

CONCEPCIONES INDÍGENAS DE SALUD Y ENFERMEDAD

una discusión entre lo oficial y lo tradicional

Celia Consuelo Menzala Peralta



Instituto Latinoamericano de Altos Estudios

**Concepciones indígenas de
salud y enfermedad: una
discusión entre lo oficial y lo
tradicional**

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Celia Consuelo Menzala Peralta

[ccmenzala104@gmail.com]

Doctora en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible; Magíster en Proyectos y Programas Sociales; Licenciada en Enfermería, con especialización en Salud Pública. Ha centrado su trabajo con prioridad en temas de monitoreo, evaluación y capacitación a personal y agentes comunitarios de salud en áreas geográficas de difícil acceso.

**Concepciones indígenas de
salud y enfermedad: una
discusión entre lo oficial y lo
tradicional**

Celia Consuelo Menzala Peralta

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Queda prohibida la reproducción por cualquier medio físico o digital de toda o una parte de esta obra sin permiso expreso del Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–.

Publicación sometida a evaluación de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación está bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-958-53724-7-4

© Celia Consuelo Menzala Peralta, 2021
© Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–, 2021

Derechos patrimoniales exclusivos de publicación y distribución de la obra
Cra. 18 # 39A-46, Teusquillo, Bogotá, Colombia
PBX: (571) 232-3705, FAX (571) 323 2181
www.ilae.edu.co

Diseño de carátula y composición: Harold Rodríguez Alba
Edición electrónica: Editorial Milla Ltda. (571) 702 1144
editorialmilla@telmex.net.co

Editado en Colombia
Published in Colombia

Contenido

INTRODUCCIÓN	11
<hr/>	
CAPÍTULO PRIMERO	
LAS COSMOVISIONES HEGEMÓNICAS:	
EL OCCIDENTALISMO, LA CIENCIA Y LA MEDICINA	15
I. La medicina en la Edad Media	16
II. La Modernidad: la medicina y el avance de la ciencia	18
III. Siglo xx: medicina y sociedad	20
<hr/>	
CAPÍTULO SEGUNDO	
LAS COSMOVISIONES DE LA SALUD	
ALREDEDOR DEL MUNDO	25
I. Expresiones de multiculturalidad	26
II. Tradiciones y costumbres	30
III. Rasgos de los sistemas terapéuticos tradicionales y la medicina	32
<hr/>	
CAPÍTULO TERCERO	
LA COMUNIDAD ASHÁNINKA	37
I. Etnografía general de la comunidad de Tziriri	38
A. Ubicación geográfica	38
B. Características demográficas	39
C. Características socio-culturales	40
II. Patrón de asentamiento, vivienda y servicios	41
III. Actividades económicas	43
A. Patrones de alimentación	43
IV. La familia asháninka	44
A. Infraestructura social en la comunidad	45

CAPÍTULO CUARTO

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LAS CONCEPCIONES ASHÁNINKA SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA MÉDICO ESTATAL	47
I. Diagnóstico aplicado a la investigación	49
A. Objetivo general	49
B. Objetivos específicos	49
C. Tipo de investigación	50
D. Ámbito de estudio	50
E. Población y muestra	50
F. Técnicas y recolección de datos	50
G. Procesamiento y análisis de la información	54
H. Resultados y discusión	54
1. Percepciones de los asháninka frente a la salud y enfermedad	54
2. Clasificación de las enfermedades según la percepción asháninka	56
3. Comportamiento de los asháninka cuando "está enfermo"	63
4. Tratamientos en el hogar	65
5. Sistema tradicional de salud	68
6. Sistema oficial de salud	75
7. Proceso de toma de decisiones durante el embarazo, parto y puerperio	78
8. Prestación de servicios del sistema oficial de salud	82
Conclusiones	103
Recomendaciones	105

CAPÍTULO QUINTO

CONSIDERACIONES FINALES ACERCA DE LA RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA MÉDICO ESTATAL Y LAS DIFERENTES CULTURAS ANDINAS Y AMAZÓNICAS	109
--	-----

BIBLIOGRAFÍA

Índice de tablas

TABLA 1.	Clasificación de las enfermedades según la percepción asháninka. Comunidad Asháninka de Tziriari	57
TABLA 2.	Percepción de los asháninka con respecto a la diarrea. Comunidad de Tziriari	62
TABLA 3.	Casos frecuentes que se curan en el hogar. Comunidad asháninka de Tziriari	66
TABLA 4.	Signos y significados de enfermedades de origen sobrenatural en la búsqueda de salud en la comunidad asháninka de Tziriari	74
TABLA 5.	Atención por grupos de edad y sexo en el puesto de salud de Tziriari	86
TABLA 6.	Número de atenciones a enfermos asháninka y no asháninka en el puesto de salud de Tziriari	87
TABLA 7.	Procesos de integración entre los asháninka y los no asháninka	91
TABLA 8.	Perfil de los trabajadores entrevistados que proveen servicios de salud	96
TABLA 9.	Percepción de las barreras para la utilización de servicios de salud. Comunidad de Tziriari	101

Índice de figuras

FIGURA 1.	Población Total de la Comunidad Asháninka de Tziriri	39
FIGURA 2.	Árbol de decisiones de la madre en la búsqueda de salud	65
FIGURA 3.	Programas del puesto de salud de Tziriri	83

Introducción

Desde el inicio del siglo xx los investigadores sociales han demostrado, a través de estudios empíricos, que la enfermedad, la salud y la muerte no se reducen a una evidencia orgánica, natural u objetiva, sino que son un constructo social; son un “hecho” que está relacionado de manera íntima con las características particulares de cada sociedad. Esto trajo como consecuencia que situaciones de enfermedad tuvieran un nuevo sentido desde la perspectiva socio-antropológica. La enfermedad, desde entonces, se ha entendido como una realidad socialmente construida, y el enfermo, por lo tanto, como un personaje social.

Los diversos enfoques y significados que pueden atribuirse a la enfermedad y a la salud, corresponden a distintos sistemas culturales y a ritmos temporales cambiantes. Para el mismo sistema de salud formal, el concepto de enfermedad ha cambiado de forma considerable en el transcurso de décadas, teniendo mayores vinculaciones entre las enfermedades y relacionando las percepciones que se tengan de estos conceptos con las posibilidades de realización personal y colectiva.

En el caso de las comunidades indígenas, las concepciones salud y enfermedad tienen puntos convergentes y divergentes entre unas y otras. Las comunidades nativas de la Amazonía, por ejemplo, manejan concepciones de la salud distintas a las de los habitantes de la zona rural de la sierra peruana; sin embargo, ambas concepciones refieren a prácticas mágico-religiosas y de conservación del medio ambiente. Para SORU, *et al.*:

Existen poblaciones, sin embargo, en las que los modos de concebir al ser humano y al proceso de enfermar son bien diferentes, comunidades en las que el hombre es concebido en una constante interacción con su entorno socio-cultural y su medio ambiente donde la salud se define en función de sus relaciones con la comunidad y la naturaleza a partir de una cosmogonía particular¹.

El sistema de salud con el que se cuenta en la actualidad tiene, la mayoría de las veces, formas fijas de concebir la salud y la enfermedad. Para CRUZ: “En sociedades indígenas tradicionales la relación naturaleza-cultura es íntima. La noción de persona está fuertemente vinculada con procesos naturales del entorno: medio ambiente en flora y fauna. La construcción cultural de la persona se

1 MARÍA FERNANDA SORU, LUCÍA DANIELA BORIS, XILENIA CARRERAS y DANTE GABRIEL DUERO. “Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento”, en *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, vol. 1, n.º 1, 2012, disponible en [<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2901>], p. 95.

extiende al ámbito familiar y comunitario”². Entre la concepción biomédica y la tradicional existen principios distintos. Esta última entiende el mundo desde la lógica de la metáfora o del pensamiento analógico. Su eficacia se basa en el experimento y en la observación de cualidades curativas de la flora (fitoterapia), o en la eficacia simbólica y social de la persona que cura; y le atribuyen un sentido social y cosmológico al infortunio del enfermo.

Desde esta perspectiva, se han analizado las cosmovisiones y el comportamiento de la población asháninka de Tziriri con respecto a la salud y a la enfermedad, y se ha evidenciado una riqueza cognitiva en su sistema de salud tradicional, el cual dista mucho de la biomedicina, lo que en muchos casos genera un desencuentro cultural.

La búsqueda de la salud es un proceso complejo que algunos autores han descrito como una serie de etapas, más o menos secuenciales, que parten desde la percepción de los primeros síntomas o, incluso, desde la susceptibilidad que tenga la población frente a una enfermedad. Tras esto, vienen algunos cambios en el rol social del enfermo: el cual es sometido a una interconsulta con un especialista; utiliza el servicio de espacios determinados para estos procedimientos; adopta conductas especiales y, finalmente, decide si cumplir o no el tratamiento indicado³. Las creencias y prácticas propias de la cultura asháninka hacen que el rol social del enfermo sea por completo diferente, porque la decisión de recibir tratamiento se toma al interior de la unidad familiar, y es la mujer quien decidirá, como parte de su rol reproductivo, quién atenderá al miembro de la familia que está enfermo.

Si bien el modelo biomédico ha y seguirá dando, resultados beneficiosos en la reducción de la morbilidad, se debe reconocer como impostergable la necesidad de ampliar el modelo estrictamente biomédico en la dimensión sociocultural, de manera que permita un reconocimiento más cabal de la realidad, de las necesidades de salud y del comportamiento de la población.

La comunidad asháninka es consciente de la necesidad de insertarse en el país con una ciudadanía plena. Se considera que su inserción a la vida nacional deberá hacerse a través de su aporte psico-sociocultural, para que se puedan comprender mejor las formas de relacionarse, sentir, pensar y actuar, y así poder obtener, a nivel individual y grupal, el intercambio y la solidaridad que logren la completa reconstrucción de su salud. Uno de los factores que determina la eficacia y efectividad del sistema de salud es, sin duda, el aporte que pueden

2 MIRNA LILIANA CRUZ RAMOS. “La sangre en la cosmovisión chatina y en las concepciones biomédicas locales”, en *Alteridades*, n.º 58, 2019, disponible en [<https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/1063>], p. 91.

3 ESTHER JEAN LANGDON. “Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención”, en *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 58, 2018, pp. 8 a 15, disponible en [<https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1993>].

dar los análisis a las condiciones que otorgan la salud a las personas. Sin embargo, aun parece existir un vacío en torno a esta realidad, lo que agudiza con fuerza la situación. Uno de estos vacíos halla su sentido en algunos condicionantes que niegan tales participaciones de estas comunidades indígenas “tales como su precariedad económica, así como la dificultad geográfica (traducida en difícil acceso y/o grandes distancias) para el acceso a los establecimientos de salud”⁴. Por lo tanto, la investigación del comportamiento de las poblaciones indígenas como los asháninka, con respecto a la utilización de los servicios médicos, puede enriquecer, mejorar y aun modificar los esquemas de los sistemas oficiales de salud.

4 MINISTERIO DE SALUD. *Comunidades indígenas: caracterización de su población, situación de salud y factores determinantes de la salud 2012*, Lima, MINSA, 2013, disponible en [<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2734.pdf>], p. 28.

CAPÍTULO PRIMERO

Las cosmovisiones hegemónicas: el occidentalismo, la ciencia y la medicina

¿Qué papel juega la ciencia y la medicina dentro de una sociedad? Aun cuando parece una pregunta sencilla de responder, la misma encierra una serie de planteamientos que se fundamentan en principio en el comportamiento del hombre dentro de un constructo social. Se diría en este sentido, que tanto la ciencia como su sucedánea comportan elementos que las hacen ser elementales dentro de una dinámica social determinada. Si bien las concepciones de poder están erigidas desde el pensamiento humano, se pudiera decir que tanto una como la otra tienen un sentido propio, así como una importancia que las hace únicas, es decir, que ellas forman parte de un comportamiento social pero que están determinadas en grado sumo por consideraciones verídicas y certeras que son los pilares de la ciencia y, por supuesto de la medicina como parte de esa objetividad manifiesta. Si bien los primeros síntomas sociales se dieron a partir de una suerte de configuración mágica, esta se debió a un pensamiento netamente hegemónico que trazó las líneas entre una verdad considerada dividida, y otra que habitaba en el concepto o en la idea. Esta primera versión de la verdad, será pues desplazada por los mecanismos que al decir de HEGEL será los que edifiquen las nuevas estructuras del pensamiento occidental,

así como la hegemonía científica será la que llegue a ocupar los ci-
mientos que una vez fueron habitados por la fe o las creencias.

I. LA MEDICINA EN LA EDAD MEDIA

El conocimiento de la medicina durante el Medioevo no fue un acontecimiento tal y como se le conoce hoy en día, es decir, que sus métodos y prácticas no fueron del todo similares a los que comúnmente se conocen, se diría que sus formas eran sin duda rudimentarias, además de considerarse para los tiempos modernos inusuales, y hasta imposibles de llevar a cabo, se diría en este sentido, que la medicina para aquella época no contaba con los adelantos que la ciencia moderna posee. Sin embargo, aun cuando sus prácticas eran un tanto ortodoxas, mantenía un conocimiento sobre el cuerpo, es decir, una permanente consonancia con los humores o estados de ánimo y, se creía en este aspecto, que las enfermedades se producían por un desequilibrio entre mente y cuerpo el cual debía de ser restaurado y, de esta manera recobrar la salud perdida. Para VALDIVIA *et al.*

Hablar de medicina en el Medioevo, desde el punto de vista práctico del vocablo, es considerar en primera instancia de limitados reservorios del conocimiento médico. Los monasterios cristianos (o abadías) medievales fueron quizás, los más importantes emporios culturales de la época; y en ellos, se depositó durante varias centurias todo el arsenal cognoscitivo relativo a las artes, la medicina y la historia, que se habían registrado en los antiguos textos griegos y romanos⁵.

Se dice que la medicina durante la Edad Media es una tradición o suerte de heredad de las antiguas civilizaciones griegas y romanas. Muchos de los aportes que fueron puestos en ejercicios se deben a

5 LÁZARO GERARDO VALDIVIA HERRERO, ANA MARÍA NAZARIO DOLLZ, LUCAS GARCÍA OROZCO, MILAGROS ESCALONA RABAZA, YAMILA BÁRBARA ARZUAGA MARTÍ y JORGE ISAAC SÁNCHEZ MIÑO. “La medicina como tema de representación en la historia de la pintura. La Edad Media y el Renacimiento pintan a la salud”, en *Enfermería Investiga*, vol. 2, n.º 3, 2017, disponible en [<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/762>], p. 119.

estas sociedades ciertamente avanzadas para su época, con la cuales se llevaron a cabo diversas intervenciones, entre ellas: amputaciones, como consecuencia de infecciones por diversas razones (falta de higiene), eliminación de cataratas o fijación de los huesos después de alguna rotura. Además, en algunas ocasiones se empleó la anestesia sin resultados beneficiosos ya que algunas incluían veneno. Si bien las operaciones y tratamientos fueron en su mayoría poco eficaces, de alguna u otra manera fueron los procedimientos que se dieron a conocer y llevados a cabo para confrontar los males que aquejaban a la población en general. Sin embargo, algunos de estos tratamientos fueron focos de infección provocando problemas de salud, puesto que sus conocimientos eran limitados. Para TAMAYO *et al.*,⁶ es importante destacar que la medicina durante esta etapa de la historia estuvo trazada por un conocimiento que se fundamentó entre la ciencia y una conciencia mística que reinó durante todo el periodo medieval.

La historia de la medicina durante el Medioevo debe su desarrollo a la oportuna transmisión de la obra de GALENO⁷. La medicina en esta etapa de la historia debe su importancia gracias a la traducción del árabe al latín, lengua del Imperio romano que dominó al mundo durante un largo periodo de la historia. Gracias a la difusión de las obras que fueron resguardadas en monasterios y abadías, estos conocimientos fueron protegidos; recuérdese que las prácticas médicas y los textos que albergaba el conocimiento científico estuvieron a manos de monjes quienes con mucho recelo enseñaban lo que por herencia se les había dado. Para BONT: “Los principales centros de enseñanza y práctica médica estaban localizados en los monasterios, donde se conservaban excelentes bibliotecas”⁸, además de ser un importante reservorio de la memoria histórica de los pueblos. El conocimiento de la medicina como ciencia fue en su momento un acontecimiento tardío

6 IRENE DIAMELA TAMAYO CARBONELL, CLAUDIA MACEO MARTÍNEZ, MANUEL ENRIQUE GONZÁLEZ RIVERÓN y BETANIA AURORA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. “Surgimiento y desarrollo de la medicina hasta el siglo XIX”, en *1 Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma*, Manzanillo, Cuba, 10 al 20 de junio de 2020, disponible en [<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/387/327>].

7 129, Pérgamo (actual Turquía) - 216, íd.

8 MARIBEL BONT P. “Orden medieval: origen de la Universidad y Medicina del Medioevo”, en *Comunidad y Salud*, vol. 3, n.º 1, 2005, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740824006.pdf>], p. 41.

debido a que no se consideró como tal sino hasta tiempo después, con la llegada de nuevos hallazgos en cuanto a la ciencia en sí, lo que trajo como consecuencia descubrimientos que fueron cruciales para el pensamiento humano.

II. LA MODERNIDAD: LA MEDICINA Y EL AVANCE DE LA CIENCIA

El significado de la Modernidad debe su nombre al despertar de la conciencia sobre los preceptos que han sido parte del pensamiento religioso del hombre. Básicamente la Modernidad reside en el pensamiento, es decir de un nuevo comportamiento frente al mundo. Este nuevo y visionario *ethos* proviene de un nuevo axioma que permite al ser humano lograr mediante sus ideas y medios la búsqueda de la verdad que antes parecía provenir de concepciones mágico-religiosas. Es decir que de ahora en adelante dejarán de aparecer para ser buscados mediante complejos mecanismos científicos. En este sentido, la Modernidad es sin duda un fenómeno que implicó el rompimiento de viejas estructuras de poder y pensamiento, pero también fue un discurso que puso al hombre a pensar sobre su existencia, su papel en la sociedad y su trascendencia.

En este aspecto, la Modernidad es desencantamiento de las formas reinantes, lo que para MARTIN HEIDEGGER⁹ será la desdeificación. La Modernidad será para ECHEVERRÍA “como una discontinuidad radicalmente innovadora respecto de la tradición”¹⁰. En relación a la medicina, la modernidad jugó un papel relevante, además de permitir su desarrollo a través de sofisticados mecanismos. En este sentido, esta etapa de la historia no solo permitió que se llevaran a cabo importantes avances en los tratamientos, diagnósticos e incluso de que la misma ciencia lograra significativos avances en sus procesos, dándose un despertar en relación al conocimiento de la misma ciencia y por supuesto de la medicina como tal. En este sentido, hablar de modernidad no es solo establecer ciertos rompimientos con las desvenejadas estructuras, también es ha-

9 Messkirch, Alemania, 26 de septiembre de 1889 - Friburgo de Brisgovia, Alemania, 26 de mayo de 1976.

10 BOLÍVAR ECHEVERRÍA. ¿Qué es la modernidad?, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2018, p. 6.

blar de los adelantos que no han aparecido de la nada, sino que han sido consecuencia de procesos complejos de pensamiento.

Un aspecto que no deja de estar presente es que el progreso de la ciencia se ha visto medido desde los dos últimos siglos que anteceden al actual, es decir, que la modernidad como etapa de la historia ha visto emerger de las aguas importantes avances en la ciencia y, con ella en la medicina. Siendo la medicina apéndice indiscutible de los adelantos de la ciencia, representa una actividad humana que está medida e influenciada por el entorno, por lo que sus mecanismos y procesos dinámicos giran en torno al hombre. Si la medicina ha presentado significativos avances como parte de ese complejo, pero inevitable sentido que maneja el hombre, es menester pensar que está determinado por su capacidad de pensamiento y el sentido con lo probable, incluso con lo medible, que es parte de la ciencia. Por lo que se cree que la medicina ha marcado importantes progresos que han desacelerado de alguna u otra manera los altos índices de morbilidad que en otrora era imposible de frenar. Para RIVERO y MARTÍNEZ:

Es evidente que la medicina actual tiene progresos indiscutibles: se han erradicado algunas enfermedades, se ha logrado establecer el tratamiento de otras que antes se consideraban incurables, se ha podido mantener la salud y controlar padecimientos crónicos, así como mejorar la calidad de vida de cientos de miles de seres humanos¹¹.

Debido a los adelantos en cuanto a la ciencia y a la tecnología, la medicina actual y moderna ha registrado reveladores hallazgos: un dato que parece indicar que la ciencia va al mismo ritmo con el que avanza el hombre en aras de generar procesos de cambio. Para CASTILLO *et al.*¹² antes del advenimiento de la ciencia, la medicina solo se habría enfocado en los horizontes de la ayuda, incluso del soporte. De allí

11 OCTAVIO RIVERO SERRANO y LUIS ARMANDO MARTÍNEZ. “La medicina actual: los grandes avances y los cambios de paradigmas”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 54, n.º 2, 2011, disponible en [<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n2/v54n2a4.pdf>], p. 21.

12 RAFAEL CASTILLO VARGAS, MARÍA DE LOS MILAGROS DÍAZ GARCÍA, IONMARA TADEO OROPESA y ZULEMA PÉREZ CASTELLÓN. “Pensamiento ético-filosófico en la medicina posmoderna” en *Revista Bioética*, vol. 19, n.º 1, 2019, pp. 4 a 10, disponible en [<http://www.cbioetica.org/revista/191/0410.pdf>].

que la medicina no solo habría logrado aproximaciones que la modernidad estaría dando por sentado en cuanto a procesos y diagnósticos que fueron generando en su momento la recuperación del paciente, tratamientos que fueron en su momento determinantes a la hora de ocuparse de algún tipo de afección o padecimiento, logrando de esta manera, que las posibilidades de vida sean mayores en comparación a hace unos años, donde no se contaba con tales adelantos en la medicina. En este sentido, la modernidad como acontecimiento social, incluso histórico, estaría ofreciendo una salida ante la imposición de procesos que se vieron comprometidos con la religión, aun con tratamientos que la misma modernidad a través del tiempo logró descartar.

III. SIGLO XX: MEDICINA Y SOCIEDAD

Sin lugar a dudas que el siglo xx ha representado para la medicina una importante etapa que se debe poner en relieve. Por un lado, el adelanto en cuanto a la medicina como tal halló su sentido en el conocimiento sobre las enfermedades, lo que permitió un acertado y oportuno tratamiento y, de esta manera, lograr que las enfermedades pudieran erradicarse, incluso el empleo de la medicina preventiva, que más adelante generó importantes revelaciones; y por el otro, la plena incorporación de otras disciplinas y adelantos como la bioquímica y la genética, entre otras ramas de la ciencia.

Estas últimas no solo estarían ofreciendo posibilidades para contrarrestar a las enfermedades más prominentes que atacaron con desmesura a la población, sino que estarían otorgando adelantos en las venideras investigaciones. Aun cuando el siglo xx tuvo sus aciertos y posibles hallazgos en sus tratamientos, arrastró grandes desafíos como las guerras mundiales y la posterior propagación de virus y agentes contaminantes en consecuencia de una desproporcionada industrialización en las principales ciudades del mundo. En el contexto latinoamericano las tasas de morbilidad y mortalidad se debieron “principalmente a enfermedades ocasionadas por agentes externos o microorganismos infecciosos: bacterias o virus”¹³.

13 RIVERO SERRANO y MARTÍNEZ. “La medicina actual: los grandes avances y los cambios de paradigmas”, cit., p. 22.

Es evidente que en las últimas décadas del siglo pasado la medicina experimentó profundos y significativos cambios que en cualquier otra época de su proceso histórico. Esto se manifestó en muchos aspectos entre los cuales se encuentran: el cuidado de la salud, además de los diversos tratamientos que han hecho su aparición a raíz de los adelantos y progresos que la medicina ha tenido. El énfasis en cuanto a la prevención de enfermedades, así como políticas que se han desprendido de los mismos estados para proteger a sus ciudadanos, las campañas para la erradicación de enfermedades que antes no existían y la propagación de agentes degradantes en el medio ambiente han vuelto a aparecer, los cuales ameritan tratamientos específicos y especializados.

Debido a factores vinculados al crecimiento poblacional, las enfermedades dieron también sus pasos adelante como consecuencia a diversos motivos, sobre todo aquellos relacionados a cambios de costumbres, dietas y estilos de vida que aminoraron la salud, estimulando así la aparición de enfermedades y padecimientos de tipo crónico, como por ejemplo diabetes, virus, epidemias e infecciones que hasta hoy han sido difíciles de controlar, en parte porque se ha desatado una cultura que permite el regreso de enfermedades que en algún momento se pensó que habían sido controladas poniendo en permanente riesgo poblaciones enteras.

Con el avance vertiginoso de la sociedad de consumo, otro panorama se vislumbró a mitad del siglo xx, “la aparición de nuevas y peligrosas enfermedades, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-, y otras aumentaron su gravedad, como la tuberculosis, que se volvió una enfermedad difícil de tratar por la resistencia a los antibióticos”¹⁴, por lo que la sociedad ha tenido que enfrentar difíciles y prominentes desafíos con las actuales cifras de muertes y tratamientos. El aumento de diversos tipos de cánceres, así como de complicaciones en las vías respiratorias debido al tabaquismo, sin contar con la aparición de nuevos virus que han sustituido en parte a las bacterias más resistentes cada día a los antibióticos, son acaso los retos que la sociedad del siglo xx tuvo que confrontar.

Entre la medicina y la sociedad y, en este sentido, entre una sociedad como la que se describe, el surgimiento de la técnica estuvo siempre atenta ante la aparición de enfermedades por lo que convierte a la medicina en una disciplina social, más que en una ciencia, es

decir, en una corriente que solo responde a los procesos de curación, prevención y atención, para ser parte de una sociedad que resguarda a sus habitantes.

Un aspecto hilarante y que se ha mantenido a lo largo de los años, sobre todo en países latinoamericanos, es la enorme desigualdad en cuanto a los servicios médicos, sin duda desafiantes para todo estado o nación, puesto que sus principales motores son sus habitantes, los que hacen posible a la sociedad en su conjunto. En este aspecto surgen las interrogantes en torno a las inmensas lagunas que hoy por hoy siguen en vigencia, como los desniveles socioeconómicos y las distancias sociales que todavía prevalecen en países subdesarrollados del continente americano donde el asunto de la salud y de la medicina se ha tornado en mercancía, por lo que debe ser controlado e intercambiado como un bien más dentro de la sociedad de consumo. Para ello, DÍAZ señala:

El economista norteamericano ALAIN ENTHOVEN había propuesto, dentro del marco neoliberal de la década de 1970, que la salud era una mercancía. Ello fue tomado por los países de América Latina como una verdad irrefutable, lo que condicionó en última instancia que los médicos se transformaran en proveedores y los pacientes en consumidores en el libre juego del mercado, sin considerar las desigualdades que ello provocaba [...] Las diferencias en la atención médica entre los diversos estratos sociales se profundizaron y ello se arrastra lastimosamente hasta nuestros días¹⁵.

Hoy en día nadie puede negar que existe una desigualdad social declarada y abierta, lo que ha generado enormes desequilibrios en cuanto a los avances de la sociedad y, con ella en las ciencias médicas. En este sentido, es siempre oportuno abrir la discusión en torno a este fenómeno que no solo ha permitido que diversos padecimientos estén al orden del día, sino que estas mismas desigualdades permitieron la aparición y brotes de enfermedades que para aquel entonces la sociedad tuvo que enfrentar como consecuencia de diversos acontecimientos, entre ellos de orden bélico, lo que arrasó con centenares de seres

15 ÁLVARO DÍAZ BERENGUER. "Medicina y sociedad", en *Cuadernos del CES*, n.º 5, 2009, disponible en [<https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art3.pdf>], p. 28.

humanos. Sin duda la sociedad del pasado siglo que permitió el avance de la ciencia y la medicina a través de adelantos médicos, tuvo que confrontarse con un enemigo que no descansó bajo ningún concepto. El imaginario de la sociedad de consumo, del hallazgo necesario de la penicilina también se encontró con un mercado voraz que no respetó los preceptos consensuados de la medicina antigua.

Si bien la sociedad del siglo xx estuvo marcada por significativos avances en la ciencia y en la medicina, no fue suficiente para que se desatara una enorme cifra de muertes a causa de la propagación de enfermedades que hasta mitad del siglo xx se creyeron erradicadas o controladas por los mismos adelantos científicos. Un dato ha revelado que este panorama se mostró con fuerza cuando diversos gobiernos y estados abrazaron el ideal neoliberal que acabó reduciendo de forma drástica el gasto público, lo que generó enormes brechas económicas entre las mismas sociedades que no vieron salida ante la crisis que este modelo pregona.

Esta reducción trajo como consecuencia el desmantelamiento de servicios de salud, esenciales para la población más vulnerable que no contaba con los recursos suficientes, esto sin contar que muchos avances en la ciencia se vieran también afectados por la crisis de un modelo devastador. Con estas medidas adoptadas por modelos inviables, muchas administraciones forman parte de estas crisis de salud, así como de los posibles avances en la ciencia y en la medicina que acompañó buena parte de la sociedad del siglo pasado, que aun roza con el actual siglo donde se le ha dado más prioridad a asuntos que en nada contribuyen al desarrollo científico. Una muestra palpable es la poca atención que se le ha dado al sistema de salud actual en países denominados en vías de desarrollo, lo que ha desatado una enorme crisis en su sistema de atención a los más desposeídos. “Tal es el caso de países como Haití que en la actualidad ha registrado un brote de enfermedades crónicas como consecuencias de altos índices de desnutrición, así como aquellas no transmisibles que cada día se vuelven más comunes”¹⁶, todo ello gracias a la escasa inversión en materia de salud por parte de las administraciones locales, aunado a las medidas adoptadas por países poderosos quienes diametralmente establecen las reglas de juego con los países más empobrecidos del planeta lo que genera una profunda crisis en sus sistemas de salud.

16 FATO FENE, OCTAVIO GÓMEZ DANTÉS y JAMES LACHAUD. “Sistema de salud de Haití”, en *Salud Pública de México*, vol. 62, n.º 3, 2020, disponible en [<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10938>], p. 299.

CAPÍTULO SEGUNDO

Las cosmovisiones de la salud alrededor del mundo

La manera en que se concibe la salud en diversas sociedades no determina los grados de madurez o niveles de conocimientos, puesto que cada cultura, así como cada sistema social humano entiende y logra descifrar sus propios procesos, es decir, que las miradas en torno a la salud no están medidas por el grado de sofisticación que hayan o no logrado algunas sociedades y culturas. Se dice que cada pueblo tiene su propio sistema de organización. Para algunas comunidades tribales, la salud está signada por los dioses, es decir, por la cosmovisión sagrada. Para FRANCO:

Cada cultura revela un modo particular de estar sano, enfermarse, curarse, hacerse sufriente en sus padecimientos crónicos y morir, tienen sus cosmovisiones, practicantes, acciones propias. Ningún modo es mejor que otro porque cada modo es aceptable, deseable y es aplicado en la cultura que lo contiene¹⁷.

Por otro lado, quien detentaba el oficio de médico o curandero era por lo general un oficiante o servidor de los dioses, el cual debía reunir ciertas características que lograba demostrar mediante el acucioso dominio de la ciencia. De manera que este debía poseer un exhaustivo conocimiento que lo hacía distinto al resto de sus hermanos, por lo que tenía dentro de su comunidad un rol importante, es decir, una misión que era resguardar la salud de sus coetáneos.

Para algunas comunidades aborígenes americanas el concepto de salud contemplaba un equilibrio entre el cuerpo y la Madre Tierra o *Pachamama*. Es decir, que los estados de salud estaban determinados por los grados de sostenibilidad que se lograban cuando entraban en conjunción con el cuerpo o la persona. La carencia o ausencia de salud no solo se manifestaba cuando existía el dolor, sino también cuando existía un rompimiento del orden espiritual con la tierra, medio o entorno. La energía que se emana de una entidad maligna puede provocar terribles males a un cuerpo o persona que esté biológicamente sana desencadenando terribles afecciones, perturbando no solo sus estados anímicos, sino también corporales o físicos. Si bien estas concepciones son ciertamente pretéritas, algunas culturas occidentales aún conservan estas formas, consideradas por otras como manifestaciones culturales o retazos de un pasado prehispánico, e incluso sin ningún aporte a las ciencias o avances médicos. Al igual que para las culturas griegas y romanas la salud estaba asociada a los humores. Sin embargo, aun cuando sus “enfoques fueron ciertamente racionales en ellas también prestaron atención a creencias fútiles como la adivinación, un hábito de pensamiento que no se ha extinguido hasta nuestros días”¹⁸.

I. EXPRESIONES DE MULTICULTURALIDAD

Se entiende por multiculturalidad la reunión de diferentes culturas que coexisten en un determinado territorio, ámbito o sector. También se de-

sociomédico y contemporáneo biomédico: ¿es posible?”, en *Revista Venezolana de Salud Pública*, vol. 7, n.º 1, 2019, disponible en [<https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2183>], p. 36.

18 JOSÉ E. GARCÍA. “El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad”, en *Ciencias Psicológicas*, vol. 9, n.º 2, 2015, disponible en [<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/619>], p. 341.

fine como pluralismo étnico y diverso donde llegan a convivir culturas sin que una u otra influya de forma drástica en la otra. También se entiende por multiculturalidad el conjunto de culturas, grupos o familias que cohabitan en un mismo lugar. El término multiculturalidad también alude a un comportamiento social que define a una determinada sociedad o civilización en relación a otra. De igual modo, el término contempla ciertas prácticas ancestrales, prácticas que entran en comunión sin que tengan que verse influenciadas por otras que comparten un mismo escenario, entorno e incluso un mismo espacio territorial. El concepto también alude a la “pluralidad o diversidad cultural”¹⁹.

La definición de multiculturalidad, como precepto ordenador se vio escenificado en algunas culturas que sufrieron la penetración de otras civilizaciones. En la antigüedad, y durante la época de los llamados descubrimientos, este proceso se mostró con mayor fuerza cuando diversas civilizaciones se encontraron cara a cara, generando no un amistoso encuentro de culturas, fueron más bien desencuentros o como lo ha señalado ENRIQUE DUSSEL²⁰ el ocultamiento del otro, no permitiendo el justo reconocimiento de sus prácticas, lengua y religión.

En la sociedad occidental, tal y como se le conoce, existen diferentes posiciones en torno a las culturas ancestrales, su posición en el mundo actual y sus aportes a la ciencia que todos conocen. Sin embargo, aun en pleno siglo XXI estas prácticas siguen siendo objeto de rechazo, catalogadas incluso de primitivas, pertenecientes a una edad oscura de la historia y puestas en desventaja en relación a las prácticas científicas dominantes. En la tradición china, por ejemplo, se puede hallar un pensamiento simbólico y mágico desde tiempos remotos, así como en algunas culturas aborígenes, como los mapuches sudamericanos que han desarrollado una sincronía entre el cuerpo y el entorno, forjadas todas ellas, desde una cosmovisión cultural y que forma parte de procesos complejos y ancestrales conectando cuerpo, mente y espíritu.

19 M^a ANGELES PASCUAL SEVILLANO y JAVIER FOMBONA CADAVIECO. “Buenas prácticas y multiculturalidad en la educación de personas adultas”, en *Revista Lusófona de Educação*, n.º 45, 2019, disponible en [<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6984>], p. 32.

20 ENRIQUE DUSSEL. 1492. *El encubrimiento del otro: hacia el origen del “mito de la modernidad”*, La Paz, Plural Editores, 1994, disponible en [<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/otros/20111218114130/1942.pdf>].

APARICIO señala refiriéndose a las culturas de Oaxaca que:

Las explicaciones tradicionales en Oaxaca hacen hincapié en la concepción dual del hombre y el mundo, pero como dinámica del equilibrio. La tierra fue tenida por los antiguos como el centro de la naturaleza [...] A la tierra se le hace pedimento igual que a Dios. Se reconoce el cuerpo y el espíritu de la naturaleza. Esas creencias, esas ideas y pensamientos están dentro de la cultura de salud de los pueblos originarios ya que el bienestar es precisamente el funcionamiento equilibrado de la naturaleza-entorno cuya repercusión en la naturaleza humana equivale a la salud²¹.

Estas concepciones mágico-religiosas, pero además de configuración con el entorno, son parte de un proceso complejo multicultural. Si bien América como territorio abarca un sinnúmero de civilizaciones ancestrales, estas cohabitan bajo un sistema de orden con el cosmos, así como también bajo un sistema terapéutico definido. Los grupos indígenas que fueron hallados durante el proceso de conquista poseían un sistema de curación y de prevención de enfermedades consideradas por los españoles como crónicas. Estas mismas contaban con un vasto y especializado mecanismo de cura que permitía el bienestar y una permanente lucha contra las enfermedades que fueron traídas por el hombre blanco en su viaje a las Indias.

Existe una relación intrínseca entre lo que sucedía en el medio, entorno y el cuerpo, no existiendo una separación entre ambas. El diálogo entre el cuerpo y la configuración cósmica estaba relacionada a la salud de los habitantes de estas apartadas regiones. Para APARICIO:

En el pensamiento indígena, ninguna acción humana, ninguna producción material o artística se llevan a cabo de forma aislada, separada o seccionada de la propia realidad amplia en la que esa parte de la cultura se da. Ningún etnomédico de los que he conocido, de cultura originaria, aun perteneciendo a distintos grupos, entiende lo que

21 ALFONSO JULIO APARICIO MENA. "Tres ámbitos de expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en mesoamérica", en *Antropología Experimental*, n.º 6, 2006, disponible en [<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2042>], p. 109.

se denomina asma bronquial, desligado de la influencia medioambiental, alimenticia, del estilo de vida, del trabajo y condiciones laborales, de lo emocional y vivencial, de sus relaciones con la familia y con la sociedad, de sus relaciones con la tradición incluyendo aquí organización y normas)²².

Y es en esta conjunción donde se logra ampliar el concepto de salud desde las culturas arcaicas pertenecientes a un pasado. Según los historiadores occidentales, estas relaciones estaban ligadas de manera íntima al orden divino o el cosmos, el cual no pasaba de ser solo supercherías o vagas creencias que en nada contribuían al canon civilizatorio traído de Europa.

Muy poco se sabe sobre el valor que las culturas ancestrales, llámense aborígenes, indígenas o tribales tienen en relación a la salud, a la prevención de enfermedades, a la cura de ciertos males puestos que desde el arribo del conquistador fueron sistemáticamente borradas, incluso de la memoria de sus pobladores. Sin embargo, estas aún prevalecen en agonía bajo la protección de entidades mágico-religiosas, contrarrestando los perversos mecanismos de destrucción que mitigan todo aquel acervo cultural milenario que todavía suele manifestarse mediante curaciones o procesos ancestrales de prevención. Lo que se traduce en que estas formas aún persisten actuando de manera casual y hasta folclórica conviviendo, incluso, en recetas médicas.

El rasgo más sobresaliente en relación a los conceptos de multiculturalidad es que aún persisten, es decir, cohabitan, relacionándose unos con otros. Si bien los adelantos en cuanto a la ciencia siguen dando sus aportes a la sociedad contemporánea, no se descarta que los conocimientos transmitidos de generación en generación por las comunidades aborígenes estén presentes, lo que permite que todavía vivan en el quehacer cotidiano de estas antiguas y ancestrales comunidades. Desde luego, el ideal de salud de estas pretéritas civilizaciones conservan es muy distinto al que solemos recibir de la medicina considerada moderna o civilizada, tal concepción, se logra contratar en los mismos mecanismos empleados, procedimientos, métodos y técnicas. “En la cultura occidental, la naturaleza se halla fuera del ámbito religioso y espiritual constituyendo un objeto de estudio de la ciencia positiva”²³,

22 *Ibid.*, p. 111.

23 *Ibid.*, p. 109.

lo que no descarta, en este sentido, que la ciencia ha creado esta separación para no verse comprometida con otros principios o lógicas de civilizaciones primitivas o arcaicas, tales como fueron consideradas en los albores del siglo xv durante la época de la conquista occidental.

II. TRADICIONES Y COSTUMBRES

La tradición y las costumbres tienen aspectos comunes que suelen compartir. Dentro de las culturas ancestrales milenarias tanto la tradición como la costumbre, juegan un papel importante en la transmisión de saberes, procesos culturales, organizativos, prácticas medicinales, tratamientos y diagnósticos. Una de las características de estos tratamientos y de las prácticas medicinales tradicionales radica en el vínculo cultural del propio ser con el grupo. No se conciben separados, antes bien, su sentido está en la conjunción, de allí radica su fuerza.

Si bien la tradición de poder transmitir el conocimiento medicinal se da a partir del intercambio de ese “saber acumulado a través de generaciones”²⁴ que logran pasarse a través de diversos medios. Uno de ellos es la oralitura, suerte de legado que se constituye en el modo para transmitir sus conocimientos, así como lo hacen otras culturas con la literatura, que al decir de BÁRCENA “era el medio que aseguraba la continuidad de tradiciones, costumbres, valores e identidad de una época o lugar”²⁵. Si bien los procesos ancestrales que se logran pasar de unos grupos a otros tienen objetivos específicos, también es importante destacar que, así como ellos logran generar procesos cohesivos en cuanto a tradiciones, de igual manera sucede con la medicina ancestral cuyo propósito no es solo curar sino mantener y perpetuar la cultura, su lengua y su identidad.

Tradición quiere decir continuidad de algo, en las culturas mapuches, por ejemplo, así como en otros grupos tribales, la tradición juega

24 ALFONSO JULIO APARICIO MENA. “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, en *Gazeta de Antropología*, n.º 21, artículo 10, 2005, disponible en [https://www.ugr.es/~pwlac/G21_10Alfonso_Aparicio_Mena.pdf], p. 1.

25 LETICIA BÁRCENA DÍAZ. “Recuperación de una tradición: la historia oral como medio de investigación en el bachillerato”, en *Vida Científica Boletín de la Escuela Preparatoria N.º 4*, vol. 8, n.º 15, 2020, disponible en [<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/view/5244>], p. 55.

un papel importante en los procesos de identidad. Una de ellas es la denominada etnomedicina, medicina tradicional distinta a las que se conocen en Occidente. Son prácticas muy distintas a las dominantes hoy en día. Estas concepciones de la medicina y de los tratamientos toman como centro a la naturaleza, la cual forma parte con la cultura de los pueblos y se adapta a la realidad tangible. La etnomedicina interactúa con la Tierra, es decir, que toma sus propiedades para hacerlas parte del orden cósmico,

la intervención de esta medicina no sólo se hace sobre el enfermo, sino sobre él de manera integral (como elemento integral de la naturaleza) [...] cualquier desequilibrio en los planos de la multirealidad (física - simbólica) es, o puede ser, causa de enfermedades en las personas”²⁶.

Desde los espacios más recónditos de la Patagonia en Argentina y Chile, hasta los escarpados montes de Oaxaca en México, la etnomedicina se basa fundamentalmente en el equilibrio sostenido con el orden cósmico, es decir que su fuerza radica en los poderes que la naturaleza posee, del ser humano, de los procesos mismos culturales y creencias, de seres espirituales y del orden cósmico, este último relacionado con las deidades o seres superiores que alguna vez habitaron el mundo.

Buena parte de estas prácticas obedecen a procesos de tradición, pero también a las costumbres que están presentes en ciertas comunidades ancestrales americanas. El empleo sistemático de algunas plantas para curar o tratar dolencias y males, muchas veces no solo en su concepción bioquímica, sino por poseer atributos energéticos beneficiosos para la salud y el bienestar de la persona. En la actualidad se estudian, consiguiendo excelentes resultados en la ciencia y en los adelantos medicinales: como el pelo de maíz que se emplea para eliminar líquidos; los pétalos de rosa en infusiones que tienen propiedades relajantes y medicinales. Existen comunidades que suelen llevar a cabo interesantes métodos y técnicas ancestrales para el cuidado de pacientes, como aquella donde se usan las manos como instrumentos de terapia, generando no solo que el paciente mejore, sino que todo su núcleo familiar logre una estabilidad tanto física como emocional.

26 APARICIO MENA. “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, cit., p. 5.

Otro de los aspectos esenciales en relación a la salud de los pacientes es que permanecen bajo el cuidado y resguardo de un médico, chamán o depositario de saberes ancestrales lo cual resulta beneficioso. El hecho de verse acompañado de su médico, incide en el proceso de recuperación del paciente quien se ve cuidado y protegido, debido a una atención integral que se fundamenta desde un pluralismo médico, el cual se basa en la comprensión, en atender y conocer los procesos de manera complementaria y no desde una atención biomédica²⁷.

III. RASGOS DE LOS SISTEMAS TERAPÉUTICOS TRADICIONALES Y LA MEDICINA

Los rasgos que definen a los sistemas terapéuticos de tipo tradicional son aquellos que no cuentan con intervenciones que no sean las mismas propiedades que contengan. Para LEMOINE, POUMIER y MARTÍNEZ:

La OMS (Organización Mundial de Salud) conceptúa la Medicina tradicional (MT) y medicina complementaria o alternativa (MCA): como un término general que abarca diversas formas de medicina autóctona y los sistemas de medicina tradicional como la medicina tradicional china, la medicina ayurvédica de la India y la medicina unani árabe. La medicina tradicional puede basarse principalmente en la medicación, la administración de medicamentos herbarios, partes de animales o minerales o en intervenciones -sin recurrir a la medicación-, como sucede con la acupuntura²⁸.

27 RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ. “Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y estrategias de vida”, en *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 85, 2020, pp. 88 a 110, disponible en [<http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rubmumaz.pdf>].

28 EILEEN INÉS LEMOINE FALAGAN, MARICEL POUMIER VINET y LETYS MINERVA MARTÍNEZ SÁNCHEZ. “La terapia floral: una alternativa en niños con trastorno del lenguaje (tartamudez)”, en *Revista Cognosis*, vol. 5, n.º 2, 2020, disponible en [<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1536>], p. 111.

Para el antropólogo e historiador de las culturas ancestrales MIRCEA ELIADE²⁹ señala que uno de los rasgos más sobresalientes es que la medicina tradicional está asociada a una idea de vinculación con fuerzas ancestrales y tribales, además de la relación para mantener el orden y la integridad. De allí que el empleo que hace el médico, chamán o curandero, debe estar abrazado a una propuesta íntegra que logre conjugar todo aquello que lo rodea puesto que todo forma parte de un orden cósmico. De allí que es muy complejo para algunas comunidades aborígenes el concepto de salud ya que no está desligado de otros aspectos que llegan a ser armónicos con el cuerpo, mente y espíritu. “Si una persona se enferma es porque tal equilibrio se ha alterado con respecto a la naturaleza. Por ello, el tratamiento debe ser siempre holístico”³⁰.

De acuerdo a APARICIO³¹ son cinco los rasgos que definen los sistemas terapéuticos, así como la medicina de estas antiguas civilizaciones:

1. Validez. La cual se basa en que los sistemas de curación y terapia están adaptados a entornos o contexto socioculturales definidos, los cuales responden a necesidades puntuales de los grupos.
2. Empleo de recursos provenientes de la naturaleza, entre ellos: plantas y minerales, que se usan no solo como medios para aliviar algún tipo de dolor, prevenir y combatir enfermedades, sino con el objetivo de que tengan una poderosa conexión con sus procesos culturales y espirituales.
3. La observación plena de la enfermedad, lo que se traduce en que la enfermedad no es un ente que está separado del orden cósmico, sino que pertenece a un espacio simbólico definido. Todo lo que acaece al sujeto le ocurre al entorno.

29 MIRCEA ELIADE. *El mito del eterno retorno. Arquetipos y repetición*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2001, disponible en [https://monoskop.org/File:Eliade_Mircea_El_mito_del_eterno_retorno_2001.pdf].

30 ANDREA XIMENA BERNAL GONZÁLEZ. “Entre la posta y la sabiduría ancestral: las necesidades de salud reproductiva y materna en las comunidades Asháninka, Quempiri y Potsoteni del río Ene y las respuestas del Estado” (tesis de licenciatura), Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018, disponible en [<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13615>], p. 11.

31 APARICIO MENA. “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, cit.

4. Los métodos y técnicas no son sistemas autónomos del resto del pueblo. Así como salud/enfermedad son consecuencias de un desequilibrio o equilibrio “lo que puede ser salud en un caso, para alguien concreto o en una situación específica puede resultar enfermedad (o entendido como tal) para otro, o en otra situación diferente; y viceversa”³².
5. Los sistemas de salud de los pueblos originarios y de las culturas tradicionales mantienen un sostenido equilibrio con el cosmos, lo que equivale a que estas culturas estén sometidas por las leyes del universo, también por aquellas que rigen sus creencias, formas complejas que son guiadas por seres de la naturaleza. Es decir, que están relacionadas de manera íntima con el todo y el universo.

Estos rasgos, así como los procesos terapéuticos y la medicina tradicional ancestral no están separados del orden cósmico. Su naturaleza radica en la configuración temporal y espacial. No es solo el tratamiento en sí lo que la hace distinta. Su esencia está no solo en el bienestar del cuerpo como espacio físico, también como hábitat de las emociones. El bienestar pasa por ser también la posibilidad de estar conectado con el entorno, con el ámbito, con el universo. De allí que en la salud, en las culturas tradicionales americanas, chinas, entre otras, es importante la armonía entre diversos factores que interactúan con el cuerpo, con la mente y con el grupo social. También la salud es la posibilidad de conocer y de comprender, de allí que la naturaleza se logra conjugar con aspectos de la cultura para sanar mediante procesos terapéuticos ancestrales. Con el arribo de las ciencias y técnicas biomédicas, las necesidades de acudir a otras opciones son cada vez mayores debido a una suerte de cansancio, aparte de las nociones que hacen de las prácticas medicinales tradicionales mucho más efectivas que la misma ciencia, puesto que esta última, desestima las posibilidades que la naturaleza ofrece.

Buena parte de estas prácticas ciertamente científicas, obedecen a procedimientos que están vinculados con el poder que emana del propio discurso médico que no admite variedad, ni mucho menos pluralidad en sus tratamientos e intervenciones. “Desde la perspectiva

32 APARICIO MENA. “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, cit., p. 4.

biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico”³³, lo que se convierte en un terreno cuyo sentido está asociado al aspecto del poder y de la exclusión que forma parte de la sociedad de consumo que contempla todo un sistema de ordenación sistemático, que comparado con otros saberes, establece todo un mecanismo de control que minimizará otros sistemas y creencias, así como de tradiciones y costumbres médicas ancestrales.

33 EDUARDO L. MENÉNDEZ. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en *Salud Colectiva*, vol. 1, n.º 1, 2005, disponible en [<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1>], p. 10.

La comunidad Asháninka

La cultura asháninka comprende un conjunto de ideas, valores y prácticas relativas a la salud, enfermedad, curación y muerte. La visión asháninka sobre la salud y la enfermedad expresa un equilibrio entre el cuerpo y el espíritu, en que las muertes, sin causa aparente, son atribuidas a la acción de una entidad sobrenatural, además de contar con un sistema curativo propio, en que las creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad son producto de su desarrollo cultural y no se derivan del marco conceptual de la medicina oficial.

A lo largo de los años, tras la aparición de nuevas enfermedades, los asháninka han tenido la necesidad de recurrir a otros sistemas curativos para atender su salud. Después de la conquista, el contacto con la población foránea provocó el contagio de enfermedades nunca antes conocidas como la viruela, el sarampión, la tos convulsiva y la gripe, las cuales ocasionaron muchas muertes indígenas, por lo que han tenido la necesidad de recurrir a otros sistemas curativos para tratar éstas y otras enfermedades catalogadas como de origen biomédico³⁴.

34 EDUARDO ESTRELLA. *Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía*, Lima, Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) y Secretaría Pro-Tempore, 1995.

Por otro lado, el desplazamiento forzado de la población asháninka al interior de la selva a causa de la violencia subversiva (período 1987 a 1993), agudizó el debilitamiento de su sistema curativo tradicional con el consecuente rompimiento de la relación hombre-espacio-naturaleza y las limitaciones en el acceso a los insumos y recursos naturales propios de su hábitat. Con el cese de la violencia, los asháninka han estado más expuestos a participar de la dinámica socio-económica de la selva central y hacer uso de los servicios públicos, entre ellos los servicios de salud.

I. ETNOGRAFÍA GENERAL DE LA COMUNIDAD DE TZIRIARI

A. Ubicación geográfica

La comunidad nativa³⁵ de Tziriari deriva de la palabra *tzirini* que significa pez anguila, que vive en el río del mismo nombre. Está ubicada a 43 kilómetros al noroeste de la ciudad de Satipo (departamento de Junín, Perú) y conectada a Mazamari y a Tziriari por una carretera afirmada y trocha carrozable respectivamente.

El área de relación intercomunitaria de Tziriari está constituida por seis comunidades asháninka que ejercen el control del espacio físico y mantienen patrones que recogen elementos del mundo ancestral indígena en que la utilización de recursos tiene una forma común basada en un sistema particular de organización interna.

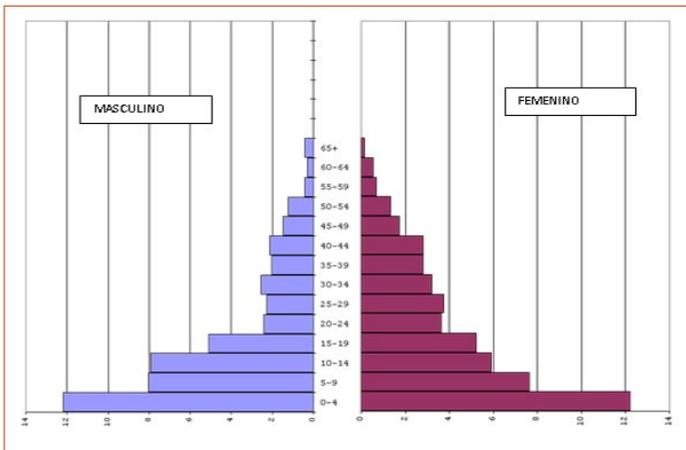
35 En la propuesta de Régimen de Protección de los conocimientos de los pueblos indígenas, elaborada por INDECOPI en agosto de 2000, se define que las *comunidades nativas* tienen origen en los grupos tribales de la Selva y Ceja de Selva, y están constituidas por conjuntos de familias vinculadas por los siguientes elementos principales: idioma o dialecto, caracteres culturales y sociales, tenencia y usufructo común y permanente de un mismo territorio, con asentamiento nucleado y disperso. Definen como *pueblos indígenas*, a las poblaciones que descienden de poblaciones que habitaban en el país, o en una región geográfica, a la que pertenece el país en la época de la conquista o colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. A efectos del dispositivo, toda referencia a “pueblos indígenas” se entenderá referida a comunidades nativas y campesinas.

Desde que en 1987 la violencia subversiva se instaurara en la selva central peruana, muchos asháninka fueron despojados de sus tierras, familias y costumbres, y tomados cautivos por los subversivos, pereciendo por falta de alimentos y contraer enfermedades. En dos oportunidades la comunidad fue quemada y los pobladores debieron separarse para preservar sus vidas. El 18 de agosto de 1993, la venganza senderista –por la liberación de miles de nativos que se encontraron en condiciones de rehenes– produjo el asesinato de 57 personas de los caseríos de Sol de Oro, San Isidro, Tziriri, Monterrico, Santa Rosa de Tziriri, Pueblo Libre, entre otros.

B. Características demográficas

La comunidad de Tziriri está constituida por 746 nativos asháninka, según el censo realizado por la comunidad en 2001. La pirámide poblacional muestra una base extensa en la cual los menores de 15 años representan el 52% de la población total, mientras que los mayores de 64 años, apenas el 1%³⁶.

FIGURA 1. Población Total de la Comunidad Asháninka de Tziriri



36 Cabe señalar que los datos del censo respecto a la edad, se basa en aproximaciones ya que la población desconoce su edad real.

El índice de masculinidad es de 92,3 por cada 100 mujeres. Se observa que, a partir de los 20 años, se acentúa la disminución del número de hombres debido a la alta migración de la población masculina joven y muerte por violencia de varones ocurrida durante la época de la subversión.

C. Características socio-culturales

• *Identidad*

El nombre con el cual ellos mismos se definen es “asháninka”, que representa una autoafirmación étnica, el cual significa “gente” y tiene un valor excluyente. Los “otros” son los Atsiri o Atiri. Los asháninka han sido más conocidos con el término “campa”, palabra que fuera interpretada por personas quechua hablantes como *thampa* que quiere decir, en quechua: harapiento, sucio y despeinado. La denominación de “campa” ha sido usada de manera peyorativa por mestizos y colonos.

El lenguaje utilizado es el asháninka, que pertenece a la familia lingüística arawak o arahuaca. El grado de bilingüismo en la población de Tziriri es mejor que el de los pobladores de los ríos Tambo y Ene, donde la mayoría del asháninka es monolingüe. El castellano se ha introducido poco a poco a través de la escuela y el contacto continuo con los colonos. Buena parte de la población masculina es bilingüe. En las mujeres, el nivel de castellano hablado es muy elemental.

• *Vestimenta*

Dada las altas temperaturas de la zona, sobre todo durante el día, los asháninka usan por vestimenta la “cushma”³⁷. El material de la prenda varía según el sexo. Para los hombres es algodón, mientras que para las mujeres, tocuo, previamente procesado de color marrón.

El vestido o “cushma” sirve también para dormir. Los asháninka recogen dentro de la “cushma”, sus brazos y piernas, cubriéndose del todo. Es poco frecuente el uso de cobertores para dormir. Tampoco es usual el uso de chompas; más bien si una persona usa chompa, de

37 Vestimenta similar al poncho, cerrado a los lados con líneas verticales y con una abertura vertical para los hombres y con líneas horizontales y abertura similar para las mujeres.

forma irónica es llamada “shori” –término peyorativo que alude a la persona procedente de la sierra–.

La cultura asháninka ha establecido sus propias reglas de autoinserción con otros “civiles”, los de las áreas urbanas. Cuando visitan las comunidades de colonos, los asháninka usan ropa urbana; sin embargo, algunos niños se resisten a usarla porque provoca la burla de otros niños quienes los llaman “shori”. En ocasiones especiales, utilizan adornos como collares, coronas, brazaletes y bandas. En áreas donde existe menor presencia de colonos, los asháninka suelen pintar su rostro de color rojo.

II. PATRÓN DE ASENTAMIENTO, VIVIENDA Y SERVICIOS

La cultura asháninka tiene un patrón de asentamiento disperso. Es decir, en pequeñas unidades unifamiliares, rodeadas de su chacra y a cierta distancia de otra unidad familiar. En la actualidad, la comunidad de Tziriari constituye una de tipo mixta con nuclearización y dispersión a la vez. Desde su propia concepción, el patrón de asentamiento disperso permite un perfecto equilibrio con el medio ambiente, lo que garantiza la alimentación, en especial de los niños, como también protegerse del contagio de enfermedades producto del contacto con los colonos o de la acción del brujo o *matsi*, y conservar su identidad cultural. Este patrón disperso también se mimetiza en el bosque, que protege a la comunidad de la erosión y el calor.

Respecto a la actividad diaria, los asháninka pasan la mayor parte del día en la chacra. Sólo en horas de la tarde se reúnen en la comunidad para socializar. Durante las fiestas mensuales nocturnas, la comunidad bebe masato, baila y canta en los patios centrales. El nivel de interacción entre los pobladores se incrementa cuando participan en la construcción o reparación de la escuela o el puesto de salud y en actividades de pesca, caza y protección mutua, aunque en los trabajos agrícolas la cooperación es menos frecuente.

Por lo general, la vivienda de los asháninka está construida con columnas de madera, paredes de caña o pona³⁸ techo de palma y piso

38 Palmera cuyas fibras sirven para la elaboración de pisos en las viviendas asháninka.

de tierra. Está conformada por una habitación (dormitorio), un ambiente para recibir visitas y un área con techo sólo para la cocina. No cuenta con muebles. Cuentan más bien con troncos gruesos que sirven de bancos, y con esteras de palma fabricadas por las mujeres para que los asháninka se sienten mientras charlan y comparten el masato y sus alimentos. La vajilla es de aluminio, y está dispuesta con cuidado en una tarima hecha para tal fin, muy limpio y ordenado, limitadas a ollas, pocillos, tazas y *pajop*³⁹, los cubiertos son escasos y limitados a cucharas. El combustible usado para cocinar es la leña, mientras que para la iluminación utilizan mecheros a queroseno. Por otro lado, el uso de mosquiteros en los dormitorios es minoritario.

La red de agua con instalaciones de caño común está inutilizada desde hace tres años debido a la caída de un alud sobre el tanque. La población se abastece de agua proveniente de los riachuelos Cubaro y Tziriri, donde se realizan pocas actividades de lavado de ropa o usos para higiene personal, sin embargo, durante el proceso de recolecte, almacenamiento y uso, el agua se contamina, a lo que debe ser tratada para su consumo. El acarreo de agua es una actividad propia de los niños y niñas. El tratamiento del agua no es usual, refiriendo “que cuando la hierven ésta tiene otro sabor”. Consideran que el río Sonomoro que discurre al lado este de la comunidad está contaminado porque los colonos de la comunidad vecina ubicada aguas arriba, lava con frecuencia el café durante su procesamiento, sin embargo, este río sirve para lavar la ropa y la población habitualmente realiza su higiene personal allí.

Hay muy pocas letrinas sanitarias ubicadas a una distancia mayor de las fuentes de agua, han sido construidas por los propios pobladores, bajo la dirección del personal del puesto de salud, no contando con las especificaciones básicas en cuanto a su construcción, sumados a la mala utilización y mantenimiento.

Existe una red termoeléctrica que funciona con petróleo, pero dado el alto costo del combustible, la red no está operativa. Así mismo, los postes de alumbrado público y las redes de administración están inutilizados.

III. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Las actividades económicas tradicionales son: la caza, la pesca y la recolección de alimentos, lo que les permite cubrir sus necesidades de subsistencia. Entre los cultivos más importantes figuran: la yuca, el plátano, el maní, el achiote, el camote y la caña de azúcar. Así mismo, como parte de sus actividades comerciales crían gallinas, pavos y aves silvestres para venderlas. La comercialización de estos productos es directa, se realiza a través de compradores que llegan hasta la comunidad. Además, los asháninka practican la agricultura de roza (quema y tala) pero conservando la estructura general del ecosistema natural.

A. Patrones de alimentación

La población consume alimentos propios de la zona como yuca, plátano, maní, camote o caña de azúcar. La cosecha es diaria, tomando solo lo que se necesita para el consumo. Su dieta alimenticia incluye también una variedad de peces como la chupadora, la liza, el zúngaro, la palometa, entre otros; así como camarones, cangrejos, caracoles y gusanos. Así mismo, los animales silvestres que cazan como el venado (*maniro*), sajino (*ketari*), majaz (*samani*), sachavaca, armadillo, mono y añuje, sirven para el consumo humano. Los alimentos son conservados mediante el ahumado y/o salado de las carnes.

Otros productos que consumen son cebolla, sal, fideo y atún en lata, a través del intercambio de café o de plátanos con los colonos. Por lo general la ingesta de alimentos empieza a tempranas horas de la mañana, el almuerzo tiene horario irregular y depende de las actividades que desarrollan, en la noche la familia se reúne para departir la comida. El consumo de masato es fundamental.

Durante el embarazo, en términos de la cultura occidental, su alimentación no es la más completa. La mujer asháninka come solo “lo que se le antoja” por temor a que el niño pueda crecer y que, por lo tanto, ella no pueda parir. El recién nacido recibe lactancia materna exclusiva hasta los dos meses.

La dieta familiar depende de la época estacional, en la época de lluvia el acopio de alimentos es mayor que en la época de secas. Está basada en plátano y yuca en diferentes formas: cocida o frita. El masato es el alimento básico. Cuando no hay comida, los pobladores se conforman con un “pajo” de masato. El consumo de pescado o caracoles se realiza dos veces por semana. Las naranjas, papayas y limones

son de consumo frecuente. La caza es esporádica debido a que todavía se mantiene la seguridad de la zona a cargo de los “ronderos”.

IV. LA FAMILIA ASHÁNINKA

La familia asháninka está constituida por el padre, la madre e hijos. Con frecuencia, la familia se moviliza no solo por la búsqueda de nuevos terrenos para cultivar, sino también por cuestiones religiosas. Cuando un miembro de la familia muere, la casa y la chacra deben ser abandonadas.

Los roles de género están bien definidos en la comunidad, reproduciéndose patrones tradicionales. La jefatura de la comunidad la asume siempre un varón, a través de un sistema de jefatura rotatoria. El varón debe ser hispanohablante e instruido en lecto-escritura. Las mujeres participan en las organizaciones de subsistencia, como por ejemplo el Programa del Vaso de Leche. En este caso, no se requiere que quien asuma la presidencia del programa domine el castellano.

Los contactos con otros grupos étnicos u otros pobladores son realizados por los hombres a través del comercio, viajes y rondas. Así, los varones constituyen la red móvil a través de la cual la cultura vive y circula. Su manejo del castellano les posibilita el contacto, a la vez que retroalimenta sus conocimientos. En ese sentido, los hombres tienen más oportunidades de salir y migrar que las mujeres.

Las mujeres constituyen la parte más interna y estable de la sociedad. A diferencia de los hombres, ellas tienen movilización restringida. Las mujeres son las encargadas de los cultivos. Además, ellas son las catalizadoras y depositarias de la cultura. La mujer tiene una alta importancia en el proceso reproductivo, siendo, además, transmisora de las costumbres, narraciones, cuentos y creencias de la comunidad.

Así mismo, en la estructura familiar existe una distribución de las tareas en función al género. Las mujeres desde muy jóvenes cuidan a los más pequeños y colaboran en la preparación de los alimentos, confeccionan la “cushma”, cestas y tapetes. El acarreo de agua es, sin embargo, una actividad tanto de niños y niñas. Los hombres no acarrean agua, ni acopian leña, excepcionalmente lo hacen cuando la esposa está por dar a luz o en periodo puerperal. El varón construye el telar, abre la chacra, realiza la roza, la quema y la siembra para grandes extensiones y se dedica a la caza y la pesca.

Las mujeres, a pesar de cuidar y acopiar los productos agrícolas, no efectúan de manera directa las transacciones comerciales; sin embargo, como ellas están involucradas en la valoración de los costos, indican al cónyuge cuánto deben pedir por la venta de tales productos. El ingreso recibido es administrado por el hombre y sirve para adquirir prendas, alimentos y otros productos para la familia. De esta manera, los hijos asumen que el padre sustenta el hogar.

Para la comunidad, la jefatura del hogar está a cargo del hombre. Aún en caso del fallecimiento de éste, la comunidad no reconoce a la mujer-viuda como jefa de familia, a pesar de su rol de proveedora y responsable del manejo productivo y cuidado de los hijos e hijas.

Cabe señalar que, a raíz de los problemas subversivos y la muerte de un buen número de varones, se modificaron ciertos roles sociales. Las mujeres debieron promover otras formas de organización de la población para resolver los conflictos y necesidades internas. Por otro lado, el desplazamiento de un gran sector de la población hacia los espacios urbanos producto de las incursiones terroristas, produjo altos costos de marginación, sobre todo en las mujeres jóvenes quienes fueron sometidas a explotación y enroladas en el negocio de la prostitución.

A. Infraestructura social en la comunidad

La infraestructura social de la comunidad la conforman: una escuela primaria, un colegio secundario, un puesto de salud y una oficina menor de registro civil para la inscripción de nacimientos. Así mismo, se cuenta con el servicio de radio transmisor/receptor que es manipulado por personal asháninka capacitado. Cerca de la comunidad se encuentra una base militar del ejército, que se contacta eventualmente con las autoridades para resolver problemas comunes, estableciendo una mínima relación con la comunidad.

CAPÍTULO CUARTO

Estudio de la relación entre las concepciones asháninka sobre la salud y el sistema médico estatal

La búsqueda de la salud es un proceso complejo que algunos han descrito como una serie de etapas más o menos secuenciales, que parten desde la percepción de los síntomas o de susceptibilidad frente a una enfermedad, tras lo cual se suceden cambios en el rol social del enfermo. Por lo que se considera que la salud es un asunto de suma importancia, además de esencial. En este sentido, se entiende por esencial, incluso indispensable para la realización de los objetivos y para la caracterización de la salud pública como tal.

Para la comunidad asháninka de Tziriri, la búsqueda de la salud es también el resultado de un proceso complejo. Se trata de un conjunto de decisiones que se toman al interior de la unidad familiar. En este proceso de toma de decisiones, la mujer tiene una participación importante, pues es ella quien finalmente decide quién atenderá al miembro del hogar que está enfermo, cuando ha agotado su tratamiento en el hogar; esto, como parte de su rol reproductivo. Pero la decisión de la atención parte del reconocimiento y tratamiento inicial de la enfermedad, donde se ponen en juego una serie de creencias y prácticas propias de su cultura.

En la actualidad, pese a la mayor presencia del Estado en las zonas rurales en los últimos años, el uso de los servicios oficiales de salud por parte de la población asháninka todavía es limitado. En general, en la selva rural el uso de los servicios de salud es escaso, pese a tener la tasa de enfermedad más alta a nivel nacional (41%). LLANOS *et al.*:

A pesar que entre los retos que debía de asumir el despacho del Ministerio de Salud era la promoción y la garantía de la salud [...] la cual es una responsabilidad social que abarca tanto los sectores públicos y privados, estableciendo como desafío la construcción de un sector salud con equidad, eficiencia y calidad⁴⁰.

Entre las principales razones para la no consulta institucional se señalan: la falta de dinero y la percepción que la enfermedad no ameritaba una consulta institucional, ambas con 33,8%. En la población de Tziriari, la utilización de los servicios oficiales de salud se realiza solo cuando el sistema tradicional no responde de manera satisfactoria a sus problemas sanitarios, o al identificar la enfermedad como de origen biomédico⁴¹.

El concepto salud en la cultura asháninka, se encuentra estrechamente ligado al proceso de construcción de la identidad debido a la concepción holística del mundo en que la persona y la sociedad yacen en un estado de armonía con el ambiente (material y espiritual). En el caso de los asháninka, los *sheripiari*. Para BERNAL:

Existen dos especialistas de la salud dentro de la medicina tradicional Asháninka: los *sheripiari*, comúnmente hombres, y las vaporeras. Los primeros influyen en el “mundo invisible” o “realidad espiritual” para reponer y restaurar las relaciones con los seres del entorno cuando están alte-

40 LUIS FERNANDO LLANOS ZAVALAGA, CARLOS ENRIQUE CONTRERAS RÍOS, JOSÉ ENRIQUE VELÁSQUEZ HURTADO y JESÚS PEINADO RODRÍGUEZ. “Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca”, en *Revista Médica Herediana*, vol. 15, n.º 1, 2004, disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100004&script=sci_arttext], p. 12.

41 ESTRELLA. *Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía*, cit.

radas, las segunda las vaporeras o *shimpokantantatsiro* que se ocupan de diagnosticar y curar los daños o las enfermedades que le puedan dar a una persona asháninka mediante el conocimiento de las hierbas y piripiris⁴².

Se trata así, de un sistema curativo tradicional que dista mucho del sistema médico oficial. Frente a las distintas necesidades de salud por las condiciones sociales, económicas, generacionales, culturales y de género, y el creciente interés del sistema formal de salud por ampliar la cobertura de los servicios oficiales de salud, sobre todo en las zonas rurales, se demanda realizar trabajos de investigación enfatizando la dimensión socio-cultural de las distintas poblaciones rurales y amazónicas, como es el caso de la población asháninka. Ello, a fin de sugerir políticas y medidas apropiadas que correspondan a sus necesidades reales, de acuerdo a sus características socio culturales y económicas que garanticen una intervención más eficiente y respetuosa que promueva la equidad social y la construcción de ciudadanía.

I. DIAGNÓSTICO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo general

Discutir el desencuentro cultural entre el personal de salud y la población asháninka de Tziriri, el cual influye en la poca utilización de los servicios oficiales de salud de la zona.

B. Objetivos específicos

- Describir las percepciones y prácticas de la comunidad y personal de salud en torno a la salud y enfermedad.
- Identificar las características de la prestación de los servicios de salud del Estado en la comunidad.

42 BERNAL GONZÁLEZ. "Entre la posta y la sabiduría ancestral: las necesidades de salud reproductiva...", cit., p. 14.

C. Tipo de investigación

La investigación tiene un diseño cualitativo basado en un trabajo de campo como observadora participante y análisis de fuentes documentales respectivamente.

D. Ámbito de estudio

El ámbito del estudio estuvo ubicado en la comunidad de Tziriari, distrito de Pangoa, provincia de Satipo, departamento de Junín, Perú. En Tziriari, se ubica el puesto de salud del mismo nombre cuya área de influencia la conforman 17 comunidades, de las cuales seis son asháninka: Tziriari, Mapitamani, Yurini, Tzonquireni, Alto Saureni y Tahuantinsuyo. Para efectos de la presente investigación, se analizó el caso de la comunidad de Tziriari. Las comunidades restantes de la jurisdicción del establecimiento de salud no fueron seleccionadas por dificultades geográficas y limitación de recursos.

E. Población y muestra

Pobladores de la comunidad asháninka de Tziriari con sus conocimientos, creencias, valores, actitudes y prácticas respecto a la atención de su salud y personal de salud con experiencia en trabajo con asháninka con sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la prestación de servicios de salud en comunidades asháninka.

F. Técnicas y recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron el análisis documental, entrevistas en profundidad y la observación directa etnográfica.

- Análisis documental

En esta etapa se recogió información para establecer el perfil epidemiológico de la comunidad de Tziriari. Esta información permitió describir la situación de salud de la población objetivo y otros aspectos de la etnia asháninka. Se analizaron los siguientes documentos:

- Registros diarios de atención de salud

- Registros mensuales de atención de salud
- Registros de morbi-mortalidad de los últimos cinco años en el área de Pangoa, puesto de salud de Tziriri.
- Bibliografía acerca del tema.

La revisión de documentos en salud y el análisis de las relaciones sociales al interior de la comunidad y del puesto de salud de Tziriri, permitieron relativizar o contextualizar las percepciones de los informantes, accediendo además a información no verbalizada.

- *Entrevistas en profundidad*

La aplicación de entrevistas se realizó en dos etapas: una fase de carácter exploratorio en la cual se aplicó una prueba piloto (enero de 2001) a fin de saber si las preguntas elaboradas eran comprendidas de forma adecuada y correspondían a la realidad local. La prueba piloto, que contó con el apoyo de una antropóloga, permitió establecer el orden de las preguntas siguiendo una secuencia lógica y modificar el lenguaje para que la pregunta sea entendida por el interlocutor, eliminándose el sesgo de respuesta.

La segunda fase fue efectuada entre febrero y marzo de 2001. La selección de los informantes clave tomó en cuenta los siguientes criterios:

- Miembros de la comunidad. Los que fueron identificados por los líderes formales e informales, así como a otros miembros de la comunidad, a quienes se les solicitó su opinión para que la información mostrara confiabilidad. Se excluyeron a las personas que se negaron a dar información y las que aun siendo Asháninka no pertenecían a la comunidad.
- Personal que provee servicios de salud. Para el caso del personal del puesto de salud de Tziriri se estableció: que estén o hayan prestado servicios en la comunidad Asháninka por lo menos 12 meses. Para el caso del centro de salud u hospital de referencia del puesto de salud de Tziriri: que estén prestando servicios de salud por más de un año en el establecimiento. En ambos casos fueron excluidas las personas que se negaron a dar información.

Los temas y secuencias de las entrevistas en profundidad fueron:

- Entrevistas a miembros de la comunidad. Aspectos guía: a) percepciones y comportamiento de los asháninka frente a la salud y enfermedad; b) búsqueda de salud y factores que influyen en la decisión de acudir al servicio; c) utilización del servicio oficial de salud.
- Entrevistas al personal que provee servicios de salud. Aspectos guía: a) percepción que tienen del tipo de población que atienden y los conocimientos en relación a las percepciones y comportamientos frente a salud por los asháninka; b) motivaciones de los asháninka para la utilización del servicio de salud; y c) prestación del servicio de salud y las dificultades en su trabajo diario.

En total, el número de personas entrevistadas fue de 24, así:

- Personas de la comunidad de Tziriari: 15
- Profesora: 1
- Representante de la Organización de Mujeres: 1
- Registrador Civil: 1
- Promotor de Salud: 1
- Partera capacitada: 1
- Pobladores: 10
- Personal de salud: 9
- Puesto de salud de Tziriari: 3 técnicos de enfermería
- Puesto de salud de Llaylla: 1 enfermera
- Puesto de salud de Chavini: 1 técnico de enfermería

- Centro de salud de Pangoa: 1 obstetra
- Hospital de Satipo: 1 enfermera y 2 técnicos de enfermería

En ambos casos, la guía de entrevista aplicada se utilizó hasta el punto de saturación, es decir, la información recabada se repitió en sucesivas intervenciones y en tal sentido, no aportó nada nuevo al objeto del estudio. Durante las entrevistas a profundidad, se estimuló a los informantes claves a expresar sus percepciones e ideas sobre los diferentes temas de interés para el estudio, así como sus actitudes, creencias, experiencias y comportamientos frente a la salud y enfermedad.

Una limitación que se encontró para el desarrollo del trabajo fue el poco conocimiento del idioma asháninka. A pesar que se contaba con un traductor para las entrevistas, se pudo apreciar cierta distorsión del mensaje original, lo que obligó a cambiar de traductor en una oportunidad. Otra limitación fue el uso de grabadora que afectó el desenvolvimiento de algunas personas. El uso del micrófono y el hecho que la cinta de grabación diera vueltas, generó temor e inseguridad en algunos entrevistados.

– *Observación directa etnográfica*

La permanencia de la investigadora durante cuatro meses continuos y posteriores visitas mensuales durante cuatro años en la comunidad de Tziririari, a través de sus actividades del servicio de salud, permitió la observación directa, que fue incorporada en la recolección de información. Esto permitió comprender el contexto cultural de la población indígena al observar sus actividades, comportamientos, acciones e interacciones y anotar sus conversaciones, que para el presente estudio, algunas estuvieron descritas en formato de comentario en la relación de los temas tratados. Para ello fue necesario organizar la toma de información, considerando el tiempo y la actividad.

En relación al desempeño de los trabajadores de salud, la observación se focalizó en las acciones que desarrollaban. Además, se exploró los significados que los actores atribuían a su trabajo diario.

En el puesto de salud se registraron las características físicas del establecimiento (infraestructura, medicamentos y equipamiento), como también la interacción entre los usuarios asháninka y no asháninka con el personal de salud. Así mismo, se revisaron informes mensuales y registros de información.

G. Procesamiento y análisis de la información

En un primer nivel de sistematización, la información obtenida de las entrevistas grabadas fue ordenada de acuerdo a los aspectos guía considerados. Para ello, se transcribieron las grabaciones, mismas que fueron revisadas y codificadas. La asignación de códigos constituyó la identificación preliminar de los hallazgos. En esta etapa se clasificó una palabra o una frase en categorías específicas significativas que tuvieran sentido dentro del marco teórico utilizado. Por último, se realizó la interpretación de los códigos en significados; es decir, en explicaciones consistentes.

Estas transcripciones luego fueron procesadas mediante el uso del programa de análisis cualitativo Atlas Ti. Este programa permitió seleccionar por códigos y citas textuales la información cualitativa, facilitando su lectura y análisis a partir de la configuración de archivos temáticos ordenados por tipo de informante y zona de estudio. Las citas extraídas son versiones textuales de los entrevistados. Solo en algunos casos se hicieron correcciones para que las citas fueran entendidas con facilidad.

El análisis de contenido permitió precisar los puntos de encuentro y de distancia entre las formas de pensar del personal de salud y el poblador asháninka, tomando en cuenta su ubicación, sistema de valores, experiencia, entre otros.

H. Resultados y discusión

1. Percepciones de los asháninka frente a la salud y enfermedad

Para los asháninka, el “estar sano” o “estar enfermo” no sólo tiene que ver con la dimensión física del ser humano, sino también con cuestiones emotivas, afectivas y vivenciales determinadas por las relaciones interpersonales.

– *Estar sano*

El “estar sano” tiene que ver con el comportamiento de carácter bio-psico-social de la persona, que se manifiesta a través de la alegría, los deseos de jugar, comer y trabajar. En este sentido, el estar sano alude a la capacidad que tiene la persona de realizar con normalidad

y sin dificultad, actividades propias de su edad, sexo, rol dentro de la familia.

Cuando está alegre, sonrío, juega con ganas, come bien y trabaja (mujer asháninka, 34 años, madre de familia)

Así mismo, el “estar sano” significa armonía con el espíritu, la familia, el grupo social, así como con la naturaleza.

Sano es igual como estoy ahorita: alegre, contento, y hay ganas más de trabajar y también hay un pensamiento, buen pensamiento para educar nuestros hijos para mantener, para hacer alimentar es así (varón asháninka, 33 años, padre de familia).

Otro aspecto reconocido como “estar sano” es el establecimiento permanente de relaciones interpersonales. Estas relaciones están centradas en el compartir el masato tanto en las reuniones entre los asháninka como con los colonos. En ese sentido, el “estar sano” permite relacionarse y compartir con familiares, amigos u otras personas.

Todas las personas aquí estamos, ellos tienen ese preparado su masato, todos invitan, vienen toma, pero cuando está ellos tienen o sea sentir algo de molestia ellos no te invitan es ahí donde podemos captar, es decir no compartes (varón asháninka, 22 años, promotor de salud).

Sea cual sea la dinámica de “estar enfermo”, en el plano de las representaciones, el asháninka juzga su estado de salud no solo por los síntomas, sino también por los mecanismos y efectos de la enfermedad. Hablar de enfermedad para los asháninka no alude solo al cuerpo, sino más bien al grupo social y a las relaciones sociales.

– *Estar enfermo*

Para reconocer cuando una persona “está enferma”, los asháninka indagan por señales que refieren malestar o incomodidad y que les impide realizar sus actividades habituales. Estas señales tienen un carácter emotivo como la tristeza e inactividad.

No tienes ganas de trabajar, no come, no juega, no salta no está alegre y está triste (mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

La tristeza afecta las relaciones interpersonales. La persona triste “no conversa”, y en consecuencia se aleja del grupo y muestra preocupación. Al final, resulta no solo un problema individual sino también colectivo.

Sí, me puedo dar cuenta, cuando no conversa ¿no?, está molesta, no es igual pe, cuando uno está así, no es igual pe, por ejemplo, a mí me vez por ejemplo así cuando estoy bien converso, río y cuando uno está enfermo así ya pe, diferente pe, le pregunta qué tiene, le preguntas parece estás mal no, y le responde sí estoy mal, a la vista es cuando uno está mal se siente triste, algo siente dolor en nuestro cuerpo (mujer asháninka, 30 años, madre de familia).

El “estar enfermo” tiene un referente biológico como: dolor en el cuerpo, cansancio, decaimiento, fiebre o tos, por lo que es necesario quedarse en cama y aislarse del grupo. El “quedarse en cama” le permite a la persona protegerse de las fuerzas externas (mal aire, brujeadas) que puedan complicar la enfermedad.

Cuando estamos enfermos nos cuidamos en la cama, para sanar y no complicarnos (mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

Estas percepciones de “estar sano” o “estar enfermo” en los asháninka, difiere mucho de los conocimientos y prácticas del personal que provee servicios de salud, para quienes la atención de salud está centrada en un enfoque biomédico, aislado de los aspectos socio-culturales e incluso ancestrales.

2. Clasificación de las enfermedades según la percepción asháninka

La cultura Asháninka divide a las enfermedades de acuerdo al origen sea sobrenatural o biomédico. Esta división dicotómica toma en cuenta cuadros sintomáticos denominados enfermedades cuya curación se

acude a la medicina oficial (puesto de salud, brigadas de salud, hospital, seguro) y cuadros de enfermedades que “no las son” y que para su curación se recurre al curandero.

La comunidad de Tziriri distingue así dos causas respecto al origen de las enfermedades: las relacionadas a las fuerzas sobrenaturales (mal aire, brujeadada u otras sobrenaturales) que constituyen la categoría superior de la nosología étnica y que para curarlas se requiere desde hierbas medicinales hasta rituales específicos; y las de origen biomédico que están caracterizadas y admitidas por la nosología médica occidental y que deben ser combatidas con medicamentos.

Las “enfermedades” relacionadas a las fuerzas sobrenaturales que afectan el cuerpo son tres: las llamadas “mal aire”, vinculadas con el espíritu del mal, diablo o *kamari*, que provoca susto y acarrea padecimientos que suelen ser estrictamente sintomáticos. Las segundas aluden a la “brujeadada”, provocada por la envidia y cuyo responsable es el brujo o *matsi*. Finalmente, existen “otras enfermedades sobrenaturales” como “agarra hormigas”, “agarra abejas” o “agarra avispas”, provocadas por los respectivos insectos, que resultan haber sido hombres malos transformados en estos animales.

Las enfermedades de origen biomédico distinguen que los males son signos, síntomas, síndromes y cuadros propiamente dichos y que, unificados, hacen una enfermedad caracterizada y admitida por la nosología biomédica. En los asháninka es frecuente el uso de nombres biomédicos; sin embargo, la interpretación que les asignan está muy lejana a las concepciones académicas. En la Tabla 1 se presentan las causas del origen de las enfermedades y sus respectivos responsables.

TABLA 1. Clasificación de las enfermedades según la percepción asháninka.

Comunidad Asháninka de Tziriri

¿Qué?	Enfermedades de origen sobrenatural			Enfermedades de origen biomédico
	Mal aire (visiones)	Brujeadada (maldad)	Otras enfermedades sobrenaturales	
¿Quién responsable	Diablo o Kamari	Brujo o Matsi	Agarra hormigas	Virus
			Agarra abejas	Bacterias
			Agarra arco iris	

Interpretación

– Enfermedades de origen sobrenatural

“Mal aire”: es un trastorno o acontecimiento que provoca miedo a la persona, está atribuido a kamari o camagari, que en la lengua asháninka significa diablo o entidad maléfica, término derivado de la raíz kam que significa muerte. Muchas veces al poblador le resulta difícil diferenciar si el viento fuerte es parte del aire atmosférico –hecho natural– o de “aquél aire” que implica la presencia del poder diabólico. Los entrevistados refirieron que muchas veces cuando están caminando, sienten que una persona los está siguiendo, provocándoles temor ya que lo asocian con el “mal aire”. Cuando voltean a ver quién era, descubren que se trataba de las hojas en movimiento.

Cuando uno camina solita, no piensas nada, con quien estoy andando y cuando escuchas que te está siguiendo atrás, volteas, miras pe, te asusta de ahí te complica mal aire todos (mujer asháninka, 30 años, madre de familia).

Cuando alguna persona sana ve visiones o llega a perder el sentido, la causa de este fenómeno es el “mal aire”. Los signos son evidentes: vómitos, dolor de cabeza, escalofríos y algunas veces diarreas y mareos. Así mismo, cuando una persona tiene el “mal aire” no debe informarle a nadie lo sucedido, tan solo a la madre, padre o pareja, de lo contrario, la persona puede morir. La creencia de que el “mal aire” es capaz de causar daños a la salud y hasta provocar la muerte, está fuertemente arraiga al mundo Asháninka.

Si una gente se ha muerto va a ver, por ejemplo, mi hijo se ha muerto, y de ahí más tarde voy al río, y he visto a mi hijo [...] venir, por eso ve visiones, mi hijo ha venido a decirme mamá, para venir en la casa ya enfermamos y empieza con frío, empieza a agarrarle diarrea y vómito, parece cólera de ahí rapidito se muere (mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

“Brujeada”: reconocida también como “maldad”, “daño” o “brujería”, es un proceso que se manifiesta a través de trastornos originados por la “envidia”. La envidia significa desear lo que no se posee. La envi-

dia puede provocar la presencia del brujo o matsi, quien actuará en contra del poseedor y a favor de quien aspira a tener el bien deseado; ello, en un afán de velar por un orden social igualitario. En ciertos casos, el brujo actúa por “interés propio” y en otros, puede ser contratado. El origen de esta creencia se vincula con el control de los bienes materiales de la comunidad y la concepción de sociedad igualitaria y redistributiva.

Por ejemplo, hay veces acá nosotros estamos comiendo bien y llega una persona lo que es brujo te mira, cuando no le invitas te brujea, dice que ellos están comiendo no más y no nos invitan (mujer asháninka, 43 años, madre de familia).

Las uniones de parejas que no tienen aceptación, los celos amorosos o celos de suegra, también pueden provocar la brujeada. Por otro lado, las enfermedades congénitas de los niños también son atribuidas a lo mismo.

Mi cuñada que se ha muerto a los 16 años le han hecho maldad, que había un hombre que sabía hacer ese daño no, y quería estar con ella, y mi cuñada no quería que este con ese hombre, porque tenía su mujer y el hombre se amargó y le ha brujeado, a la chica de 16 años se ha muerto no le han podido curar (mujer asháninka, 30 años, madre de familia).

Yo tenía mi menor chiquito (es decir cuando había nacido) le han brujeado en su ojito, le han brujeado con yuca, está con nube, ya y le han puesto acá adentro de sus ojos yuca blanca, por eso está con nube (mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

El brujo o matsi: con apoyo de las fuerzas del mal introduce en el cuerpo de la persona que es centro de envidia, objetos extraños como cáscaras de yuca o huevo, alambre, hueso de pescado, chicle, palo, sogá, cebolla o galleta. A esto lo denominan “daño”. El daño es expresado como enfermedad, pero a la vez como algo materialmente visible y real que puede provocar la muerte, por lo que el daño debe ser reti-

rado, extirpado o expulsado del cuerpo. El retiro de estos objetos se produce mediante ritos que provocan la caída del daño.

Dice que cuando te brujean a veces te sacan yuca, cebolla. ¿Qué más? cáscaras, hasta pita también te amarra (mujer asháninka, 32 años, madre de familia).

Yo estuve estudiando en colegio [...] pero de momento se llega en otra familia y dan pe masato, tomamos, entonces había una chica, pensando (el brujo) que (yo) estaba enamorado, pero (ella) estaría enamorando al brujo, entonces en eso me sentí mal al día siguiente, este ya no me levanté, porque me dolía pe, porque parecía que me entraba clavo a mi corazón, yo no podía ni recostar, entonces me curaron y salió alambre bastante y eso ya pasó (varón asháninka, 32 años, registrador civil de Tziriri).

Otras enfermedades sobrenaturales: agarra el arco iris, las hormigas o las abejas. Para la cultura asháninka, el arco iris, las hormigas o las abejas son capaces de realizar acciones maléficas. A estos seres se les confiere cierta corporeidad, convirtiéndolos en espíritus con vida propia que habitan en lugares téticos o solitarios, en quebradas, en espacios o lugares escondidos de la casa (esquinas), debajo de árboles, en pantanos, en caminos poco transitados o en zonas de selva virgen. El contacto con estos seres produce enfermedades o males. Para impedir que los espíritus se mezclen entre las hormigas o las abejas, los asháninka retiran la maleza cercana a sus casas.

También hay tres clases de enfermedades, por ejemplo, nosotros creemos abeja también, cuando le agarra entonces así se agarra disentería (referido a diarrea), tiene que encontrarlo y quemarlo la abeja (varón asháninka, 32 años, promotor de salud).

Pese a que se trata de fenómenos visibles, el arco iris no es palpable como sí lo son las hormigas y las abejas. Cuando aparece un arco iris, los pobladores evitan mirarlo o señalarlo, pues si lo hacen, alguna cosa puede pudrirse o morir.

Por su parte, el personal que presta servicios de salud en la zona, resta importancia a las creencias, prácticas y valores de los asháninka en cuanto a la clasificación de las enfermedades sobrenaturales.

– *Enfermedades de origen biomédico*

Las enfermedades más comunes son las producidas por el contacto con grupos foráneos (en especial colonizadores), y las producidas por los cambios drásticos en la dieta alimenticia. En el primer grupo se identifican: gripe, neumonía, heridas, tos convulsiva, sarampión, paludismo y tuberculosis; y en el segundo grupo: anemia y desnutrición infantil.

Infecciones respiratorias: gripe y neumonía. En la actualidad, las poblaciones indígenas, específicamente la etnia Asháninka, han desarrollado cierta resistencia a la gripe. Sin embargo, la falta de conocimientos sobre la enfermedad y el poco manejo sanitario ha ocasionado en algunos casos, la neumonía.

Los asháninka consideran que la gripe es causada por el frío. Esta enfermedad, se produce en especial en los meses de mayo, junio y julio, durante las noches, cuando la temperatura ambiental desciende hasta los 14°C, los asháninka están propensos al contagio de la gripe ya que, por razones culturales, duermen solo con su ropa tradicional *cushma* y no utilizan cobertor, ni mantas o frazadas para paliar los posibles cambios de temperatura.

Diarrea. Desde la perspectiva de la cultura Asháninka, la diarrea es algo natural, causada muchas veces por un orden sobrenatural. Sin embargo, el ingreso de los colonizadores a la Amazonía, trajo la presencia de otras enfermedades gastrointestinales con cuadros similares a los de las diarreas, tales como: el cólera, la fiebre tifoidea y la hepatitis (en sus distintas versiones y tipos), y las diferentes etiopatogenias de la diarrea. La Tabla 2 muestra las causas de la diarrea de acuerdo a la percepción de los Asháninka.

TABLA 2. Percepción de los asháninka con respecto a la diarrea. Comunidad de Tziriari

Categoría de análisis	Problemas Identificados	N°	%
Visión cultural sanitaria autóctona	Enfermedades sobrenaturales vienen acompañados de diarrea o “cólera” éste último está relacionado con gravedad y muerte	15	100,00
Visión cultural sanitaria biomédica	Falta de cuidado de la madre (visión de género)	7	46,67
	Falta de cocción de alimentos (manejo de información sobre salud comunitaria)	5	33,33

Interpretación

La idea que los asháninka tienen de la diarrea, demuestra conocimientos elementales proporcionados por la medicina oficial, como, por ejemplo, la noción de “deshidratación”, término usado como sinónimo de diarrea. La educación sanitaria brindada por el personal de salud, les permitió reconocer las causas de la diarrea. Entre las causas más conocidas figuran: el tomar “agua sucia” o “no cocinada” y la falta de higiene: “no lavarse la mano” y “no tapa la letrina”. Sin embargo, la falta de servicios de agua potable y letrización en la comunidad, no les permite tener los cuidados respectivos que se requieren para evitar la enfermedad.

Una mujer asháninka me respondía, “para no tener diarrea, hay que lavar la mano con jabón”, volví a preguntar ¿y tú usas jabón?, ella ríe y dice “no hay plata para comprar”.

Para los prestadores de salud, la concepción de diarrea difiere a la concepción de los asháninka. En su intención de disminuir los índices de mortalidad por diarrea, el personal de salud informa a las madres los signos de deshidratación grave, que sólo es identificado cuando el caso es grave. A raíz de eso, los asháninka relacionan la deshidratación como sinónimo de diarrea, causándoles cierta confusión para su actuación.

Enfermedades de la piel. Para la cultura Asháninka, las enfermedades de la piel son causadas por la introducción de los espíritus de las hormigas o abejas en el cuerpo humano. Las heridas de la piel producto de raspaduras, caídas, cortes o por la introducción de objetos que

son visibles a los ojos de los asháninka, son atendidas en el puesto de salud. Estos casos no pueden ser resueltos por el shirepiari.

En tanto que para el personal que presta servicios de salud en la zona, las enfermedades de la piel, como en general todas las enfermedades, están definidas por la medicina occidental. Las enfermedades de la piel más frecuentes son: la sarna o escabiosis definida como una enfermedad infecciosa y contagiosa causada por un ácaro; el impétigo, enfermedad endémica que afecta principalmente la cara y la cabeza y se extiende con rapidez por el cuerpo; y las micosis, caracterizadas por requerir de un tiempo prolongado para su curación.

Enfermedades causadas por vectores. Según los asháninka, estas enfermedades son males que “solo da a los colonos” por consumir palta (aguacate) con frecuencia. Para los asháninka, si la palta tiene granulaciones en la cáscara provocará erupciones similares en la piel. Es curioso, sin embargo, que los asháninka no adquieran esta enfermedad pese a que también consumen esta fruta.

La detección de casos de malaria, paludismo o “paluco” en la comunidad, es reconocida por la presencia de fiebre, escalofríos y dolores de cabeza. Esta enfermedad solo puede ser tratada en el puesto de salud. El curandero o shirepiari no puede resolverla. Por ser una enfermedad introducida por los colonizadores, la medicina asháninka no ha desarrollado aún terapias para su tratamiento.

Tanto asháninka como prestadores de servicios de salud coinciden en que estas enfermedades deben ser tratadas con medicina occidental.

3. Comportamiento de los asháninka cuando "está enfermo"

Las percepciones, creencias y actitudes frente las enfermedades, afectan en gran medida la decisión de atenderlas. Pese a que la búsqueda de atención se discute entre los miembros del hogar, la madre es la última decisora, la que decide buscar ayuda, una vez que “ha reconocido” los signos de la enfermedad.

En el reconocimiento de los procesos mórbidos, la madre ha asumido como parte de sus roles, la función de gestora y cuidadora de la salud de su progenie, quien vela por la calidad de vida de cada uno de sus hijos. Este proceso implica que las generaciones femeninas anteriores, la han transmitido de forma oral y sistemática; el manejo de determinados signos de lo que podrían ser estados de salud para así poder identificar las enfermedades y decidir dónde atenderse: si en los espacios culturales asháninka o en los biomédicos.

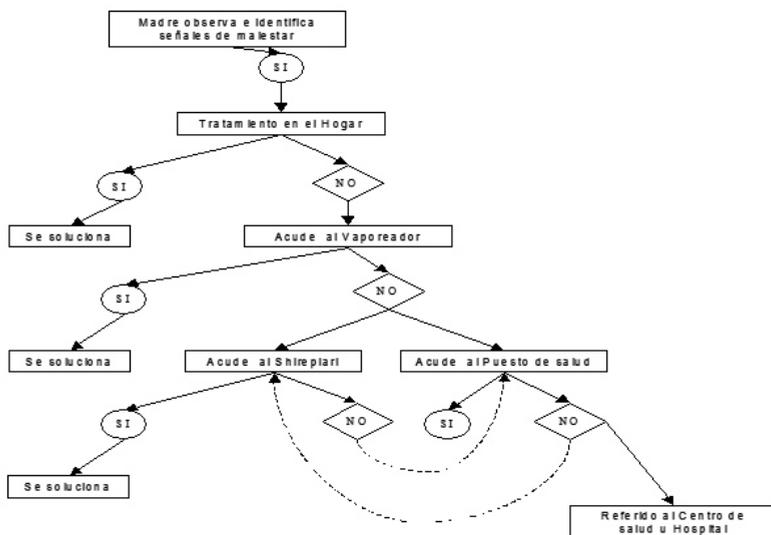
En la práctica, la identificación de los signos de enfermedad suelen ser ambiguos. Es decir, existen interpretaciones divergentes en torno a una enfermedad entre las propias mujeres y los miembros del hogar. Esto último se debe a que no todos poseen el mismo conocimiento, experiencia o poder debido a factores como la edad, el sexo, el rol social y/o posición de poder dentro de la comunidad (persona común, vaporeador, shirepiari). Cuando los diagnósticos no coinciden, es finalmente la madre y/o ambos progenitores quienes deciden derivar o no al paciente al puesto de salud. Sin embargo, la población prefiere primero acudir al curandero.

Lo que estamos practicando aquí en la comunidad es primero ir al curandero, una vez que lo vapora después él también tiene que recetar, después, tienes que ir al puesto de salud y el puesto de salud le pone ampolla y normal y al día siguiente está sano (varón asháninka, 32 años, registrador civil de Tziriri).

Cuando el enfermo tiene que ser trasladado a otro nivel de atención, como, por ejemplo, al centro de salud u hospital local, implica hacerle frente a situaciones como el incremento de los costos económicos, las dificultades idiomáticas y las relaciones interétnicas, que para ellos es muy difícil de manejar, ya que antes la han experimentado.

En algunos no, porque a veces nos quejamos como asháninka, porque vamos y no nos atienden, y como vuelvo a decir no tenemos recursos, y no nos atienden de ese motivo ya nosotros como asháninka no queremos, no acercamos en el centro de salud (salió) más o menos sana, porque no tenemos dinero, porque el médico decía que le iban a operar y de tiempo sufre mi mamá con esta enfermedad y además ella no ha querido por falta de dinero, porque no pueden atender sin dinero (mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

FIGURA 2. Árbol de decisiones de la madre en la búsqueda de salud



4. Tratamientos en el hogar

El hogar es el primer espacio en que se tratan las enfermedades. Ello por supuesto, a cargo de las mujeres mayores, quienes manejan los conocimientos de la medicina tradicional. Cuando no se evidencian resultados, se acude al curandero o puesto de salud. En el caso de dolencias simples como la gripe o diarreas, la madre se encarga de suministrar hierbas en forma de infusión o mates hasta la recuperación del enfermo. Para el caso de las heridas, son lavadas con infusión de hierbas. Si después del tratamiento, la persona enferma no recupera la calidad de su salud, se crean conjeturas respecto a que ha adquirido el “mal aire” o “ha visto visiones”. Estos males son tratados con una hierba especial llamada “piri-piri”⁴³, que es preparada masticando y extrayendo el jugo para luego aplicarla en ambos ojos del enfermo.

43 El ivenki o piri-piri, se encuentra alrededor de los límites de la casa y que en el ámbito amazónico sirve para prevenir malos espíritus. Puede ser administrado en el hogar o en tratamientos rituales llevados a cabo por el curandero o *shirepiari*, mostrando evidencia que la medicina oficial no siempre tiene respuesta a este problema.

TABLA 3. Casos frecuentes que se curan en el hogar. Comunidad asháninka de Tziriari

Signos y síntomas	Cómo?	Quién?	Resultados
Mal aire	Echan hierba al ojo	Abuela o mamá Familiares	Si no sana va a curandero
Diarrea	Dan hierbas amargas	Solo saben los abuelos	Si no sana va a curandero Si no sana va a la posta*
Gripe	Dan infusión de hierbas	Mamá	Si no sana va a la posta
Fiebre	Dan infusión de hierbas Baño de infusión de hierbas	Mamá Familiares	Si no sana va a la posta
Heridas	Lavan con infusión de hierbas	Mamá Familiares	Si no sana va a la posta
Tos	Dan infusión de hierbas	Mamá	Si no sana va a la posta

* Término utilizado para identificar al puesto de salud.

Otro malestar que se trata en el hogar es la parasitosis a través de la práctica de la purga. La purga se realiza para la eliminación de parásitos intestinales y la limpieza del cuerpo. Sin embargo, como para los asháninka, la parasitosis no es considerada propiamente una enfermedad, son pocas las familias que practican la purga de manera regular. Para la purga se usa la corteza de un árbol llamado Oje u Osheeronampi, que provoca mucha diarrea la que es tratada de inmediato con masato maduro o limón. El corte del Oje segrega un líquido viscoso denominado popularmente “leche” y que es bebido por todos los miembros de la familia mayores de diez años.

El proceso de desparasitación dentro del calendario familiar es algo que se organiza de manera casi confidencial en cada unidad. El lugar elegido para la sesión de la ingesta varía. Puede que el grupo se desplace hacia el monte como si fuera una excursión, o que la familia opte por permanecer en casa. En ciertos casos, el Oje es administrado por el propio curandero quien supervisa este acto como parte complementaria de alguna actividad de acción curativa.

Una vez se ha hecho, ha purgado con esa hierba, más que nada le conocen osheronampi, ha tomado dice media cucharadita, con eso dice ha botado todo el bicho, y dice cuando tomas bastante hasta te puedes morir. ¿Hacen todos los hombres y mujeres? si ambos pareja con su esposo y señora porque si ella toma solita el hombre le contagia nuevamente por eso los dos tienen que purgar. ¿El purgante traes de allá o tomas en el monte?

Se ha hecho purgar con curandero, dice que si ha tomado se fue con curandero se ha ido a traer esa hierba para que se purga le ha hecho tomar todo hasta botar todito y se ha vuelto ojos hundido porque el bicho en nuestro cuerpo todo están y hasta que lo mate todo da fuerte diarrea que le agarra, el curandero cuando está viendo que está empeorando más está por morir le da masato fuerte y eso le tapa (mujer asháninka, 32 años, madre de familia).

Es gran remedio para despurgar el bicho, pero hay que ser fuerte, hay un árbol allá, es un árbol conocido, tiene su lágrima como leche, chupas un poco, dos o tres dedos, su leche chupa y lo tomas, empieza a sonar tu barriga, cuando tienes bicho es buenazo, suena pucha, como agua, ya no necesita ni enema, ya todo ahí nomás, ya no vas a tu casa. ¿Es de inmediato? Inmediato es, hay no más, hasta ya no puedes ya, ya te da remedio limón. ¿Quién te da? Una persona que te cuida pe. ¿Tienes que ir acompañado? Si, cuando ya no puedes ya te dan un limón o masato así maduro tomas eso, y ya no hay, reaccionas ya (varón asháninka, 40 años, padre de familia).

Como los niños menores de diez años no pueden ser purgados, los asháninka los llevan al puesto de salud para recibir antiparasitarios. Sin embargo, los asháninka no perciben de forma positiva el tratamiento biomédico ya que no ven eliminar parásitos.

Aquí lo que se presenta es en cuanto a los parásitos, o sea, este los niños a veces de un año o dos años son barriguitos, porque tienen bicho, o sea, parásitos, eso como se llama, en el puesto de salud no hace efecto, como se llama,

las pastías antibichos, no les hace efecto (varón asháninka, 32 años, registrador civil de Tziriari).

5. Sistema tradicional de salud

La cultura asháninka se ha distinguido por la relación armónica con el espacio amazónico. La ocupación histórica de la selva los ha llevado a conocer las diferentes especies vegetales y sus propiedades alimenticias y farmacológicas. Este conocimiento se ha transmitido de generación en generación. En la comunidad, son las mujeres mayores las depositarias de este conocimiento y las responsables directas de continuar con esta práctica.

Hay veces este acá solamente mi suegra sabe, va a traer la hierba de arriba (varón asháninka, 29 años, padre de familia).

– *Visita al curandero*

El curandero es un agente curativo designado por la cultura Asháninka. Es un rol que se trasfiere de sus progenitores y ancestros sean de línea materna o paterna. Existen dos tipos de curanderos en la comunidad: el “vaporeador” y el shirepiari. Ambos curanderos usan procedimientos culturalmente significativos y símbolos poderosos para despertar la fe e inducir la sugestión. Los “males”⁴⁴ más comunes que atienden son la brujería y el mal aire.

En Tziriari se observó la importancia de la labor del curandero dentro de la comunidad. Así mismo, se observó que existe una relación fluida entre el curandero y el personal del puesto de salud. Ambos prestadores de servicios de salud realizan una labor complementaria que es reconocida por la comunidad. Sin embargo, muchas veces no llegan a ponerse de acuerdo debido a que cada uno maneja su propio sistema de clasificación de enfermedades. De la misma manera, existen valoraciones distintas sobre la gravedad de las enfermedades. La

población percibe estas diferencias y opta por las apreciaciones del curandero con las cuales se siente más identificada.

Lo que me ha impresionado varias veces, o sea nos han llevado inclusive, nos dicen que está grave que no pueden caminar y nosotros hemos ido hasta su domicilio, pero en realidad no están muy graves (ríe) (mujer, 49 años, no asháninka, enfermera del hospital).

– *Vaporeador*

Uno de los principales rituales practicados por los asháninka en la búsqueda de salud es la “vaporización”. Consiste en extraerle a una persona los cuerpos extraños introducidos por el brujo o *matsi* y que ocasiona malestares. Esta práctica es realizada por personas –sean mujeres o varones– que demuestran sensibilidad, vocación de servicio a los demás y mantienen una constante capacidad de entrega en su labor.

Para ser “vaporeador” se deben seguir ciertos patrones de formación y de conducta. La formación está a cargo de un vaporeador mayor quién va instruyendo al aprendiz en los conocimientos y prácticas del oficio. Este proceso toma dos meses. En ese periodo, el aprendiz recibe apoyo de carácter alimenticio, así como formación espiritual y emocional. Al final, una vez que tiene el reconocimiento de su maestro o mentor, se le motiva a que salga a la comunidad a realizar sus prácticas.

En Tziriri existen cinco vaporeadores quienes realizan su labor de manera sistemática. Su actividad se ve regida por ciertas reglas. Para realizar la *vaporización* se exige no haber comido carne de monte durante los siete días previos, ni haber tenido relaciones sexuales los dos días anteriores a la realización del ritual. Estas exigencias son fundamentales en tanto que implican que siempre existe un vaporeador dispuesto a efectuar su labor y contrarrestar las dificultades que se requieran tratar⁴⁵.

El ritual de la *vaporización* se inicia en la casa del enfermo donde la familia calienta piedras en el fogón familiar. Cuando las piedras están

45 Es como si se pusieran de acuerdo para estar “de turno” entre todos y cada uno de los especialistas.

“cocinadas”⁴⁶, el vaporeador llega al hogar y coloca cuidadosamente un manojo de hierbas en una olla con un poco de agua. El enfermo debe vestir solo una *cushma*. La olla es colocada entre las piernas del enfermo por el vaporizador. En seguida, el curandero introduce la primera piedra al agua, cuyo contacto produce vapor. Luego, comienza a sacudir de un lado a otro el vestido del enfermo para que el vapor ingrese a todo el cuerpo. Después, retira la primera piedra y procede a colocar las siguientes. Al término de la aplicación, mientras el enfermo se cambia, el vaporeador hace una revisión entre las hierbas e informa lo que ha “caído”; es decir, los objetos introducidos y que le han estado haciendo daño a la persona.

Sale también, se cae, sale también cuando se vaporea, lo que ha hecho daño, sale como plástico, cáscara de yuca, hueso de pescado, eso cae pues (varón asháninka, 32 años, promotor de salud).

La vaporización es vista con incredulidad por algunos prestadores de servicios de salud no asháninka, refiriendo:

Creo que es una broma que hacen eso (ríe) (varón no asháninka, 32 años, técnico sanitario del hospital).

Sin embargo, quienes lograron participar en algún ritual de vaporización, quedaron asombrados cuando vieron al vaporeador, retirar entre las hojas, los objetos pequeños extraídos del cuerpo del enfermo.

Yo estaba en una sesión así viendo, yo no creía, no veía eso [...] estoy cuidando para ver si ellos le echan algo no, y me di con la sorpresa, le llevan a la cama a la chica y me dice ahora vamos a destapar, y empiezan a sacar y encuentran cosas que no habían echado, había abejitas, había pelitos envueltos, todo eso sacaban y mayormente que encontraban eran abejitas [...] una vez visto, él (vaporeador) le decía esto es la enfermedad, que te está causando está en estas partes, entonces como encontraron una abeja, decían que

46 Se refieren a “piedras cocinadas” cuando estas están muy calientes, es decir provocan un chirriar peculiar y algunos refieren que la piedra se pone medio rojiza, al estar en contacto con el fuego.

esa abeja era lo que estaba haciendo mal y para que él se sane debes hacer comer la miel de esa abeja, y entonces ellos iban y buscaban, encontraban en los árboles, aquellas abejas que se enredan en el pelo y que no pican, eso sacaban y eso una vez que lo tumbaban, quemaban a las abejas, sacaban la miel, le hacían tomar, ya era como si el paciente era ya bueno, la fe que ellos tenían a su curandero se sanaba o sea se sentían sanos y están al día siguiente tranquilos como nuevos (varón, 28 años, no asháninka, técnico en enfermería de puesto de salud).

– *Shirepiari*

Los asháninka acuden al *shirepiari* -que significa “el que chupa tabaco”, o mejor, “el que practica el ritual del tabaco”-, cuando el tratamiento en el hogar y la visita del vaporeador no dan resultados.

El ritual del tabaco es una práctica transmitida en el seno familiar de padres a hijos o de abuelos a nietos. Sin embargo, en una misma familia no puede haber dos *shirepiari*. El futuro *shirepiari* es la persona que en los procesos de socialización muestra mayor inclinación para esta labor. Este recibirá el reconocimiento como tal cuando el mentor fallece, nunca antes. El rol que cumple el *shirepiari* es para toda la vida.

El conocimiento de esta práctica es reservado solo al grupo familiar. Se trata de una práctica muy respetada a nivel de la comunidad. El poder mágico-social del *shirepiari* es comparado con el trabajo que hace un médico en el puesto de salud.

Antes del ritual, el *shirepiari* debe haber procesado tabaco y haberlo depositado en un *paco*⁴⁷. El tabaco es guardado en el *paco* cada vez que se requiera usarlo para atender la salud. La cantidad que se utiliza para las acciones de terapia se va introduciendo en un recipiente con agua en proceso de ebullición. El preparado estará listo cuando la masa hervida adquiera una consistencia viscosa, de sabor extremadamente amargo.

Para iniciar el ritual, el *shirepiari* coloca unas gotas de la masa de tabaco en su boca y la procesa para luego efectuar soplos hacia la persona enferma. Luego, procede a “chupar” el área afectada y a “toser” sobre su mano. El producto basal de la tos es depositado en la

47 Pedazo de caña brava en forma cónica, que sirve como recipiente.

palma de la mano para su posterior lectura, análisis e interpretación que le permitirá diagnosticar el “daño” e identificar a los responsables. Si la lectura no identifica una enfermedad sobrenatural, el *shirepiari* recomienda al enfermo acudir al puesto de salud.

El curandero cura y chupa con tabaco y después lo sopla y de ahí lo saca como toseando, tose, tose y lo bota a su mano, el curandero sabe que enfermedad tienes malo, él sabe qué enfermedad tienes, puede ser brujo, hormigas, o puede ser enfermedad. ¿Te sopla y te chupa, si es hormiga qué hace?

El curandero saca de todo, dice por ejemplo si te agarró hormigas sale, saca la misma hormiga y te enseña ¡éste es mira!, a veces te saca chicle, galleta, palito, nos mete en nuestro cuerpo el brujo (mujer asháninka, 32 años, madre de familia).

Una vez conocida la causa, el *shirepiari* recomienda diferentes prácticas curativas, como por ejemplo, realizar un baño o la administración de hierbas medicinales con el fin de eliminar la enfermedad. En otros casos, indica quemar panales de abejas u hormigueros. Pero también, el *shirepiari* puede señalar como culpables de desearle el mal a determinadas personas. En este caso, la comunidad asume la necesidad de amonestar o castigar a quien fuere el causante de la brujeadada. El castigo lo efectúa el representante de la comunidad, a fin de desenterrar el daño.

El amonestado o castigado busca el lugar donde dejó el hechizo y lo desentierra. De no ser así, el enfermo no sanará. Sin embargo, los resultados no siempre son positivos y el enfermo puede empeorar.

Luego de la amonestación o castigo al causante del mal, la vida en la comunidad sigue su curso normal. No hay señalamiento, comentarios, ni rencor acerca del incidente. Esto último, es un mecanismo de control social para propiciar la cohesión y el respeto de las normas de convivencia entre todos los integrantes de la comunidad.

Cuando vas al curandero él le señala, él es quien te ha hecho daño y directamente conversan con él o llaman al teniente gobernador (varón asháninka, 32 años, promotor de salud).

Él que te ha hecho daño a pesar de que le maltrata, ellos hacen o sea lo maltratan para que se sane esta persona, pero esa persona no se sana y a veces se muere, eso es lo que he visto, pero en otros casos cuando le dices saca lo que ha hecho daño y ese paciente creo, que no se si verdaderamente lo saca y ese paciente se sana y dice que eso es lo que le ha hecho daño (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

A pesar de la frecuencia con que las enfermedades de filiación cultural se presentan, los trabajadores de salud les asignan poca importancia a dichas enfermedades, las ignoran o muestran su indiferencia pues no encuentran explicaciones respaldadas por la ciencia médica. El personal de salud desconoce el entorno cultural de la curación y no reconoce las prácticas del curandero como parte de un proceso terapéutico que muchas veces resulta eficaz.

Sin embargo, el *shirepiari* se convierte en un puente entre la cultura Asháninka y el sistema formal de salud, por cuanto cuando ha agotado sus conocimientos o su capacidad de atención sin lograr resultados, procura que el paciente acuda al puesto de salud. El *shirepiari* acompaña de manera solícita al enfermo al puesto de salud durante el tiempo que requiera permanecer en él. Su interés es propiciar el bienestar de su paciente. Es frecuente encontrar al curandero *shirepiari* en el puesto de salud de Tziriari llevando a enfermos o a niños para ser vacunados. Es común verlos conversando con las familias y comentando con el técnico –en su lengua nativa– los problemas que encontró en el enfermo. Con ello, el curandero se asegura que el enfermo acuda al establecimiento de salud.

Es importante resaltar que no se conocen conflictos por el control de los pacientes entre el personal del puesto de salud y el *shirepiari*.

Dice alguna vez ha ido al curandero, primero en curandero y después, cuando el curandero le adivina todo lo que tienes esa enfermedad dice llévale en la posta y vuelve en su casa y va a la posta a hacerse curar ahí recién cura su hijo, ella dice también que le puede dar *kamari* (mujer asháninka, 32 años, madre de familia).

En la Tabla 4 se aprecian los signos y significados de enfermedades de origen sobrenatural que los asháninka atribuyen para la búsqueda

de salud, siendo los resultados los que determinan la utilización del servicio de salud.

TABLA 4. Signos y significados de enfermedades de origen sobrenatural en la búsqueda de salud en la comunidad asháninka de Tziriri

Signos	Significados	Acuden a	Acciones	Si no hay resultados
Diarrea, vómitos, dolor en el cuerpo, dolor de cabeza, aparición de “bolas”, malestar general	Brujeada, (maldad o daño)	Curación en el hogar	Le da hierbas	Va al curandero
		Vaporeador	Queman piedra, ponen hierba en una olla, sacuden la cushma, cae lo que le hace daño	Envía a <i>shirepiari</i> o a la posta
		<i>Shirepiari</i>	Sopla con tabaco, chupa y saca la enfermedad, después administra preparado de hierbas	Envía a la posta
Empieza con frío, luego presenta diarrea, vómitos y mareos	Mal aire (<i>kamari</i> , visiones)	Curación en el hogar	Echa piri-piri al ojo	Va al curandero
		Vaporeador	Vaporización y retiro del daño	Envía a posta
		<i>Shirepiari</i>	Administra preparado de hierbas	Envía a posta
Vómitos, fiebre, heridas	Agarra hormigas, o agarra abejas, o agarra arco iris	Familia sabe	Le dan hierbas	Va al curandero
			Lava herida con infusión de hierbas	
		<i>Shirepiari</i>	Sopla con tabaco, chupa y saca la enfermedad, después administra preparado de hierbas	<i>Shirepiari</i>
		Posta de salud	Tratamiento a base de pomadas de uso externo	Refiere a centro de salud

Por último, se puede señalar que las dolencias reconocidas como “mal aire” son tratadas en el hogar, y los casos reconocidos como “brujeadá” y otras enfermedades sobrenaturales son tratadas por el vaporeador y/o el shirepiari.

6. Sistema oficial de salud

El sistema oficial de salud hace referencia al sistema médico que es aceptado y reconocido por el Estado, en el que los profesionales de la salud reciben una formación académica universitaria o técnica impartida por instituciones acreditadas. Desde el punto de vista de la medicina moderna, la enfermedad aparece como la ruptura de mecanismos de regulación biológica, psicológica o social; la etiología muestra una relación causa-efecto; el diagnóstico es fruto de la anamnesis, exámenes y pruebas de diagnóstico; y el tratamiento y prevención es consecuencia de una acción racional a nivel sintomático y etiológico.

La medicina moderna es vista con desconfianza por la población asháninka. Ellos solo recurren a una atención en el puesto de salud cuando los recursos de la comunidad no dieron resultados. Sin embargo, los niños son los que con mayor frecuencia visitan el establecimiento de salud, sea para recibir sus vacunas, controlar su peso o para el tratamiento de dolencias y enfermedades.

Así mismo, la utilización de los servicios públicos de salud está asociada a la cura de enfermedades biomédicas que son producidas por virus. Los asháninka reconocen que el curandero no puede sanar enfermedades como el paludismo, cólera y tuberculosis; por tanto, una vez identificada estas enfermedades, acuden al puesto de salud.

O sea, si ya es enfermedad de neumonía, de cólera ya pe, ellos recetan directamente en la posta cercana, compra estes medicinales, te trata ya (varón asháninka, 33 años, padre de familia).

– Agentes comunitarios de salud

La participación de la comunidad por medio de los promotores de salud fue considerada por mucho tiempo como una estrategia importante para mejorar la relación entre la comunidad y los servicios públicos de salud. Sin embargo, la experiencia da cuenta que en muchos

casos, las entidades sanitarias no han asumido la tarea de trabajar para la comunidad sino para lograr sus metas institucionales.

En este contexto, el promotor de salud ha recibido una formación de corte biomédico donde las actividades de prevención han sido punto importante. En este entender, su participación ha sido fundamental para el control de algunas enfermedades como la fiebre amarilla. Del mismo modo, se ha logrado la reducción de casos de malaria y la disminución de enfermedades de la piel, quedando pendiente disminuir los casos de diarrea.

Las comunidades no tienen este recurso económico para que pueda pagar (al promotor), entonces lo que él está haciendo es que, o sea él ha elegido fechas en que puede atender solo los días viernes, sábado y domingo o sea no le afecte esas fechas en cuanto a la agricultura (varón asháninka, 32 años, registrador civil de Tziriari).

Se han hecho cursos de capacitación también para parteras y promotores de salud, con ellos se trabaja, porque imagínate es tan lejos que pase alguna muerte materna y entonces tenemos a promotores y parteras para estar cerca por eso se les capacita (mujer no asháninka, 26 años, enfermera de puesto de salud).

El promotor de salud es un voluntario al servicio de la comunidad. Es elegido por la comunidad y de acuerdo a su interés, participa en actividades de capacitación, visita a la población para saber si alguien requiere de tratamiento específico, asiste a enfermos cuando el puesto de salud está cerrado, participa en actividades de vacunación.

Pese a los denodados esfuerzos que el promotor de salud hace, este reconoce las dificultades del técnico sanitario del puesto de salud y las presiones que existen desde el centro de salud y el hospital de Satipo. Cabe mencionar que una semana antes de iniciar el trabajo de investigación, falleció un neonato de 18 días de nacido, lo que provocó la inmediata reacción de los supervisores de la UTES-Satipo, quienes viajaron hasta Tziriari a indagar las causas de la muerte. Esto generó inseguridad en el personal de salud nombrado, el despido del personal contratado y la desmotivación en el promotor de salud.

O sea, problema dice, vienen del hospital, ¿dónde están de salud? o sea ¿dónde están el personal de salud?, ¿porque se mueren?, sin embargo, no sabían que el personal de salud de aquí, no estaba enterado, no le habían dicho, ahí tenía problemas de Satipo, venían vuelta los doctoras aquí ¿porque se ha muerto? y ¿cómo siendo cerquita de salud, es que se ha muerto? ¿Habiendo seguro, habiendo seguro materno infantil?, de eso fue problema. Porque he visto, porque no son culpable los del puesto de salud, sino que el culpable, es el mismo descuido de sus hijos, sus padres por no avisar, a veces no sé cuál será su intención porque no van al puesto de salud (varón asháninka, 22 años, promotor de salud).

Al indagar por las causas de la muerte del niño, se descubrió que fue provocada por el descuido de la madre. Desde el inicio del embarazo, la madre fue increpada por el marido, quien asumía que el hijo no era suyo. La madre encontró que una manera de librarse del problema era desatendiendo al niño. Tres días antes de la muerte del infante, el personal de salud asháninka efectuó visitas de rutina a todas las casas para detectar problemas. Cuando llegaron a la casa de la mujer, el técnico sanitario asháninka y el promotor de salud preguntaron por el bebé. La madre respondió que “estaba sano y se encontraba durmiendo”.

Por los dos niños que murió, hasta a mí también ha llamado el doctor como estaba ¿por qué?

Porque nosotros también trabajamos con ellos y aparte de que son considerados la comunidad es una vigilancia, entonces ¿por qué si habiendo tu promotor de salud no creo que va morir más niñitos? entonces así nos han enojado (varón asháninka, 22 años, promotor de salud).

7. Proceso de toma de decisiones durante el embarazo, parto y puerperio

– El embarazo

Durante el embarazo, la mujer asháninka sigue un patrón de alimentación. Durante los primeros meses, no ingiere carne de animales grandes ni algunas frutas silvestres. Por otro lado, la gestante no parece tener mayores cuidados durante su embarazo: sigue trabajando en la chacra, continúa tomando masato y realizando todas sus actividades diarias asignadas a su rol dentro de la familia y la comunidad.

Existen más bien prácticas tradicionales durante esta etapa como es el uso de hierbas en infusión, sea para baños o para el consumo. El baño lo realiza con apoyo de la madre de la gestante quien vierte el agua desde la cabeza hacia los pies mientras esta permanece sentada y friccionando el vientre, la actividad se realiza aproximadamente dos veces al mes. El propósito es preparar el cuerpo de la mujer para el trabajo de parto. Las hierbas para esta ocasión son sembradas en el hogar de la gestante para asegurar su frescura o estar al alcance cuando se requiera su consumo.

Como hemos visto en esta etapa, la figura que adquiere relevancia es la madre de la gestante, quien desde que es informada que su hija está en cinta, no solo asume la responsabilidad de la atención hacia la nueva madre, sino que además efectúa todo el despliegue de acciones para velar y preservar la calidad de vida tanto de su hija como la del bebé. Este proceso está normado como parte de los roles que se le asigna a la abuela materna. Ante la falta de la madre de la embarazada, otra mujer –siempre la de mayor edad– asume este rol, sea la hermana mayor o la madre del cónyuge.

Hay hierba para tomar, si están primer mes estas gestando, te hace tomar hierba cada mes, cada día para que nazca el bebe rápido para que des a luz rápido, tengo mi hermana que está gestando aquí y mi cuñada también está por dar a luz mi mamá le hace tomar la hierba.

¿Las hierbas están lejos de la casa? No, ella tiene en su casa sembrado tiene, se siembra en la casa y le hace tomar cada semana, le hace bañar con agua caliente en la mañana hace tomar y hace bañar (E1, mujer asháninka, 30 años, profesora).

Al puesto de salud de la comunidad, la mujer asháninka acude al control pre-natal una sola vez, básicamente para saber el estado de salud del niño y la fecha prevista para el parto. El control pre-natal es pues, mínimo. El personal de salud debe efectuar una búsqueda de las gestantes casa por casa o indagando entre las mujeres de la localidad. A simple vista, resulta difícil identificarlas por el uso de la chusma y por el hecho que, durante la etapa de lluvias, la población tiende a ingerir mayor cantidad de alimentos lo que les produce un aumento de peso, por lo que muchas mujeres aparentan estar embarazadas por lo abultado de sus vientres.

Durante las visitas a campo, con frecuencia las gestantes “escapan” de la atención pre-natal, sobre todo cuando son efectuadas por varones. Culturalmente, se ha establecido que un hombre extraño no debe mirar de forma directa a los ojos de una mujer, ni mucho menos tocarla ni auscultarla. Inclusive, dentro de las normas establecidas en las relaciones de parejas, el cónyuge no puede observar a su esposa cuando está desnuda, más si puede tocarla. El pudor es considerado como un tabú que debe preservarse. El hecho de ser vista o tocada por un hombre provoca “miedo” y/o vergüenza para la mujer y en el peor de los casos, una pérdida del valor fundamental de su calidad de mujer.

Cuando las mujeres están embarazadas, frecuentan al curandero para que les “sobe” con hierbas y “arregle” al niño cuando éste se encuentra “atravesado” en el vientre materno. Es importante señalar que el único varón que puede tocar a una mujer, además del cónyuge, es el curandero. Nunca se ha ido a controlar en la posta porque tiene miedo que le miren su barriga (mujer asháninka, 20 años, representante de la organización de mujeres).

Las imaginaciones de la señora pueden hablar dice, que le han visto (varón asháninka, 32 años, promotor de salud).

– Parto

En Tziriari, la atención del parto se realiza por lo general en el hogar. Es frecuente que la atención del parto esté a cargo de la madre o del esposo; la partera capacitada solo la acompaña cuando hay complicaciones.

Desde el inicio de las contracciones, se siguen rituales propios para la ocasión como baños e ingestión de infusión de hierbas que ayudan a la dilatación. Entre las hierbas más utilizadas figuran el huampo blanco, raíz de algodón, raíz de limón, piri-piri o ivenki.

Sí, encima le daba para que el bebe nazca rápido, tiene especialmente hierba piri-piri, eso lo cocina, lo chanca, lo mete en una ollita y le da caliente y empieza a tomar y rapidito dice el bebito sale (mujer asháninka, 20 años, representante de la organización de mujeres).

Iniciado el trabajo de parto, la madre de la gestante prepara un ambiente en la casa: retira las pocas cosas que tiene (ropa, ollas, camas) y barre el piso. De preferencia, en el centro de la habitación se colocan clavados y sujetos al suelo, dos palos cruzados formando un triángulo amarrado en la parte superior. Otras mujeres colocan tablonces que asemejan una mesa para que la parturienta se apoye durante cada contracción. La posición que adopta la mujer durante el trabajo de parto es en cuclillas, en esta posición procede a escarbar el suelo, intentando remover la tierra para ablandarla y disminuir las consecuencias de un posible impacto del bebé contra el suelo. En dicho espacio, se coloca una estera de base de palma confeccionada por las mujeres –no necesariamente confeccionada para la ocasión– y sobre la estera se extiende una tela, frazada o manta para cubrir al recién nacido.

En otros casos, el marido asiste a la parturienta de la siguiente manera: él se sienta en una banca, abre sus piernas y ella se sienta sobre las piernas del cónyuge de espaldas. El esposo sujeta –“agarra”– a la madre por la cintura mientras que ella va observando que descienda el bebé. Una vez que el bebé ha salido y se encuentra sobre la manta, la parturiente se recuesta sobre una estera, en tanto que el padre corta el cordón umbilical. El muñón umbilical del bebé es amarrado por un hilo de algodón confeccionado previamente por la parturienta.

Para facilitar la salida de la placenta y prevenir la hemorragia, se administran preparados a base de hierbas –hojas de algodón morado–, ceniza y la fáfara del huevo que en la zona se conoce como “hiel de huevo”.

Para que le pare la hemorragia, una vez cuando sale el bebé y le sigue saliendo sangre, en vez de ampolla a veces toman algodón morado (mujer asháninka, 32 años, madre de familia).

Como parte de sus prácticas culturales, los asháninka dejan que la placenta descienda sola. Luego, junto con el cordón umbilical, son envueltos en una hoja de plátano y enterrados en la chacra por el esposo o cualquier otro hombre de la familia. En el corte del cordón umbilical, no se utiliza tijera, gillete o cuchillos porque pueden infectar al bebé. Utilizan más bien el capiro –tallo con el que también preparan flechas–, que la parturienta ha separado días antes.

Ponen su estera y nace el bebe, el que corta el cordón es el esposo, si la chica tiene su mamá ella lo hace (varón asháninka, 32 años, promotor de salud).

... nunca cortamos con tijera tenemos un secreto es, ahí hay un carrizo igualito eso se corta como gillette saca, eso no infecta en cambio tijera infecta (varón asháninka, 40 años, padre de familia).

– Puerperio

Después del parto se siguen reglas rigurosas para el cuidado de la madre. Los asháninka consideran que es la etapa más peligrosa del periodo reproductivo. La madre descansa junto a su bebé y sigue una serie de restricciones dietéticas que, en algunos casos, alcanzan al padre del niño, y que culminan al caer el ombligo del recién nacido.

Algunos yo veo acá, después que sale el ombligo, hay mismo están lavando, trayendo yuca, en cambio cuando ella daba a luz hasta que tenga tres semanas recién se levanta, dice quien le atiende es su marido, le cocina, le lava su ropa hasta que esté mejorcita (mujer asháninka, 43 años, madre de familia).

Luego de dar a luz, el esposo también debía permanecer en casa hasta la caída del cordón umbilical del recién nacido. Así mismo, el esposo debe utilizar gorro durante cierto tiempo para evitar la caída de cabe-

llo. El cuidado del niño durante esa semana es importante porque este puede brujear al padre para que pierda las habilidades de caza.

Mi mamá me dice, no hay que hablar (después que nace el bebé hasta que caiga el cordón umbilical) es una creencia también, tú tienes que estar quedando así encerrado ya, en tu casa no vas a comer nada de yuca, solamente plátano te da así asadito con eso vas a comer.

P: Y ¿por qué no debe hablar el esposo?

R: Dice cuando hablas su creencia de ella, te va contestar que hay un chihuaco (pájaro de la región), que se le dice chihuaco vas a volver como mentiroso, cuando escucha algo si cuentas, ya al toque está comunicando a otro (varón, 42 años, asháninka, técnico en enfermería del puesto de salud).

8. Prestación de servicios del sistema oficial de salud

– Descripción del puesto de salud de Tziriari

El puesto de salud de Tziriari se creó a finales de la década de 1980. Su creación estuvo ligada a la “extensión de cobertura”, destinada especialmente a la atención de los Asháninka. Por efectos de la guerra subversiva, la comunidad fue arrasada y el puesto de salud reubicado a la zona que en la actualidad se le conoce como Tziriari. A partir de 1998, se construyó el nuevo puesto de salud ubicado en la carretera que conduce Mazamari - Puerto Ocopa, a una distancia de cinco a siete minutos de la comunidad Asháninka de Tziriari y a unos cuatro minutos de la comunidad de colonos de Sol de Oro. Por el hecho que el puesto se encuentra entre dos comunidades, con frecuencia se producen conflictos entre ambas por la tenencia del establecimiento de salud al que cada comunidad considera como suyo.

El puesto de salud de Tziriari es un local pequeño construido con material noble. Cuenta con seis ambientes constituidos por espacios diferenciados y separados unos de otros. Esto obedece más a una concepción arquitectónica de espacios urbanos, antes que a una concepción de atención de salud para culturas amazónicas. Las ventanas

que rodean el edificio han sido instaladas básicamente para facilitar la ventilación y el ingreso de los rayos solares. Por tal motivo, cuando el edificio fue inaugurado, los marcos sirvieron para proteger el ingreso de insectos voladores a través de la instalación de mallas metálicas. Sin embargo, por la falta de mantenimiento, las condiciones ambientales y el paso del tiempo, las mallas metálicas se han deteriorado y han sido reemplazadas por plásticos que brindan privacidad, pero no permiten la ventilación ni el acceso de luz, convirtiendo este ambiente en un espacio caldeado y sofocante. El mobiliario, cadena de frío, equipo y material médico, así como el material educativo y bibliografía es mínimo.

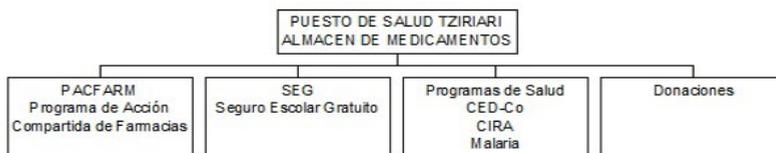
Aun cuando se ha construido e instalado la infraestructura para los servicios de agua y desagüe, estos no funcionan. Tampoco hay servicio de energía eléctrica, aunque en general no existe en la zona, razón por la cual la atención se efectúa durante el día.

– Acceso a medicamentos

La Unidad Territorial de Salud -UTES- Satipo, según el organigrama del Ministerio de Salud, es el nivel jerárquico responsable del abastecimiento de medicamentos a todos los establecimientos de salud de su jurisdicción. El puesto de salud de Tziriari recibe, por tanto, los productos médicos para las necesidades de la salud de asháninkas y colonos.

La unidad establecida para el almacenamiento de los productos farmacológicos tiene cuatro tipos de programas que son:

FIGURA 3. Programas del puesto de salud de Tziriari



En el caso del PACFARM es importante señalar que se trata de un sistema administrado según las características de fondo rotatorio que responde directamente a la sede regional del Ministerio de Salud, sede Satipo. De modo que, los ingresos generados por el programa son supervisados, controlados, contabilizados e ingresados de forma directa al gobierno central.

El Seguro Escolar Gratuito –SEG– cubre a niños y niñas de dos a 18 años de edad matriculados en el sistema educativo escolarizado. Los programas de salud cuentan con insumos programados de acuerdo al tamaño de la población.

Las donaciones son un mecanismo utilizado por las organizaciones no gubernamentales las cuales, a través del MINSA y de la Unidad Territorial de Salud de Satipo, envían, entre otras cosas, productos farmacológicos para la atención de enfermos.

– Información estadística

A nivel general, no se disponen de cifras oficiales que den cuenta del estado de salud de la población asháninka, ya que los registros estadísticos oficiales no discriminan el tipo de comunidad que se atiende en los establecimientos de salud.

La morbilidad es el componente de más difícil medición ya que está influenciada por una serie de factores que deben ser tomados en cuenta a fin de interpretar adecuadamente los datos recogidos y procesados. Involucra, por ejemplo, las concepciones que cada cultura tiene del proceso salud-enfermedad, así como las percepciones que la población tiene de los servicios de salud.

En torno al tiempo que toma la recolección de información estadística, es preocupante notar que éste representa las dos terceras partes del tiempo de trabajo del personal de salud. Entre tanto, el tiempo que se dispone para la atención de un paciente, sólo es la tercera parte.

O sea (atiendo a) un paciente: cinco minutos con el paciente y diez minutos en rellenar, alucinas tenemos que pasar también al HIS⁴⁸, así es, porque a veces con seis a ocho pacientes que atendemos, es más papelería que otra cosa (P9, mujer no asháninka, 26 años, enfermera del puesto de salud).

Lo que estamos viendo, a veces cuando no voy a seguir por ejemplo primero en cuaderno no, hacemos en cuaderno según de repente viene programa de seguro (escolar) lo que también es hacer rellenar el cuaderno, también en el

libro grande después hacemos hoja de auto generado, eso por ejemplo es un problema (P2, varón asháninka, 38 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

La productividad constituye el elemento básico de las dificultades que se presentan en el establecimiento de salud. Muchas veces la productividad se transforma en competitividad con datos que los propios trabajadores de salud reconocen que no siempre son confiables.

En la actualidad veo que si una parte sale de algunos programas pero ahora nos mide por rendimiento dice cuanto hemos hecho por EDA, IRA⁴⁹ vacunación, todos los programas, pero no podemos hacer todos los programas también, no podemos llegar a un 100 por ciento de lo que nos piden, por ejemplo tenemos que vacunar 80 por ciento, 80 a 90 por ciento controlar a las madres gestantes, pero nosotros, solos estamos haciendo todo administrativo, secretario, de todo hacemos y la mayor carga donde usamos más tiempo, es en el programa de seguro escolar ARCE, medicamento todo es control ahora, y eso es y ahora que hay seguro materno es otro más papeleo y eso es lo que veo (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

– *Demanda de atención del puesto de salud de Tziriri*

Desde la percepción de los pobladores asháninka, el puesto de salud es el espacio donde se presta atención a los requerimientos de salud de la comunidad cuando los recursos materiales y culturales propios, no han logrado los resultados previstos como son la mejoría y/o curación de las enfermedades.

Si no ocurre ninguna eventualidad, las mujeres que han dado a luz, solo acuden al establecimiento de salud para registrar al recién nacido.

Cuando hay vacuna vamos pe, después cuando te vamos pe un rato a verle que cosa tiene, tos también, y le exami-

49 Actividades relacionadas a la atención de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas.

nan lo que tiene gripe, después te dan tratamiento (E15, mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

Desde la percepción de los prestadores de salud, la utilización de los servicios de salud difiere del tipo de establecimiento. En los puestos de salud son los niños quienes más se atienden, mientras que al centro de salud y hospital son mujeres quienes más acuden. Respecto a los servicios de hospitalización, éstos albergan más a hombres que a mujeres y niños.

Lo que he visto mayoría este solamente en hospitalización he visto son mayores, más hombres, mujeres casi poco, niños llegan poco también (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

Más vienen niños después mujeres (al puesto de salud) (P9, mujer no asháninka, 26 años, enfermera de puesto de salud).

La Tabla 5 muestra la estadística del registro de atenciones. De acuerdo a esta tabla, el 57,6% del total de atenciones corresponde a menores de cinco años.

TABLA 5. Atención por grupos de edad y sexo en el puesto de salud de Tziriari

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4 años	68	48,2	73	51,8	141	57,6
5 - 17 años	34	50,7	33	49,3	67	27,3
18 - 49 años	12	34,3	23	65,7	35	14,3
50 a más	2	100,0	0	0,0	2	0,8
Total	116	47,3	129	52,7	245	100,0

Los asháninka acuden al establecimiento de salud por enfermedades reconocidas como biomédicas que sólo se curan en un servicio de salud:

La morbilidad es diarrea y neumonía las más frecuentes.

P: ¿Y mortalidad?

R: La neonatal, si uno, pero primero es diarrea y neumonía (P7, mujer no Asháninka, 33 años, técnica en enfermería de puesto de salud).

La demanda de atención al puesto de Salud de Tziriri por parte del grupo asháninka es mínima. Según la Tabla 6, solo el 13,8% de los usuarios de los servicios de salud fueron asháninka, mientras que el mayoritario 83,2%, eran colonos.

TABLA 6. Número de atenciones a enfermos asháninka y no asháninka en el puesto de salud de Tziriri

Condición del atendido	N° de casos	
	N°	%
Asháninka	34	13,8
No Asháninka	211	86,2
Total	245	100,0

Es interesante notar que, a pesar de la poca demanda de atención al puesto de salud de Tziriri, los asháninka “sienten satisfacción” por contar con un puesto de salud en su comunidad. La presencia del puesto de salud tiene las siguientes connotaciones: reconocimiento de un servicio en el que todos pueden ser atendidos y a toda hora; preocupación del Estado peruano por atender sus necesidades y problemas de salud, en especial la salud infantil; reconocimiento de su condición de ciudadanos con trato igualitario por parte del Estado; posibilidad de obtener medicinas y alimentos donados; posibilidad de que sus hijos accedan a un sistema de calidad, participando en programas de control de enfermedades e insertados en un espacio institucional mayor⁵⁰, pero sin perder su identidad básica “el ser asháninka”. Sin embargo, los servicios que brindan los centros de salud y hospital, no

50 La inserción se observa como un proceso teórico en la que la sociedad mayor –en este caso la sociedad peruana dominante– facilita que los jóvenes asháninka logren ser “asimilados” al proceso educativo, productivo de los circuitos regionales.

necesariamente gozan de la misma aceptación, existiendo en algunos casos rechazo total.

La gente está contenta toda enfermedad atiende, si tiene paludismo se atiende, se saca gota gruesa, cuando está bastante gente se demora, cuando hay vacuna, y se hace cola (E15, mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

Para los asháninka, las actitudes del personal que proveen servicios de salud en los centros de salud u hospitales, son calificadas de manera negativa por cuanto no los reciben de forma amable, los ignoran mientras esperan su turno, son renegones y no guardan normas básicas de comportamiento como saludar con respeto y consideración, extender la mano, acercarse físicamente de manera respetuosa y mostrar una sonrisa. Estos comportamientos suceden porque el personal trabaja en un espacio que no le es grato o adecuado⁵¹.

Solamente no gustamos cuando reniega el doctores, quisiera cuando venimos tratar atiende bien, eso queremos, cuando reniega él no gustamos también (E8, varón asháninka, 40 años, padre de familia).

La falta de capacidad económica de la población asháninka les impide muchas veces pagar el costo de la atención, medicinas y otros gastos que implica la atención médico-hospitalaria. Esto genera discriminación y rechazo hacia los asháninka que buscan atención en los centros de salud y hospital:

Lo que no me gusta es cuando un médico, una enfermera te dice (cuando) traigo un enfermo ¿no?, ándate allá ándate, ¡no! tienen que pagar la consulta, y cuando el niño está bien grave no podemos pagar la consulta y eso a veces es

51 Es importante indicar que en estos niveles de complejidad, las relaciones sociales se establecen sin ninguna relación basada en la individualización de la persona, siendo por el contrario las relaciones basadas en la despersonalización de las relaciones y en falta de elementos culturales como de calidez, emocionalidad y particularmente en el uso de lenguajes institucionales, gestuales e idiomáticos que el Asháninka desconoce y muchos menos está en capacidad de entender y controlar.

que no me gusta, primeramente, debe atender y después se pagará la consulta (E14, mujer asháninka, 34 años, madre de familia).

Por estas razones, el acceso a los servicios hospitalarios por parte de los asháninka es limitado. Las pocas personas de origen asháninka que son hospitalizadas, son casos referidos de forma directa de los puestos de salud. En el hospital, los asháninka no se sienten cómodos, ya que la normatividad de la entidad les impide estar al lado de su familiar enfermo. Cuando el paciente es internado, es separado de su familia, lo que produce resentimiento ya que para los asháninka es importante el “estar juntos”. A ello se suma la falta de recursos económicos para pernoctar en espacios cercanos, y la casi inexistente presencia de personas que hablen el idioma asháninka que facilite la comunicación médico-paciente.

A nivel de centro, por ejemplo en Puerto Ocopa, ya las personas cambian, porque ya vienen los nativos de más adentro, y ya se sienten, como vienen con toda su familia ¿no?, todos vienen hijos, papá, mamá, todos con el enfermo, entonces ya un poco que causa problema al establecimiento, porque no les pueden alojar o albergar a todos no, entonces el nativo se siente mal y muchas veces ya no quiere venir al hospital porque acá es peor, solo entra el paciente (P4, mujer no asháninka, 49 años, enfermera del hospital).

Cabe agregar que a los asháninka les llama la atención la compleja infraestructura hospitalaria, el mayor número de personas que labora, la gran demanda por atención y la atención individual y no colectiva como ocurre en un puesto de salud.

– *Procesos de integración entre los asháninka y los no asháninka*

Como secuela de la guerra interna, algunos asháninka se han vuelto desconfiados y tratan mal a los colonos, en especial a quienes proceden de la sierra. Si el personal de salud procede de la serranía y particularmente, su origen es ayacuchano, lo relacionan con los subversivos, lo que crea un abierto rechazo y constituye una de las causas para la no asistencia a los programas de salud.

Sin embargo, la población asháninka reconoce la importancia que tiene para el forastero, ser considerado como parte de la comunidad. En tal sentido, el apoyo, la solidaridad y el “hacer compañía” son mecanismos para mostrar a los forasteros, entre ellos a los proveedores de salud, que son parte de la comunidad. Pero todo esto se brinda en un segundo momento, luego que los asháninka hayan hecho una inspección de quién es la nueva figura, para después iniciarlos en rito de pasajes. En los ritos de pasaje se somete a los forasteros a las costumbres asháninka como hacerlos caminar grandes distancias e invitarlos a comer animales que viven en diferentes árboles⁵² como caracoles y gusanos, siendo el más común el “suri”.

Siempre en las comunidades te dan (masato) para ver primeramente si estas con ellos o no. (P3, varón no asháninka, 34 años, obstetra de centro de salud).

Y pienso que eso han hecho para saber si me integro, siempre te van a medir lo que puedes hacer, más para saber hasta dónde, si podemos aceptar su cultura (P5, varón no asháninka, 35 años, técnico en enfermería del hospital).

En la Tabla 7 se explican los procesos de integración entre los asháninka y los no asháninka. Estos procesos tienen que ver con un mecanismo de comunicación gestual. Al observar que los forasteros se dejan “tocar” o sonríen, los asháninka perciben que pueden interrelacionarse mejor. De parte de los no asháninka un signo de aceptación a la cultura asháninka es el hecho de beber el masato y en grandes cantidades. Esto tiene que ver con “el tener que compartir”⁵³. De este

52 Una técnica en enfermería procedente de Huancayo, refería que cuando llegó a la comunidad sentía que los Asháninka le trataban mal: le hicieron caminar más de lo debido, le invitaban masato y alimentos a los que no estaba acostumbrada. Sin embargo sus conocimientos y poca experiencia con Asháninka del río Tambo, la hizo sentirse segura y compartir con ellos lo ofrecido, este gesto de compartir hizo que los Asháninka le informen que ella pertenecía a ellos.

53 “Tener que compartir”: se convierte en un participar, confraternizar, hacer amistades. Estas relaciones implican un conocer el pensamiento de las nuevas personas forasteras, tratando de conocer sus ideas, pensamientos, costumbres e interés en las actividades que van a desempeñar. Las preguntas van a ser manejadas de manera directa por género: mujer a mujer,

modo, una buena relación social depende –en apariencia– de aceptar lo ofrecido.

TABLA 7. Procesos de integración entre los asháninka y los no asháninka

Ritos	Asháninka	No asháninka
Aceptación	Habla castellano, sonríe, es comunicativo, forma parte de las actividades de salud (promotor, partera).	Trata de hablar asháninka, adornan su casa con artesanía asháninka, sonríen, saludan a las personas y le dan la mano.
Percepción	Confía en él, puede “aprovechar en pedir favores” (compras, traer agua).	Utiliza plantas medicinales de la cultura Asháninka, hablan con todas las personas de la comunidad y no solo con las autoridades.
Integración	Lo saluda cuando está fuera de la comunidad, comparte la mesa con ellos.	Se integra a la familia cuando acepta tomar masato y participa de su comida tradicional, participa de las actividades de la comunidad (deporte, fiestas, reuniones de la comunidad).

– *Percepción del personal de salud respecto a la población asháninka que atiende*

Desde la perspectiva del personal de salud, la sensación que les dejó el primer contacto con la comunidad asháninka fue de pena. El 71,4% de los trabajadores entrevistados señaló haber sentido una profunda tristeza por la falta de protección y falta de manejo ante espacios culturales diferentes al suyo. La cultura asháninka se les reveló como un mundo nuevo, con distinto lenguaje, modos de vida (sin horarios), costumbres, vestimenta, alimentación.

hombre a hombre. Cuando se trata de reuniones en casa de uno de los miembros asháninka, por lo general se congregan alrededor de una mesa y los distintos miembros de la familia, van turnándose en la atención del forastero, y van efectuando las preguntas hasta llegar a conocer lo que se quería de su actividad y/o de carácter familiar: hijos, marido, lugar de procedencia y costumbres, como comida, tipo de vivienda, vestimenta, idioma, etc. Uno de los temas no tratados es respecto a la religión.

Me daba pena por mí y por la gente, decía ¿cómo hay tanta pobreza?, creo que a todos les ha pasado lo mismo (P7, mujer no asháninka, 33 años, técnica en enfermería de puesto de salud).

En tal sentido, el trabajador de salud considera que su labor en la comunidad es muy difícil por las brechas culturales existentes para lo cual “no está preparado”⁵⁴. Existe, así mismo, un proceso de aislamiento cultural por parte del personal técnico de salud que es foráneo. Las tareas que desarrolla, lo obligan a “estar sólo” gran parte del tiempo y en un silencio absoluto, revisando papeles y/o anotando datos. Se agrava a esto, la lejanía del puesto de salud respecto a la población, lo que les impide establecer contacto con los pobladores. Sin embargo, aun existiendo un contacto más cercano, el desconocimiento del idioma zonal les impide conversar. Su entretenimiento se remite a escuchar un radio receptor.

Desde la perspectiva de los trabajadores asháninka, los trabajadores foráneos “no asháninka siempre están tristes”, “por eso no se relacionan”, “no participan” en las actividades de la comunidad y, por consiguiente, no tienen motivación por continuar en el establecimiento de salud.

Creo que le “duele su corazón” y a veces no tenemos luz, baño, agua para bañar, televisión no, amigos, eso lo que ella a veces” se siente triste”⁵⁵ (P2, varón asháninka, 38 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

54 “No estar preparado” significa que no ha recibido información acerca de las culturas en las que tiene que desempeñar sus actividades profesionales, diferentes a las que se desenvolvía y que al confrontar con la realidad del país, descubre que estos cambios implican una abierta confrontación entre la realidad y la teoría.

55 “Doler el corazón” y “sentirse triste” desde la percepción Asháninka es un estado de salud en la que es posible “estar enfermo” y por lo tanto se pudiera deber a razones tanto de carácter biomédico como a enfermedad de carácter cultural. Desde la perspectiva de la medicina académica universitaria sería un proceso del síndrome de agotamiento profesional *burn out* que se caracteriza por la falta de motivación o la baja autoestima debido a las expectativas cifradas en el desarrollo profesional y que no pueden ser cumplidas.

Por su parte, los trabajadores que proveen servicios de salud, en referencia a los asháninka, señalan en un 42,8%, que son personas de cultura diferente y reconocen que la solidaridad es uno de sus valores más importantes que se manifiesta en el “hacer visitas de compañía y apoyo” cuando “ven (al personal de salud) que están solos” en el puesto de salud.

Para mí los Asháninka, son unas personas con una cultura diferente a la nuestra, pero llegando a conocer bien, de repente un poco más, este decir más buena que una persona colona (P1, varón no asháninka, 28 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

Así mismo, se señala que comparativamente hablando, el grupo “colono”⁵⁶ establece relaciones en las que los intereses económicos, intrigas y el poder están presentes; mientras que los asháninka establecen relaciones menos estructuradas, más transparentes y horizontales.

Por estas razones, el 57% de los proveedores de salud entrevistados percibe a los asháninka como personas de categoría inferior –ciudadanos de segunda clase–, con “inferioridad en el comportamiento” (niños = sinónimo de inmadurez cultural, torpeza, falta de responsabilidad, incapacidad de pensamiento propio, etc.); desconociéndoles posesión

56 Colono se le denomina a aquellas personas y/o grupos humanos que han ocupado espacios territoriales mediante la modalidad de invasión y/o compra de terrenos y que se dedican al cultivo de productos básicamente de pan llevar y que está destinado tanto al autoconsumo como a la comercialización en centros de abastos situados en otros espacios. Además se denomina “civiles” a todos los “no asháninka” donde la denominación involucra todas las perspectivas profesionales indistintamente. *Civil* = adjetivo calificativo de *Civilizado* = persona que ha adquirido las normas de comportamiento, conocimiento, actitudes y que se manifiesta como un “ciudadano” que asume los deberes, derechos y responsabilidades del Estado- Nación regidas por las normas jurídicas, institucionalmente reconocidas por los diferentes niveles del poder político, económico y social de una sociedad ágrafa y de corte urbana y consumista que conlleva un tipo de vestido, de comida, de corporalidad. Desde la perspectiva Asháninka, ellos utilizan el término *shori* que muchas veces tiene una connotación de adjetivación despectiva para todo aquel que siendo Asháninka pretende incorporarse a una cultura diferente y a todas las culturas no asháninka = lo foráneo, lo diferente, lo distinto, lo no conocido, no nacido “dentro” del espacio cultural de la comunidad.

de conocimientos propios y sabiduría ancestral, como una evidente relación armónica con la naturaleza y el espacio donde habitan.

Estas apreciaciones dan cuenta de una relación de interculturalidad asimétrica. Desde el punto de vista de los trabajadores foráneos, las actividades desarrolladas por los asháninka resultan de menor nivel por asociarlas y compararlas con la economía de mercado o con los circuitos productivos regionales y/o nacionales, destacando el poco valor a la cultura de supervivencia y ensalzando los niveles de una sociedad urbana, occidental, racista, discriminativa y estructurada en jerarquías de poder político e institucional de la que ellos supuestamente forman parte y provienen.

Yo los describiría como niños de unos siete u ocho años, que son este que le digo, que son juguetones, que son este irascibles, a veces son tercos y no miden las consecuencias de sus actos, si están en momento de ser niños no les importa que los demás lo califiquen mal y si están bebidos no hay nadie quien los pare, no entienden razones, para mí son niños que se están acostumbrando a convivir con nosotros.

Algunos son nómades, otros ya, este cultivan, no, pero no dejan de ser nómades, hoy cultivan acá y se les ocurre cultivar allá, y se trasladan con toda su familia, y luego se van y lo llevan a otro lugar, para mí no son estables (P5, varón no asháninka, 35 años, técnico en enfermería del hospital).

Desde la perspectiva de los proveedores de servicios de salud, el trabajar solo, aislado en un puesto de salud, lejos de su familia, en un área donde las costumbres, modos de vida, idioma, servicios básicos son diferentes; hace que el personal sienta la necesidad de ser aceptado optando por una relación amigable hacia los usuarios. Eso no quiere decir que el personal adopte a esta nueva cultura como la suya, sino que intenta entender y aceptar la nueva cultura.

Bueno en caso del puesto de salud es más cariñoso y amigable (P9, mujer no asháninka, 26 años, enfermera de puesto de salud).

Más sensible con los asháninka, son los técnicos, porque están en la comunidad, no importa tomar masato juntos, (P3, varón no asháninka, 34 años, obstetra de centro de salud).

Para los proveedores de salud que laboran en niveles de complejidad mayores, los trabajadores de los puestos de salud “tienen necesidad” de interrelacionarse ya que el personal pasa más tiempo con ellos y necesita de ellos.

Sí, definitivamente en el puesto el trato, es más, es mejor, porque ellos prácticamente conviven con ellos, le dan un trato más cordial, más atento, porque conviven con ellos ¿no? y el personal de salud van a necesitar de los nativos como ellos van a necesitar de él, alimentos, leña, sus cosas ¿no?, entonces se relacionan mejor (P4, mujer no asháninka, 49 años, enfermera del hospital).

Los prestadores de servicios de salud consideran que en el hospital hay trabajadores que son insensibles a la presencia de los asháninka, mostrándoles indiferencia. Esto es percibido por los asháninka como exclusión, marginación o discriminación. Sin embargo, también refieren que algunos otros trabajadores, se preocupan porque la visita de estos sea mejor.

Hay algunos que de repente no lo toman en cuenta, de veras les ven toda la mañana, sin embargo, no se preocupan porque está ahí, qué está haciendo, qué es lo que quiere, a veces hay otros que se identifican con ellos y de inmediato los están atendiendo, creo que es porque ocasionalmente en alguna oportunidad los han visto y cómo viven, pero si es personal nuevo y nunca los conoció, no saben de dónde vienen simplemente, no lo toman en cuenta (P5, varón no asháninka, 35 años, técnico en enfermería del hospital).

Ellos dicen ¿cómo nosotros te recibimos acá?, pero cuando llegamos al hospital, no nos atienden bien, nos cierran la puerta, no nos conocen y se sienten mal, han tenido problemas en Ipanaquiari parece que la esposa del jefe se había hospitalizado con una pérdida (aborto) y cuando el vino a

visitarla, seguro fuera de hora, él quería entrar, entonces el personal pagado al horario y a todas estas reglas del hospital, no lo han dejado entrar y lo han tratado mal (P4, mujer no asháninka, 49 años, enfermera del hospital).

– *Perfil del personal de salud*

La Tabla 8 muestra el perfil de los trabajadores del puesto de salud de Tziriani. Como se puede apreciar, se trata de un personal joven cuyo promedio de edad es de 34 años, con un tiempo promedio de trabajo en el Ministerio de Salud de 94 meses, de los cuales 30 los ocuparon en el establecimiento de salud con población asháninka. En su mayoría, se trata de personal no asháninka (78%), de los cuales el 67% se desempeñaba como técnico en enfermería y el 33% como profesional de la salud.

TABLA 8. Perfil de los trabajadores entrevistados que proveen servicios de salud

N° entrevista	Información general					Trabajo con el Ministerio de Salud				
	Edad/ sexo		Lugar de origen	Idioma	Lugar estudios	Cargo Nomb.	Condición laboral		Tiempo en meses	
							Contr.	En el MINSA	En el EESS	
P1	28	M	Pangoa	Español	IST Pangoa	Técnico en enfermería		x	60	48
P2	38	M	Río Tambo	Español - asháninka		Técnico en enfermería	x		180	84
P3	34	M	Ayacucho	Español - quechua	UNSCH - Ayacucho	Obstetra		x	72	24
P4	49	F	Satipo	Español	UNSCH - Ayacucho	Enfermera	x		240	36
P5	35	M	Satipo	Español	IST Huancayo	Técnico en enfermería		x	120	12
P6	40	M	Río Tambo	Español - asháninka	IST - Satipo	Téc. Enfermería	x		120	36
P7	33	F	Huancayo	Español	IST - Huancayo	Téc. Enfermería		x	24	11
P8	22	F	Huancayo	Español	IST - Huancayo	Técnico en enfermería		x	15	9
P9	26	F	Ayacucho	Español	UNSLG - Ica	Enfermera		x	12	8
						Promedio en meses			93,6	29,7

En relación a la condición laboral, el 55% estaba contratado por el Programa Salud Básica para Todos, en tanto que el 45% era nombrado.

El personal que trabaja procede de Huancayo, Ayacucho, Ica y Lima. Su formación profesional está enmarcada en el aspecto curativo y en un nivel hospitalario, con poca formación en salud comunitaria. En general, la formación profesional en salud no toma en cuenta la diversidad cultural del país y las barreras lingüísticas con las que el personal deberá lidiar.

La ausencia de perfiles del puesto de trabajo, no le permite al personal de salud, desenvolverse en el nivel deseado. Se suma a ello, la falta de una adecuada orientación, supervisión y el escaso apoyo y comunicación con el nivel regional, lo que genera en ciertos casos, frustración en el personal.

(En cuanto a la atención) no estamos llegando nosotros como debe ser ¿no?, de repente la gente que debe entrar allá, debe ser gente seleccionada de tal manera que conozca su realidad, conozcan ¿cómo ellos viven? debe ser una condición para ese personal, no se debe tomar nomás y mandarlos si es que no tienen idea ¿no? de lo que hay adentro, luego vienen los roces, rechazo a ellos, por su manera de vida (P4, mujer no asháninka, 49 años, enfermera del hospital).

La formación técnico-profesional que brinda el Ministerio de Salud del Perú -MINSA-, está orientada a atender problemas de salud. El proveedor de salud toma en cuenta la información que el paciente le brinda, en base a una serie de preguntas planteadas desde la perspectiva de análisis de la medicina occidental. En este proceso, todo lo que se observa debe ser cuestionado, tiene que ser investigado, analizado, probado para finalmente ser establecido como válido.

La capacidad de respuesta de parte del trabajador de salud en la comunidad de Tziriri es débil, ya que sus conocimientos teórico-prácticos son para niveles de apoyo hospitalario y no para trabajar con comunidades indígenas.

Un caso me sucedió, había una niña de tres meses así, le daba por boca y seguía vomitando, y yo digo ahora qué hago, no había para ponerle en la vena, en ese tiempo no tenía bastante práctica para ponerle en la vena y lo que hice: le dije a la señora “tu hijito está grave y no lo voy a poder

salvar” le digo, y yo decía ¿qué hago?, ¿lo puedes llevar a Atalaya (centro de salud cercano que pertenece a Atalaya)? Le digo, ella dice “no tengo plata” y el niño dentro de media hora falleció en mi presencia y la mamá en ese momento no sabía qué hacer (antes el técnico había hecho llamar al curandero) y yo le he llamado para que le dé, porque ella ha dicho que había caído ¿no?

P: ¿Y cómo te sentías?

Me he sentido mal pe, porque sus familiares dicen por culpa del sanitario, “él lo ha matado” o sea echan la culpa a pesar que hemos hecho lo posible por salvarlo (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

– *Condiciones de trabajo*

Un aspecto que merece resaltar son las condiciones de presión que reciben los trabajadores durante su desempeño laboral. Además de sentir que su trabajo no es reconocido, el personal tiene una sobrecarga de labores y multiplicidad de funciones. La sola presencia de casos de malaria, por ejemplo, o la muerte de alguna persona en la comunidad, los mantiene nerviosos, ya que ello puede generar una dura sanción. Durante el trabajo de campo en el puesto de salud de Tziririari, fue cancelado el contrato a una de las trabajadoras, el motivo fue la muerte de un neonato. En este sentido, la presión que ejerce el Ministerio de Salud provoca sentimientos de culpabilidad, estrés y conflictos internos.

Dice que un, este, una muerte materna, es de responsabilidad del técnico que está en ese puesto, por no controlarle, por no hacerle su visita, todo lo que se hace para el programa de materno, si ella muere, entonces a él se hace el proceso, parece más o menos así, creo que es y hay hasta que lo cesen o retiren de su trabajo (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

Es una presión y maltrato al personal porque mucho te estresan de repente, no trabajas bien porque te presionan te dicen si pasa esto, te pasa esto sales, te informan por ejem-

plo se enferma un paciente tú tienes la culpa y te sacan (P7, mujer no asháninka, 33 años, técnica en enfermería de puesto de salud).

En la mayoría de los casos, los trabajadores de salud son colonos. Por tal hecho, al realizar sus actividades profesionales en un área alejada, distante a los centros de toma de decisiones y carente de infraestructura, programas de capacitación y de seguimiento; su permanencia en la zona es vista con grandes desventajas por lo que solicitan rápidamente su cambio.

De este modo, el cambio del personal de salud se establece como una constante. En efecto, durante el último año rotaron tres técnicas en enfermería en el puesto de salud de Tziriari. Aunque en apariencia a los pobladores asháninka estos cambios no les incomodan, de alguna manera produce consecuencias en su relación con el personal nuevo a quienes ven con desconfianza, afectando su asistencia al puesto de salud.

Al comienzo cuando yo llegué, hubo mucho rechazo de parte de la comunidad Asháninka ¿no?, este, me gritaban, me maltrataban, porque mi colega anterior tenía un carácter ligero, ellos me informaron, hasta LUIS (asháninka que pasaba por el puesto de salud) venía, se emborrachaba y decía te vamos a botar. Salí a vacunar a los tres días que llegué nadie quería, fui a la comunidad casa por casa nadie salía o si no se metían, no me abrían, me decepcioné, entonces fui para las gestantes tampoco querían, pero poco a poco tanto insistir así, me gané el cariño (P8, mujer no asháninka, 22 años, técnica en enfermería de puesto de salud).

Ellos (asháninka), tienen bastante interés en implementar su posta, su construcción, su infraestructura y son bien ágiles en sus gestiones, pero el problema viene ya cuando nosotros ponemos al personal a laborar ahí, que es colono y que no es de su área, que no los entienden, que no bajan a su nivel, van con diferentes costumbres y entonces ahí viene el problema y no los aceptan (P4, mujer no asháninka, 49 años, enfermera del hospital).

El cambio permanente del personal sea a solicitud de su traslado o porque así lo disponen las autoridades, indica inestabilidad en el cargo⁵⁷. Los cambios provocan cierto nivel de malestar ya que implica un nuevo inicio de actividades.

Los prestadores entrevistados perciben que cuando ya han logrado un cierto nivel de manejo y conocimiento de una realidad social distinta y compleja, lo que les permite un mejor desarrollo de sus actividades profesionales, utilizando sus capacidades, competencias y estrategias; se producen los cambios hacia otros lugares. Esto genera insatisfacción en el personal, ya que irrumpe su compromiso e involucramiento con la comunidad.

Maltratan mucho al personal, tú tienes planes para, para hacer o como trabajar y de un momento a otro, llega el cambio y tú te desorientas, porque vas a otro lugar, te encuentras con otras cosas y tienes que empezar de nuevo (P7, mujer no asháninka, 33 años, técnica en enfermería de puesto de salud).

– *Barreras para la utilización de los servicios de salud*

De la Tabla 9 se desprende que las principales barreras que impiden la utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población asháninka son: las relaciones de género, el idioma y la percepción de su estado de salud.

57 Cabe indicar que aun cuando las plazas son convocadas a través de concurso público en la sede de la Dirección Regional de Salud de Junín, las personas que se presentan son en su mayoría jóvenes recién egresados de la universidad que realizan el SERUM (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) y los Institutos de Salud, los cuales carecen además de experiencia, y en especial de relaciones institucionales y de poder, que pudieran utilizar para evitar ser seleccionados para ir a zonas de trabajo consideradas inhóspitas y desprovistas de alguna ventaja competitiva respecto a zonas menos alejadas y en la que pueden establecer contactos sociales, administrativos e institucionales que pudieran ser favorables para su desarrollo personal, profesional y de actualización académica. Desde la perspectiva de visión de proyecto de vida, se asume desde esta posición que los jóvenes van “a perder oportunidad y perderse en la sombra”. En otras palabras, se considera un demérito.

TABLA 9. Percepción de las barreras para la utilización de servicios de salud.
Comunidad de Tziriri

Barreras culturales para la utilización del servicio de salud	Percepción Asháninka		Percepción prestadores de salud	
	Nº de respuestas	%	Nº de respuestas	%
Relaciones de género	11	73,30	4	44,44
Idioma	9	60,00	9	100,00
Percepción del estado de salud	6	40,00	1	11,11

Una barrera cultural importante para que la población, sobre todo mujeres no acudan al establecimiento de salud de su localidad, está asociada con las relaciones de género. Si el personal de salud es hombre, las mujeres mostrarán desconfianza, vergüenza, temor y no permitirán que las ausculten. Ello por el tabú de “violación de su sentido de pudor”, ante el examen físico de la “palpación”, lo que las termina alejando del establecimiento y de participar en los programas preventivos.

(No vienen) por vergüenza a que una persona que no sea de su cultura la vea, eso he entendido de ellos sea hombre o mujer, el simple hecho de no ser su cultura su paisano lo limita, prefieren hacerse atender con el vecino a que lo atienda el personal de salud y generalmente dan a luz en su casa. (P5, varón no asháninka, 35 años, técnico en enfermería del hospital).

Nunca se ha ido a controlar en la posta porque tiene miedo que le miren su barriga (E2, mujer asháninka, 20 años, representante de la organización de mujeres).

Otra barrera importante es la idiomática. Ello ocurre porque por lo general, el personal contratado es hispanohablante y desconoce la lengua local. Esto se agudiza con la falta de interés de los proveedores de salud por aprender el idioma nativo, pues tienen la idea de quedarse poco tiempo en el área de trabajo. Así mismo, existe poca valoración hacia las lenguas indígenas y un ensalzamiento hacia el castellano por ser el idioma oficial, el único que es utilizado en las comunicaciones institucionales.

Por otro lado, a los pobladores indígenas les cuesta mucho expresarse en castellano, lo que les produce vergüenza y a la larga, alejamiento de los servicios de salud. En algunas oportunidades, cuando se busca el apoyo de un traductor –que generalmente es el promotor local–, el proceso de traducción no siempre se realiza respetando la coherencia del mensaje. Muchas veces el contenido del mensaje es interpretado de acuerdo al pensamiento del traductor, lo que produce un sesgo en la dirección y contenido del mensaje.

En ese sentido, el idioma se convierte en un coadyuvante en el tratamiento de las enfermedades. Una de las consecuencias de estas barreras idiomáticas vista desde la perspectiva de los técnicos foráneos, es que los asháninka terminan desatendiendo y desconociendo las recomendaciones que les han brindado. A ello se agrega la idea de que la asistencia a las “charlas” que programa el personal de salud para la comunidad, es una obligación de mujeres y no de los varones, por lo cual existe un alto grado de inasistencia por parte de los hombres.

Si va en la posta, le da consejo el personal, cómo deben cuidar, le dice tienen que lavar la mano, pero dice a veces se va en la chacra a trabajar, y viene rápido de hambre a veces con la mano sucia come, empieza a doler su barriga (E12, mujer asháninka, 40 años, madre de familia).

La falta de un programa de capacitación en el manejo del idioma territorial es un factor que amplía la distancia cultural. Las barreras idiomáticas limitan la participación de la comunidad en los programas de salud, sobretodo de las mujeres, quienes tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus miembros.

Casi todo lo que se requiere, cuando una persona entra en el puesto de salud y algunas enfermedades más, este como se puede decir más seguidas, más comunes, por ejemplo, *kamanchi* (gripe), *tzijarontsi* (diarrea), *pioncantzi* (malaria) y raras veces en caso de *tzomontequi* (gestante) (P1, varón no asháninka, 28 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

En realidad, asháninka que no habla castellano, no llega en consultorio, solo los casos de emergencia en hospitalización, pero los que llegan son los que hablan castellano,

ya viven acá pero así por decir para una consulta nunca he visto, solamente cuando esta grave (P6, varón asháninka, 40 años, técnico en enfermería de puesto de salud).

En síntesis, se puede señalar que las barreras idiomáticas se establecen no solo porque el personal de salud desconoce el idioma local, sino porque la comunidad Asháninka “tiene que” comunicarse en el idioma castellano, el cual no domina. Aun cuando los programas de salud están orientados a la población local, no existen elementos idiomáticos que puedan facilitar el intercambio de mensajes a través del idioma local. Por último, los usuarios de los servicios de salud, aun cuando hacen esfuerzos significativos para comunicarse en castellano, se dan cuenta que en el nivel superior –el hospital de Satipo– las barreras idiomáticas son tales, que prefieren evitar su asistencia.

Para terminar, cabe señalar que otra barrera importante está relacionada con la percepción de ausencia de enfermedad por parte de los asháninka. Es decir, por un “no he enfermado”, “no me llega la enfermedad”, ya que la utilización de los servicios de salud está asociada a la recuperación del estado óptimo de la salud o de las enfermedades biomédicas.

Porque no he enfermado, no me pasó nada, tal vez iré cuando voy a enfermarme (risa) tal vez puedo ir (risa) como no enfermo (E1, mujer asháninka, 30 años, profesora).

Porque todavía no me llega la enfermedad (E13, mujer asháninka, 29 años, partera capacitada).

CONCLUSIONES

Los procesos socio-culturales que se gestan en la salud de la cultura asháninka tienen su propio modo de operar, en función de modos de sentir y percibir el mundo que los rodea. La lectura que los asháninka realizan de sus experiencias tanto a nivel individual como grupal, se hace desde las categorías de percepción común: espacio y tiempo; las categorías de percepción no conscientes: causalidades, simbologías y conceptos y, por último, desde las percepciones menos generales que

van desde lo normal a lo anormal; lo público a lo privado y las categorías de género de lo masculino a lo femenino.

La existencia de la enfermedad no se diagnostica por la presencia de signos o síntomas, sino por lo que hay detrás de ellos. Los asháninka interpretan que el “estar sano” o “estar enfermo”, involucra cuestiones no sólo físicas, sino también emotivas y sociales. En este contexto, la salud y enfermedad es el resultado de fuerzas, saberes y poderes, que incluye aspectos de carácter físico, biológico y emotivo.

Para la comunidad asháninka de Tziriri, las concepciones de enfermedad tienen un origen sobrenatural, el mismo que es producto de la intervención de agentes sobrenaturales como la “brujeada”, relacionada a la envidia sea por poseer algo diferente a los demás. Esta cuenta con un mediador (brujo) matsi el que introduce objetos en el cuerpo de la persona; el “mal aire” que suele ser el diablo o kamari encarnado en algún animal u objeto inanimado que se presenta cuando una persona camina sola; y otras sobrenaturales como el que “agarra hormigas”, casos que solo pueden ser resueltos por el curandero.

Las prácticas curativas y las concepciones que tiene el curandero acerca de la salud-enfermedad son reconocidas social y culturalmente por la comunidad. Gran parte de la eficacia y valor de estas prácticas curativas descansa en el hecho de que están enraizadas en una tradición cultural y en una reelaboración y transformación por su encuentro con conocimientos, también, biomédicos. A pesar de las situaciones coyunturales a las que han sido sometidas, aún tratan de sobrevivir a partir de la reincorporación de nuevos estilos de vida –infraestructura sanitaria: instalaciones de sistemas de agua potable para consumo de agua segura, uso de letrinas– que devienen del proceso de interrelación con el mundo urbano.

Para la búsqueda de atención en salud la población identifica los dos sistemas de salud que operan dentro de la comunidad. Por un lado, la población reconoce la efectividad del sistema tradicional de salud, debido a que se enmarca dentro de su identidad cultural, donde sus creencias, mitos y lenguaje se conjugan. Por otro lado, la población percibe que el puesto de salud es el lugar donde pueden tratar enfermedades de origen biomédico que el curandero no puede sanar.

El puesto de salud se encuentra en la misma comunidad de Tziriri, y la población solo acude al establecimiento de salud de la comunidad, ante el fracaso de los tratamientos tradicionales. Se observan bajos niveles de asistencia al puesto de salud, que tiene entre otras causas: la falta de recursos económicos, ausencia del personal en el puesto

de salud, la desconfianza hacia el tratamiento, y las prácticas médicas que violentan los patrones culturales como el examen físico, exámenes de laboratorio y hospitalización. A ello se suma la baja capacidad de resolución que tiene el puesto de salud, entendida como la suficiencia del establecimiento para contribuir al bienestar de la población proponiendo formas de solución preventiva y curativa a los problemas de salud; de la misma forma, es parte de estos condicionamientos el desconocimiento de la población acerca de la variedad de programas que los benefician en el puesto de salud. El acceso a servicios de hospitalización es más limitado no solo por las razones expuestas antes, sino además por la ausencia de personas que hablen el idioma asháninka para facilitar la comunicación médico-paciente.

El sistema oficial de salud asume que las relaciones entre los miembros proveedores de salud y la comunidad se establecen de manera vertical, ignora alternativas para establecer diálogos estratégicos en condiciones de intercambio e igualdad, lo que genera discriminación y marginación. La enfermedad aparece como la ruptura de mecanismos de regulación biológica, psicológica o social; la etiología como una relación causa-efecto; el diagnóstico como fruto de la anamnesis, exámenes y pruebas de diagnóstico; y el tratamiento y prevención como una acción racional a nivel sintomático y etiológico. Resultado de ello, es que la interrelación entre los servicios públicos de salud y las comunidades indígenas tengan pocos elementos en común.

La deficiente orientación técnica del personal que provee servicios de salud está conllevando a la mala utilización de los recursos con el consiguiente desgaste técnico y lo que es más importante, la pérdida de confianza y la credibilidad de la población hacia el Ministerio de Salud.

RECOMENDACIONES

Muchos modelos de atención de salud vigentes no se sustentan en una visión de los derechos constitutivos de la ciudadanía y que el derecho a la salud expresa también el ejercicio ciudadano. Por ello se requiere que se (re)establezca este principio en el accionar del sistema de salud oficial.

La formación académica universitaria y técnica laboral de los proveedores de servicios de salud, requiere de una formación que señale y resalte la importancia del diálogo intercultural, más que el conocimiento simple de las creencias, prácticas, valores y simbolismos de

los asháninka o de cualquier otra cultura andina y/o amazónica, en especial si forman parte de la realidad peruana. Esto implica que los centros de formación académica en salud, sean estos centros universitarios y/o tecnológicos, propendan y valoren una formación técnica y humanística, pues la idea de que el Perú es monolingüe (castellanizado), de única cultura urbano-occidental, distorsiona la realidad, y limita el desempeño de los profesionales al enfrentarse a mundos culturales y sistemas de salud distintos al suyo.

Se sugieren algunas respuestas para los problemas de salud a diferentes niveles:

1. Que las políticas de salud integren servicios de salud con un modelo basado en los principios de equidad, interculturalidad, solidaridad e integridad de la atención, que sean accesibles, tengan capacidad resolutoria y calidad de atención.
2. Que los formadores de salud integren en los procesos educativos la formación en aspectos esenciales de concepción de la vida y salud indígena, desechando prácticas erradas y fortaleciendo los saberes de las poblaciones amazónicas.
3. Que el personal que provee servicios de salud aseguren: información, educación y comunicación gratuita, clara, oportuna y sencilla, adecuada a los diversos grupos de edad, género e idioma; información acerca de las posibles complicaciones del embarazo y las maneras de enfrentarlas; información oportuna acerca de las causas de la diarrea y su relación con el medio ambiente, explicando los efectos como la deshidratación, la desnutrición y las implicancias para su vida futura. Se hace necesario establecer campañas educativas para el uso de la rehidratación oral basado en las plantas medicinales de uso frecuente en la comunidad, e información acerca de los signos de alarma y en caso necesario, rehidratación endovenosa.
4. Que los supervisores brinden información donde se resalte la importancia de la interculturalidad e información en torno al área y los aspectos socio-culturales donde el personal proveerá sus servicios.
5. Que la comunidad participe conociendo sus deberes y derechos ciudadanos en salud, que les permita organizar un sistema de vigilancia comunitaria en salud; organizando de manera conjunta con

el establecimiento de salud, actividades preventivas que involucren tanto a hombres como a mujeres; y reconociendo oportunamente los distintos signos de alarma de las enfermedades más comunes en la zona, gracias al trabajo promocional del establecimiento de salud.

La convivencia en estas comunidades no es fácil debido en principio a la brecha cultural. Sin embargo, el personal debe considerar que la confianza sólo emerge a través del contacto continuo, reconociendo la identidad cultural del “otro” y aceptando sus diferencias. Para conocer y actuar en la comunidad, los trabajadores que proveen servicios de salud pueden realizar actividades como: participar en los espacios de reunión con los asháninka, construir huertos, instruirse en el idioma asháninka, armar un fichero con las palabras más importantes relacionadas a salud y enfermedad en el idioma indígena. Así mismo, pueden desarrollar investigaciones aplicadas que integren los temas de: aculturación y procesos de salud, aspectos socio-culturales de las enfermedades más comunes, y aspectos de alimentación, nutrición, esto último con el fin de disminuir los casos de desnutrición infantil en la población asháninka.

CAPÍTULO QUINTO

Consideraciones finales acerca de la relación entre el sistema médico estatal y las diferentes culturas andinas y amazónicas

La llegada del europeo al Nuevo Mundo no solo marcó una importante etapa en la historia, sino que con su arribo a las tierras recién halladas, se sufrirían los embates de innumerables enfermedades, así como saqueos y muertes de miles de pobladores que habitaban estas vastas e indómitas regiones. “La población indígena amazónica en el Perú –y otras partes del mundo– ha sido históricamente diezmada a partir de la presencia de población foránea, desde los españoles en el siglo xv con quienes vinieron las enfermedades y la catequización”⁵⁸.

58 MARISOL NORA RUTTI REYES. “Contribución del Proyecto “Desarrollo económico sostenible y protección de medios de vida del pueblo Asháninka en la Amazonía del Perú” para la mejora de vida de la comunidad indígena San Miguel - Marankiari distrito de Perene, provincia Chanchamayo, región Junín” (tesis de maestría), Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2019, disponible en [<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16159>], p. 11.

Gracias al denominado encuentro de dos mundos, los índices de mortalidad y de morbilidad fueron creciendo en la medida en que la espada inquisidora atravesaba con fuerza los cuerpos aborígenes; aunado a este terrible panorama se hallaba el desconcierto de cómo afrontar tal situación que no daba tregua ante esta fatídica situación. Si por un lado los europeos se hallaron con una realidad totalmente distinta, geográfica y cultura idiomática, por el otro lado, les tocaría a los aborígenes enfrentarse con enfermedades y saqueos que la historia, siglos después, debió de reconocer como una de las más grandes tragedias nunca antes vistas ni sentidas por el hombre: el llamado descubrimiento, no fue sino un ocultamiento de otra cultura, es decir, el dominio de Europa sobre el resto de civilizaciones que recién formaban parte del orden global.

Aun cuando este desencuentro entre civilizaciones fue un acontecimiento devastador, el intercambio entre culturas fue inevitable, llegándose a configurar un espacio donde confluían saberes y prácticas que han sido recogidos y sistematizados por notables autores. A comienzos del siglo pasado, muchos han sido los investigadores que han dedicado su trabajo a recopilar una importante muestra de saberes y creencias ancestrales, como por ejemplo la obra de HERMILIO VALDIZÁN *La alienación mental entre los primitivos peruanos*, publicada en 1915. Poco tiempo después, el mismo autor publicaría *La medicina popular peruana* en 1922, un texto que reúne en tres tomos una importante contribución sobre prácticas médicas, mitos y creencias que hoy por hoy siguen vigentes en la idiosincrasia nacional. Esta obra incluye sustancias terapéuticas derivadas tanto de plantas como de minerales y animales, además de contar con una serie de recomendaciones en forma de recetarios y fórmulas que eran practicadas por las antiguas y milenarias civilizaciones incaicas y que se siguen practicando como parte de una resistencia cultural ante la insuficiencia o la poca disponibilidad o acceso que tienen los pobladores con la medicina moderna.

Esta inaccesibilidad hace que muchas de las comunidades aún mantengan el legado con la única y ferviente idea de preservar los valores mediante la medicina tradicional o popular, que incluye una variedad de usos de hierbas medicinales y medicamentos que van desde rudimentarios procedimientos y tratamientos, hasta sesiones de cuidado que abarcan ritos, plegarias y hasta ofrendas a seres espirituales o mágicos, con frecuencia vinculados a deidades entre los cuales fueron traídos por los europeos y, los hallados en estas tierras,

sin mencionar aquéllas manifestaciones y seres que llegaron con los barcos negreros provenientes de África durante el proceso de conquista y colonización.

Si bien estos métodos y prácticas siguen estando en pie con fervor y fe, el incesante avance y progreso de la ciencia y la medicina denominada tecnológica no ha cesado de manifestarse como parte de una agenda global. Un sinnúmero de avances en la ciencia en la actualidad parece no tener descanso alguno. Diversos adelantos y un abigarrado conjunto de técnicas y métodos farmacéuticos, entre los cuales se pueden mencionar aquéllos que inducen al sueño con total eficacia, hasta los que aminoran los avances de muertes por enfermedades crónicas. Sin mencionar aquellos que se emplean con fines estéticos, terapias para aliviar el dolor, liposucción y cirugía. Aparte de los adelantos en cuanto a la genética y la medicina con nanotecnología. El empleo de antibióticos, antivirales y una variedad de fármacos altamente efectivos componen y forman parte de los adelantos de la medicina y la ciencia. Sin embargo, muchos de estos adelantos, así como de terapias, no son del todo accesibles, puesto que sus costos son elevados respondiendo a una realidad sociocultural económica y hasta de poder.

En la mayoría de países de América Latina esta realidad se vive con mayor fuerza debido a las enormes desigualdades que existen entre sus pobladores. Desigualdades entre aquéllos quienes pueden acudir a un prestigioso avance de la ciencia que acaba por ser costoso, y aquéllos que constantemente han acudido a procedimientos denominados arcaicos o primitivos. Si bien la medicina moderna o científica sigue ganando terreno, abriéndose paso hacia la consolidación de una hegemonía de un modelo biomédico que se impone de forma diametral en todas las categorías del saber médico, aun cuando buena parte de la población todavía acude a pretéritas prácticas de un saber ancestral, es decir, que la población, muy a pesar de contar con tales avances en la ciencia, igual establecen nexos con las antiguas terapias o propuestas pluralistas que cohabitan con los adelantos y avances científicos. Para PEDERSEN:

Al tratar de explicar esta paradoja, se han formulado varias hipótesis de trabajo. En primer lugar, algunos afirman que estos sistemas pluralistas subsisten porque existen relaciones de consonancia cultural entre las prácticas médicas y sus usuarios. Esta hipótesis se basa en el supuesto que los pueblos han construido, a través de su historia, sus pro-

pias epistemologías nativas, incluyendo sus enfermedades y dolencias, sus atribuciones de causalidad, y por fin, han desarrollado sus propias prácticas y respuestas terapéuticas que forman un conjunto de prácticas médicas que pueden reagruparse y coexistir en un sistema médico pluralista⁵⁹.

Estas epistemologías han calado no solo en el imaginario de las antiguas civilizaciones sino que han dado interesantes respuestas, así como lo han hecho las ciencias médicas o biomédicas que de igual manera han generado sus propias lógicas de sentido, abrazadas a las instituciones que coordinan desde sus atalayas de poder todo su arsenal instrumental y científico. Sin ir demasiado lejos, también se ha creado, desde esta perspectiva, una cultura que ha privilegiado la biomédica por encima de los aportes que la medicina tradicional aborigen ha dado a la sociedad, la cual se fundamenta en las escuelas, universidades o centros de estudio donde se desconoce toda una herencia que forma parte de una cultura originaria y ancestral. Se diría que estos centros y facultades siguen enarbolando desde el periodo colonial todo un sistema que niega y desplaza a aquél pasado, catalogándolo de oscuro y remoto, incluso deponiendo el aporte que estas culturas pueden ofrecer. “La superioridad de la biomedicina se basará a fines del siglo XIX y posterior a este en la afirmación de su mayor eficacia comparada con los otros saberes populares y académicos”⁶⁰.

Esta idea superior de un discurso de exclusión aún prevalece en el imaginario colectivo de un sinnúmero de pueblos que asisten a sus propios saberes, prácticas y métodos, muy a pesar de las nuevas actitudes que se han dirimido a lo largo de la historia contemporánea, que también ha desplegado sus alas para establecer mediante recurrentes mecanismos el silencio de otras lecturas y posibilidades. Esta operación, aunque de manera silenciosa y seductora, pretende aminsonar todo un conocimiento en aras de establecer miradas y enfoques científicos en detrimento de aquellas que fueron y siguen siendo las prácticas medicinales de tradición.

59 DUNCAN PEDERSEN. “Globalización, salud y sistemas médicos andinos”, en RICARDO SÁNCHEZ GARRAFA y RODOLFO SÁNCHEZ GARRAFA (Eds.). *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones*, Cuzco, Perú, Centro de Medicina Andina, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, 2009, p. 4.

60 MENÉNDEZ. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, cit.

BIBLIOGRAFÍA

- APARICIO MENA, ALFONSO JULIO. “La medicina tradicional como medicina ecocultural”, en *Gazeta de Antropología*, n.º 21, artículo 10, 2005, pp. 1 a 9, disponible en [https://www.ugr.es/~pwlac/G21_10Alfonso_Aparicio_Mena.pdf].
- APARICIO MENA, ALFONSO JULIO. “Tres ámbitos de expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en mesoamérica”, en *Antropología Experimental*, n.º 6, 2006, pp. 107 a 117, disponible en [<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2042>].
- BÁRCENA DÍAZ, LETICIA. “Recuperación de una tradición: la historia oral como medio de investigación en el bachillerato”, en *Vida Científica Boletín de la Escuela Preparatoria N.º 4*, vol. 8, n.º 15, 2020, pp. 54 a 56, disponible en [<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/view/5244>].
- BERNAL GONZÁLEZ, ANDREA XIMENA. “Entre la posta y la sabiduría ancestral: las necesidades de salud reproductiva y materna en las comunidades Asháninka, Quempiri y Potsoteni del río Ene y las respuestas del Estado” (tesis de licenciatura), Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018, disponible en [<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13615>].
- BONT P., MARIBEL. “Orden medieval: origen de la Universidad y Medicina del Medioevo”, en *Comunidad y Salud*, vol. 3, n.º 1, 2005, pp. 37 a 51, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740824006.pdf>].
- CASTILLO VARGAS, RAFAEL; MARÍA DE LOS MILAGROS DÍAZ GARCÍA, IONMARA TADEO OROPESA y ZULEMA PÉREZ CASTELLÓN. “Pensamiento ético-filosófico en la medicina posmoderna” en *Revista Bioética*, vol. 19, n.º 1, 2019, pp. 4 a 10, disponible en [<http://www.cbioetica.org/revista/191/0410.pdf>].

- CRUZ RAMOS, MIRNA LILIANA. “La sangre en la cosmovisión chatina y en las concepciones biomédicas locales”, en *Alteridades*, n.º 58, 2019, pp. 87 a 97, disponible en [<https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/1063>].
- DÍAZ BERENGUER, ÁLVARO. “Medicina y sociedad”, en *Cuadernos del CES*, n.º 5, 2009, disponible en [<https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art3.pdf>].
- DUSSEL, ENRIQUE. 1492. *El encubrimiento del otro: hacia el origen del “mito de la modernidad”*, La Paz, Plural Editores, 1994, disponible en [<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/otros/20111218114130/1942.pdf>].
- ECHVERRÍA, BOLÍVAR. ¿Qué es la modernidad?, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2018.
- ELIADE, MIRCEA. *El mito del eterno retorno. Arquetipos y repetición*, Buenos Aires, Emecé Editores, 2001, disponible en [https://monoskop.org/File:Eliade_Mircea_El_mito_del_eterno_retorno_2001.pdf].
- ESTRELLA, EDUARDO. *Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía*, Lima, Tratado de Cooperación Amazónica (TCA) y Secretaría Pro-Tempore, 1995.
- FENE, FATO; OCTAVIO GÓMEZ DANTÉS y JAMES LACHAUD. “Sistema de salud de Haití”, en *Salud Pública de México*, vol. 62, n.º 3, 2020, pp. 298 a 305, disponible en [<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10938>].
- FRANCO, REMIGIA MERCEDES. “Encuentro entre los paradigmas tradicional sociomédico y contemporáneo biomédico: ¿es posible?”, en *Revista Venezolana de Salud Pública*, vol. 7, n.º 1, 2019, pp. 35 a 44, disponible en [<https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2183>].

- GARCÍA, JOSÉ E. “El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad”, en *Ciencias Psicológicas*, vol. 9, n.º 2, 2015, pp. 337 a 349, disponible en [<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/619>].
- LANGDON, ESTHER JEAN. “Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención”, en *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 58, 2018, pp. 8 a 15, disponible en [<https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1993>].
- LEMOINE FALAGAN, EILEEN INÉS; MARICEL POUMIER VINET y LETYS MINERVA MARTÍNEZ SÁNCHEZ. “La terapia floral: una alternativa en niños con trastorno del lenguaje (tartamudez)”, en *Revista Cognosis*, vol. 5, n.º 2, 2020, pp. 109 a 120, disponible en [<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1536>].
- LLANOS ZAVALAGA, LUIS FERNANDO; CARLOS ENRIQUE CONTRERAS RÍOS, JOSÉ ENRIQUE VELÁSQUEZ HURTADO y JESÚS PEINADO RODRÍGUEZ. “Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca”, en *Revista Médica Herediana*, vol. 15, n.º 1, 2004, pp. 11 a 18, disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100004&script=sci_arttext].
- MENÉNDEZ, EDUARDO L. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en *Salud Colectiva*, vol. 1, n.º 1, 2005, pp. 9 a 32, disponible en [<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1>].
- MINISTERIO DE SALUD. *Comunidades indígenas: caracterización de su población, situación de salud y factores determinantes de la salud 2012*, Lima, MINSA, 2013, disponible en [<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2734.pdf>].
- MUÑOZ MARTÍNEZ, RUBÉN. “Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y estrategias de vida”, en *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 85, 2020, pp. 88 a 110, disponible en [<http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rubmuma2.pdf>].

- PASCUAL SEVILLANO, M^A ANGELES y JAVIER FOMBONA CADAVIECO. “Buenas prácticas y multiculturalidad en la educación de personas adultas”, en *Revista Lusófona de Educação*, n.º 45, 2019, pp. 27 a 41, disponible en [<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6984>].
- PEDERSEN, DUNCAN. “Globalización, salud y sistemas médicos andinos”, en RICARDO SÁNCHEZ GARRAFA y RODOLFO SÁNCHEZ GARRAFA (Eds.) *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones*, Cuzco, Perú, Centro de Medicina Andina, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, 2009.
- RIVERO SERRANO, OCTAVIO y LUIS ARMANDO MARTÍNEZ. “La medicina actual: los grandes avances y los cambios de paradigmas”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 54, n.º 2, 2011, pp. 21 a 32, disponible en [<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n2/v54n2a4.pdf>].
- RUTTI REYES, MARISOL NORA. “Contribución del Proyecto “Desarrollo económico sostenible y protección de medios de vida del pueblo Asháninka en la Amazonía del Perú” para la mejora de vida de la comunidad indígena San Miguel - Marankiari distrito de Perene, provincia Chanchamayo, región Junín” (tesis de maestría), Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2019, disponible en [<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16159>].
- SORU, MARÍA FERNANDA; LUCÍA DANIELA BORIS, XILENIA CARRERAS y DANTE GABRIEL DUERO. “Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento”, en *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, vol. 1, n.º 1, 2012, pp. 94 a 115, disponible en [<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2901>].
- TAMAYO CARBONELL, IRENE DIAMELA; CLAUDIA MACEO MARTÍNEZ, MANUEL ENRIQUE GONZÁLEZ RIVERÓN y BETANIA AURORA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. “Surgimiento y desarrollo de la medicina hasta el siglo XIX”, en *I Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma*, Manzanillo, Cuba, 10 al 20 de junio de 2020, disponible en [<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/387/327>].

VALDIVIA HERRERO, LÁZARO GERARDO; ANA MARÍA NAZARIO DOLLZ, LUCAS GARCÍA OROZCO, MILAGROS ESCALONA RABAZA, YAMILA BÁRBARA ARZUAGA MARTÍ y JORGE ISAAC SÁNCHEZ MIÑO. “La medicina como tema de representación en la historia de la pintura. La Edad Media y el Renacimiento pintan a la salud”, en *Enfermería Investiga*, vol. 2, n.º 3, 2017, pp. 118 a 122, disponible en [<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/762>].



Editado por el Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–,
en noviembre de 2021

Se compuso en caracteres Minion Pro de 11 y 9 ptos.

Bogotá, Colombia