



**una
amazonía**

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

Principales hallazgos del proyecto Una Amazonía

1 Una Amazonía, muchas amazonías

Desde el año 2021, en Colombia, Ecuador y Perú, un consorcio formado por instituciones académicas y ONG, junto a diversos 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*.

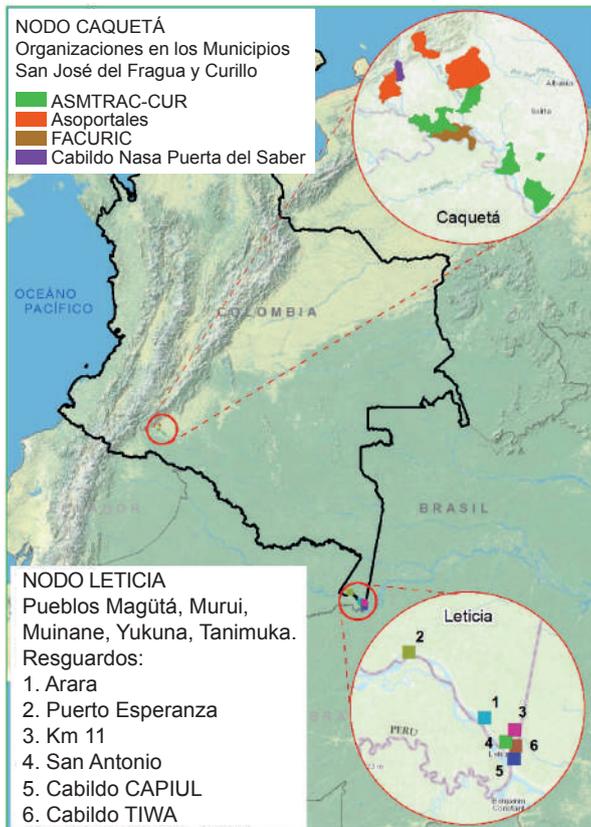
El proyecto fue liderado por el Instituto del Bien Común - IBC (Perú) y contó con la participación del Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo - ECOSAD (Perú); la Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo - FUNSAD y la Universidad Andina Simón Bolívar-UASB (Ecuador); la Universidad del Valle - Univalle, 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 para enfrentar futuras epidemias o cambios socioambientales que pongan en riesgo la vida.

Pueblos, nacionalidades y organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes que forman parte del proyecto

Figura 1. Comunidades y organizaciones participantes

Mapa 1. Comunidades y Organizaciones Participantes en Colombia



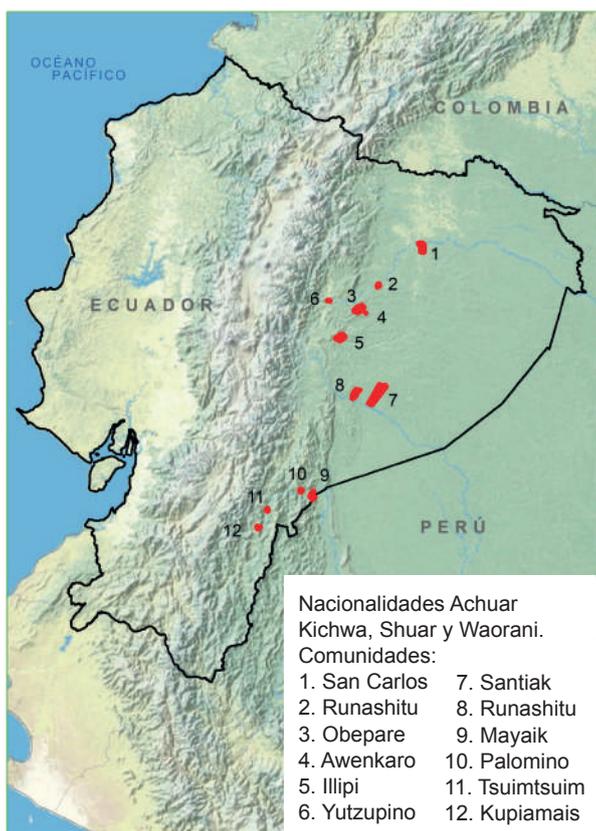
El proyecto implementó procesos de investigación acción participativa junto a pueblos y nacionalidades muy diversas que comparten problemas que, siendo comunes, se expresan en forma particular en cada territorio.

En **Colombia**, en el Nodo Caquetá, participaron campesinos y población afrodescendiente de dos municipios representados por la Coordinadora Departamental de Organizaciones Sociales, Ambientales y Campesinas del Caquetá - COORDOSAC y el Cabildo Indígena Nasa Puerta de Saber. En el Nodo Leticia, que abarcó el Trapecio Amazónico al sur del Departamento de Amazonas, se trabajó en seis comunidades representadas por Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas como AZCAITA, ACITAM, ATICOYA y cabildos indígenas como TIWA y CAPIUL que representan a más de 25 pueblos, entre ellos gente de los pueblos Magütá, Murui, Muinane, Miraña, Yukuna y Tanimuka.

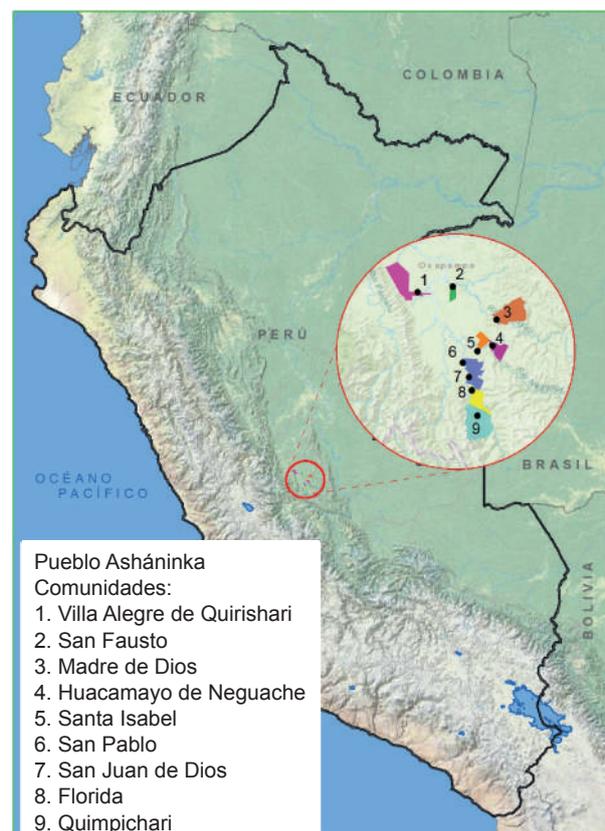
En **Ecuador**, se trabajó en 12 comunidades en las que vive gente de las nacionalidades Waorani, Kichwa, Achuar y Shuar, representadas por la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana - CONFENIAE, el Pueblo Shuar Arutam - PSHA y la Federación Interprovincial de Centros Shuar - FICSH.

En **Perú**, se trabajó en nueve comunidades Asháninka representadas por la Asociación de Nacionalidades Asháninka del valle del Pichis – ANAP (Apatyawaka Nampitsi Ashaninka Pichis).

Mapa 1. Comunidades y Organizaciones Participantes en Ecuador



Mapa 1. Comunidades y Organizaciones Participantes en Perú



2 Principales mensajes

- Las prácticas y los sistemas propios de conocimiento de los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y campesinos de la Amazonía contribuyeron a disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19.
- Las organizaciones amazónicas reivindican, como parte de sus luchas, las prácticas y conocimientos de salud que fueron efectivos durante la pandemia de COVID-19, pese a que los sistemas de salud no los incluyeron formalmente.
- La memoria colectiva, la organización comunitaria y las prácticas ancestrales de cuidado permitieron enfrentar la desinformación y el miedo al contagio y la muerte por COVID-19.
- La cosmovisión amazónica de respeto y cuidado de la vida centrada en las relaciones entre humanos, otros seres y el territorio no dialoga con visiones utilitarias e instrumentales de la naturaleza.
- La lucha histórica de las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes por el territorio se profundiza con una lucha por el cuidado de vida y por su autodeterminación.
- La forma en la que los sistemas de salud y Una Sola Salud abordan la interculturalidad debe reconocer los aportes de las organizaciones y comunidades amazónicas.
- El modelo extractivista de desarrollo promovido en la Amazonía que fragmenta los territorios y los ecosistemas silvestres aumenta el riesgo de enfrentar nuevas enfermedades zoonóticas.
- El modelo de urbanización de la Amazonía no solo agrava los problemas de salud, zoonosis e inseguridad alimentaria, también invisibiliza la diversidad y vulnerabilidad de la población migrante y dificulta sus formas del cuidado de la vida.
- La urbanización, el extractivismo y la fragmentación de los territorios se expresan en un gradiente urbano-rural que muestra los impactos diferenciados del modelo de desarrollo en la salud y la alimentación de las comunidades amazónicas.
- Las redes alimentarias de las comunidades indígenas amazónicas contribuyen a garantizar la seguridad y soberanía alimentaria y la resiliencia de sus sistemas alimentarios frente a eventuales perturbaciones.
- La soberanía territorial y alimentaria de las comunidades amazónicas contribuyó a disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria y tener síntomas similares a los de la COVID-19.
- El riesgo de enfrentar situaciones de inseguridad alimentaria es mayor entre las mujeres, los hogares con menor educación formal y las víctimas del conflicto armado que viven en comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas.
- El tener tierras no garantiza ni la disponibilidad ni el acceso a alimentos, por lo que es necesario comprender la soberanía alimentaria desde una perspectiva multidimensional.



3 Principales resultados y hallazgos

El proyecto Una Amazonía muestra que los territorios amazónicos albergan una gran diversidad de hábitats y ecosistemas, pueblos y nacionalidades, idiomas y culturas, por lo que llamamos a nuestro proyecto **Una Amazonía, muchas amazonías**.

Sin embargo, la enorme diversidad amazónica se enfrenta a un modelo único de ocupación del territorio asociado a actividades extractivas y a una urbanización creciente que se sostiene en un modelo de desarrollo extractivista y urbanizador que se implementa, en muchos casos, con inusitada violencia en los diversos países que forman parte de la Amazonía.

Si no es posible considerar que exista Una Sola Amazonía, tampoco es posible promover Una Sola Salud como la respuesta sanitaria global a los múltiples problemas que afectan a los seres que viven en los territorios amazónicos. La evidencia generada por el proyecto muestra que los pueblos y nacionalidades amazónicas, afrodescendientes y campesinas respondieron de forma efectiva a la pandemia de COVID-19, fortaleciendo la organización y participación comunitaria, la soberanía alimentaria y territorial y el cuidado de la vida. La relación que existe entre un modelo hegemónico de desarrollo extractivista y urbanizador, y la salud de los pueblos y los ecosistemas amazónicos es compleja y se manifiesta en un contexto de violencia estructural en el que irrumpen numerosos conflictos por los recursos naturales (bienes comunes globales) como parte de un modelo que ha acentuado las brechas urbano/rurales.

En el primer cuarto del siglo XXI, las comunidades amazónicas enfrentan, a la vez, cambios en los patrones de enfermar y morir con un aumento alarmante de lesiones de causa externa y enfermedades crónicas; la pérdida de territorios producto del aumento descontrolado de las actividades extractivas -legales e ilegales- que se implementan en forma cada vez más violentas y con menos control de los gobiernos nacionales y subnacionales; un aumento de la urbanización con un número creciente de personas viviendo en centros poblados sin agua potable ni saneamiento; y un mayor riesgo a zoonosis asociado a los impactos de las actividades extractivas y la urbanización en la distribución de especies de fauna silvestre que ponen en riesgo la soberanía alimentaria y la salud de las personas y los ecosistemas.

La construcción de alternativas para favorecer transiciones hacia un futuro sostenible y la disminución de las inequidades en salud requieren la formulación colectiva de estrategias basadas en la fuerza de lo local. Los pueblos amazónicos han mantenido procesos de resistencia promovidos por las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes con propuestas que van desde la construcción de sistemas de salud que reconozcan los conocimientos y las prácticas locales hasta el fortalecimiento de la soberanía alimentaria y territorial con procesos autónomos de producción y abastecimiento local.

La aproximación de Una Sola Salud puede contribuir en este propósito, pero para ello, además de tener una visión integrada de la salud humana y animal debe incluir con mucha más fuerza la salud de los ecosistemas, trascendiendo el modelo biomédico, los factores de riesgo y estilos de vida. Más allá de la necesaria integración que propone Una Sola Salud, se requiere tener una comprensión histórica y situada de los territorios en la que se logren incorporar los saberes ancestrales y las prácticas de salud y alimentación propias. La investigación debe partir de las realidades locales, desarrollar procesos legítimos de participación y poner en disputa una visión de desarrollo centrada en los individuos y en la instrumentalización de la naturaleza para favorecer alternativas de Buen Vivir como apuesta colectiva que reconozcan el valor intrínseco que tienen todos los seres que cohabitan en los territorios amazónicos.

Los resultados y hallazgos del proyecto aportan nuevo conocimiento científico y social para repensar la forma en la que se expresa, en los territorios analizados, la salud, la alimentación, la ocupación del territorio y el modelo de desarrollo amazónico, fortaleciendo la colaboración entre las comunidades y organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes que habitan los territorios, junto a las y los investigadores académicos y sus instituciones.



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

3.1.1 Las prácticas y los sistemas propios de conocimiento de los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y campesinos de la Amazonía contribuyeron a disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19

La respuesta sanitaria gubernamental durante la pandemia de COVID-19 no llegó a todas las comunidades amazónicas, mostrando una insuficiente presencia de los servicios de salud en los territorios y la pobre capacidad de respuesta de los Estados a las crisis en salud. Aunque no es una situación nueva, puso al desnudo las consecuencias de las desigualdades en salud, incluidas las brechas urbano/rurales y los problemas que tienen los sistemas de salud basados en la enfermedad y en modelos de aseguramiento individual que no responden al derecho a la salud. Para los pueblos amazónicos toda enfermedad tiene un origen y una cura. La respuesta desde las comunidades, basada en el saber ancestral, activó prácticas y organización comunitaria cerrando los territorios con guardias indígenas, aislando casos probables de contagio con cuidados solidarios y utilizando medicina tradicional con técnicas como sahumeros, vaporizaciones, bebidas curativas, frotaciones y rezos para proteger a las personas y los territorios. 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 **Caquetá, Colombia**, durante la pandemia de COVID-19, el 82% de las personas encuestadas en dos comunidades con población campesina, afrodescendiente e indígena, reportó no haber recibido asistencia formal, pese a que el 59% manifestó que, al menos un miembro de sus familias tuvo síntomas similares a los de la COVID-19. Solo un 12% pudo ser diagnosticado a través de un servicio de atención en salud. La estrategia principal para el manejo de los síntomas consistió en el uso de remedios caseros, empleados por el 75% de las personas afectadas. Esto fue posible gracias a su amplio conocimiento de las plantas medicinales, en especial las mujeres. La cobertura de vacunación fue baja debido tanto al acceso limitado a los servicios de salud como al rechazo a las vacunas asociado a la desconfianza en el Estado. Solo el 35% de las familias vacunaron a todos sus miembros y, en muchos casos, con esquemas incompletos.

- En el **Trapezio Amazónico, Colombia**, algunas personas entrevistadas refirieron una enfermedad similar a la COVID-19 entre diciembre del año 2019 y enero del año 2020. Reportes del sistema de vigilancia epidemiológica confirman que aquí se registró el primer pico de casos de COVID-19 del país, que superó la tasa de letalidad nacional en 7,8 veces desbordando, rápidamente, los limitados servicios de salud de la región. Este contagio temprano y acelerado se explica porque Leticia es un destino turístico conectado por vía aérea con Bogotá y por el río Amazonas con Manaus e Iquitos, donde se registraron las mayores seroprevalencias de COVID-19 a nivel mundial y surgieron variantes más letales del SARS-CoV-2. Muchas de las familias entrevistadas se vacunaron porque se los exigían para viajar por el río o trabajar. El papel de las mujeres como nutridoras y conocedoras de las plantas medicinales fue determinante. Ante el colapso sanitario, las redes de cuidado de médicos tradicionales se extendieron dentro y fuera de las comunidades, estudiando plantas



que circularon ampliamente como la abuta (*Abuta grandifolia*), la colmena de abejas (no identificada), y compartiendo otras técnicas para protegerse y curarse de la COVID-19 como baños calientes y dietas. También utilizaron otras plantas de acuerdo con los conocimientos de cada familia, incluyendo sacha ajo (*Mansoa alliacea*), botoncillo (*Cephalantus salicifolius*), remocaspi (*Aspidosperma exelsum*) y plantas foráneas como el jengibre (*Zingiber officinale*), ajo (*Allium sativum*) y limonaria (*Cymbopogon citratus*).

- En la **Amazonía ecuatoriana**, durante la pandemia de COVID-19, las comunidades con mayor número de casos positivos por habitantes fueron Washintza con 76 contagios en 105 pobladores (72%) y Awenkaro con 19 contagios en 25 pobladores (76%). Sin embargo, muy pocos fallecieron. Las y los sabios recuperaron y compartieron los conocimientos y las prácticas ancestrales que funcionaron para enfrentar situaciones similares. Con la creencia que la enfermedad viene desde fuera para afectarlos, las comunidades no permitieron el ingreso de personas ajenas, establecieron medidas de aislamiento comunitario y de posibles casos y trataron a los enfermos y a toda la comunidad con medicina y prácticas ancestrales. La respuesta indígena se basó en preparados con plantas medicinales como la guayusa (*Ilex guayusa*), la uña de gato (*Rubiaceae*) y la dulcamara (*Solanum dulcamara*). La vacunación y otras medidas como el aislamiento fueron obligatorias para poder trabajar y acceder a diversos servicios. Sin embargo, solo el 50% de la población encuestada en las comunidades estudiadas indicó haber sido vacunada. Si bien las comunidades lograron contener la enfermedad gracias a sus conocimientos y prácticas ancestrales, es posible que exista un subregistro de muertes como resultado de una estrategia de resistencia y defensa indígena frente a las disposiciones del Ministerio de Salud, MSP que violentaron sus prácticas culturales y de salud propia.

- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, en los dos primeros años de la pandemia, los datos oficiales del Ministerio de Salud, MINSA, mostraron que de los 24 fallecidos por COVID-19, sólo tres fueron Asháninka que llegaron de otros distritos o provincias. El 62% de las personas entrevistadas en cinco comunidades Asháninka reportó haber sufrido síntomas similares a los de la COVID-19, aunque solo tres fueron diagnosticadas de positivo por los servicios de salud. La estrategia principal de respuesta desde las comunidades consistió en el uso de kepishiri o amargón (no identificada) en una combinación de plantas que se utilizan de diferente forma (baños y vaporizaciones). El amargón también se utilizó como medida preventiva, cuyo consumo se extendió como una práctica colectiva en todas las comunidades. En Quirishari, la comunidad más próxima a una zona urbana (Puerto Bermúdez), el número de personas que no utilizaron ningún remedio natural y recurrieron a la medicina convencional cuando sintieron malestar fue mayor. 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.



3.1.2 Las organizaciones amazónicas reivindican, como parte de sus luchas, las prácticas y conocimientos de salud que fueron efectivos durante la pandemia de COVID-19, pese a que los sistemas de salud no los incluyeron formalmente

Con la llegada de la pandemia de COVID-19, las comunidades y territorios amazónicos fortalecieron sus saberes, promovieron el uso de las medicinas ancestrales y revalorizaron el conocimiento médico y los cuidados comunitarios, con una participación destacada de las mujeres. Pese a que los sistemas de salud no incluyeron formalmente los conocimientos y las prácticas de los pueblos y nacionalidades amazónicas, los sabios y sabias, abuelas y abuelos, terapeutas y sanadores investigaron y compartieron sus conocimientos y prácticas, haciendo que sus organizaciones incorporen la salud como parte de sus luchas.

- En el **departamento de Amazonas en Colombia**, cuando llegó la COVID-19, la Comisión Técnica de Salud Intercultural, CTSI se venía reuniendo para construir el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural, SISPI. Sin embargo, este espacio no fue reconocido por las autoridades para articular la respuesta institucional con las comunidades. Luego de la pandemia, las comunidades y organizaciones continuaron reivindicando su capacidad para prevenir, proteger y cuidar la vida, dándole un nuevo impulso a la construcción del SISPI basados en los aprendizajes que tuvieron en su respuesta a la pandemia.
- En la **Amazonía ecuatoriana**, históricamente, el movimiento indígena ha centrado sus reivindicaciones políticas sobre todo en los derechos a la soberanía territorial, el acceso al agua, el reconocimiento de la justicia indígena y a sus sistemas de educación intercultural bilingüe. Previa a la COVID-19, las exigencias para el reconocimiento pleno y la inclusión a los sistemas interculturales de salud eran demandas puntuales y aisladas, vinculadas, sobre todo, al parto intercultural. Posterior a la pandemia, las organizaciones indígenas incorporaron la salud indígena en su agenda programática y fortalecieron sus dirigencias que comenzaron a exigir a las autoridades la transición hacia un sistema de salud intercultural.
- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, los conocimientos y las prácticas aplicadas como respuesta a la COVID-19 desde las comunidades Asháninka no han sido reconocidas formalmente por el sistema de salud. Sin embargo, la pandemia generó un proceso local de revalorización de sus conocimientos y prácticas que le permitió a ANAP reivindicar la defensa de una salud Asháninka. La sistematización de las plantas medicinales utilizadas durante la pandemia y la construcción de un registro de terapeutas de medicina tradicional por medio de un proceso colectivo de evaluación y validación de sus prácticas liderado por ANAP, son ejemplos de esta lucha.



3.1.3 La memoria colectiva, la organización comunitaria y las prácticas ancestrales de cuidado permitieron enfrentar la desinformación y el miedo al contagio y la muerte por COVID-19

La forma en la que los gobiernos y servicios de salud trataron la muerte y el luto desconoció las prácticas ancestrales y generó el rechazo de las comunidades amazónicas a la medicina occidental. Diversos medios de comunicación, incluidos los que pertenecían a los ministerios de salud, promovieron mensajes que generaron temor y paralizaron la acción colectiva. El miedo que acompañó la respuesta alimentaria y sanitaria a la pandemia afectó y tuvo consecuencias en todas las esferas de la vida de las comunidades amazónicas. Para las ontologías amazónicas, el miedo es una sustancia o materialidad que puede transformar y hacer más vulnerables los cuerpos, predisponiendo a las personas a un ataque más mortífero de una enfermedad como la COVID-19. Por esto, 'combatir la enfermedad del miedo' no es una metáfora sino un principio de prevención y protección corporal y de cuidado de la vida. Las comunidades superaron el miedo y la desinformación evocando su experiencia ancestral basada en la memoria colectiva, compartiendo conocimientos y prácticas, realizando rituales colectivos de protección, organizándose para cuidar a los enfermos y garantizando que toda la población accediera a las medicinas tradicionales y los cuidados.

- En **Caquetá, Colombia**, las dificultades para implementar los protocolos nacionales, un sistema de salud centrado en los afiliados y no en los territorios, unido al miedo y la desinformación, fueron barreras que profundizaron la desconfianza de las comunidades rurales hacia el sistema de salud. En lugar de fomentar el aislamiento social como promovía la política nacional de salud, las comunidades se organizaron, se unieron y fortalecieron lazos de solidaridad para compartir prácticas, medicinas y alimentos en un proceso que denominaron "cuidado comunitario". Las mujeres fueron las principales encargadas de cuidar y mantener los espacios para autoconsumo y tuvieron un papel central en el cuidado a través de alimentos y el uso de plantas medicinales. Muchas personas que vivían en áreas urbanas llegaron a las comunidades buscando reducir el riesgo de contagio, mejorar su acceso a alimentos y para utilizar medicinas preparadas por los sabedores y sabedoras.

- En **Leticia, Colombia**, al inicio de la pandemia, cuando la enfermedad estaba llegando y los sistemas de salud no daban abasto, la comunicación oficial y los mensajes que circulaban en las redes sociales generaron mucho miedo. Las muertes iniciales en los hospitales y el irrespeto a las prácticas funerarias de cada pueblo por razones de bioseguridad llevaron a las comunidades a cerrar sus territorios en todo el Trapecio Amazónico colombiano para aislarse de personas externas. Sin embargo, en las comunidades no hubo aislamiento.



Recordaron lo que habían hecho sus antepasados para enfrentar epidemias anteriores y compartieron sus experiencias y conocimientos en el uso de plantas y rezos para protección y tratamiento colectivo. Abuelas y abuelos sabedores y organizaciones comunitarias protegieron y cuidaron colectivamente a los enfermos, tanto de sus comunidades como de otras comunidades e incluso no indígenas de la ciudad. La respuesta desde los conocimientos y la comunidad motivaron la reflexión sobre sus modelos propios de salud como contribución a la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, SISPI.

- En la **Amazonía ecuatoriana**, la comunicación oficial y en redes sociales sobre los fallecidos de COVID-19 generó mucho miedo en las comunidades. La muerte y los procesos funerarios de las comunidades se enfrentaron al manejo realizado por las autoridades. La exigencia de la cremación no respetó las prácticas comunitarias de entierro y velación, al igual que las situaciones de agonía y muerte en aislamiento que no permitieron a las familias acompañar y despedirse de sus familiares. Los pueblos y nacionalidades amazónicas reivindican el derecho al “buen morir”, que supone el morir en comunidad, acompañados por los seres queridos y por los espíritus de la selva. Las personas entrevistadas comentan, que en los hospitales, siempre se siente el frío, el silencio y que, además sufren la incomprensión de las lenguas originarias y sus prácticas culturales. La muerte, al igual que el nacimiento, deben darse en el calor de la comunidad, con cantos, ceremonias y comidas que respeten la cultura de cada nacionalidad. En algunos casos, combinaron sus prácticas con medicina occidental y, muchas veces, fueron requeridos por habitantes de las zonas urbanas cercanas.

- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, las comunidades recuerdan que la pandemia de la COVID-19 les 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. Se construyeron huertos de plantas medicinales para garantizar su acceso y uso en el tratamiento y prevención de enfermedades. 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 y limitó 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.

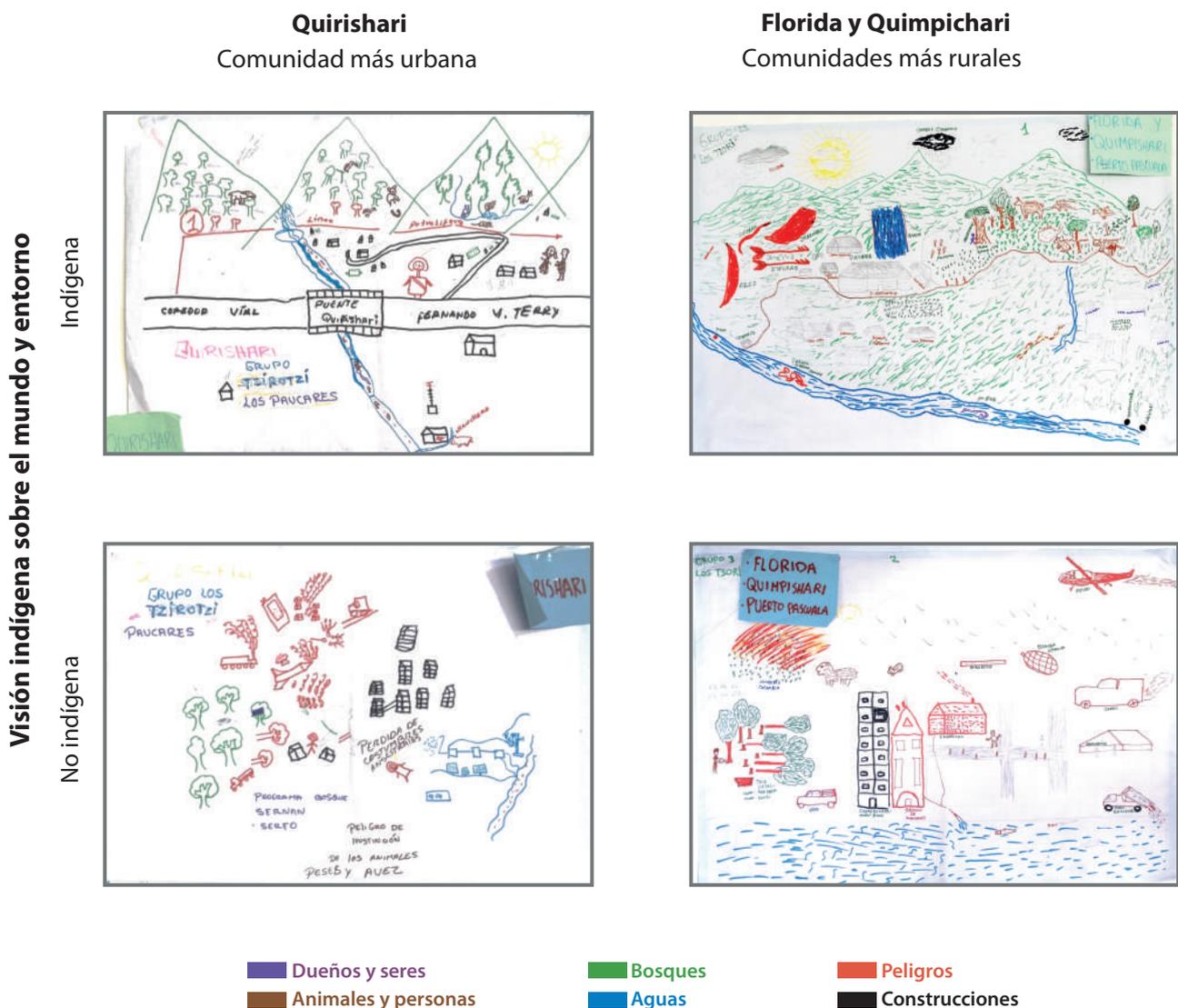


3.1.4 La cosmovisión amazónica de respeto y cuidado de la vida centrada en las relaciones entre humanos, otros seres y el territorio no dialoga con visiones utilitarias e instrumentales de la naturaleza

Para los pueblos y nacionalidades amazónicas todo está dotado de vida y tiene 'dueño'. La salud humana no depende de los servicios ecosistémicos que brinda la naturaleza sino de normas y prácticas basadas en el respeto y el cuidado de las relaciones que se establecen entre los humanos, los entes (seres 'más que humanos') y los demás seres vivos que coexisten en los territorios. Las enfermedades se asocian a prácticas predatorias, al descuido, la desobediencia o al mal manejo de las relaciones entre todos los seres. Para algunos pueblos y nacionalidades el comportamiento de las personas determina la forma que asumirán en una nueva vida. Esta forma de ver la vida cuestiona la lógica cultural del capitalismo global basada en una visión utilitarista e instrumental que concibe a la naturaleza como proveedora de servicios y recursos.

- En el **Departamento de Amazonas en Colombia**, los pueblos indígenas creen que las relaciones que establecen los humanos con los demás seres vivos y los dueños de los territorios son la base para prevenir y protegerse de enfermedades. El 'cuidado de la vida' por parte de las y los abuelos sabedores involucra el manejo de todas esas relaciones, para el bienestar no solo de los humanos, sino de todo el territorio. El descuido, el desconocimiento o la infracción de reglas de relacionamiento o 'dietas' pueden resultar en enfermedades. Esto sucede, por ejemplo, cuando la minería libera sustancias peligrosas del subsuelo. Para muchos pueblos, los antiguos guardaron en el subsuelo las enfermedades o 'calenturas' del mundo que, al ser extraídas por la minería, traen enfermedades que no siempre pueden ser manejadas por los sabedores, aumentando el riesgo de extinción de esta humanidad.

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



- En la **Amazonía ecuatoriana**, todas las nacionalidades creen en un ser superior, dador de vida, proyectado con distintos rostros y voces que, para el pueblo Shuar es el Arutam. Para la nacionalidad Kichwa, los sabios y sabias son poseedores de un *paju* o poder para sanar y sembrar que se obtiene de los ancestros o maestros con la bendición del creador a través de ceremonias que involucran la transmisión de conocimientos en una cascada o a través del tabaco, la ayahuasca y otras plantas de poder. La salud del cuerpo y la mente debe estar en equilibrio con la naturaleza y los ancestros. Estar saludable es sinónimo de estar en armonía y vivir con alegría. En la nacionalidad Kichwa se hablan de los tres principios básicos para el buen vivir: *ama killa*, *ama llulla*, *ama shua* (no mentir, no robar, no ser ocioso). Las mujeres son quienes transmiten estos principios a través de la toma de Guayusa (*Ilex guayusa*) en familia y en la comunidad, respetando las enseñanzas de las abuelas y abuelos y preparando los alimentos provistos por la chacra y la selva.

- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, la visión Asháninka 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 la violencia institucional. Los Asháninka utilizan el término *Kametza Aseike* para definir el bienestar (estar bien) que refiere a la armonía que deben tener los seres humanos con el ambiente (incluyendo los seres que allí habitan), la cultura (cumpliendo las reglas y normas culturales), la sociedad (incluyendo tanto a la familia como a la comunidad y la política), los territorios (como espacios para la reproducción), la alimentación saludable (relacionado al cuidado de la naturaleza y los ecosistemas) y el entorno en general. Por esto creen que las enfermedades son una manifestación de la ruptura del *Kametza Aseike*.



3.1.5 La lucha histórica de las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes por el territorio se profundiza con una lucha por el cuidado de vida y por su autodeterminación

Para los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y campesinas que participaron en el proyecto, el cuidado de la vida implica el cuidado del territorio que antecede y vá 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.

- En **Caquetá, Colombia** los campesinos y afrodescendientes vinculan sus luchas con el cuidado de la vida, estableciendo relaciones decoloniales y biocéntricas de cooperación con otros movimientos sociales y seres no humanos. Un elemento central del discurso y las agendas de las organizaciones del Caquetá es la construcción de paz que va más allá de la ausencia de violencia en un contexto de conflicto armado e incluye garantizar las condiciones necesarias para el bienestar de las comunidades y los territorios. Con su práctica, las organizaciones contraponen acciones que privilegian el cuidado de la vida frente a la exclusión, la violencia y la muerte. También, para el Cabildo Indígena Nasa Puertas del Saber, la conservación y transmisión de los saberes ancestrales en torno a las plantas medicinales y los alimentos, ocupa un lugar central dentro de sus luchas políticas y sus actividades colectivas, reconociendo que el cuidado de la vida humana y de la naturaleza sólo es posible mediante prácticas colectivas. La organización comunitaria cubre los vacíos del Estado con redes de cuidado y espacios de trabajo organizativo en los que participan tanto hombres como mujeres. Como parte de este trabajo comunitario y familiar, las mujeres asumen muchas responsabilidades como la preparación de los alimentos, el mantenimiento de las huertas familiares, el cuidado de animales para el autoconsumo, el aseo del hogar y el cuidado de las personas enfermas.
- En la **Amazonía ecuatoriana**, las organizaciones indígenas articulan la mejora de la salud con la defensa de sus territorios y de la Naturaleza. La salud de las personas está asociada a la salud de la selva. De la misma forma que una persona o una familia cuida a su chacra, la chacra cuida de la familia proveyéndoles de alimentos y medicina, reivindicando una visión de salud para las personas, para el colectivo y los territorios.
- En la **Amazonía peruana**, la organización indígena ANAP tiene por 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.



3.1.6 La forma en la que los sistemas de salud y Una Sola Salud abordan la interculturalidad debe reconocer los aportes de las organizaciones y comunidades amazónicas

La lucha por la interculturalidad iniciada en el sistema educativo como defensa de una cultura y un idioma propios dieron paso a una lucha por la interculturalidad en salud que, incluso, cuenta con un marco legal e institucional en desarrollo. Sin embargo, no todos los países amazónicos promueven una interculturalidad crítica en salud. En muchos casos, la visión, y sobre todo la práctica intercultural en salud, se limita a la traducción de mensajes a los idiomas originarios y la aceptación de algunas prácticas de salud como el parto vertical, desconociendo los conocimientos y prácticas propios. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT reconoce el derecho de los pueblos y nacionalidades indígenas a sus prácticas ancestrales de salud y a una atención en salud que las respete. Esta es una de las principales reivindicaciones políticas que hoy tienen las organizaciones amazónicas.

- En **Colombia**, se encuentra en vigor un sólido marco legal y normativo que reconoce y reglamenta la necesidad de adoptar un enfoque de interculturalidad en salud y de autonomía cultural, que incluye la concertación y coordinación de los planes y la atención con los gobiernos indígenas reconocidos por ley. El decreto que regula el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, SISPI, es el resultado de varias décadas de movilización indígena, y plantea tanto un mecanismo de interculturalidad en salud, como de autonomía de los gobiernos indígenas para decidir las formas de cuidado de sus territorios, incluyendo la adaptación de servicios de salud, como parte del pluralismo cultural reconocido constitucionalmente. Pese a este avance, existe una enorme resistencia en las instituciones de salud a reconocer el derecho de los pueblos indígenas a sus propias prácticas de prevención y curación, como sucede con la prohibición del ingreso de médicos tradicionales o el consumo de plantas medicinales dentro de hospitales, o la imposición de programas de prevención no adaptados a las particularidades de cada comunidad.
- En **Ecuador**, si bien existe la Dirección de Salud Intercultural dentro del Ministerio de Salud Pública, MSP, los sabios y sabias y los líderes y lideresas de las organizaciones amazónicas mencionan que la atención que reciben en los centros de salud no es culturalmente apropiada. Casi ningún centro de salud cuenta con agentes de salud que hablen los idiomas originarios, limitando la atención porque muchas personas, en especial quienes viven en las comunidades más alejadas, no hablan o no dominan el idioma español. Pese a que existen promotores de salud, ni los recursos que disponen, ni sus salarios son adecuados para la tarea que realizan, por lo que no existe un seguimiento integral e Intercultural a quienes padecen alguna enfermedad.
- En **Perú**, la participación de las organizaciones indígenas en la formulación de las políticas públicas de salud intercultural es limitada. Por ejemplo, cuando se elaboró el Plan Sectorial de Salud Intercultural 2016–2021, la comisión responsable convocó a las organizaciones indígenas, las ONG y otras instituciones “en calidad de invitados para colaborar” y sus aportes no siempre fueron tomados en cuenta. Por otra parte, existen 26 criterios que se aplican para evaluar y calificar los establecimientos de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención y, si bien varios de los criterios se cumplen, existen brechas importantes relativas a la pertinencia cultural, el idioma y la participación que limitan la aplicación de la normativa y la implementación de políticas interculturales en la Amazonía peruana.





3.2 El modelo hegemónico de desarrollo de la Amazonía atenta contra la salud de las personas, de otros seres vivos y de los ecosistemas

3.2.1 El modelo extractivista de desarrollo promovido en la Amazonía que fragmenta los territorios y los ecosistemas silvestres aumenta el riesgo de enfrentar nuevas enfermedades zoonóticas

El modelo de desarrollo amazónico basado en enclaves productivos extractivos, el despojo y la violencia impacta y degrada los ecosistemas y empobrece a las comunidades, aumentando el riesgo de zoonosis. Las comunidades indígenas amazónicas están cambiando muchas de sus formas ancestrales de vida de manera acelerada, producto de la presión por adoptar el modo de vida occidental ejercida por las empresas extractivas y las instituciones estatales. En los últimos cinco años, en toda la Amazonía aumentó la tasa global de deforestación asociada a la proliferación de monocultivos, una mayor urbanización y la expansión de actividades extractivas legales e ilegales. Como consecuencia, muchas especies silvestres que solían ser cazadas han desaparecido de los territorios próximos a las comunidades. Actualmente, quienes habitan en la Amazonía deben cazar animales cada vez más pequeños y propensos a transmitir enfermedades a los seres humanos o desplazarse a lugares cada vez más alejados. Las dinámicas de contagio de enfermedades zoonóticas siguen interacciones y patrones complejos, por lo que este reacomodo de especies de fauna silvestre y seres humanos en los territorios puede aumentar el riesgo de transmisión de nuevas enfermedades.

En **Caquetá, Colombia**, se identificaron escenarios posibles para la emergencia de nuevas epidemias. Un análisis ecosistémico multicriterio identificó hotspots en los que se incrementa el riesgo de aparición de nuevas enfermedades zoonóticas debido a la combinación de una alta presión ambiental (aumento de la deforestación, la minería y la explotación petrolera) en zonas de alta biodiversidad.

Las especies sombrilla, como el jaguar (*Panthera onca*), el puma (*Puma concolor*), el pecarí (*Pecarí tajacu*), el mono lanudo (*Lagothrix lagotricha*) y la danta (*Tapirus terrestris*), son representativas de ecosistemas biodiversos y conservados en territorios altamente impactados por actividades extractivas. El análisis de la distribución espacial de estas especies muestra una menor presencia frente a especies más pequeñas, potencialmente más propensas a transmitir enfermedades a los seres humanos.

Figura 3. Análisis multicriterio para caracterizar escenarios de riesgo de nuevas epidemias en el departamento de Caquetá, Colombia

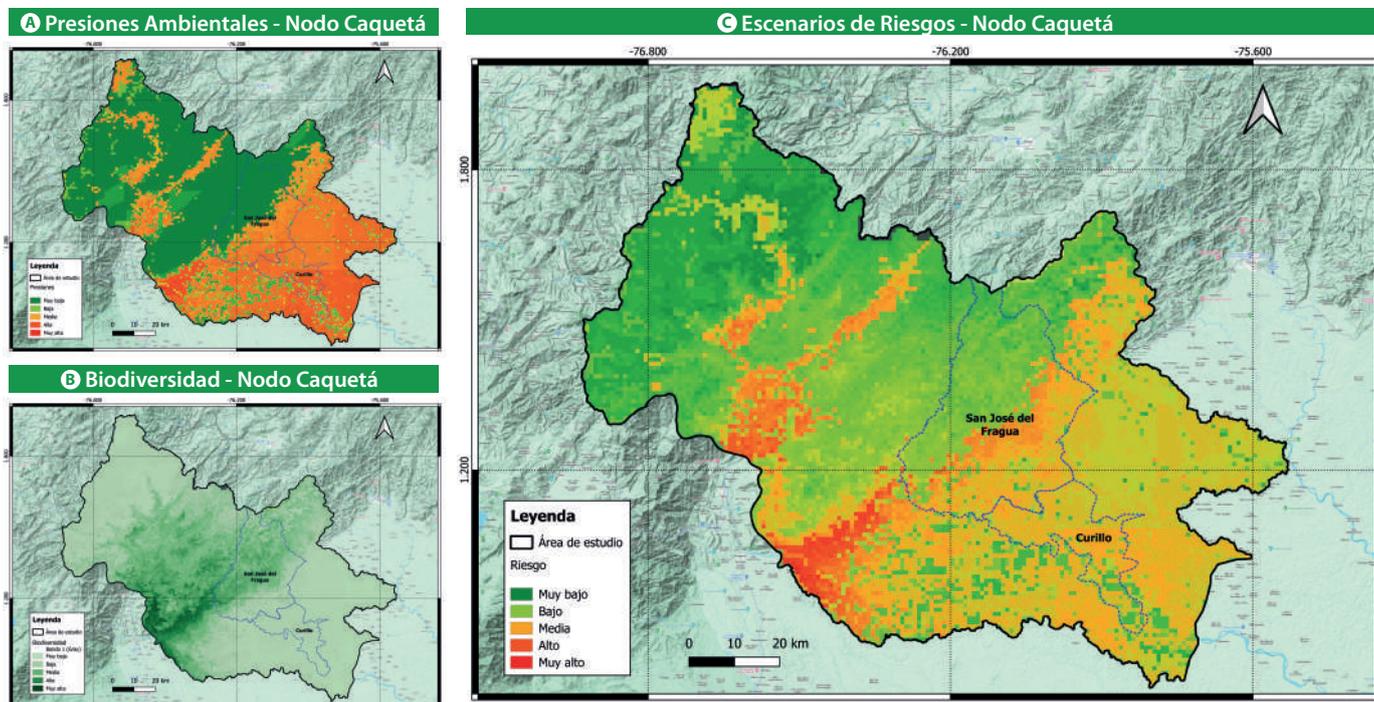
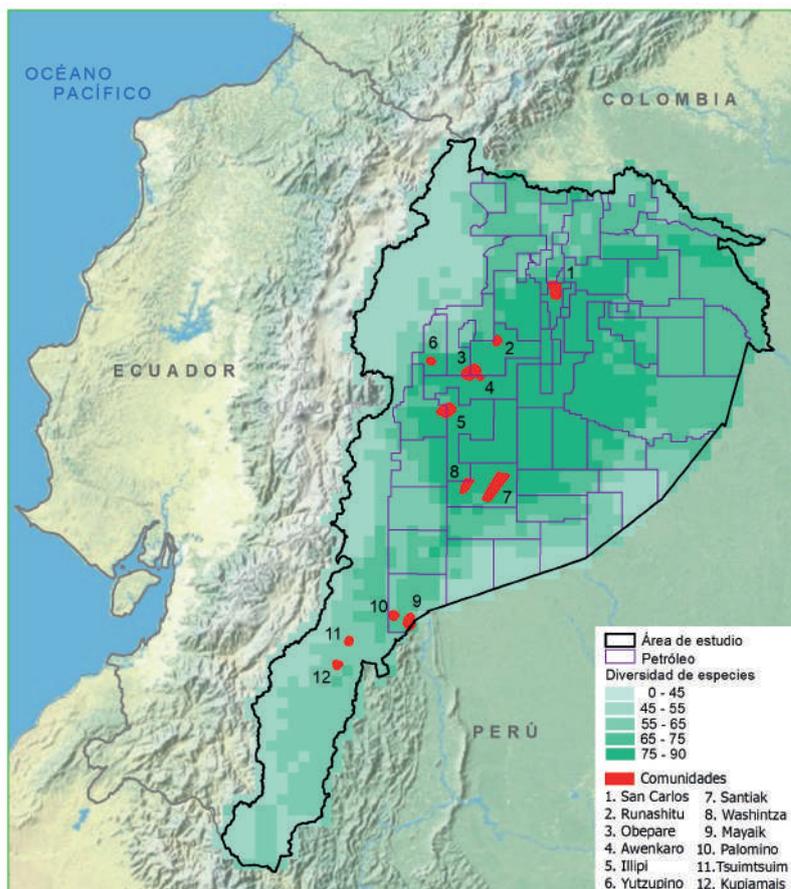


Figura 4. Concentración de especies animales y comunidades en Ecuador

- En la **Amazonía ecuatoriana**, las especies más grandes están migrando a zonas más elevadas con temperaturas más frescas, abandonando los bosques que en el pasado servían como refugio. La pérdida de hábitats muestra la necesidad de tomar medidas para mitigar los impactos del cambio climático y preservar la biodiversidad de la región amazónica. Gran parte del territorio en el que habitan diversas especies de caza está siendo ocupado por actividades petroleras. Aunque se concentran en puntos específicos, la contaminación y la deforestación que generan se extienden más allá de sus áreas de operación directa.



3.2.2 El modelo de urbanización de la Amazonía no solo agrava los problemas de salud, zoonosis e inseguridad alimentaria, también invisibiliza la diversidad y vulnerabilidad de la población migrante y dificulta sus formas del cuidado de la vida

De los casi 50 millones de personas que hoy viven en la Amazonía se estima que el 80% lo hace en contextos urbanos. Entre los principales problemas de un modelo de urbanización acelerada y no planificada se encuentran la falta de servicios básicos, contaminación del suelo, el agua y el aire, así como dificultades de transporte, comunicación y conectividad. Por otra parte, la urbanización agrava la convivencia, porque niega las diferencias, en especial de los pueblos indígenas, campesinos y afrodescendientes. Las prácticas de cuidado de la vida y la autodeterminación cultural y alimentaria de las poblaciones amazónicas que viven en las ciudades son invisibilizadas por las instituciones y el Estado. El abordaje de Una Sola Salud en la Amazonia debe considerar la urbanización como uno de los problemas emergentes más importantes porque incide, no solo en el aumento en el riesgo de zoonosis y enfermedades infecciosas, sino también en el incremento de las enfermedades no transmisibles como las metabólicas, el cáncer y la salud mental.

- En la **Amazonía ecuatoriana**, se observa un aumento de la población en pequeños asentamientos humanos, lo que fomenta la migración desde las comunidades hacia los centros poblados. Este proceso, combinado con las actividades extractivas, desplaza especies silvestres, incrementa las interacciones entre la fauna silvestre y las comunidades humanas y aumenta, significativamente, el riesgo de zoonosis. Dicho riesgo no se asocia solamente a los criadores de traspatio, emprendimientos familiares o comunitarios de animales menores y de corral. Actualmente, el mayor riesgo parecería asociarse a la expansión de sistemas de producción intensiva de animales menores y de corral, particularmente cerdos y aves. Este tipo de criaderos están caracterizados por una alta densidad animal y una creciente interacción con los seres humanos, favoreciendo el riesgo de zoonóticas.

- En **Caquetá, Colombia** los procesos de explotación extractiva han dado lugar a la formación de pequeñas poblaciones en toda la región. Sin embargo, incluso dentro de estos diminutos poblados, el modelo económico ha demostrado ser incapaz de generar condiciones propicias para el bienestar de las comunidades locales y lograr avances sustantivos en la salud. Si se considera el saneamiento, el 67% de los hogares utilizan instalaciones básicas o no mejoradas. El análisis de la calidad del agua desarrollado por el proyecto demostró que ningún hogar tiene las normas mínimas de acceso seguro a agua potable, encontrándose *Escherichia coli* en el 100% de las muestras recogidas y deficiencias en los porcentajes de saturación de oxígeno, de fosfatos y otros parámetros microbiológicos. Aunque un análisis para metales pesados y pesticidas en agua y tejidos de peces no revelaron resultados significativos, es necesario seguir vigilando estas fuentes de contaminación.

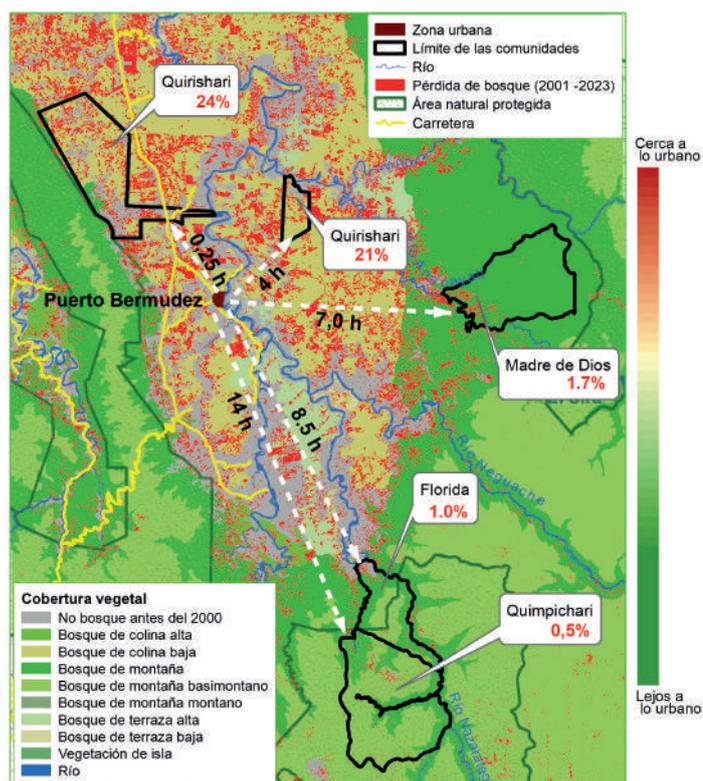
- En **Leticia, Colombia** ubicada en la triple frontera entre Colombia, Perú y Brasil, el gobierno colombiano (al igual que los gobiernos de Brasil y Perú) promovió un proceso de ocupación / urbanización asociado a la defensa de la soberanía nacional. La migración de población indígena hacia la capital del Departamento de Amazonas se debe a que, en la ciudad, se concentra la infraestructura, la educación, el comercio y la mayor parte de las instituciones prestadoras de salud. Aunque las dinámicas sociales, culturales, ambientales y de salud tienen una dinámica transfronteriza, las respuestas desde los diferentes Estados son fragmentadas, independientes y descoordinadas. Las poblaciones indígenas que viven en las ciudades suelen ser invisibles para las políticas públicas. Por este motivo, las luchas indígenas por mantener sus sistemas de conocimiento, así como sus formas de organización y cuidado de la vida se expresan en el SISPI.



3.2.3 La urbanización, el extractivismo y la fragmentación de los territorios se expresan en un gradiente urbano-rural que muestra los impactos diferenciados del modelo de desarrollo en la salud y la alimentación de las comunidades amazónicas

El modelo de desarrollo hegemónico de la Amazonía, basado en enclaves extractivos (petróleo, gas, madera, minerales), monocultivos (palma africana, cacao, achote) y una acelerada y creciente urbanización presiona los ecosistemas naturales y los territorios afectando los medios de vida que garantizan la salud y la alimentación de muchas comunidades. Las profundas transformaciones de los territorios amazónicos se materializan en gradientes socioecológicos urbano-rurales, que muestran que las comunidades más distantes a los centros urbanos aún mantienen medios de vida rurales, sustentados en la agricultura de subsistencia, la caza, pesca y recolección, lo que contribuye al desarrollo de sistemas alimentarios sostenibles basados en interacciones y retroalimentaciones entre los conocimientos tradicionales y la alta biodiversidad de los ecosistemas. La transición de los sistemas naturales a los sistemas urbanos expresa transformaciones en las interacciones entre los humanos y el ambiente, generando una transición de los sistemas alimentarios amazónicos, que pasan a tener una creciente dependencia del sistema agroalimentario global. Este modelo de desarrollo, que favorece la disponibilidad de alimentos procesados y productos ultraprocesados, no sólo no evita las consecuencias que tienen en la Amazonía los problemas históricos de salud como el dengue y la malaria, sino que además aumenta el riesgo de muerte debido a la irrupción de nuevos problemas de salud como los accidentes en moto y la diabetes.

Figura 5. 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

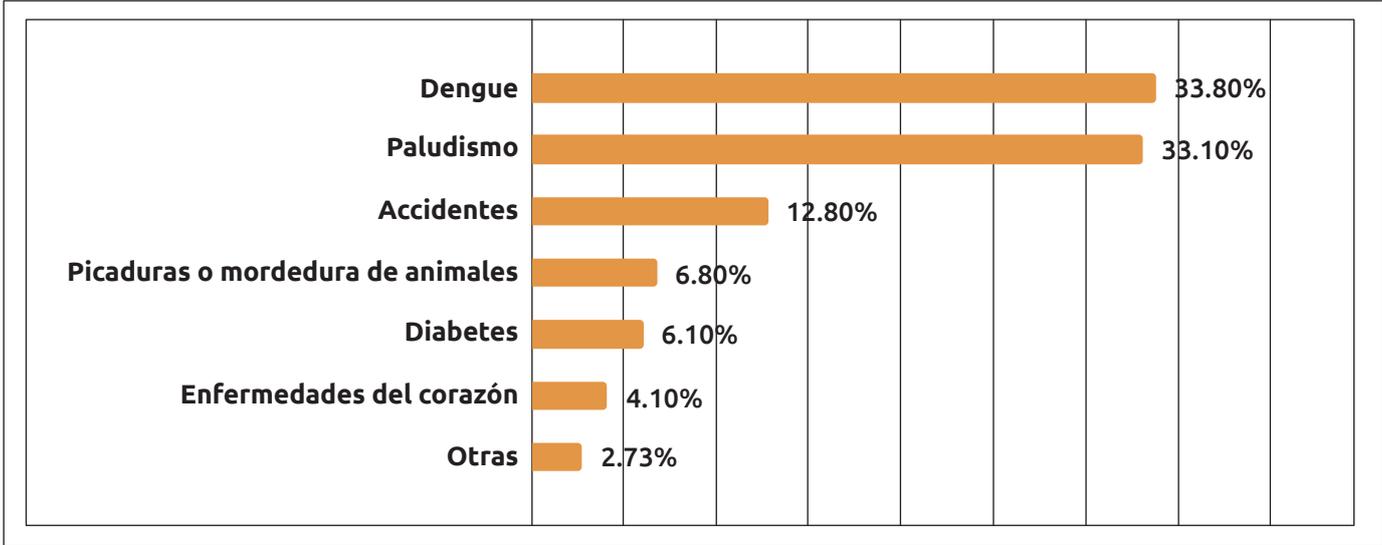


El gradiente urbano-rural fue definido por el tiempo de desplazamiento desde cada comunidad hasta el centro urbano de Puerto Bermúdez (indicado en las flechas en horas). La pérdida de bosque (%) se muestra en rojo al lado de los nombres de las comunidades.

- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, se caracterizaron los territorios de cinco comunidades Asháninka, distribuidas a lo largo de un gradiente urbano-rural, a medida que aumenta el tiempo de viaje entre las comunidades y Puerto Bermúdez, el principal centro urbano regional. Entre los años 2001 y 2020, la deforestación alcanzó el 24% del territorio de Quirishari, la comunidad más cercana a Puerto Bermúdez y disminuyó progresivamente hacia las comunidades más rurales, siendo solo de 0,5% para la comunidad de Quimpichari, la más alejada al centro urbano (Figura 5). La degradación ambiental de los territorios Asháninka a lo largo de este gradiente está asociada a una disminución progresiva del número de áreas disponibles para la caza y del número de especies de animales silvestres consumidas. Después de los peces, los animales silvestres (carne de monte) son la principal fuente de proteína para las comunidades ubicadas en entornos menos urbanizados. En las comunidades con ecosistemas más conservados, 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 corresponden al majaz (*Cuniculus paca*) y el añuje (*Dasyprocta sp.*), dos roedores de tamaño pequeño y mediano, respectivamente. Las entrevistas realizadas indicaron que, en las comunidades más alejadas del centro urbano de Puerto Bermúdez, la mitad de las familias consumen carne de animales silvestres una vez por semana. En cambio, en las comunidades más urbanizadas, como Quirishari, el 46% de las familias 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.

• En la **Amazonía ecuatoriana**, el perfil epidemiológico de la población estudiada evidencia una alta incidencia de enfermedades vectoriales como el dengue y la malaria. Sin embargo, son los accidentes de tránsito, en especial los de motocicletas, mencionados como el tercer problema más importante de salud, los que muestran la irrupción de un nuevo problema de salud en las comunidades amazónicas. Estos problemas que afectan la salud de las personas evidencian el deterioro territorial y el crecimiento urbano acelerado y no planificado impulsado, sobre todo, por actividades extractivas. La falta de servicios básicos, junto con el desarrollo social, contribuyen al aumento de enfermedades ya conocidas y eleva el riesgo de la aparición de nuevos problemas de salud. El aumento de problemas de salud relacionados con la malnutrición, como el caso de la diabetes y las cardiopatías, refleja cambios en la dieta, la cultura alimentaria y el aporte nutricional de las comunidades. Poco a poco, estas comunidades están adoptando patrones alimenticios occidentales, relacionados con el consumo de alimentos ultraprocesados, que afectan su identidad cultural y la calidad de la alimentación.

Figura 6. Morbilidad en las comunidades estudiadas de la Amazonía ecuatoriana



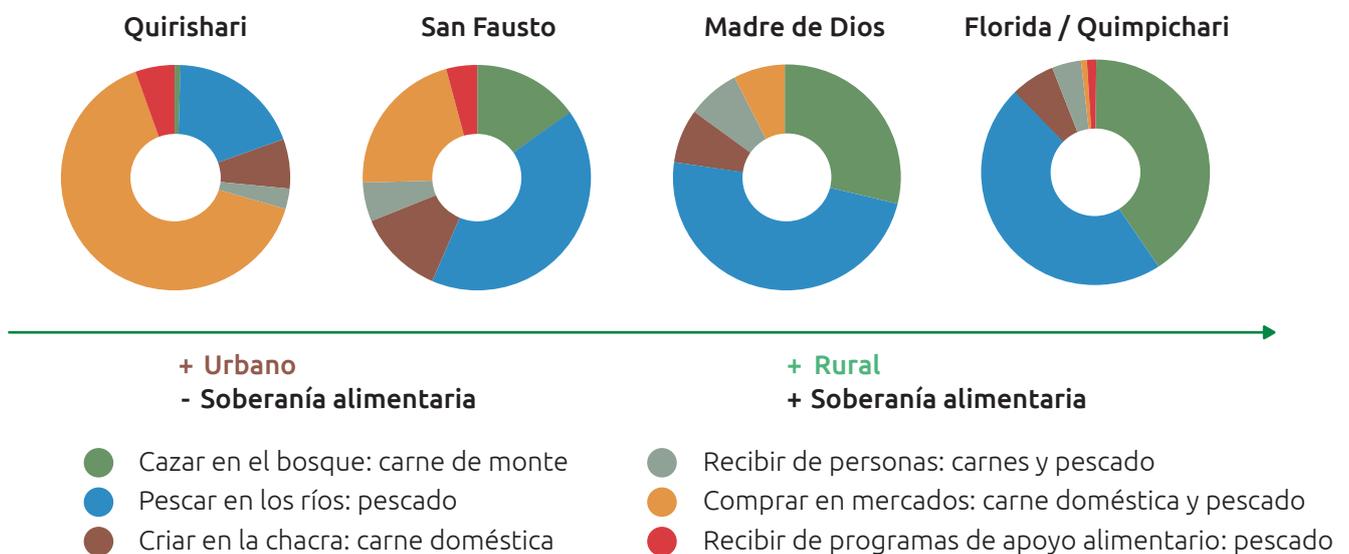
3.3 Soberanía territorial y soberanía alimentaria

3.3.1 Las redes alimentarias en las comunidades amazónicas contribuyen a garantizar la seguridad y soberanía alimentaria y aumentan 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) mejorar la seguridad alimentaria, proporcionando acceso a una mayor cantidad y variedad de fuentes de alimentos; ii) fortalecer la soberanía alimentaria, dotando a las comunidades de mayor autonomía y control sobre los sistemas alimentarios; y iii) hacer más resilientes los sistemas alimentarios amazónicos, permitiendo que las comunidades mantengan la disponibilidad y el acceso a alimentos saludables frente a perturbaciones asociadas a procesos extractivos, a distintas formas de violencia y despojo, futuras pandemias o a los efectos asociados al cambio climático.

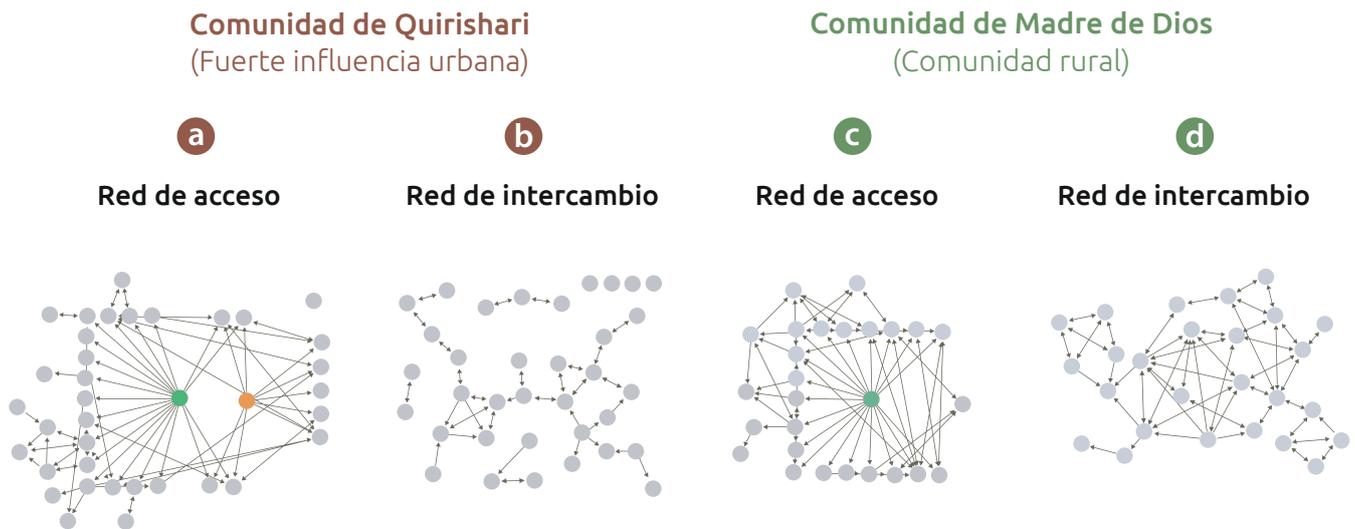
• En la **cuenca del río Pichis, Perú**, las redes alimentarias de cinco comunidades Asháninka, distribuidas a lo largo de un gradiente urbano–rural, permitieron analizar la disponibilidad y el acceso a los diversos grupos de alimentos (energéticos, constructores y protectores), provenientes de múltiples 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. En Quirishari, el acceso a proteína animal proveniente de la caza, la pesca y la producción en las chacras es del 27% del total. Este porcentaje aumenta al 54% en San Fausto, trepa al 85% en Madre de Dios y llega al 94% en Florida y Quimpichari. 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 programas de apoyo alimentario). El gradiente urbano–rural contribuye a establecer un gradiente de soberanía alimentaria entre las comunidades Asháninka.

Figura 7. Contribución de las diversas fuentes de proteína animal a la dieta (%) de las cinco comunidades de estudio ubicadas 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 las familias es costumbre en todas las comunidades, aunque los procesos de urbanización y globalización 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 Asháninka a medida que avanza la degradación ambiental de los territorios y crece la dependencia económica de los mercados de alimentos procesados y ultraprocesados. La red de acceso e intercambio de carne silvestre entre los habitantes de Quirishari, una comunidad con fuerte influencia urbana tiene pocas relaciones y se encuentra fragmentada (Figura 8a y 8b). 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 7). 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 (Figura 8c y 8d).

Figura 8. Redes familiares de acceso e intercambio de carne silvestre en las comunidades de Quirishari y Madre de Dios ubicadas 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.

+ Urbano

- Soberanía alimentaria
- Resiliencia del sistema alimentario

+ Rural

- + Soberanía alimentaria
- + Resiliencia del sistema alimentario



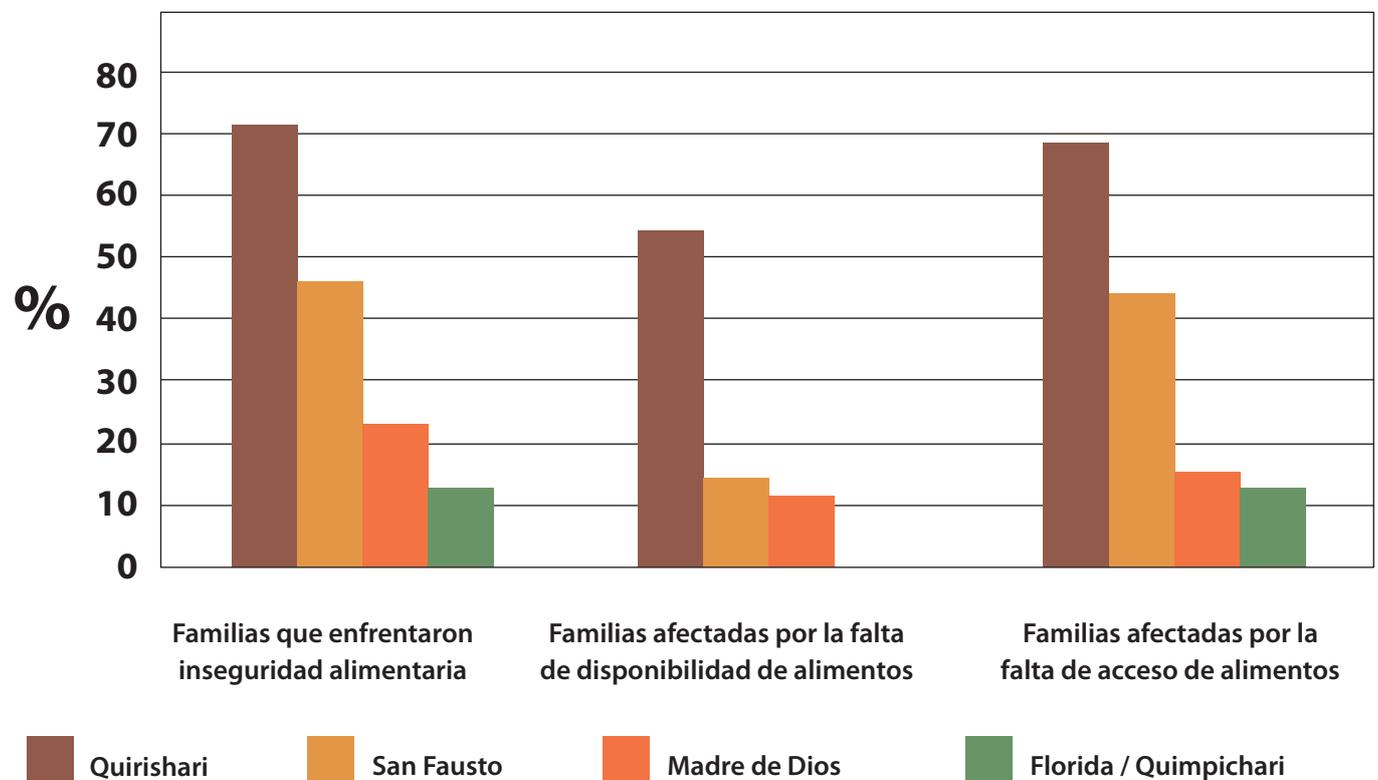
3.3.2 La soberanía territorial y alimentaria de las comunidades amazónicas contribuyó a disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria y tener síntomas similares a los de COVID-19

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 áreas urbanas. El enfoque de seguridad alimentaria promovido por los gobiernos, que buscó garantizar la disponibilidad en los mercados y bodegas y la 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 a través de programas sociales o a la salida a los mercados locales para comprarlos. La soberanía alimentaria de las comunidades amazónicas se asocia no solo a la integridad ecológica de sus territorios, sino también a la soberanía territorial de las comunidades por medio del control que ejercen sobre sus sistemas alimentarios.

- En la **cuenca del río Pichis, Perú**, 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 diversificadas de intercambio 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 8).

Las comunidades próximas a centros poblados tuvieron mayor dependencia de los mercados de alimentos y de los programas sociales de ayuda alimentaria (Figura 9). En estas comunidades, las familias que redujeron 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. De otro lado, 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 9. Impactos de la pandemia de COVID-19 en la alimentación de comunidades Asháninka ubicadas en la cuenca del río Pichis, Perú



+ Urbano
 - Soberanía alimentaria
 - Resiliencia del sistema alimentario

+ Rural
 + Soberanía alimentaria
 + Resiliencia del sistema alimentario



• En **Leticia, Colombia**, el confinamiento para enfrentar la COVID-19 afectó la alimentación de muchas familias indígenas urbanas y periurbanas sin territorio para cultivar, pescar o cazar, cuya alimentación dependía de los ingresos obtenidos en la ciudad con trabajos informales, el turismo y la venta de artesanías. En el contexto rural del Trapecio Amazónico, en comunidades como Puerto Esperanza y Arara ubicadas en grandes resguardos, la mayor parte de las familias tienen chagras, acceden a pesca y cazan animales silvestres, mientras que quienes viven en los cabildos de TIWA y CAPIUL ubicados en un contexto urbano y periurbano tienen más dificultades para conseguir alimentos. Al ser familias sin territorio, la chagra, la pesca y la cacería son excepcionales, limitando su acceso tanto a la alimentación cotidiana como ritual, que es necesaria para cumplir con las dietas especiales por rango de edad o para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad en el ciclo de vida (enfermedad, embarazo). Como el comer es una práctica de socialidad entre humanos y no humanos, más que de 'salud humana' se trata del cuidado de todas las formas de vida, con acciones rituales de protección y prevención que incluyen, de manera muy especial, las restricciones o prescripciones alimentarias.

3.3.3 El riesgo de enfrentar situaciones de inseguridad alimentaria es mayor entre las mujeres, los hogares con menor educación formal y las víctimas del conflicto armado que viven en comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas

El desplazamiento forzado asociado al conflicto armado, la presencia de cultivos y actividades extractivas legales e ilegales y el despojo de tierras para beneficiar formas de agricultura extensiva y minería afectan, en forma desproporcionada, a las mujeres indígenas, campesinas y afrodescendientes que viven en la Amazonía. Las mujeres tienen un riesgo mayor de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria moderada y grave, en especial aquellas con menor nivel educativo y que han sido desplazadas por el conflicto armado. La violencia y el despojo agravan las situaciones de pobreza asociadas al aumento de enfermedades e inseguridad alimentaria poniendo de manifiesto la enorme importancia que tiene vivir en paz para el cuidado de la vida.

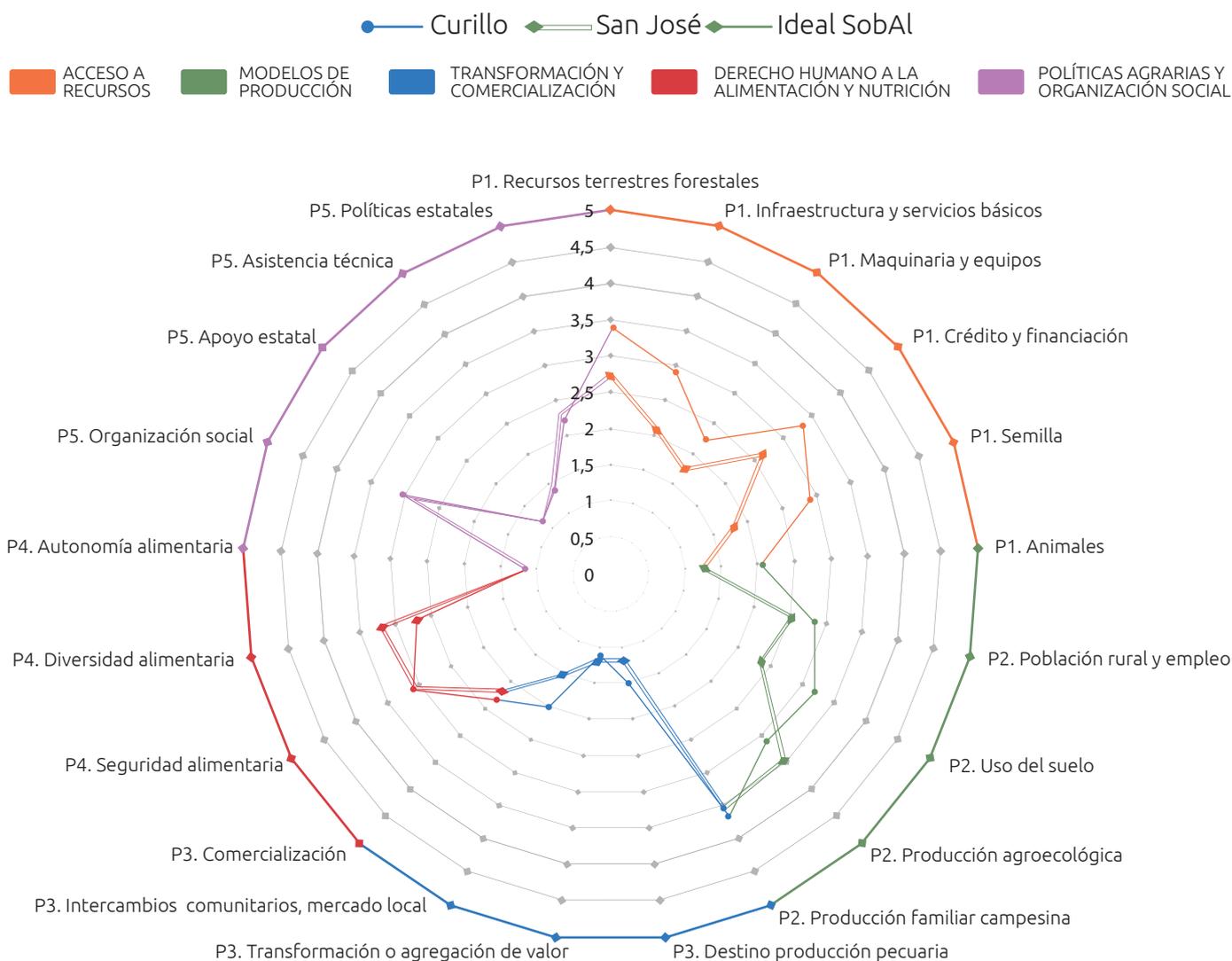
• En **Caquetá, Colombia**, la inseguridad alimentaria moderada y grave afectó al 30,2% de la población indígena, afrodescendiente y campesina de las comunidades de Curillo y San José del Fragua. Se identificó una relación muy estrecha entre ser víctima del conflicto armado y enfrentar situaciones de inseguridad alimentaria moderada o grave. Siendo los más afectados las mujeres, los hogares con cabeza de hogar con menos educación formal y los que cuentan con sistema de salud subsidiado. Los municipios estudiados presentaron una prevalencia de inseguridad alimentaria del 77% que es, en promedio, 22% superior a la prevalencia nacional (54,2%) y departamental (55,5%). El consumo local de alimentos es altamente dependiente de la oferta comercial ya que cuatro de cada cinco alimentos que se consumen, se compran en mercados y tiendas y solo el 14% proviene del autoabastecimiento y el intercambio.

3.3.4 El tener tierras no garantiza ni la disponibilidad ni el acceso a alimentos, por lo que es necesario comprender la soberanía alimentaria desde una perspectiva multidimensional

Tener acceso a tierras no garantiza ni la disponibilidad ni el acceso a alimentos, lo que alerta sobre la necesidad de avanzar hacia una comprensión multidimensional de la alimentación anclada en la noción de soberanía alimentaria más que de seguridad alimentaria. Los hallazgos representan una oportunidad clave para orientar la toma de decisiones hacia la consecución de la soberanía alimentaria. Reconociendo la complejidad de este proceso multidimensional, se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias específicas que fortalezcan cada dimensión identificada, promoviendo un enfoque integral que garantice, progresivamente, el derecho a la alimentación en la Amazonía.

- En **Caquetá, Colombia**, se identificó un conjunto de indicadores para aplicar a contextos indígenas, afrodescendientes y campesinos que dan cuenta de la complejidad amazónica. Se analizaron 101 variables relacionadas a 36 subindicadores agrupados en 17 indicadores y cinco pilares que muestran los desafíos que existen para alcanzar una situación de soberanía alimentaria en el contexto local. Las dimensiones más críticas corresponden a la transformación y comercialización, seguidas de las políticas agrarias y la organización social. La baja puntuación en transformación y comercialización se debe a una marcada dependencia de intermediarios, condiciones precarias de producción y la falta de procesos de transformación de los productos. El bajo desempeño del indicador de políticas agrarias refleja la poca institucionalidad y el abandono estatal. Por otra parte, el acceso a tierra se encuentra limitado en la extensión y la falta de formalización de la propiedad. Además, la ausencia de infraestructura y servicios básicos contribuye significativamente a limitar el acceso a una alimentación adecuada de la población rural.

Figura 10. Indicadores de soberanía alimentaria en dos municipios del piedemonte amazónico en Caquetá, Colombia



4 Investigación, capacitación e incidencia política para el cambio

Una Amazonía, Muchas amazonías intervino en 31 comunidades y trabajó con 11 organizaciones amazónicas de Colombia, Ecuador y Perú articulando la investigación transdisciplinaria con el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades y sus organizaciones para el uso de los resultados y la incidencia política.

Las organizaciones definieron las comunidades de intervención y las comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas seleccionaron a las y los coinvestigadores y monitores comunitarios en salud y ambiente, en acuerdo con el equipo de investigadores pertenecientes a las universidades y ONG socias.

La formación de coinvestigadores y monitores comunitarios en salud y ambiente fue liderada por sabios y sabias, abuelos y abuelas, sanadores y sanadoras, sabedores y sabedoras y líderes y lideresas comunitarias fortaleciendo capacidades que sirvieron de base para las acciones de incidencia política a nivel local, subregional y nacional.

Para Una Amazonía la investigación, la capacitación y la incidencia son procesos integrados bajo un enfoque de Investigación Acción Participativa que puso en diálogo la aproximación de Una Sola Salud con los enfoques de Ecosalud, determinaciones sociales de la salud y género, las ontologías amazónicas de salud y cuidado de la vida y los sistemas propios de conocimiento y prácticas en salud.

El proyecto articuló cuatro marcos conceptuales y metodológicos diferentes:

- El Enfoque Ecosistémico en Salud, Ecosalud y las determinaciones sociales de la salud como forma de comprender la salud desde una perspectiva crítica.
- La Investigación Acción Participativa (IAP) como forma de aproximarnos a los territorios, las personas y los problemas.
- Las ontologías amazónicas, las prácticas y los sistemas propios de conocimiento como forma de incorporar el conocimiento y las perspectivas amazónicas.
- El género desde la mirada de los pueblos y nacionalidades amazónicas.

En el **Nodo Caquetá, Colombia**, se implementaron metodologías mixtas de investigación participativa que permitieron construir una línea de tiempo inicial con líderes y lideresas comunitarios. La aplicación de cartografía social y el análisis de información secundaria en salud ayudó al diseño y aplicación de una encuesta poblacional. Estos resultados sirvieron de base para la implementación de instrumentos cualitativos como entrevistas a profundidad y grupos focales. La integración de los datos permitió una comprensión situada y validada con las comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas y sus organizaciones.



En el **Nodo Leticia, Colombia** se trabajó muy estrechamente con la Comisión Técnica de Salud Intercultural del Amazonas, CTSI, que integra los secretarios de salud de todas las organizaciones indígenas del departamento de Amazonas y de las instituciones de salud. Se puso en valor los mameaderos, chagras y fogones como espacios de discusión con enfoque de género. Se promovió la investigación acción participativa y se aplicaron metodologías propias de la antropología como la observación-participante y la etnografía, se organizaron talleres en territorios y se elaboraron calendarios a partir de preguntas y metodologías propias. La retroalimentación en asambleas comunitarias y en la CTSI aseguró que los objetivos del proyecto contribuyen a fortalecer los procesos comunitarios en marcha.

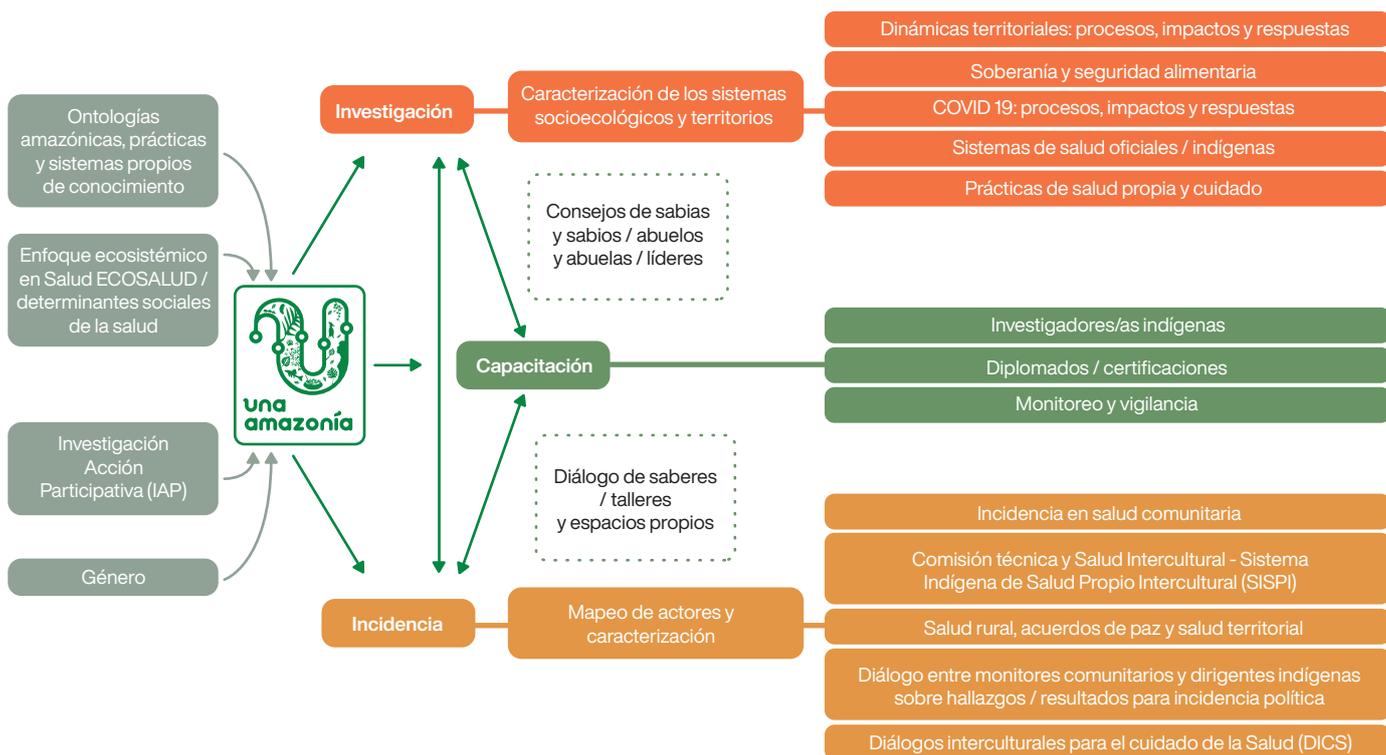
En la **Amazonía ecuatoriana**, la incorporación al proyecto de una decena de sabios y sabias de las comunidades aportó información clave sobre la historia de las comunidades y los territorios, los principales problemas sociales y de salud y el deterioro ambiental ocasionado, especialmente, por los procesos extractivos. Se aplicaron encuestas, se realizaron entrevistas y se organizaron talleres participativos. Las sabias y sabios fueron los actores centrales en el proceso de capacitación a monitores y gestores comunitarios en salud y ambiente. Durante el proceso de formación se promovió un diálogo de saberes enfatizando la práctica de conocimientos ancestrales amazónicos aplicando metodologías prácticas a través de talleres y espacios de diálogo tomando guayusa y en las chacras.

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 alimentarias mostrando las relaciones que establecen los seres humanos con la 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 de la colaboración entre los miembros 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, vulnerabilidades y potencialidades de las comunidades y organizaciones en los territorios.

Una Amazonía desarrolló un estudio de morbilidad referida (autorreportada), focalizado en las 31 comunidades con las que se trabajó en el proyecto. Es importante subrayar que no constituye un estudio epidemiológico exhaustivo de morbimortalidad, por lo que sus resultados no pueden considerarse representativos ni extrapolables a otros territorios de la región amazónica. Y menos aún, aplicar los hallazgos obtenidos en forma generalizada a las Amazonas que abarcan los tres países del proyecto. Este enfoque responde a la naturaleza localizada del análisis y a las características específicas de las comunidades seleccionadas.

Figura 11. Modelo de intervención de Una Amazonía



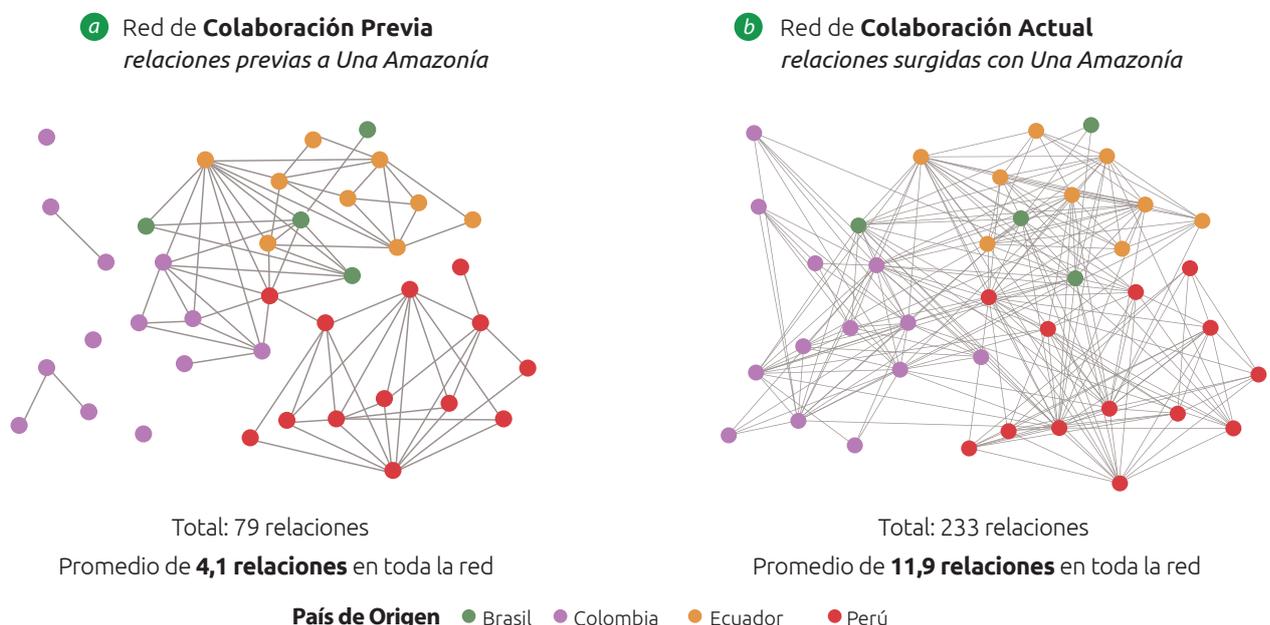


4.1 Las relaciones de colaboración entre organizaciones, investigadores académicos e indígenas vinculadas al proyecto se fortalecieron y diversificaron

Al inicio del proyecto muchos investigadores, técnicos y miembros de las organizaciones socias mantenían relaciones de contacto, pero las relaciones de colaboración eran débiles, y no todas y todos estaban igualmente conectadas. Una vez iniciado el proyecto, el equipo de coordinación integrado por investigadores de todos los países comenzó a reunirse en forma semanal, se organizaron grupos de discusión y espacios trabajo colaborativo por eje de investigación, se realizaron visitas a todos los países, intercambios en los territorios y encuentros regionales. Las y los coinvestigadores indígenas participaron activamente en la definición de las estrategias de intervención, la producción y discusión del conocimiento y los resultados de investigación y la orientación e implementación de los procesos de capacitación e incidencia.

El análisis comparado de las redes muestra un aumento en la densidad de las relaciones de colaboración entre los integrantes del proyecto, que pasaron de 79 relaciones antes de iniciar el proyecto a 233 en su último año. Esto sugiere una gran capacidad para fortalecer conexiones preestablecidas y favorecer el surgimiento de nuevas relaciones entre técnicos e investigadoras e investigadores académicos, indígenas, afrodescendientes y campesinos y sus organizaciones.

Figura 12. Red de colaboración anterior al inicio del proyecto (2021) y Red de colaboración al finalizar el proyecto (2024)





Créditos

Los resultados y hallazgos que se presentan fueron elaborados por el equipo de investigación del proyecto Una Amazonía integrado por Alain Santandreu, coordinador internacional (IBC/Ecosad), y en Perú por Renzo Piana, Margarita Benavides, Mireya Bravo, Alonso Pérez, Neptalí Cueva, Margarita Vara, Winy Vásquez, Alex Bottger, María Rosa Montes, Pedro Tipula y Luisa Elvira Belaúnde (IBC) y Winy Vásquez (UBC). En Colombia por Fabián Méndez, Michael Pasaje, Juan Pablo Botache, Valentina Almario Arguello, Juanita Monje y Andersson Ospina (UNIVALLE) y Johanna Gonçalves, Edgar Bolívar, Diego Garzón, Ana Simbaqueba y Abel Santos (UNAL, Sede Amazonía), Juan Castro y Jair Agga (TIWA), Henry Negedeka (CTSI). En Ecuador por Oscar Betancourt y Sebastián Betancourt (FUNSAD) y María Fernanda Solíz, Xavier León, Dino Sánchez, Belén Naranjo, Juan Mateo Espinoza (UASB), Gianinna Zamora (UASB-ALDEA). Y en Brasil por Frédéric Mertens, Renata Távora, Andrés Burgos y Thamires Costa da Silva (UnB).

En Perú, 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, Güere Arias Luis, Luis Arias Pancho, Retirta Valerio Aveñiro, Yoni Yomanga Pérez, Merwi Palomino Huamán, Gregorio Torres Román, Rinaldo Yupanqui Santos, Doly Moqui Casanto, Efrayn Castellano Sipiriano, Noyda Castellanos Sipiriano, Leoncio Huancho Pérez, Danildo Elías 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.

En el Nudo Caquetá, Colombia, un especial agradecimiento al coordinador local Rigoberto Abello Rodríguez de COORDOSAC y a las y los coinvestigadores comunitarios Etelvina Ramos Campo de ASMTRAC-CUR, Edusmildo Rios Alvarado de Asoportales, Marisel Carvajal Estupiñán de FACURIC y Diocelina Semanate Muñoz del Cabildo Nasa. En el Nudo Leticia, Colombia, un especial agradecimiento a Henry Negedeka enlace departamental para la CTSI, a las y los coinvestigadores comunitarios Bonifacio Agga, Lucinda Vásquez y Nicanor Morales del pueblo Murui; Raúl Yukuna y William Yukuna del pueblo Yukuna; Rodolfo Tanimuka del pueblo Tanimuka; Paulino Santos, Camilo Ramos y Silvia Bautista Manduca del pueblo Magütá y a los coinvestigadores indígenas, especialmente Jair Agga.

En Ecuador, un especial agradecimiento a los y las coinvestigadoras Indira Vargas y Shiram Vargas de CONFENIAE y Marcelo Unkush y José Sharian de PSHA, así como a las y los coinvestigadores comunitarios del pueblo Kichwa Jofre Shiguango y Jhonn Jara de FOIN, Rómulo Salazar de FCUNAE y Rita Cuji de PAKKIRU; al coinvestigador del pueblo Waorani Samuel Omaca de NAWE; a las y los coinvestigadores Shuar Juan Taish de FICSH, Wilmer Wambashu de FENASH-P, Siro Ankuash, Madgalena Jimpikit y Eddy Nayash de PSHA; y al coinvestigador Achuar Ambrosio Illanes de NAE. Todo nuestro reconocimiento a los y las sabias Isolina Cerda, Delfín Andi y Olga Chongo del pueblo Kichwa; Josefina Tunki, Domingo Ankuash y Antonio Wambashu del pueblo Shuar; Nancy Guiquita del pueblo Waorani y Luís Vargas del pueblo Achuar.

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

Elaboración: Equipo Una Amazonía

Textos base: Alain Santandreu

Fotos, mapas y gráficos: Equipo Una Amazonía

Diseño gráfico y diagramación: Jorge Polar

Instituto del Bien Común, Jr. Mayta Cápac 1329, Jesús María Lima – Perú. Enero de 2025

Principales hallazgos del Proyecto Una Amazonía - © 2025 del Instituto del Bien Común está registrado bajo licencia de Creative Commons CC BY 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visitar <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Gaia Amazonas

