



Una
amazonía

Entendiendo la salud de las personas y los ecosistemas
desde una perspectiva de salud amazónica



Principales hallazgos del proyecto Una Amazonía Perú

1 Una Amazonía, muchas amazonías

Entre los años 2021 y 2024, en Colombia, Ecuador y Perú, un consorcio formado por instituciones académicas y ONGs, junto a los pueblos y nacionalidades indígenas, campesinas y afrodescendientes y sus organizaciones implementaron el proyecto *One Amazon: A One Health assessment of emerging epidemic threats and resilience among Amazonian indigenous peoples, in the light of responses to the COVID-19 pandemic*.

El proyecto fue liderado por el Instituto del Bien Común - IBC (Perú) y contó con la participación del Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo - ECOSAD (Perú); la Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo - FUNSAD y la Universidad Andina Simón Bolívar-UASB (Ecuador); la Universidad del Valle - Univalle, la Universidad Nacional - Unal Sede Amazonía / Instituto Amazónico de Investigaciones, IMANI y Gaia Amazonas (Colombia) y la Universidad de Brasilia - UnB (Brasil) y fondos del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo - IDRC (Canadá).

El proyecto Una Amazonía fortaleció la reflexión colectiva y puso de relieve la organización, los recursos terapéuticos, alimentarios y comunitarios, así como la creatividad que tuvieron, durante y después de la pandemia de la COVID-19, los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y campesinas y sus organizaciones en la Amazonía de Colombia, Ecuador y Perú. Los hallazgos muestran su resiliencia y capacidad de cuidado de la vida. En Perú, el trabajo con las comunidades Asháninka tuvo el involucramiento del IBC y de la UnB para que, a partir de líneas de trabajo comunes, se pudiera identificar las dinámicas de las redes socio ecológicas en las comunidades.

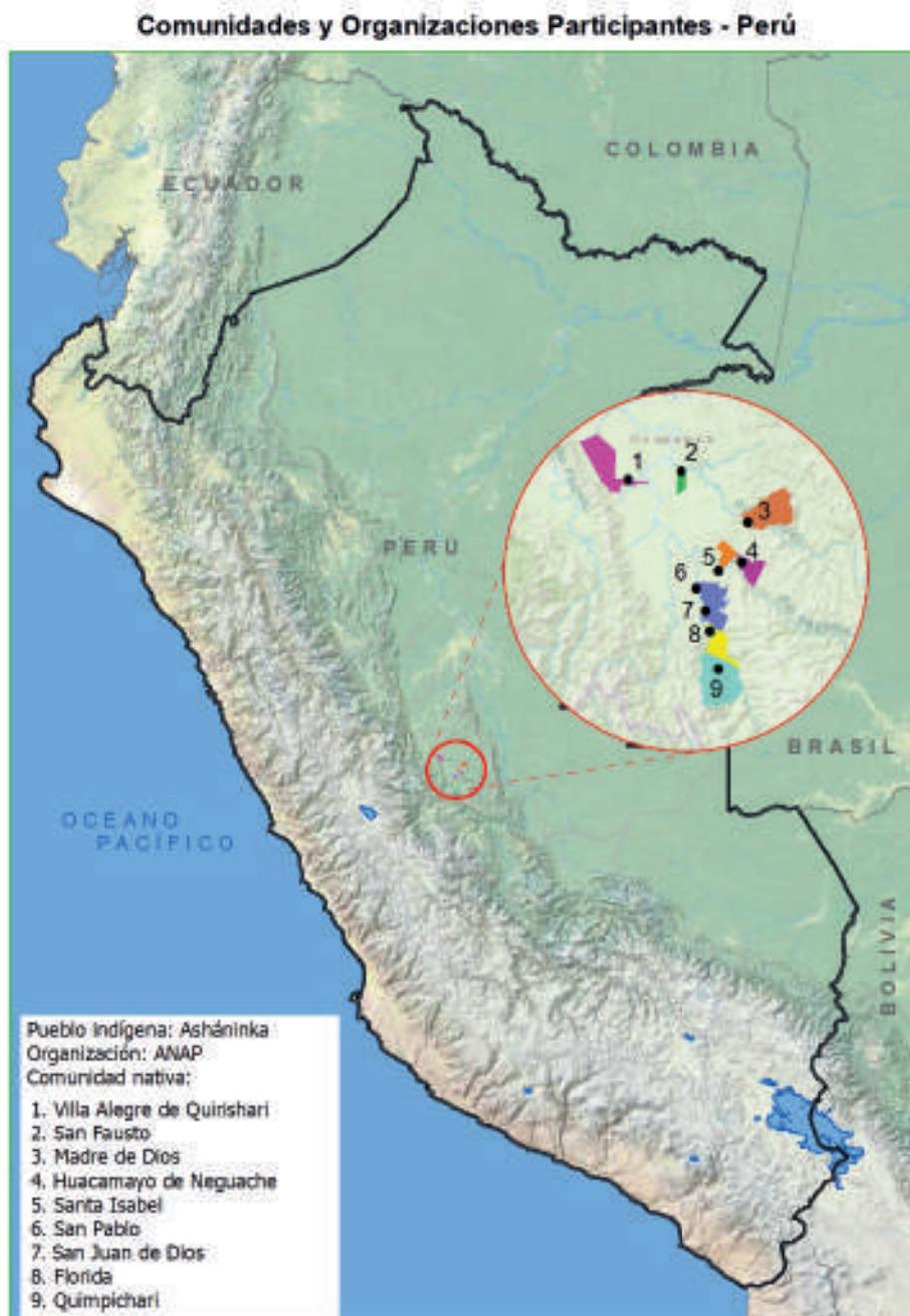
El proyecto articula territorios muy diversos que presentan problemas comunes expresados en forma particular en cada uno de ellos.

Comunidades indígenas (o nativas) peruanas que forman parte del proyecto

El proyecto se implementó junto al pueblo Asháninka representado por la Asociación de Nacionalidades Asháninka del valle del Pichis – ANAP, ubicada en el Distrito de Puerto Bermúdez, Provincia Oxapampa, Departamento Pasco.

- En la microcuenca del Nazarategui se trabajó junto a las comunidades de Quimpichari, Florida, San Juan de Dios y San Pablo.
- En la microcuenca del Neguache con las comunidades de Huacamayo de Neguache y Santa Isabel.
- En la microcuenca del Anacayali con las comunidades de Madre de Dios y San Fausto.
- En el eje carretero cercano a Puerto Bermúdez, con el sector de la comunidad Villa Alegre de Quirishari.

En la **cuenca del río Pichis, Perú**, las comunidades que fueron parte del proyecto están distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural, a medida que aumenta el tiempo de viaje entre las comunidades y Puerto Bermúdez. El trabajo conjunto entre Perú y Brasil se basa en el trabajo en cinco comunidades ubicadas a lo largo de esta gradiente urbano-rural.



2 Principales mensajes

- La revalorización de las prácticas y los sistemas propios de conocimiento Asháninka, así como la organización y solidaridad comunitaria contribuyeron a disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19.
- Para la cosmovisión Asháninka, el estar bien solo es posible si las personas, los demás seres vivos y los entes que habitan los territorios mantienen relaciones armoniosas y de respeto.
- El modelo de desarrollo promovido en la Amazonía peruana fragmenta los territorios y los ecosistemas silvestres aumentando el riesgo de enfrentar nuevas enfermedades zoonóticas.
- El modelo de desarrollo promovido en la Amazonía peruana basado en actividades extractivas no mejora ni la salud, ni el cuidado de la vida de las comunidades amazónicas, ni la salud de los ecosistemas.
- La soberanía territorial y alimentaria de las comunidades Asháninka contribuyó a disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria y tener síntomas similares a los de COVID-19.
- La agricultura familiar basada en una economía mixta que combina cultivos comerciales y cultivos para autoconsumo es el eje de la alimentación de las comunidades Asháninka.
- Restricciones asociadas a prácticas alimentarias culturales afectan la dieta y limitan la diversidad alimentaria de las comunidades Asháninka.
- Durante la pandemia de COVID-19, los programas sociales de ayuda alimentaria no lograron garantizar la seguridad alimentaria de la población Asháninka debido a la falta de pertinencia cultural de algunos alimentos y a barreras para el acceso.
- Las redes alimentarias de las comunidades Asháninka son determinantes para garantizar su seguridad y soberanía alimentaria y la resiliencia de sus sistemas alimentarios frente a eventuales perturbaciones.
- Es necesario fortalecer la política intercultural en salud para que pueda responder a las necesidades y demandas de la población Asháninka y beneficiarse de sus conocimientos y prácticas ancestrales.



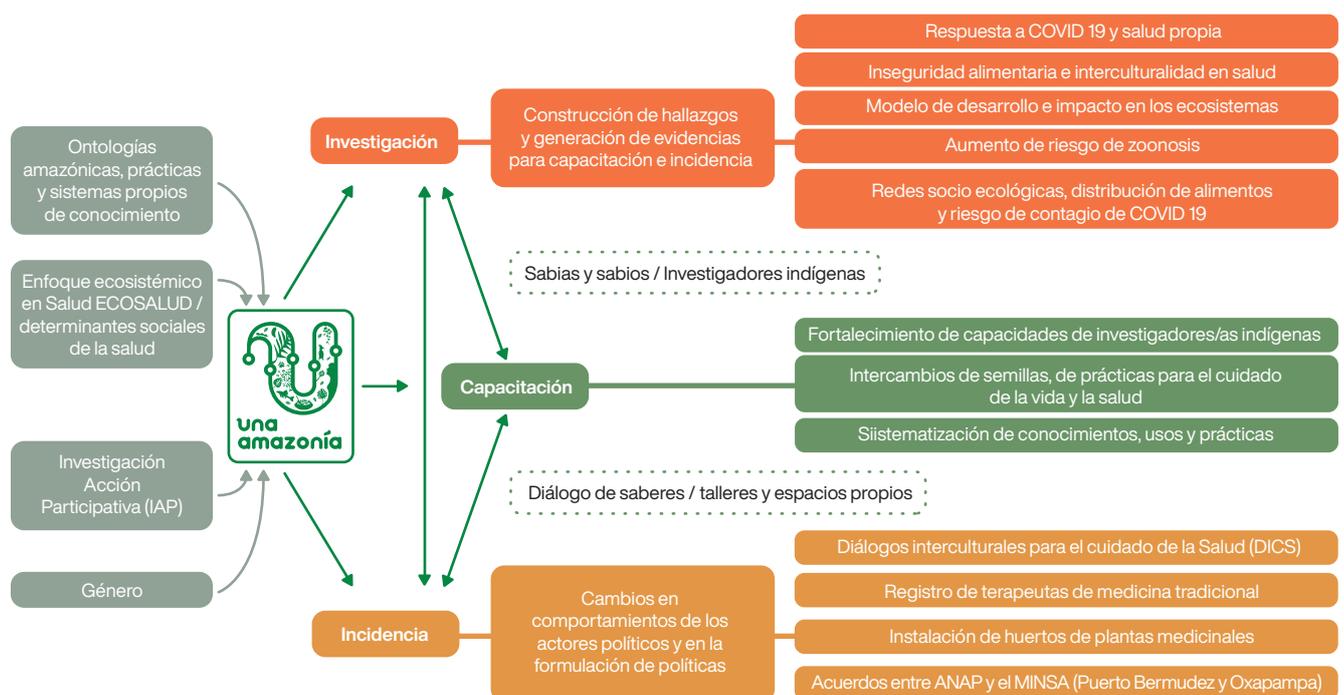
3 Investigación, capacitación e incidencia política para el cambio

Durante el desarrollo del Proyecto Una Amazonía se priorizó el diálogo entre distintos saberes para abordar la salud, la enfermedad y la muerte, las relaciones con el medio ambiente y las estrategias para enfrentar el riesgo ante posibles brotes epidémicos. El IBC y ANAP identificaron las comunidades en las que se implementó el proyecto y, junto con líderes y pobladores de las comunidades, seleccionaron 17 coinvestigadores indígenas procurando que haya un hombre y una mujer por comunidad. Las y los coinvestigadores participaron en el diseño, recolección de información y análisis de resultados, valorando la tradición oral y el conocimiento ancestral Asháninka. El proyecto facilitó la realización de diálogos interculturales para el cuidado de la salud (DICS) en los que participaron líderes y lideresas de ANAP junto a personal del Ministerio de Salud

El proyecto articuló cinco marcos conceptuales y metodológicos diferentes:

1. El Enfoque Ecosistémico en Salud, Ecosalud y las determinaciones sociales de la salud como forma de comprender la salud desde una perspectiva crítica.
2. La Investigación - Acción Participativa, IAP como forma de aproximarnos a los territorios, las personas y los problemas.
3. Las ontologías amazónicas, las prácticas y los sistemas propios de conocimiento como forma de incorporar el conocimiento y las perspectivas amazónicas.
4. El género desde la mirada de los pueblos y nacionalidades amazónicas.
5. Además, aplicó el abordaje de las redes socio ecológicas para comprender los impactos de la pandemia de COVID-19 en la disponibilidad y el acceso a las diversas fuentes de alimento (incluyendo caza, pesca, compra en mercados, producción agrícola e intercambio), la resiliencia y capacidad adaptativa de los sistemas alimentarios indígenas y la seguridad y soberanía alimentaria de comunidades indígenas de la Amazonia peruana distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural.

Figura 1. Modelo de intervención de Una Amazonia en Perú



En la **cuenca del río Pichis, Perú**, se recolectaron datos cualitativos y cuantitativos, se construyó cartografía social, se organizaron talleres de discusión y grupos focales, se realizaron entrevistas semiestructuradas, recordatorios alimentarios de 24 horas y conversaciones abiertas. El análisis de los datos incluyó el marco conceptual y analítico de las redes socioecológicas para caracterizar y analizar los sistemas alimentarios indígenas y las relaciones ser humano-naturaleza. También se emplearon técnicas como el análisis temático, la matriz de categorización y un análisis comparado de resultados y casos. El análisis de las redes socioecológicas aportó una perspectiva única de interpretación y análisis de las dietas y la dinámica alimentaria de las comunidades.

Se elaboraron bases de datos comunes a todos los países y se realizó un análisis de redes que muestra la evolución del equipo del proyecto. El uso de herramientas georreferenciadas y cartografía social permitió construir lenguajes visuales que funcionan como herramientas de construcción social del conocimiento, gestión y gobernanza territorial. Las narrativas territoriales (Story maps) elaboradas por sabios y sabias, abuelos y abuelas, sanadores y terapeutas indígenas, coinvestigadores y monitores comunitarios apoyaron las acciones de incidencia política y permitieron expresar las necesidades, situaciones y potencialidades de las comunidades y organizaciones en los territorios.



4 Principales hallazgos y resultados

Los hallazgos y resultados del proyecto Una Amazonía en el Perú (producto de la colaboración entre Perú y Brasil) aportan nuevo conocimiento científico y social para repensar la forma de implementar la salud, la alimentación, la ocupación del territorio y el desarrollo de la Amazonía, fortaleciendo la colaboración entre las comunidades y organizaciones indígenas junto a las y los investigadores académicos y sus instituciones.

4.1 Conocimiento y prácticas propias asociadas a la disminución de riesgo de contagio de la COVID-19

4.1.1 La revalorización de las prácticas y los sistemas propios de conocimiento Asháninka, así como la organización y solidaridad comunitaria contribuyeron a disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19

La respuesta sanitaria gubernamental durante la pandemia de la COVID-19 no llegó a todas las comunidades Asháninka. La respuesta comunitaria se basó en el saber ancestral, el cuidado familiar y en prácticas comunitarias en salud. Las comunidades Asháninka siguieron itinerarios terapéuticos que reconocen y reivindican la salud propia. Las comunidades cerraron los territorios, aislaron casos probables de contagio y utilizaron medicina tradicional para proteger los territorios y a las personas. Como resultado, si bien una parte de quienes vivían en las comunidades estudiadas tuvo síntomas similares a los de la COVID-19, muy pocos fallecieron.



- En los dos primeros años de la pandemia, los datos oficiales del Ministerio de Salud registraron 24 personas fallecidas de los 11,524 casos de COVID-19 diagnosticados en Puerto Bermúdez. De ellos, solo tres fallecidos fueron Asháninka que llegaron de otros distritos o provincias. Desde las comunidades, la estrategia principal de respuesta consistió en el uso de kepishiri o amargón (no identificada) en una combinación de plantas. El amargón también se utilizó como medida preventiva y su consumo se extendió como una práctica colectiva en las comunidades. El uso de plantas medicinales como medida preventiva durante la pandemia disminuyó conforme las comunidades son más urbanas. Las entrevistas realizadas indican que en Quirishari, la comunidad más próxima al centro urbano de Puerto Bermúdez, el número de personas que no utilizaron ningún remedio natural y recurrieron a la medicina convencional cuando sintieron malestar fue mayor que en el resto de las comunidades de estudio.

- Los itinerarios terapéuticos muestran la forma en la que la población Asháninka accede a la atención en salud. Cuando alguien de la familia se enferma, recibe cuidados en su hogar o acude a un terapeuta o sanador indígena. Cuando la medicina tradicional no funciona como se esperaba, se recurre a la automedicación, muchas veces combinada con la medicina tradicional. Si el paciente no mejora, se atiende con un agente comunitario de salud que representa el primer nivel de atención del sistema de salud. Los agentes comunitarios de salud son parte de las comunidades y cuentan con conocimientos básicos en salud, pero no reciben un salario del gobierno. Si pese a esto el paciente no mejora, se traslada a un centro de atención que suele encontrarse lejos de las comunidades. La atención en el sistema de salud formal no considera diferencias culturales ni las prácticas propias de los pueblos amazónicos. La lejanía de los centros de salud, la falta de personal que comprenda el idioma Asháninka, malas experiencias de atención previas y la falta de reconocimiento de los saberes y prácticas indígenas no estimulan que las personas enfermas utilicen el sistema de salud.

- Las medidas de actuación ante la pandemia fueron consensuadas por los comuneros en reuniones convocadas por los jefes de las comunidades. En general, las medidas fueron comunes en todas las comunidades: no salir de la comunidad salvo necesidad urgente; quedarse en la chacra o en casa, evitando contactos con otras personas; turnarse para ir a comprar a la ciudad, con una única persona comprando víveres para varias familias; no dejar entrar a nadie de fuera en la comunidad, salvo autorización de las autoridades o ANAP y; tratarse/prevenirse con medicina tradicional.



Hallazgos Una Amazonía

Una síntesis de los hallazgos del equipo IBC en el marco del Proyecto Una Amazonía



- El reconocimiento, el rescate y la difusión del conocimiento y las prácticas ancestrales garantizó, en las comunidades, el tratamiento para toda la población. Se construyó un registro de terapeutas de medicina tradicional Asháninka aplicando un proceso colectivo de evaluación y validación de sus prácticas liderado por ANAP. Este registro se consolidó durante el proyecto, generando espacios de intercambio entre sabios y sabias para hacer demostración de sus conocimientos y prácticas. Adicionalmente, se implementaron huertos de plantas medicinales para garantizar su acceso y uso medicinal para tratar enfermedades.
- Las entrevistas realizadas mostraron que el esquema de vacunación aplicado en las comunidades fue incompleto y que muchas personas, principalmente varones de las comunidades más alejadas del área urbana, rechazaron vacunarse por desconfianza o no quisieron completar el esquema de vacunación por la fiebre y el malestar que les provocó la primera dosis.
- En las comunidades se recuerda que la pandemia de la COVID-19 generó sentimientos de incertidumbre y miedo asociado tanto al riesgo de contagio como a la posibilidad de transmitir la enfermedad o fallecer. El rescate y la difusión del conocimiento y las prácticas ancestrales garantizó el tratamiento para toda la población Asháninka. El miedo impactó fuertemente en la alimentación de las familias. Al inicio de la pandemia, el temor a encontrarse con otras personas que pudiesen estar contagiadas limitó los intercambios de alimentos entre vecinos y familias, así como el alcance de los programas de ayuda alimentaria por el temor a que los productos entregados estuvieran contaminados por el virus. El miedo a desplazarse a los centros urbanos afectó el acceso a alimentos por temor a contagiarse en los mercados o a contaminarse con los alimentos comprados. En las comunidades más rurales, algunas familias relataron haber comido menos durante la pandemia por falta de apetito causado por ansiedad, estrés, preocupación y miedo a la enfermedad. Igualmente, por temor al contagio, muchas familias sacaron a sus hijos de la escuela. El miedo afectó principalmente a las comunidades indígenas Asháninka más urbanas, mientras que las comunidades más rurales y alejadas de los centros urbanos no reportaron haber sentido tanto miedo con la pandemia, destacando que los protegió la vida al aire libre y en comunidad, la alimentación natural y el uso de medicina Asháninka.

Los terapeutas de la medicina tradicional Asháninka

Los terapeutas de la medicina tradicional Asháninka han dedicado una gran parte de su vida a estudiar las enfermedades culturales, su diagnóstico, su prevención y su cura basadas en el conocimiento ancestral transmitido de generación en generación. Los principales tipos de terapeutas son los *sheripiaris*, las *vaporizadoras* o vaporadoras, las *fubiadoras* o jubiadoras, los vegetalistas, las hueseras y las parteras. La formación de cada uno de estos especialistas tiene sus particularidades y no todas las comunidades tienen todos los tipos de terapeutas como residentes.

- Los tabaqueros o *sheripiaris* son curanderos indígenas varones expertos en el uso del tabaco y plantas medicinales. Sanan enfermedades culturales y pueden identificar y curar hechizos producto de la brujería. Tienen una formación rigurosa con restricciones, especialmente de abstinencia sexual.
- Las *vaporizadoras(es)* o *satatzinkari* son curanderos(as) que utilizan plantas medicinales a través de la vaporización. Sanan enfermedades y males ocasionados por la brujería. Tienen una formación con abstinencias estrictas, más comúnmente desarrollada por mujeres.
- Las *jubiadoras(es)* o *fubiadoras(es)* identifican y curan enfermedades usando huevos o pasando plomo por el cuerpo.
- Los vegetalistas o herbolarias son mujeres expertas en plantas medicinales, similar a las *vaporizadoras*. Su conocimiento se enfoca en la curación mediante ungüentos, brebajes o pócimas, en lugar de vaporizaciones.
- Las *hueseras(os)* son especialistas en tratar lesiones de huesos y músculos mediante masajes y arreglos. Tienen un gran conocimiento del cuerpo humano, especialmente huesos, tendones y músculos.
- Las *parteras* o *Itsimirientsi* son mujeres que aprenden empíricamente a seguir gestaciones y facilitar partos. Sus técnicas incluyen acomodar al bebé y recetar plantas para una gestación saludable.

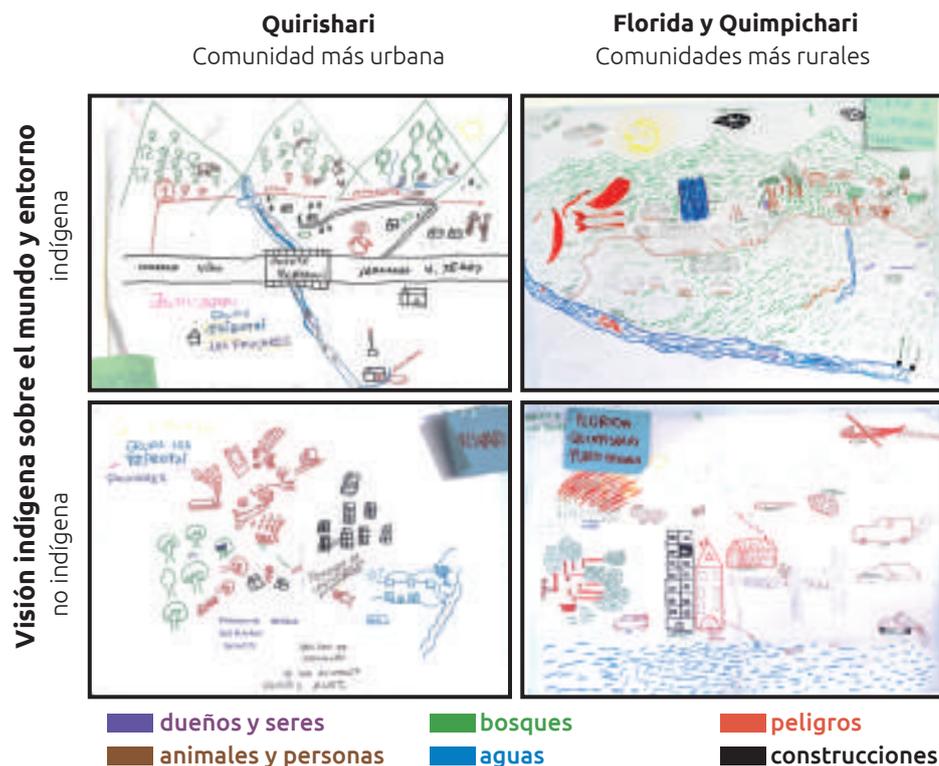


4.1.2 Para la cosmovisión Asháninka, el estar bien solo es posible si las personas, los demás seres vivos y los entes que habitan los territorios mantienen relaciones armoniosas y de respeto

Los Asháninka utilizan el término *Kametza Aseike* para indicar que una persona se encuentra bien. “Estar bien” se relaciona a la cultura, al ambiente, a la educación, al territorio, a la salud, a la política, a la economía, a los servicios, a lo social y a lo espiritual. Por eso, “El bienestar comienza en la casa con las familias, pero luego se traslada a la comunidad”. Muchas de sus enfermedades surgen cuando se quiebran las relaciones interpersonales, familiares o con la naturaleza, o cuando se rompen restricciones sociales. Las enfermedades también pueden originarse en la brujería (*Matsivinki*) que, realizada por quien practique las artes oscuras, representa un rompimiento a las reglas establecidas y es tratada con seriedad y severidad entre los Asháninka. Para los Asháninka existen enfermedades que son reconocidas por el sistema de salud y otras que solo se conocen en las comunidades. Los comuneros identifican el consumo o la relación con algunos animales (ver, tocar, cazar) como el origen de ciertas enfermedades. El romper las reglas de equilibrio con la naturaleza produce enfermedades que puede llevarlos, incluso, a la muerte.

- Los Asháninka utilizan el término Kametza Aseike para definir el bienestar y una vida armoniosa con el ambiente (incluyendo los otros seres que allí habitan), la cultura (cumpliendo las reglas y normas culturales), la sociedad (incluyendo tanto a la familia como a la comunidad), el territorio, la salud, la educación, la política, la alimentación saludable (relacionado al cuidado de la naturaleza y los ecosistemas), la economía y el entorno en general. El bienestar significa estar bien alimentados, purgarse de parásitos dos veces al año, no ser perezoso, tener ganas de trabajar o estudiar, sentirse fuerte y tener un buen estado de ánimo. Como parte de sus prácticas de cuidado, tres veces al año toman tabaco por medio de un recipiente de origen vegetal o pamoco.
- Los Asháninka creen en el daño a través de la brujería y su práctica puede ser seriamente penada. La importancia de la brujería en la cultura Asháninka es tal que ANAP cuenta con mecanismos para atender las denuncias de brujería que llegan a la organización.
- La visión indígena de las relaciones que establecen los seres humanos con la naturaleza conecta los territorios indígenas con el mundo no indígena por medio de peligros que provienen de las sociedades occidentales asociados, principalmente, al extractivismo, al modelo de desarrollo dominante y a la violencia institucional (Figura 2). Estos peligros amenazan la vida de los pueblos y nacionalidades amazónicas quebrando las relaciones de armonía y respeto que deben existir entre todos los seres que habitan en los territorios. Por eso consideran que las enfermedades se originan cuando estas relaciones se rompen.

Figura 2. Mapas parlantes que muestran la visión indígena del mundo y el entorno indígena y no indígena de comunidades Asháninka en la cuenca del río Pichis, Perú



- Para los Asháninka, el cuidado de la vida implica el cuidado del territorio que antecede y va más allá del cuidado de la salud. Por lo tanto, la lucha contra el acaparamiento de tierras, el despojo o la imposición de procesos extractivos es una lucha por la salud de los pueblos amazónicos. La organización indígena ANAP tiene como propósito fundamental la defensa del territorio entendido como un territorio vivo, donde las poblaciones indígenas y todos los seres que pueblan el bosque, las chacras y los ríos están relacionados para asegurar una existencia plena que respete los conocimientos ancestrales y el derecho a la autodeterminación. La revalorización de los conocimientos que tienen las sabias y sabios de las plantas, tanto alimenticias como medicinales y utilitarias, es la principal estrategia que siguen las comunidades, aportando saberes y prácticas indispensables para contribuir a la soberanía alimentaria y la resiliencia ante epidemias y nuevos riesgos que afecten la salud.

4.2 Presiones en los ecosistemas silvestres y mayor riesgo de emergencia de zoonosis asociados al modelo de desarrollo de la Amazonia peruana

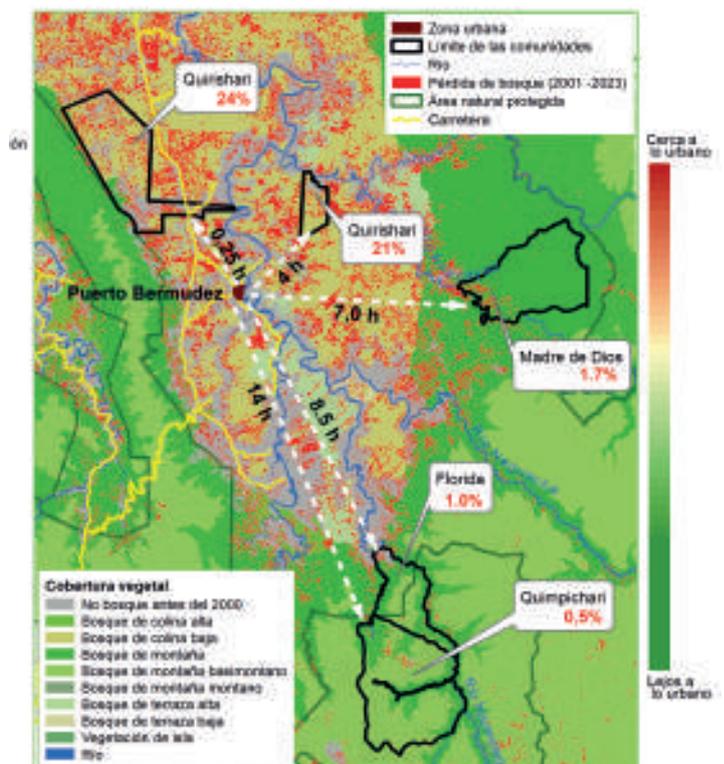
4.2.1 El modelo de desarrollo promovido en la Amazonía peruana fragmenta los territorios y los ecosistemas silvestres aumentando el riesgo de enfrentar nuevas enfermedades zoonóticas

El aumento de monocultivos, la urbanización y la expansión de actividades extractivas legales e ilegales impacta y degrada los ecosistemas y empobrece ecológicamente los territorios comunales. Como consecuencia, muchas especies silvestres que solían cazarse desaparecieron de los territorios próximos a las comunidades, otras en cambio han podido adaptarse a nuevos hábitats que involucran una mayor proximidad inter-especie, y con ello, la probabilidad de emergencia de nuevas enfermedades zoonóticas.

La tenencia y asignación de parcelas agrícolas varía según la ubicación de las comunidades, el tamaño y estado de conservación de los territorios, la densidad poblacional y el grado de mercantilización. En comunidades con territorios extensos, es posible que una familia tenga varias chacras para autoconsumo y comercialización, ubicadas estratégicamente cerca de caminos o territorios alimentarios.

- Las comunidades próximas a áreas más urbanizadas presentan mayores presiones ambientales, deforestación y disminución en la integridad ecológica de sus territorios (Figura 3), impactando en la disponibilidad y acceso a carne silvestre. Después de los peces, la fauna silvestre es la principal fuente de proteína para las comunidades ubicadas en entornos menos urbanizados. En las comunidades con ecosistemas menos degradados como Madre de Dios y Florida-Quimpichari se consumen especies de mayor tamaño como el sajino (*Dicotyles tajacu*), el venado (*Mazama americana*) y la sachavaca (*Tapirus terrestris*). Mientras que las especies más consumidas en las comunidades con ecosistemas más degradados son el majaz (*Cuniculus paca*) y el añuje (*Dasyprocta sp.*), dos roedores de tamaño pequeño y mediano. En las comunidades más alejadas de los centros urbanos, la mitad de las familias consumen carne de animales silvestres por lo menos una vez por semana. Mientras que, en las comunidades más urbanizadas, como Quirishari, el 46% de personas mencionaron que nunca consumen carne silvestre. La fragmentación de los territorios y hábitats impacta en la disponibilidad de proteína de origen animal proveniente de carne silvestre, aumentando el riesgo para las comunidades de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria.

Figura 3. Deforestación de los territorios de cinco comunidades Asháninka distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural en la cuenca del río Pichis, Perú, en el período 2001-2020



Legenda: El gradiente urbano-rural fue definido por el tiempo de desplazamiento desde cada comunidad hasta el centro urbano de Puerto Bermúdez (indicado en las flechas en horas). La pérdida de bosque (%) se muestra en rojo al lado de los nombres de las comunidades.

4.2.2 El modelo de desarrollo promovido en la Amazonía peruana basado en actividades extractivas no mejora ni la salud, ni el cuidado de la vida de las comunidades amazónicas, ni la salud de los ecosistemas

El modelo de desarrollo de la Amazonía peruana, basado en enclaves extractivos legales e ilegales (petróleo, madera, minerales) y monocultivos (palma africana, cacao, café, achiote) presiona los ecosistemas naturales afectando la distribución de especies silvestres que garantizan la alimentación de muchas comunidades. Este modelo de desarrollo, que favorece la disponibilidad de alimentos procesados y ultraprocesados, también aumenta el riesgo de muerte debido a la irrupción de nuevos problemas de salud en la Amazonía.

- La presión extractiva en los ecosistemas naturales asociada a la deforestación y la fragmentación de hábitats y territorios de cacería ha disminuido el consumo de animales medianos y grandes que fueron sustituidos por especies más residuales y adaptadas a ecosistemas fragmentados. La fragmentación de los territorios y los hábitats impacta en la disponibilidad de proteína de origen animal proveniente de carne silvestre aumentando el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria. La información recopilada sobre indicadores de salud (glucosa y hierro en sangre) y la respectiva correlación con la ubicación de las comunidades y el estado de conservación de sus ecosistemas mostró una mayor prevalencia de indicadores de anemia y diabetes en comunidades más cercanas a centros urbanos, con ecosistemas más fragmentados que en las comunidades más alejadas y con mayores territorios para la cacería y acceso a recursos para la alimentación.



4.3 Soberanía territorial y soberanía alimentaria

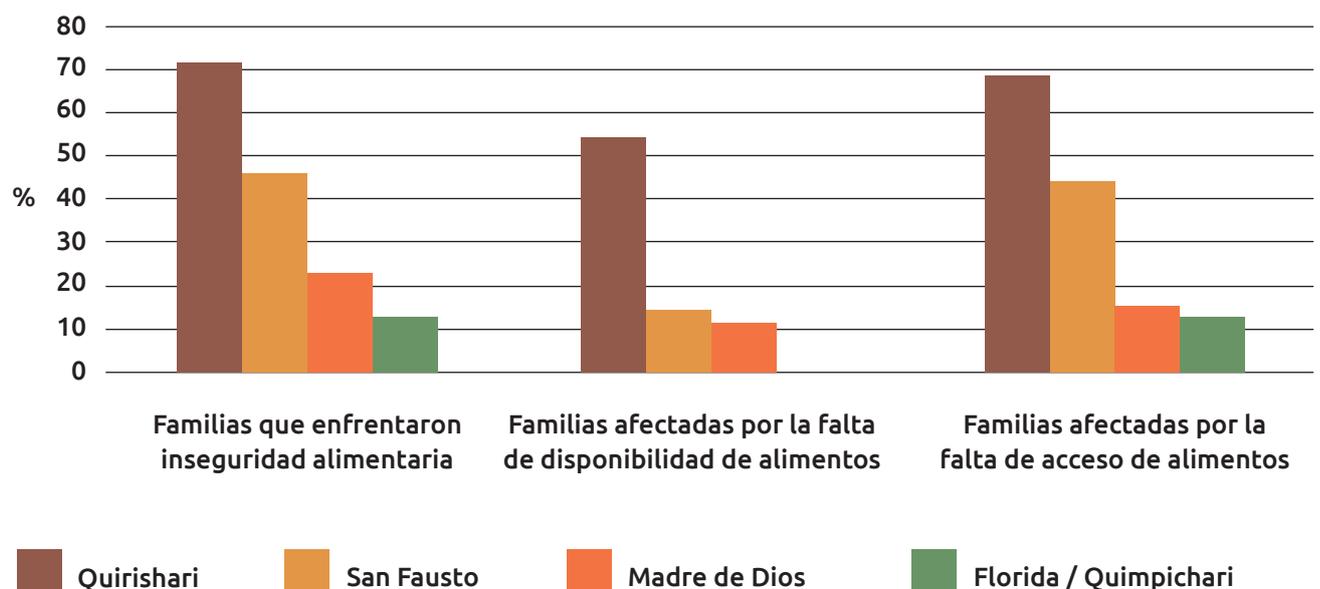
4.3.1 La soberanía territorial y alimentaria de las comunidades Asháninka contribuyó a disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria y tener síntomas similares a los de COVID-19

Las comunidades con ecosistemas mejor conservados y mayor soberanía territorial y alimentaria tuvieron menor riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria en comparación con aquellas ubicadas próximas a centros poblados. El enfoque de seguridad alimentaria promovido por el gobierno, que buscó garantizar la disponibilidad y entrega de alimentos a través de los programas sociales, no evitó la inseguridad alimentaria. Y, además, contribuyó a aumentar el riesgo de contagio de la COVID-19, debido a la llegada de personas infectadas que traían alimentos o a la salida a los mercados locales para comprarlos. La seguridad alimentaria de las comunidades Asháninka se asocia, no solo a la integridad ecológica de sus territorios, sino también a la soberanía alimentaria a través del control que ejercen las comunidades sobre los sistemas alimentarios en sus territorios.

- Las comunidades más lejanas a los centros urbanos tienen territorios con ecosistemas más conservados y mayor control sobre sus sistemas alimentarios. Como resultado de su mayor soberanía alimentaria, estas comunidades lograron limitar los impactos de la pandemia, mejorando tanto su alimentación como su salud. La caza, pesca, producción agrícola y redes de acceso e intercambio de alimentos diversificadas garantizaron un amplio acceso a alimentos durante la pandemia de la COVID-19 y fueron factores esenciales para disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria (Figura 4).

Las comunidades próximas a centros poblados tuvieron mayor dependencia de los mercados de alimentos y de los programas sociales de ayuda alimentaria, que no fueron eficientes para evitar la inseguridad alimentaria durante la pandemia (Figura 4). Las familias de las comunidades más urbanas que debieron reducir su movilidad por el confinamiento obligatorio, el miedo a infectarse y la falta de recursos financieros, enfrentaron dificultades para acceder a los alimentos y mayor inseguridad alimentaria. Mientras que las familias que salieron a los mercados a comprar alimentos lograron disminuir el riesgo de inseguridad alimentaria, pero tuvieron una probabilidad 13 veces mayor de tener síntomas similares a los de una probable infección por la COVID-19, como fiebres altas, dolores musculares, fatiga, dolor de cabeza y pérdida de apetito.

Figura 4. Impactos de la pandemia de COVID-19 en la alimentación de comunidades Asháninka en la cuenca del río Pichis, Perú



+ Urbano
- Soberanía alimentaria
- Resiliencia del sistema alimentario

+ Rural
+ Soberanía alimentaria
+ Resiliencia del sistema alimentario



4.3.2 La agricultura familiar basada en una economía mixta que combina cultivos comerciales y cultivos para autoconsumo es el eje de la alimentación de las comunidades Asháninka

Las comunidades Asháninka sostienen una economía mixta basada en la autosuficiencia y la venta de cultivos comerciales como el achiote. En la última década, intervenciones como las del Programa de Desarrollo Alternativo (DEVIDA) promovieron el cultivo de cacao híbrido. Sin embargo, el 80% de la población Asháninka se mantiene en pobreza monetaria. Las comunidades cercanas a Puerto Bermúdez muestran una mayor desvinculación entre la agricultura y la alimentación local, reduciendo la variedad de cultivos alimentarios tradicionales, afectando su soberanía alimentaria. En comunidades alejadas como Quimpichari y Florida, el achiote sigue siendo el principal cultivo comercial, mientras que, en las más cercanas a Puerto Bermúdez, el cacao ha tomado predominancia. Esta diferencia se debe a factores biofísicos, proximidad a mercados y presencia de instituciones promotoras de la producción de cacao.

- Si bien la agricultura en las chacras, como unidades económicas familiares, involucra tanto a mujeres como a hombres, las mujeres suelen encargarse de los cultivos alimentarios debido a su dedicación y mayor conocimiento agrícola, mientras que los hombres se dedican a los cultivos comerciales. El protagonismo de las mujeres es crucial para garantizar la soberanía alimentaria de las familias y las comunidades.
- Las comunidades Asháninka del valle del río Pichis han adoptado una economía mixta basada en la autosuficiencia y la venta de cultivos comerciales, como el achiote, cacao y café. Estos cultivos han ido permeando y revolucionando las prácticas agrícolas. Sin embargo, la relación con los cultivos comerciales no se da en el mismo grado en todas las comunidades de la cuenca debido a condiciones biofísicas para los cultivos, distancias y cercanías a Puerto Bermúdez, y presencia de instituciones promotoras. En las comunidades más cercanas a zonas urbanas se evidencia una mayor desvinculación entre las actividades agrícolas y la alimentación. En estas comunidades, la variedad de cultivos alimentarios tradicionales ha ido reduciéndose debido a la competencia en tiempo, espacio y prioridad con los cultivos comerciales, ocupando así, una posición marginal. A raíz de esta progresiva agrarización del espacio, con tendencia hacia la producción comercial e intensiva, se evidencia un fuerte impacto en la producción de alimento lo que vulnera la soberanía alimentaria, la conservación y el uso de semillas nativas, y la transmisión de conocimientos asociados. En otras palabras, la reconfiguración del sistema alimentario indígena tiene como eje central el territorio y formas ancestrales de producción y cuidado.
- Los datos sobre la frecuencia de consumo de carne de monte, carne doméstica y pescado, obtenidos a partir de diferentes fuentes en cinco comunidades Asháninka distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural, permitieron caracterizar la contribución de las distintas fuentes de proteína a la dieta comunitaria. El análisis revela la existencia de un gradiente de soberanía alimentaria establecido en paralelo al gradiente urbano-rural.



4.3.3 Restricciones asociadas a prácticas alimentarias culturales afectan la dieta y limitan la diversidad alimentaria de las comunidades Asháninka

Los Asháninka clasifican a los animales según sean de consumo o no consumo. Las restricciones alimentarias están vinculadas a creencias culturales y religiosas que prohíben el consumo de determinadas especies de fauna silvestre y peces. A las creencias culturales tradicionales se les suman algunas restricciones alimentarias promovidas por las religiones evangélicas que contribuyen a limitar el acceso a proteína de origen animal.

- Los factores religiosos han cambiado los patrones alimentarios en comunidades como Santa Isabel de Neguache, San Pablo, San Juan de Dios y Florida. Algunos comuneros influenciados por religiones evangélicas evitan consumir sin escamas y ciertas especies de carne de monte. Esto puede aliviar la presión sobre algunas especies, pero también genera problemas nutricionales al excluir fuentes importantes de proteína de la dieta diaria de los Asháninka.

4.3.4 Durante la pandemia de COVID-19, los programas sociales de ayuda alimentaria no lograron garantizar la seguridad alimentaria de la población Asháninka debido a la falta de pertinencia cultural de algunos alimentos y a barreras para el acceso

En las comunidades Asháninka de estudio la ayuda alimentaria para las y los niños en edad escolar provino del Programa Qali Warma (hoy reestructurado como Programa Nacional de Alimentación Escolar Comunitaria Wasi Mikuna), el Programa Vaso de Leche (PVL) y la entrega de víveres por el gobierno local que beneficia a toda la población. Estos programas proporcionaron productos procesados que son valorados por la población, junto a productos que no son culturalmente pertinentes y supusieron barreras al acceso, como el requisito en el número mínimo de beneficiarios, excluyendo a las comunidades más pequeñas. Además, existen algunas condiciones asociadas a la entrega de alimentos, como la atención en puestos de salud, que muestran el desconocimiento que tienen las autoridades de la cobertura sanitaria en la Amazonía. La estacionalidad en la disponibilidad de alimentos, considerando la época seca y la lluviosa, no hace parte de los criterios de distribución de alimentos.

- Durante la pandemia de COVID-19, la entrega de canastas permitió la continuidad de la asistencia alimentaria, pero dificultó el seguimiento al consumo. A fin de volver a preparar los alimentos, las comunidades tuvieron que contratar cocineras y aportar recursos propios para comprar insumos adicionales. Para las comunidades Asháninka, la cantidad de alimentos entregados es percibida como insuficiente, y algunos alimentos, como la sangrecita y el arroz fortificado, son rechazados por su mal sabor y falta de pertinencia cultural.

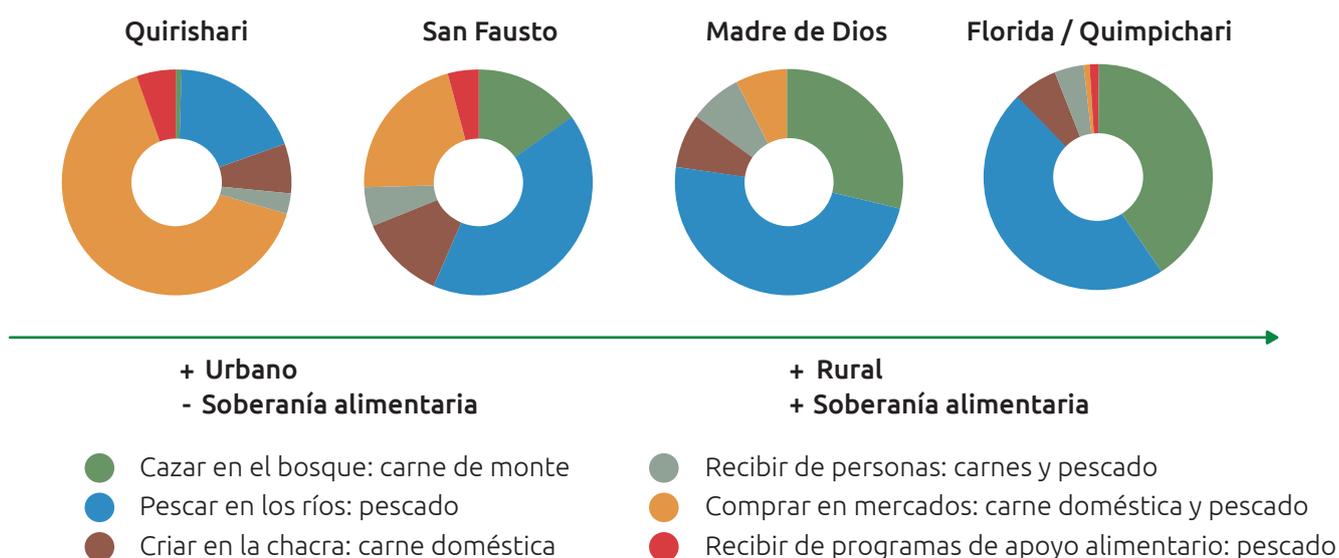
4.3.5 Las redes alimentarias de las comunidades Asháninka son determinantes para garantizar su seguridad y soberanía alimentaria y la resiliencia de sus sistemas alimentarios frente a eventuales perturbaciones

Las redes alimentarias de las comunidades influyen en la disponibilidad y el acceso de las familias a los alimentos. Redes alimentarias robustas y diversificadas, basadas en territorios biodiversos, en los conocimientos indígenas y en la colaboración y confianza mutua entre familias contribuyen a: i) la seguridad alimentaria, proporcionando acceso estable en el tiempo, a una mayor cantidad y variedad de fuentes de alimentos; ii) la soberanía alimentaria, fortaleciendo la autonomía de las comunidades y su control sobre sus sistemas alimentarios; y iii) la resiliencia de los sistemas alimentarios indígenas, permitiendo que las comunidades mantengan la disponibilidad y el acceso a alimentos saludables frente a perturbaciones vinculadas a procesos extractivos y oscilaciones del mercado, formas de violencia y despojo, futuras pandemias o el cambio climático.

- Las redes alimentarias de cinco comunidades Asháninka distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural permitieron analizar la disponibilidad y el acceso a los diversos grupos de alimentos (energéticos, constructores y protectores), provenientes de múltiples fuentes. En las comunidades más lejanas a los centros urbanos, las redes alimentarias proporcionan a las familias una mayor autonomía garantizando la producción y el acceso a alimentos locales.

La contribución al acceso a proteína animal proveniente de la caza, pesca y producción en las chacras es de 27% en Quirishari, pasa a 54% en San Fausto, aumenta a 85% en Madre de Dios, y llega a 94% en Florida y Quimpichari (Figura 5). Las comunidades más lejanas a centros urbanos tienen mayor control sobre sus fuentes de proteínas (caza, pesca, cría de animales, redes de intercambio) y menor dependencia de los alimentos industrializados (mercados y programa de apoyo alimentario). El gradiente urbano-rural contribuye a establecer un gradiente de soberanía alimentaria entre las comunidades Asháninka.

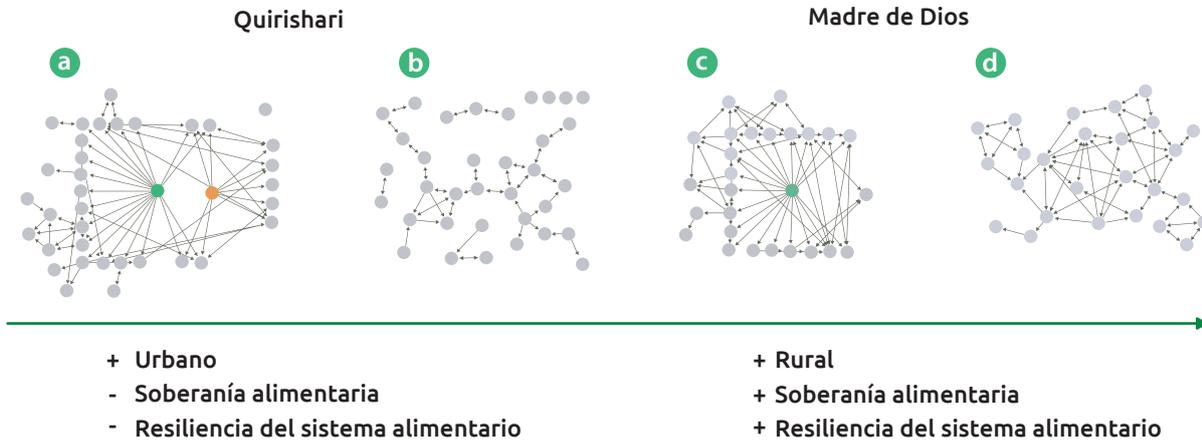
Figura 5. Contribución de las diversas fuentes de proteína animal a la dieta (%) de las cinco comunidades de estudio, distribuidas a lo largo del gradiente urbano-rural en la cuenca del río Pichis, Perú.



- Las redes comunitarias que sustentan los intercambios y regalos de alimentos son esenciales para garantizar la disponibilidad y el acceso a los alimentos de las familias Asháninka. Compartir e intercambiar alimentos entre vecinos y miembros de la familia es costumbre en todas las comunidades, aunque los procesos de globalización y urbanización están alterando esta práctica.

- La comparación de las redes de acceso a carne silvestre entre las comunidades de Quirishari y Madre de Dios ilustra los cambios en los sistemas alimentarios indígenas a medida que avanza la degradación ambiental de los territorios y crece la dependencia económica de los mercados de alimentos procesados y ultraprocesados. En Quirishari compran carne en los mercados y consumen carne silvestre. Su red de acceso e intercambio de carne silvestre tiene pocas relaciones y se encuentra fragmentada (Figuras 6a y 6b). Como resultado, menos del 1% de sus comidas incluyen carne silvestre. En contraste, en Madre de Dios, la mayor parte de familias cazan y el consumo de carne silvestre es 35 veces más frecuente que en Quirishari (Figura 5). Su red de acceso e intercambio de carne silvestre conecta a todas las familias contribuyendo a la seguridad y soberanía alimentaria y a la resiliencia del sistema alimentario de la comunidad (Figuras 6c y 6d).

Figura 6. Redes de acceso a carne silvestre en las comunidades de Quirishari y Madre de Dios, en la cuenca del río Pichis, Perú.



Leyenda: Comparación de las redes familiares de acceso e intercambio de carne silvestre en Quirishari (a-b), una comunidad más urbana y Madre de Dios (c-d), una comunidad más rural. Las flechas indican el flujo de carne silvestre desde sus fuentes: caza en los ecosistemas / bosque (verde), compra en los mercados (naranja), intercambio (flecha bidireccional) o regalo (flecha unidireccional) entre los vecinos (gris). Las figuras b y d muestran la fragmentación de las redes en las comunidades al eliminar las fuentes primarias de carne silvestre: bosque y mercado.



4.4 La interculturalidad en la salud amazónica

El Estado peruano reconoce el derecho de los pueblos y nacionalidades indígenas a sus prácticas ancestrales de salud y a una atención en salud que las respete contenido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT. Sin embargo, sus documentos de política se centran más en el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud que en la implementación de sistemas de salud propios. En la práctica, las políticas de salud intercultural se limitan a la traducción de las orientaciones sanitarias a los idiomas originarios, más que en a la implementación efectiva de establecimientos de salud con pertinencia cultural.

4.4.1 Es necesario fortalecer la política intercultural en salud para que pueda responder a las necesidades y demandas de la población Ansháninka y beneficiarse de sus conocimientos y practicas ancestrales

- La participación de las organizaciones indígenas en la formulación de las políticas públicas de salud intercultural es limitada. Por ejemplo, cuando la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente elaboró el Plan Sectorial de Salud Intercultural 2016-2021 convocó a las organizaciones indígenas, las ONG y otras instituciones “en calidad de invitados para colaborar”. Y si bien en su Eje de política 2 se incluye el fomento de la medicina tradicional o ancestral, las acciones propuestas buscan mejorar la implementación de la medicina convencional, más que el fomento de los saberes, conocimientos y prácticas indígenas en salud.
- La política de salud intercultural que implementa el Ministerio de Salud, MINSA cuenta con un marco normativo insuficiente y una estructura administrativa y operativa fragmentada, que limitan las posibilidades de intervención de la Dirección del Pueblos Indígenas u Originarios (DPIO) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) como un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud.



- La poca experiencia que existe en el país en la capacitación y aplicación de medicina tradicional fue promovida por organizaciones indígenas y la cooperación internacional, no por las autoridades. Entre los años 1980 y 1990 se desarrolló una experiencia de Aplicación de Medicina Tradicional AMETRA con el pueblo Shipibo-Conibo en la Región Ucayali que movilizó a sabios y sabias para implementar huertos de plantas medicinales y realizar capacitación intergeneracional en medicina tradicional. Años después, la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana AIDSESP promovió con la cooperación internacional la formación y titulación de Técnicos Interculturales de Salud de comunidades indígenas las regiones de Ucayali, Amazonas y Loreto.
- En el año 2019, el Ministerio de Salud aprobó 26 criterios para evaluar y calificar los establecimientos de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención, con la finalidad de reducir las brechas de acceso a los servicios de salud para población indígena. La directiva considera cuatro dimensiones vinculadas a los cuatro ejes de la Política Sectorial de Salud Intercultural: i) gestión para la calidad de atención, ii) revaloración del sistema de salud tradicional, iii) recursos humanos que promueven la salud intercultural, y iv) participación ciudadana. Si bien varios de los criterios se cumplen, aún existen brechas importantes relativas a la pertinencia cultural y lenguaje que limitan la aplicación de la normativa y la consecuente implementación políticas interculturales para el cuidado de la vida y la salud.



Créditos

Los resultados y hallazgos que se presentan en este documento de síntesis son fruto de la colaboración efectuada en el marco del proyecto Una Amazonía por los equipos de Perú y Brasil y han sido elaborados en Perú por Alain Santandreu (IBC) / Ecosad, Renzo Piana, Margarita Benavides, Mireya Bravo, Alonso Pérez, Neptalí Cueva, Margarita Vara, María Rosa Montes, Pedro Tipula, Alex Bottger (IBC), Winy Vásquez (Universidad de Columbia Británica), Luisa Elvira Belaunde y Vannya Mallma (Universidad Nacional Mayor de San Marcos); y en Brasil por Frédéric Mertens, Renata Távora, Andrés Burgos y Thamires Costa da Silva (Universidad de Brasilia).

Un especial agradecimiento a las y los coinvestigadores y autoridades de ANAP Marisol Shariva Pérez y Hernán Fernández Rosas, así como a las y los coinvestigadores comunales Asháninka Tony Caipa García, Dayly Valencio Fasanando, Abilio Pérez Intillaya, Luis Güere Arias, Luis Arias Pancho, Retirta Valerio Aveñiro, Yoni Yomanga Pérez, Merwi Palomino Huaman, Gregorio Torres Román, Rumaldo Yupanqui Santos, Doly Moqui Casanto, Efrayn Castellano Sipiriano, Noyda Castellanos Sipiriano, Leoncio Huancho Pérez, Danilo Elias Quinticuari y Jorge Gonzáles Shityori. Todo nuestro reconocimiento a los y las sanadoras y terapeutas Asháninka Armando del Arca Huamaní, Guillermina Santos de Campos, Julia Choncoqui Casanto, Nancy Pérez Celano, Teresa Manonca Cruz y Violeta Quinchuya Quenshima. Finalmente, la disponibilidad, receptividad y apertura de los pobladores de las comunidades que fueron parte de la investigación fue central para las actividades del equipo y logro de objetivos de investigación.

Nuestro reconocimiento y un agradecimiento especial a Sandra Gagnon del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, IDRC de Canadá.

