciertas enfermedades o epidemias.
2. No consideramos tan apropiado integrar las medicinas tradicionales dentro de los servicios oficiales de salud, sino más bien de potenciar la capacidad de adaptación y de creatividad de los sistemas tradicionales de salud, y promoviendo estrategias de cooperación.
3. Los pueblos indígenas y sus organizaciones representativas pueden asumir un papel activo para desarrollar enfoques más técnicos que políticos en la promoción de una salud integral; es decir, no solamente desde el punto de vista epidemiológico occidental o del asistencialismo curativo, sino tomando en cuenta los mismos problemas estructurales antes mencionados. Por ende, aceptar que la salud no vendrá solamente de afuera, sino de la potencialidad y la adaptación de las capacidades propias, que se puedan reactivar, fortalecer y desarrollar con estrategias, planes y programas apropiados.
4. El problema de la dependencia creada hacia la medicina occidental merece ser enfocado de manera mucho más seria, en tanto que sus efectos negativos sobre la salud individual y grupal por lo general no están suficientemente considerados. En tal sentido, se propone que los programas y proyectos de salud incorporen estrategias más concretas para intentar reducir el consumo irracional de medicamentos comerciales.
5. La interculturalidad, en el contexto de la salud, se plantea como una forma de comunicación y

cooperación entre culturas distintas que tengan la capacidad de aprecio y respeto mutuo. Se basa en el reconocimiento que, finalmente, cualquier realidad concebida sólo existe en relación a un marco de referencia específico. Como tal, no existe una sola realidad, sino más bien distintas realidades, creadas por el relativismo psico-socio-cultural de cada pueblo. Los conceptos de salud-enfermedad y prevención-tratamiento, en cierta medida, pueden entonces ser entendidos como representaciones culturales que merecen ser relativizadas. Por lo tanto, existe la necesidad de desarrollar mecanismos de interpretación y traducción de los conceptos que se manejan en ambas culturas para buscar puntos de coincidencia y comprensión mutua.

6. Un programa de salud indígena que enfoque más directamente los problemas estructurales podría tener más éxito en mejorar las condiciones generales de salud y de vida en general que cualquier programa convencional de salud, que se ocupe principalmente en tratar las manifestaciones externas del desequilibrio. El reto está en buscar las formas apropiadas de enlazar salud, educación, medio-ambiente e interculturalidad.

7. El Departamento de Medicina Tradicional (DMT) de la Federación Shuar (FICSH), está entre otras actividades, promoviendo formas de desarrollo intercultural de la tradición herbolaria local para su integración dentro de la red local de salud shuar, y la capacitación del personal a cargo de esta red (auxiliares de enfermería shuar en los puestos de salud) para su manejo y administración.

8. Para la ONG, el mayor reto consiste en buscar las formas apropiadas para apoyar a la comunidad en la concepción y elaboración de su propia propuesta de trabajo, donde se evalúan y se definen claramente sus aportes y los de la comunidad. También, es importante

revisar los estudios y trabajos que se han realizado en tiempos anteriores. Si bien no es siempre fácil saber qué hacer, existen muchas experiencias fracasadas de las que se puede aprender y que no necesitan ser repetidas. Estos procesos pueden demorar y no se considera éticamente correcto acelerarlos por intereses propios o ajenos a los de la comunidad.

### **Agradecimientos**

Gran parte del material aquí presentado es producto de una experiencia directa de trabajo y de vida entre distintos pueblos indígenas de la Amazonía, particularmente en Perú y Ecuador y durante muchos años. A ellos van mis primeros agradecimientos por las enseñanzas compartidas y la confianza manifestada. Espero que este artículo sea beneficioso, más que todo, para ellos. También, quiero agradecer a Farmacéuticos sin Fronteras por la confianza que me permitió conducir su proyecto de apoyo en una manera distinta a la que estaban acostumbrados. Agradezco a toda la comunidad de Shinkiatam y a la Federación Shuar por su aliento, su interés y su firmeza, particularmente a Rosa Tsenkush, entusiasta administradora del Departamento de Medicina Tradicional de la FICSH. Este trabajo va dedicado a todos ellos. Así mismo, quiero expresar mi gratitud a Yadira Acurio por su alegre compañía y su apoyo en el desarrollo de los trabajos de campo en Shinkiatam. De igual manera, a todo el personal del sub-centro de salud de Sucúa y al Dr. José Pozo, actual Director del Área de Salud No.6 de Sucúa, por su noble compromiso de trabajo con los pueblos indígenas del Ecuador. Por último, doy las gracias a Miguel Alexiades por sus sabios comentarios en la revisión de este artículo y el ánimo que siempre me dio para seguir intentando escribir.

## Referencias

**Acuerdo de Cooperación** entre la Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago, La Jefatura del Área de Salud No.6 de Sucúa, La Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH y Farmacéuticos sin Fronteras). Enero 2001, documento interno MSP-DMT-FICSH, Sucúa, Ecuador.

**AIDSESP.** 1995. *San Lorenzo: Salud Indígena, Medio Ambiente, Interculturalidad.* Los Cuadernos de San Lorenzo, Lima, Perú.

**Alexiades, M.** and D. Lacaze. 1996. FENAMAD 'Program in Traditional Medicine: An Integrated Approach to Health Care in the Peruvian Amazon'. En: *Medicinal Resources of the Tropical Forest*, Columbia University Press, New York, USA.

**Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas,** 2000, (folleto de presentación), Quito, Ecuador.

**Dolmatoff R., G.** 1986. *Desana, Simbolismo de los indios Tukano del Vaupés.* Procultura, Bogotá, Colombia.

**Kroeger, A.** y F. B. Freedman, 1984. *Cambio Cultural y Salud.* Ediciones Mundo Shuar, Abya Yala, Quito, Ecuador.

**Implementación de un Departamento de Medicina Tradicional** en el Centro de Salud de la FICSH, Junio 2000, documento interno DMT-FICSH, Sucúa, Ecuador.

**Organización Mundial de la Salud.** 1999 (WHO/HSD/00.1): Informe de La Consulta Internacional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. Ginebra, Suiza.

**Seri-consultores,** 1992. *Cultura y Naturaleza: un enfoque global sobre salud indígena en la Reserva de Biosfera del Manu, Madre de Dios, Perú.*

**UMIYAC,** 2000. "El Pensamiento de los Mayores – Código de Ética de la Medicina Indígena del Piedemonte Amazónico Colombiano". Santafé de Bogotá, Colombia.