

SALUD UN DERECHO PARA TODAS LAS PERSONAS Y LOS PUEBLOS”

Sistematización de un proceso de formación de enfermeros técnicos indígenas en la amazonía peruana

Autores del documento:

Piero Confalonieri, Riccardo Sudati

Equipo de proyecto:

Isabel Duran Fons, Rosa Villacorta Silva, Sonia Amao, Ronald León, Katia Karina Morales, Emir Masegkai. Colaboradores: Mariano Totarica Bisa, Jorge Chanchari Pizuri, John Eddowes, Roldan Chávez Chino, Consuelo Cabanillas Díaz, Ana Cosme, Gil Inoach, Rafael Chanchari. Colaboradores italianos voluntarios: Verónica Grigio, Carla Masnovi, Valerio y Ramón Moncini

Fecha de redacción:

Marzo 2012

TERRA NUOVA – Centro per il Volontariato Onlus
Calle Federico Gerdes, 193, Urb. Las Lilas, Santiago de Surco, LIMA
Via Gran Bretagna 18, ROMA
www.terranuova.org

El presente documento ha sido elaborado en el marco del proyecto “Salud Intercultural en San Lorenzo”, que ha recibido asistencia técnica de la Unión Europea.. El contenido del mismo es responsabilidad exclusiva de TERRA NUOVA y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vistas de la Unión Europea.



Indice publicación :

- I. Introducción
 - II. La problemática que se pretendía atacar
 - III. Las propuestas y el debate
 - IV. El concepto de “sistemas de salud” y la articulación entre ellos
 - V. La formación de enfermeros indígenas
 - VI. La experiencia del proyecto “Salud Intercultural en San Lorenzo”
 - VI.a El contexto geográfico de realización
 - VI.b El contexto social de realización
 - VI.c El grupo participante
 - VI.d El proceso educativo realizado
 - VI.e Algunos aspectos significativos de la experiencia
 - VI.f Los impactos alcanzados
 - VII. Los testimonios de los principales actores:
 - VII.a De la “historia de mi vida” al “plan de vida” de los enfermeros
 - VII.b Testimonios de autoridades
 - VIII. Consideraciones finales
 - IX. Presentación de las entidades promotoras del proyecto
- GLOSARIO DE SIGLAS
ANEXOS

I. INTRODUCCION

Este documento de sistematización intenta reflejar la experiencia concreta de colaboración entre una agencia financiera (la Unión Europea), una ong italiana (Terra Nuova), las organizaciones representativas de los pueblos indígenas amazónicos de Perú (AIDSESEP a nivel nacional, CORPI a nivel de las dos provincias donde concretamente se ha desarrollado el trabajo) y las instituciones del Estado peruano, en especial el Ministerio de Educación y sus diferentes instancias, y el Ministerio de Salud con sus ámbitos y niveles.

Nos referimos al proyecto denominado “Salud Intercultural en San Lorenzo” que se ha realizado entre 2008 y 2012 en las dos provincias amazónicas de Datem del Marañón y Alto Amazonas (región Loreto) en Perú.

Cuadro n° 1: Datos de síntesis de la Acción que se analiza en este documento

Título de la Acción	SALUD INTERCULTURAL EN SAN LORENZO
N° código	ONG/PVD/2007/133-769
Entidad ejecutora	TERRA NUOVA – Centro para el Voluntariado
Partner local	AIDSESEP-CORPI
Coste total acción	Euro 983,841
Monto aportado por la Comisión Europea	Euro 737,836
Monto aportado por Terra Nuova	Euro 147,600
Monto aportado por las organizaciones indígenas	Euro 98,405
Fecha de inicio y de conclusión de la ejecución	01 de Enero 2008 – 31 de marzo 2012
Lugar de ejecución	ciudad de San Lorenzo (capital de la provincia de Datem del Marañón, región Loreto, Perú)
Duración	51 meses (concluyéndose al final de marzo 2012)

En síntesis se puede decir que el proyecto pretendía acompañar en su proceso formativo a un grupo de estudiantes indígenas de las dos provincias amazónicas mencionadas, para que pudiesen prepararse como enfermeros técnicos interculturales, al servicio de la salud de sus pueblos. La formación se planteaba inserta por un lado en la currícula nacional definida por el MINEDU, y válida a nivel nacional, que asume el enfoque de la “medicina occidental”¹. Por otro lado, asumía los conocimientos de conocedores, ‘curiosos’, parteras y otras figuras del complejo medico indígena, para que los enfermeros pudiesen manejar las practicas terapéuticas de los dos sistemas de salud.

La articulación de saberes, recursos y prácticas terapéuticas procedentes de distintas culturas, para ofrecer una atención sanitaria intercultural, era y es la finalidad de este trabajo.

¹ En el transcurso de este documento, se definirá como “medicina occidental”, el enfoque, el aparato nosológico, las practicas diagnosticas y terapéuticas producidas por la cultura europea y anglosajona en el transcurso de los siglos XIX, XX y que sigue generando conocimientos.

II. LA PROBLEMÁTICA QUE SE PRETENDIA ATACAR

Un proyecto de cooperación representa una respuesta ante una problemática que vive un grupo o sector social; esta respuesta, para que no sea superficial, equivocada o de corto plazo, debe dar fuerza y espacio al protagonismo de los mismos sujetos afectados, para que sean ellos que retoman y replican/profundizan las acciones encaminadas con el apoyo externo. En otras palabras, la cooperación internacional es (debería ser) una paradoja, ya que opera para auto-eliminarse: el trabajo de los proyectos es exitoso si no hubiese necesidad de otros proyectos... Así lo entiende Terra Nuova, la ong italiana promotora de este proyecto.

En el caso concreto, entre Terra Nuova y AIDSESEP (y sus bases regionales) existían desde tiempo relaciones de colaboración. Otros proyectos se habían realizado de manera conjunta, ante la necesidad de preparación de los dirigentes de las federaciones y coordinaciones regionales en la defensa de sus territorios y derechos (proyecto “Formación y comunicación sobre los derechos económicos y sociales de los Pueblos Indígenas de la Amazonia peruana”), o ante el deterioro de los recursos naturales y de la economía indígena que sobre ellos se basaba (proyecto “Desarrollo comunitario y promoción de la economía indígena de los pueblos Shawi y Awajún de las cuencas del Cahuapanas, Sillay y Paranapura”).

En este caso, AIDSESEP planteó a Terra Nuova realizar una acción conjunta para mejorar las condiciones de salud en las comunidades indígenas, a través de la formación de personal sanitario procedente de las mismas comunidades.

Efectivamente, el estado general de salud de los grupos originarios de la Amazonía peruana es preocupante y muestra el sesgo excluyente y discriminatorio: los datos epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, las estadísticas de cobertura, acceso y atención referidas a los pueblos indígenas muestran en general una situación peor para ellos en comparación con el resto de la población peruana. Por lo tanto mayor prevalencia de enfermedades, mayor incidencia de muerte en patologías con protocolos de tratamiento establecidos, más desnutrición infantil, menor acceso a la atención médica en los grupos humanos de la Amazonía, sobre todo indígenas². También

«la Defensoría del Pueblo ha observado el incremento de los problemas de salud en comunidades nativas de la Amazonía y las limitaciones que se observan en los servicios de salud que presta el Estado a dicha población»³.

Los datos epidemiológicos referidos a los pueblos indígenas, son netamente diferentes y peores de los referidos al promedio de la población nacional peruana. Esto, aun considerando el sub-registro sistemático que se da en el caso de pacientes de comunidades nativas.

Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil sigue siendo un indicador importante que demuestra una alta vulnerabilidad de los grupos étnicos amazónicos, determinada por el escaso acceso a servicios, la presencia de determinantes que facilitan las cadenas de transmisión de enfermedades contagiosas. En un estudio realizado sobre el Censo 1993, se demostraba que los grupos indígenas sufrían cuatro veces mayor que los grupos humanos residentes en Lima.

² cfr. “Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina: 1994-2004”; reporte de G. Hall, H.A. Patrinos, Banco Mundial

³ Informe Defensorial n° 134, “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado” Defensoría del Pueblo, Lima 2008, pág. 11

Cuadro n° 2: Tasa Mortalidad Infantil en la población Shawi⁴

Tipo de Población	Tasa de Mortalidad Infantil
Perú – poblac. urbana	44‰
Perú – poblac. Rural	83‰
Población de Lima	27‰
Poblac. Indígena amazónica	112‰
Poblac. Chayahuita (Shawi)	125‰

En un documento de final de los años Noventa del siglo pasado sobre “Nutrición y retardo en el crecimiento”⁵, se presentaban los datos desglosados hasta en nivel provincial sobre la incidencia de desnutrición infantil. La provincia de Alto Amazonas presentaba el porcentaje de niños desnutridos más alto de la región Loreto, con el 40.2% de desnutridos crónicos.

Esta situación es el reflejo, y a la vez refuerza, una serie de obstáculos a la inclusión social y económica, y a la participación política de los indígenas.

Los causantes de toda esta situación son múltiples. El ya mencionado Informe Defensorial n° 134 menciona algunos:

«La salud de los miembros de las comunidades nativas se ve afectada por múltiples aspectos, entre los que destacan la alteración de su hábitat, los cambios en sus patrones de asentamiento poblacional, la pobreza, la desnutrición, el bajo nivel educativo, la falta de sistemas de agua potable y servicios de saneamiento, entre otros. Esto explica los altos índices de mortalidad y morbilidad que presenta la población indígena amazónica, que contribuyen a agudizar su situación de vulnerabilidad».⁶

También se podría decir que el estado de salud de las familias indígenas de la Amazonía peruana ha empeorado porque por un lado hay una pérdida de conocimientos en cuanto a prácticas terapéuticas tradicionales, que de alguna manera han sido una respuesta a las enfermedades, y por otro lado la presencia, eficacia, pertinencia, accesibilidad de los establecimientos de salud pública del MINSA no ha llegado a cubrir este vacío.

Tal como sintetizan Fabiana del Popolo y Ana María Oyarce de CELADE-CEPAL:

«Los programas y políticas de salud deben responder a tres problemas fundamentales: perfiles epidemiológicos complejos, con mayor vulnerabilidad y daño en los pueblos indígenas; inequidad en el acceso sanitario y ausencia de pertinencia cultural de los servicios de salud, y por último, falta de participación y representación política. (...) En este sentido, el desafío es desarrollar modelos interculturales, integrales y complementarios de atención y gestión en salud, mediante un proceso de construcción colectivo y la negociación de significados culturales (epistemología y modelos de realidad distintos y concepciones diferentes sobre vida-muerte, cuerpo, persona, tiempo y espacio, etapas y ciclos de vida y salud-enfermedad-sanación)».⁷

⁴ : “La mortalidad infantil en el Perú” INEI 1995, publicado en “Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú 1996” UNICEF-INEI

⁵ “Nutrición y retardo en el crecimiento. Resultados del II Censo Nacional de talla en escolares”, MINEDU, Lima 1999

⁶ Informe Defensorial n° 134, “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado” Defensoría del Pueblo, Lima 2008, pág. 7

⁷ Citadas en “Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud ¿Cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del seminario-taller” CEPAL, Santiago de Chile septiembre 2008, pág. 14

III. LAS PROPUESTAS Y EL DEBATE

En el documento “Lineamientos de política Sectorial 2002-2012” del Ministerio de Salud ya se deja sentado con claridad un punto:

«La clave de toda política social no la constituyen los procedimientos, metodologías y sistemas operativos, sino los recursos humanos que sean capaces de formularlos»⁸.

Esto es muy cierto; igualmente podríamos agregar la frase: “y los recursos humanos capaces de aplicar a los procedimientos, metodologías y sistemas operativos”.

La centralidad del capital humano en el sistema de salud es una premisa importante.

En segunda instancia, tal como se sintetiza en el Informe Defensorial n° 134, las cosmovisiones, culturas y prácticas de los diferentes pueblos originarios presentes en el Perú, hace que:

«el concepto de salud se relativice y adquiera un significado particular, que el Estado está en la obligación de entender, respetar y valorar para adecuar su oferta a las diversas características culturales del Perú. En este orden de ideas, el derecho a la salud de estos pueblos involucra más que el deber general de protección de la salud y asistencia médica. Finalmente, incorpora la dimensión intercultural, es decir, la clara noción de que poblaciones indígenas peruanas tienen derecho a recibir un servicio de salud que se adecúe a su cultura»⁹

Durante su visita oficial al Perú en 2004, el Sr. Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señaló en varios puntos de su Informe la necesidad de una atención especial hacia los pueblos indígenas. El proyecto que en este documento se está reseñando, asumió con responsabilidad a la recomendación n° 81¹⁰ del “Informe” que dejó sentada la siguiente invitación:

«El Gobierno central y regional, las instituciones educativas, las asociaciones de profesionales de salud y otro tipo de entidades ideen e implementen estrategias para alentar a la gente de todos los grupos étnicos a convertirse en profesionales de salud. Estas estrategias deberán comprender medidas que fomenten la diversidad étnica de la población estudiantil (...) Esos cursos deberían incluir el estudio de las tradiciones y prácticas médicas de los interesados».

Es evidente que tan solo accionar sobre el “capital humano” preparándolo adecuadamente, es condición importante e imprescindible, pero no suficiente para mejorar las condiciones de salud de la población indígena y de la población peruana en general.

⁸ “Lineamientos de política Sectorial 2002-2012” Ministerio de Salud de Perú, Lima 2001

⁹ Informe Defensorial n° 134, “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado” Defensoría del Pueblo, Lima 2008, pág. 8

¹⁰ “Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental – Misión al Perú” (2004), recomendación n° 81

IV. EL CONCEPTO DE “SISTEMAS DE SALUD” Y LA ARTICULACION ENTRE ELLOS

Antes de seguir profundizando el análisis de una acción de cooperación que enfoca la temática del acceso a la salud pertinente, tal como es el objetivo de este documento con respecto al proyecto “Salud Intercultural en San Lorenzo”, es necesario aclarar los conceptos de “sistemas de salud” y de “salud intercultural”.

Con respecto al concepto de Salud Intercultural, la Defensoría del Pueblo sintetiza el punto de la siguiente manera:

«Se entiende por salud intercultural la coexistencia de modelos de atención de salud que desarrollan procesos de intercambio cultural en un mismo espacio geográfico y clínico, promoviendo que los operadores de la medicina occidental y tradicional compartan y apliquen diferentes conocimientos y prácticas médicas»¹¹.

Una diferente definición centra la relación médico-paciente al decir que este concepto se ha usado:

«para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud»¹².

Los autores del trabajo mencionado ahora, señalan que reviste gran importancia al hablar del tema, asumir un principio que es:

«reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad» ya que sin este reconocimiento no puede darse una efectiva comprensión de que nuestros esquemas mentales y de pensamiento no son universales, sino productos de una determinada cultura. Solo esta ‘relativización’ abre a la posibilidad de una comunicación intercultural.

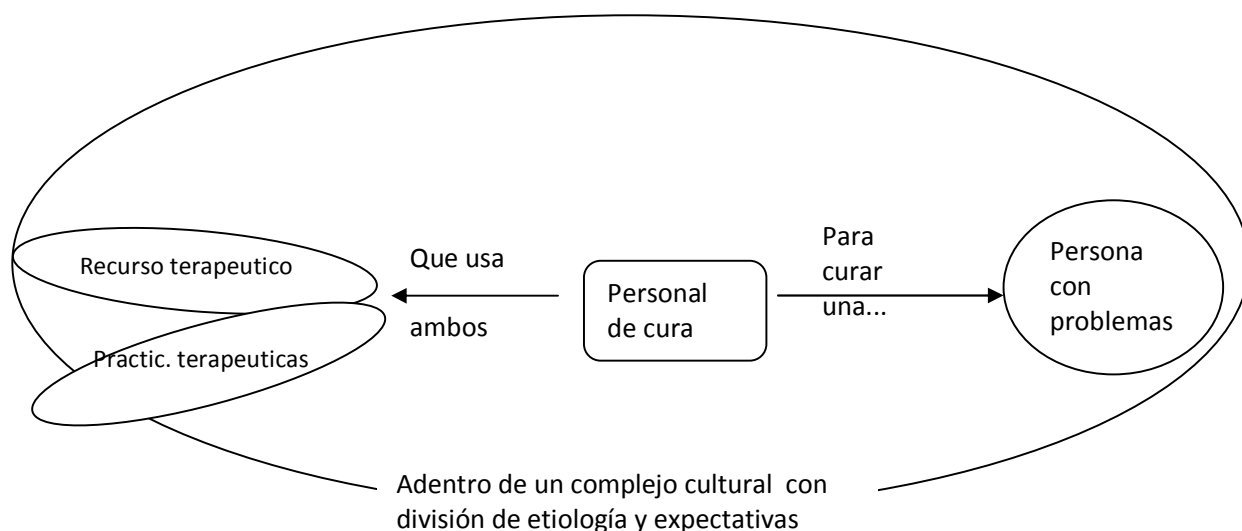
Se hace necesario entonces aclarar más que es lo que entendemos con la expresión “sistemas de salud”; lo que proponemos aquí es interpretarlos como el conjunto coherente de:

- recursos terapéuticos (plantas, principios activos, “poderes”, etc.),
- prácticas/técnicas/tecnologías...
- ... y personal que utiliza ambas,
- estos tres elementos, “ligados” por el sentido de pertenencia, el compartir una cultura, códigos culturales, expectativas que reconocen roles definidos de “paciente” y de “médico” y sus comportamientos, esquemas etiológicos, una concepción e imagen del cuerpo (de los cuerpos masculinos y femeninos),
- y con una intencionalidad de curación.

¹¹ Informe Defensorial n° 134, “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado” Defensoría del Pueblo, Lima 2008, pág. 203

¹² “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, Ana M. Alarcón M., Aldo Vital H., Jaime Neira Rozas, en “Revista Médica de Chile”, n. 131, Santiago de Chile 2003, págs. 1061-1065

Cuadro n° 3: Representación simplificada de un sistema de salud



Esta definición, calza con el sistema biomédico (o bioquímico o ‘medicina occidental’), uno de los más difundidos a nivel internacional, con una elevada gama de tecnologías y un amplio abanico de especializaciones de su personal, e indudablemente con una elevada eficacia en la rápida eliminación y/o reducción de los síntomas y en la curación de muchas patologías. Esta expansión del sistema de salud occidental, viene como consecuencia de la mencionada eficacia, pero también de la general expansión (globalización) de la cultura occidental, y también de los grandes intereses económicos que se mueven alrededor de las firmas farmacéuticas, de los seguros y de la industria aplicada a la tecnología sanitaria.

Lo que nos interesa reafirmar, tal como afirmaban los autores chilenos citados en el anterior capítulo, es que este sistema biomédico no es el único. Responden a la definición dada, también otros sistemas de diagnóstico-curación, mas localizados geográficamente, menos estudiados, en gran medida ya “erosionados” por el contacto con el sistema de salud hegemónico; sistemas entonces debilitados pero vigentes, mantenidos por poblaciones marginadas quizás, pero no por esto menos dinámicos y sincréticos. Una representación de las medicinas tradicionales estática, irreal, a-histórica, mitificada o uniformizante no ayuda en entender su rol en las sociedades actuales, donde aun son ampliamente utilizadas por las poblaciones locales.

Por otro lado, entre los diferentes “sistemas de salud”, por ejemplo entre el sistema biomédico “occidental” y el sistema de medicina indígena amazónica, las diferencias no residen únicamente en los tratamientos que se usan, o en el nombre y tipo de formación de su “personal sanitario”, sino también en el concepto de enfermedad, en los modelos explicativos de los malestares, en la conexión de ciertos síntomas y malestares en un cuadro clínico que define el nombre de una patología. El tema no es encontrar el término con el cual en el idioma Shawi o Awajún se identifica la rabia (por ejemplo). Esta sería una visión muy simplista y tosca de la realidad de las culturas terapéuticas. El tema es que la definición de ‘qué es enfermedad’, y como se origina cada enfermedad es producto de cada cultura humana y está profundamente ligado a la cosmovisión y complejo de creencias y significados que un pueblo tiene.

En términos muy generales (y obligatoriamente utilizando una generalización, que es una aproximación simplificada a un tema muy amplio y complejo) podríamos decir que en la amplia área geográfico-cultural de la Amazonia, los diferentes sistemas de salud indígena se caracterizan por:

- Los **recursos terapéuticos** son extractos y/o tejidos vegetales, partes animales (plumas, grasas, etc.), pero también piedras y un sinnúmero de objetos que se encuentran en la naturaleza;
- Las **prácticas o técnicas terapéuticas** tradicionales más difundidas incluyen el canto ritual (“*icaros*”), la ayuna y/o la abstinencia sexual (“*dietas*”), el masaje, la fumigación con vapor o con humo de tabaco, el aislamiento del paciente o de la mujer embarazada, etc.
- El **“personal” sanitario**, es relativamente especializado en cuanto hay figuras especializadas en ciertos tratamientos (“*vaporadoras*”, “*sobadores*”, “*parteras*”, “*vegetalistas*”), a la par de roles vinculados a prácticas que usan objetos tan solo como intermediarios para el acceso a diferentes dimensiones espirituales (“*maestros espirituales*”, mal llamados “*chamanes*” que es palabra que procede de Siberia y por lo tanto ajena a las propias denominaciones locales, y que ha asumido una características en algunas zonas negativa, asimilada a “*maleros*” o sea personas que usan los conocimientos y los poderes para hacer el mal, como los “*brujos*”).

En las diferentes cosmovisiones que permean las culturas indígenas amazónicas, hay una gran diversidad de figuras mitológicas, de fuerzas y poderes. Pero también hay ciertas constantes. En muchos casos, el universo se plantea sea organizado en tres niveles cósmicos: el cielo donde residen las entidades creadoras del mundo, las que no intervienen en los asuntos de los hombres y a las cuales se debe que se conserven los ritmos y ciclos de los astros. Después está la tierra, donde están los hombres, pero también los animales, el bosque, las lomas... El mundo hipogeo, para finalizar, es el mundo de espíritus que viven una vida paralela, especular y “deformada” con respecto a la de los hombres. Estos espíritus son una amplia y heterogénea variedad de poderes, fuerzas y seres con figura humana o casi-humana, y con posibilidad de influenciar la vida (y muerte) de la gente. Cada planta u animal tiene un espíritu protector, una “madre”. Esto implica que muchos comportamientos y gestos cotidianos, frente a ellos, deban ser preparados por una solicitud verbal o por una ofrenda ritual a la madre. En síntesis: el cielo está asociado a la dimensión de los mitos, la tierra a la experiencia empírica cotidiana, el mundo subterráneo a la magia.

Pero una unidad permea todo esto universo, hay un vínculo vital, directo e inmanente que une cada gesto de los habitantes de éste a las otras dimensiones.

Quizás la metáfora de una telaraña es la más eficaz, una telaraña donde el hombre ya no está al centro del todo, sino que es uno de los tantos nudos, cada uno importante, y donde cada hilo que se rompe provoca desgarros en toda la delicada trama.

Cosmovisión Wampis: Para encontrar la visión¹³

José Mashingash Gerardo Petsain Sharup

En la cosmovisión de mi pueblo existen tres partes o espacios fundamentales: Entsa, Nunca y Nayaim (agua, tierra y cielo). Todos ellos están relacionados. El hombre wampis, cuando quiere encontrar visión o poder de cualquier ser de la naturaleza, se acerca donde hay tuna (catarata); si no hay tuna, en cerros también. Aquel que cree en los arútam, en los seres que dan poderes, siempre encuentra la visión. Cuando tienen problemas también se acerca allá en ese tambo, y toma toé o ayahuasca para poder dominar ese problema y vivir mejor.

Nunca, la tierra, es la parte con la que nosotros tenemos más relación y tenemos mucho conocimiento. En la tierra viven todo tipo de animales, árboles, ríos, quebradas, cerros, colpas y lo más importante para nosotros las cataratas (tuna). En todas partes, tanto en el agua como en la tierra, anda pagki (boa). La boa es puente. Cuando han obtenido la visión de la boa no es fácil para que te maten.

Los dueños de los animales son el iwanch y los tijae, que viven en los cerros. De las plantas medicinales, de las plantas comestibles la dueña en Nunkui, que vive en el interior de la tierra.

Nayaim, el cielo, es un espacio que no es separado. En el espacio aéreo hay un lugar en donde los muertos, tanto hombres como mujeres, siempre llegan. Allí los espera Katarka y su mujer para tener relación sexual con ellos. También viven en este espacio Etsa (sol), Yaa (estrellas) y Nantu (luna).

Cada nivel o espacio, como dicho, está asociado con una diferente modalidad de conocimiento y de relación con la realidad: la bóveda celeste con el discurso mitológico, la tierra con la experiencia empírica y el ‘mundo de abajo’ con la producción de significados mágicos y exotéricos. Por supuesto, que esta reconstrucción del discurso cosmogónico es general y superficial, y hay que considerar que el impacto destructor de la Conquista y de la Colonia, y posteriormente de la cultura urbana y “*mestiza*” han modificado fuertemente el pensamiento indígena.

Como escribe Fernando Santos Granero:

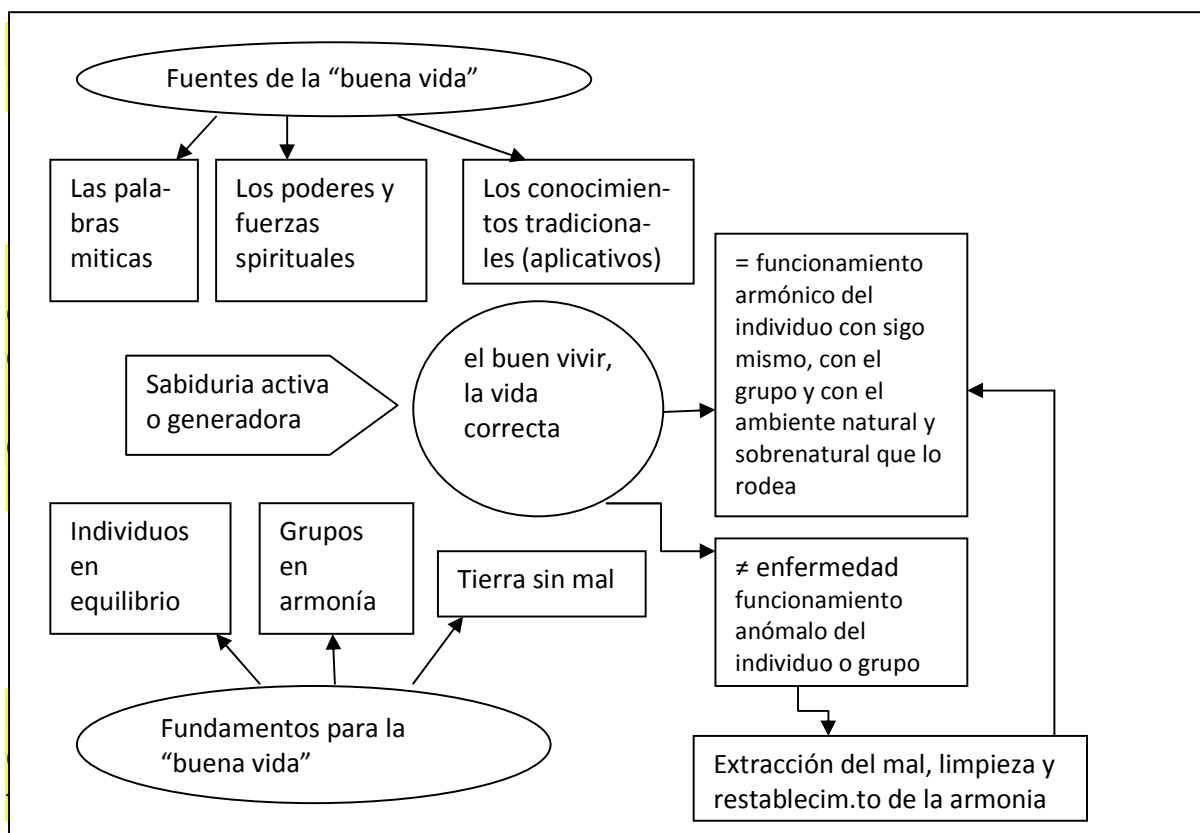
«En general los pueblos indígenas consideran que el bienestar de los individuos y las colectividades depende de que se mantenga una relación armoniosa entre el mundo visible de los humanos y los mundos invisibles de las divinidades, los espíritus y las esencias primordiales. La caza excesiva o el desperdicio de lo cazado puede enojar al espíritu tutelar de la caza o a la esencia primordial de la especie animal cazada en demasía. El despilfarro de comida puede encolerizar a las esencias primordiales de las plantas o a los espíritus guardianes de las chacras. Los seres así agraviados pueden vengarse de los infractores ocultando a los animales o haciendo que las chacras no produzcan. En dichos casos, la armonía y el equilibrio entre los diversos ámbitos del cosmos sólo puede ser restaurada a través de las prácticas ceremoniales de los especialistas religiosos: chamanes, sacerdotes o profetas»¹⁴.

Un esquema muy “nuestro”, muy occidental, en el sentido que es una generalización arbitraria que empobrece la producción cultural amazónica con respecto al profundo sentido de unitariedad del universo y del rol que en esta integración reviste el estado de bienestar, el “buen vivir” podría considerarse el siguiente.

¹³ Texto traído de: “El ojo verde. Cosmovisiones amazónicas”, AIDSESEP – FORMABIAP, Lima

¹⁴ Fernando Santos Granero “Una manera religiosa de mirar al mundo” en “El Ojo Verde. Cosmovisiones amazónicas”, Lima

Cuadro n° 4: representación esquemática del estado de salud en la concepción indígena amazónica¹⁵



La definición 'indígena' de salud como un estado de equilibrio entre diferentes elementos (el individuo, el grupo, la naturaleza) y sus interrelaciones, no se encuentra al final muy distante de la definición de la OMS, que indica la salud como el nivel más alto de bienestar psico-físico alcanzable en un determinado contexto.

En términos generales, para hacer un ejemplo, entre los Achuar la enfermedad es la consecuencia de la invasión en el espacio interno de la persona, de parte de un ente patógeno externo, sobre cuya naturaleza y modalidad mediante la cual invadió el cuerpo, se construye la clasificación etiológica achuar, que diferencia tres categorías principales: Jata, Mimgkau, Sungkur.

La curación se realiza extrayendo el 'virote' o "espíritu-flecha" que es el vector de la enfermedad y/o restableciendo las condiciones ex ante un evento (a veces también muy ordinario y cotidiano: haber visto un determinado animal en una condición como la de embarazo, haber comido carne infringiendo una cierta norma social aceptada en el grupo, etc.) con otras prácticas que recuerdan el acto de sacar algo introducido.

¹⁵ Esquema adaptado de Pedro García Hierro "San Lorenzo: Salud indígena, medio ambiente, interculturalidad", Cuadernos de San Lorenzo, Terra Nuova-AIDSESEP, Lima 1995, pág. 18

Cuadro n° 5: Clasificación etiológica en el sistema de salud Achuar¹⁶

categoría	Clase nosológica		Tipo curación
JATA eventos patológicos graves que pueden llevar a la muerte	Wawek	Introducción intencional en el cuerpo de la víctima de “espíritus-flecha”, receptáculos del poder chamánico.	Curación chamánica
	Paju	Con participación mística entre el enfermo y un espíritu <i>imianch</i> , las entidades que viven en el hipogeo	Tratamiento con practicas rituales sub-chamánicas
	Napin	Con participación mística que deriva de una persona la que quiere hacer daño	
MIMGKAU eventos patológicos graves de niños de pecho	Sutmarmau	Con participación mística entre el enfermo (o sus padres) activada por la vista o el deseo de un objeto o animal, asociada a un estatuto existencial aun precario e indefinido del niño	Tratamiento doméstico, basado en medidas de tipo empírico o auto prescripción de plantas medicinales (hasta que no se verifique que la dolencia no es de esta categoría, y pasa a ser Mimgkau o Jata).
	Yuruámu		
	Tapimú		
	Takássamu		
SUNGKUR malestares menores	Sungkur I	Invasión (por ingestión, contacto, inspiración etc.) del espacio interior del sujeto, de parte de objetos o entidades ‘inanimadas’	Tratamiento doméstico, basado en medidas de tipo empírico o auto prescripción de plantas medicinales (hasta que no se verifique que la dolencia no es de esta categoría, y pasa a ser Mimgkau o Jata).
	Sungkur II		
	Shungkur III		

Una sesión chamánica es entonces la extracción del mal, el restablecimiento de las condiciones anteriores, o sea de equilibrio entre el individuo y si mismo, entre el individuo y el grupo, adentro del grupo, y entre éste y el ambiente natural que lo rodea. Se realiza en general de noche, con una larga ejecución de cantos rituales (“*icaros*”) que llaman los poderes a presenciar. Estas sesiones curativas tienen el objetivo de sacar del cuerpo al ente patógeno, se acompañan de aspersión de humo de tabaco mezclado con licores, masajes, ventilaciones con abanicos de plumas u hojas, y termina con la succión del virote o ‘espíritu-flecha, del cuerpo del paciente. A veces se acompaña con la toma de sustancias psicótropas (Ayahuasca, Ojé, etc.) de parte del oficiante y de los presentes.

El tratamiento de dolencias más cotidianas y leves, se realiza todo en el seno del nexo familiar amazónico, donde los conocimientos son más difusos y horizontales, no especializados aunque en general son un patrimonio herbolario (pero no solamente) que se reproduce entre las mujeres, de madre a hija.

¹⁶ Esquema adaptado y simplificado a partir de: Patricio Warren “Representaciones cognitivas y administración social de las enfermedades en los Jíbaros-Achuar”, in “Salud y Antropología” ed. Abya Yala, Quito 1994, pág. 18

En el medio, hay una categoría de terapeutas que de un lado utilizan ciertos símbolos (objetos, recursos terapéuticos, etc.) de los maestros o chamanes, pero por otro lado pueden ser especialistas de ciertas patologías precisas y específicas: sobadores para los problemas de huesos, parteras para los problemas de parto y posparto, los a los cuales se recurre en caso de mordedura de serpientes, etc.

Se podría decir entonces que existen tres ámbitos de curación, los que accionan sobre una diversidad de malestares y patologías, aunque existan zonas inciertas entre un ámbito y el otro.

Cuadro n° 6: Agentes de curación en sistemas de salud indígenas amazónicos

Tipo de problema de salud	Agentes de curación	Recursos terapéuticos
Patologías graves y de difícil diagnóstico/tratamiento, aunque la causa última esté clara: fundamentalmente, acción malévolas de un <i>'malero'</i>	Maestros espirituales vs. <i>'maleros'</i>	Prácticas que llaman a luchar fuerzas y poderes que contrasten la labor de otro chamán <i>'malero'</i>
Patologías de clasificación etiológica incierta y/o patologías que requieren la intervención de alguien con conocimientos diversos y mayores que los presentes en el nexo familiar	Personas de alguna manera especializadas (pero también agentes de las así llamadas <i>'prácticas sub-chamánicas'</i>)	Plantas-maestras (ayahuasca, ojú, tabaco). Pero también extractos de otras plantas de la farmacopea <i>'doméstica'</i>
Patologías más comunes y leves	Especialmente, las mujeres de las familias (curación doméstica)	Principalmente recursos fitoterapéuticos cuales infusiones, baños, etc.

Tal como se puede entender, a grandes rasgos existen diferentes niveles de conocimientos, con diferentes agentes de cura para diversas patologías. En ellos, el impacto de las otras culturas ha sido también diferente y diferenciado; nos referimos a que, puesto que los sistemas de cura tradicionales no son objetos culturales estáticos, sino que han venido perdiendo y adquiriendo elementos culturales, en un juego de cesiones, re-significaciones y sincretismos, han venido cambiando fuertemente. El fenómeno de la *'erosión cultural'* es considerable y aparentemente ha determinado la casi desaparición del nivel chamánico y sub-chamánico, mientras el patrimonio difuso entre la población femenina sobre herbolaria sigue mayormente presente (aunque a veces, con pérdidas también).

Si bien sea más *'fácil'* encontrar la escucha y la disponibilidad de los operadores de los servicios de atención sanitaria, al diálogo con las medicinas indígenas hasta que nos mantengamos en el ámbito de la herbolaria y en el nivel de curación *'doméstica'*, se trata de evitar de ir por este atajo y al contrario, hacer entender el entero y complejo sistema de salud indígena. No es factible reducir a la medicina tradicional al sólo aspecto de la fitoterapia, o al parto vertical. No es posible ni correcto pensar que el personal médico de formación *'occidental'* seleccione a su gusto los componentes y aspectos que considera compatibles con su discurso, separando lo que considera *'aceptable'* con lo que considera, siempre desde su punto de vista, *'superstición'*.

La clásica separación entre cuerpo y mente no es presente en la concepción indígena, tal como el ser humano no se puede entender desligado del ambiente en el cual está inmerso. La

medicina tradicional mantiene fuertemente vinculadas a disciplinas que la ciencia occidental divide y especializa: psicología, psiquiatría, sociología, antropología, biología. Los métodos de diagnóstico de los dos sistemas de salud son profundamente diferentes. Los mismos hospitales o clínicas, verdaderos templos de la ciencia médica de corte occidental, representan lugares poco aptos para las prácticas terapéuticas ancestrales.

Pero con todo esto, una articulación de saberes y prácticas es necesaria para ofrecer a todos los usuarios el acceso al derecho a la salud.

Para el Estado peruano atender la población amazónica es objetivamente difícil ya que se trata de grupos humanos de reducidas proporciones con respecto a la concentración demográfica de la Costa (por ejemplo), dispersa en amplios territorios, que hablan otros idiomas y preservan de alguna manera una concepción del proceso Salud-Enfermedad muy diferente al de la medicina occidental. Por otro lado, responder a los problemas de salud de estas personas es un deber del Estado, así como un derecho de todos los ciudadanos peruanos recibir una atención.

Entonces, concretamente, ¿cómo ampliar el acceso al derecho a la salud en la Amazonia? ¿Cómo a la vez reconocer que las poblaciones indígenas conservan conocimientos médicos muy valiosos (aunque referidos a sistemas de salud diferentes del 'occidental'?)

La propuesta de la Salud Intercultural es una respuesta a estas preguntas, ya que propone la articulación entre los saberes y las prácticas de distintos sistemas de salud. Es evidente que este 'encuentro' se basa sobre el diálogo entre pares, en la utilización respetuosa de prácticas procedentes de diferentes culturas, de un análisis de la mayor eficacia, caso por caso, de uno u otro recurso terapéutico, de la posición de escucha atenta a lo que pide y quiere la persona enferma.

Como dicho, para poder tener un diálogo respetuoso es necesario que las dos fuentes de comunicación se encuentren en un nivel de paridad, de aceptación de las otras respuestas diagnósticas o terapéuticas tal como son: otras maneras de ver la enfermedad. Es por eso que, para llegar a concretar y ofrecer prácticas de Salud Intercultural, es necesario reforzar los sistemas de Salud Indígena que en éste momento se encuentran debilitados y fragmentados.

Poder conjugar lo mejor de la medicina occidental y de la tradicional, poder derivar cada enfermo según su preferencia (que sea atendido por una obstetra o una partera, por ejemplo), poder escoger a raíz de la tipología de enfermedad cual es el recurso y la práctica más eficiente y eficaz, es una posibilidad no tan lejana si se lograra romper las barreras y las incomprensiones que hacen el mundo académico tan reacio en ver los límites de un enfoque reductivista, que separa la salud física de la salud mental y el bienestar individual de aquel colectivo.

V. LA FORMACION DE ENFERMEROS INDIGENAS

La misma presentación de los conceptos subyacentes al debate sobre la medicina tradicional y a la salud intercultural, nos vuelve al punto de partida, o sea a la ya planteada por el mismo Ministerio de Salud peruano, importancia del capital humano.

Si la apuesta es la articulación entre sistemas de salud diferentes para mas eficaz la respuesta a los problemas, se trata de tener personal capaz de hacer viable esto.

Entonces ¿qué personal preparar? ¿Cómo prepararlo?

Cabe mencionar para acercarnos a dar respuestas a estas preguntas, dos antecedentes, o sea dos experiencias concretas que realizaron respectivamente AIDESEP y Terra Nuova en anteriores años.

Por un lado, Terra Nuova estuvo realizando en los años 1998-2002 el proyecto “Promoción de la salud con las Organizaciones Indígenas de la provincia de Alto Amazonas”. Entre otras cosas, un componente importante de aquella acción fue la formación de ‘promotores de salud’ procedentes de las comunidades indígenas. A distancia de años, el balance no es muy satisfactorio: siendo un personal voluntario, no remunerado y con escaso reconocimiento del MINSA, los promotores no recibían medicamentos ni eran considerados recursos importantes de parte de los establecimientos de salud, por lo que al cabo de un cierto tiempo a mayoría de estos promotores ya no estaba ejerciendo un rol específico e importante en el tema de la prevención o tratamiento de enfermedades. Por otro lado, AIDESEP ha realizado en los años 2005-2007 una experiencia extraordinaria y pionera, que ha servido de modelo para ser replicado en el proyecto que acá se viene analizando. Se trata de la formación del primer grupo de enfermeros técnicos indígenas, realizada en Atalaya (región Ucayali), aplicando una currícula mixta e intercultural. A lo largo de casi diez años, AIDESEP y el P.S.I., en vinculación con las federaciones de la provincia de Atalaya, ha realizado un intenso trabajo sobre la revalorización de los agentes de medicina tradicional; como parte de este trabajo, se inició en marzo 2005 un ciclo de formación de jóvenes indígenas en el marco de un convenio con el Instituto Superior Técnico de Atalaya (ITSA). Se elaboró entonces un currículo intercultural, según el cual el 38% de la carga horaria corresponde al currículo indígena y el 62%, al currículo formal del ITSA. Estos estudiantes, han venido formándose como enfermeros (recibiendo las clases de la currícula nacional, referidas al sistema de salud “occidental”, por parte del personal docente del IST de Atalaya) y a la par recibiendo todo el bagaje de saberes de los especialistas indígenas en salud ancestral. Para realizar esta experiencia, ha sido importante el aporte de recursos de la agencia NORDECO de Dinamarca. Finalizando el año 2007, los 20 jóvenes estudiantes (de los pueblos yine, shipibo, asheninka, asháninka) han sido reconocidos con una Resolución de MINEDU con el título de “Enfermeros Técnicos con mención en Salud Intercultural Amazónica”. De esta importante iniciativa, se ha realizado una publicación¹⁷ y un video.

Son estos elementos los que constituyen el marco institucional y conceptual que ha originado la propuesta de profesionalizar jóvenes indígenas (de ambos sexos) como personal de salud, con una preparación intercultural y un “doble mandato”: de parte de sus organizaciones indígenas y de la institución rectora de Salud del País.

¹⁷ “Dreams coming true... An Indigenous Health Program in the Peruvian Amazon”, Compiled and edited by Søren Hvalkof, Karen Elise Jensen Foundation and NORDECO, Copenhagen, 2004. De este libro hay una versión en castellano

VI. LA EXPERIENCIA DEL PROYECTO “SALUD INTERCULTURAL EN SAN LORENZO”

VI.a El contexto geográfico de realización

El proyecto ha tenido su centro de acción en la ciudad de San Lorenzo, en la región Loreto.

El contexto geográfico de influencia se define por el espacio geográfico-cultural de acción de la organización indígena regional CORPI-SL (Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo), afiliada a AIDSESP.

CORPI reagrupa federaciones de los nueve pueblos presentes en esta zona, a saber: Awajún, Wampís, Achual, Quechua del Pastaza, Kukama-Kukamiria, Kandozi, Shapra, Shiwilos y Shawi o Campo Piyawi (cfr. párrafo IX.b en este documento).

Geográficamente, estos pueblos están asentados en las cuencas de los ríos Morona, Pastaza, Huallaga, Marañón, Cahuapanas, Parapapura y todos sus afluentes.

Toda la zona es de “selva baja”, un extenso conjunto de ecosistemas con temperatura con reducidas fluctuaciones estacionales, humedad atmosférica alta todo el año y precipitaciones que marcan dos períodos: la estación de lluvias se presenta de diciembre a marzo, mientras la estación de menores lluvias es de junio a septiembre.

Los ecosistemas presentes se consideran parte del bosque húmedo tropical (bh-T) según la clasificación por zonas de vida (Holdrige), que ocupa aproximadamente un 18.8% del territorio nacional.

La clasificación precisa las siguientes formaciones vegetales presentes en el bh-T:

- Bosque muy húmedo tropical, con temperatura media anual de 25.5 a 26.5° C y un promedio de precipitaciones totales anuales entre los 3,500 y 3,800 mm.
- Bosque muy húmedo premontano tropical, con temperatura media anual de 22.5 y los 24° C y un promedio de precipitaciones totales anuales entre los 2,300 y 2,600 mm.
- Bosque húmedo premontano tropical, con temperaturas iguales al anterior pero registro de precipitaciones más reducido.
- Bosque muy húmedo sub-tropical, con temperatura media anual de 22.5 a 24° C y un promedio de precipitaciones totales anuales entre los 2,150 y 2,250 mm.

En términos político-administrativos, esta zona responde a la jurisdicción de dos provincias: la provincia de Alto Amazonas y la provincia de Datem del Marañón.

Cabe señalar que hasta el mes de agosto 2005, la Provincia de Alto Amazonas incluía once distritos. Recién en la fecha señalada se crea por Ley la nueva provincia de Datem del Marañón, que reagrupa los distritos de Barranca, Manseriche, Morona, Pastaza, Cahuapanas y el nuevo distrito de Andoas. Su capital es la ciudad de San Lorenzo.

La provincia de Alto Amazonas, queda ahora con los distritos de Yurimaguas, Teniente López, Balsapuerto, Jeberos, Santa Cruz y Lagunas. La capital provincial es Yurimaguas.

Cuadro n° 7: Superficie de las dos provincias de interés

Unidad administrativa	Superficie Km ²	n. distritos
Sup. Total Provincia Datem	49,384	6
Sup. Total Provincia Alto Amazonas	101,996	6

Fuente: “Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2006”, PNUD (sobre la base Censo INEI 2005)

Cuadro n° 8: Ubicación de las provincias de Alto Amazonas y de Datem del Marañón, respecto a la región Loreto



Un mapa geográfico de cada una de las provincias de interés se puede ver en los anexos.

VI.b El contexto social de realización

En el espacio geográfico mencionado (provincia de Datem del Marañón y de Alto Amazonas) vivía en el año 2005 una población total de 151,380 habitantes, representando este dato el 17 % de la población de la región Loreto.

Cuadro n° 9: Población en las dos provincias

Provincia	Población total	%
Total pobl. Loreto	884,144	100%
Datem del Marañón	49,384	5.58%
Alto Amazonas	101,996	11.53%
Total Datem + AA	151,380	17.11%

Fuente: “Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2006”, PNUD (sobre la base Censo INEI 2005)

Según la información de INEI, la repartición por género de la población de los distritos de las dos provincias, es la siguiente:

Cuadro n° 10: Población en los distritos de Alto Amazonas por género

Provincia Alto Amazonas	POBLACIÓN TOTAL	SEXO			
		HOMBRES		MUJERES	
DISTRITO YURIMAGUAS	61,968	31,674	51%	30,294	48.9%
DISTRITO BALSAPUERTO	12,730	6,448	51%	6,282	49.3%
DISTRITO JEBEROS	3,855	2,015	52%	1,840	47.7%
DISTRITO LAGUNAS	12,827	6,678	52%	6,149	47.9%
DISTRITO SANTA CRUZ	4,447	2,378	53%	2,069	46.5%
DISTRITO TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	6,107	3,327	54%	2,780	45.5%
Total pobl. Provincia	101,934	52,520	52%	49,414	48.5%

Fuente: “Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2006”, PNUD (sobre la base Censo INEI 2005)

Cuadro n° 11: Población en los distritos de Datem por género

Provincia Datem del Marañon	POBLACIÓN TOTAL	SEXO			
		HOMBRES	%	MUJERES	%
DISTRITO BARRANCA	12,085	6,241	51.6%	5,844	48.4%
DISTRITO CAHUAPANAS	7,334	3,655	49.8%	3,679	50.2%
DISTRITO MANSERICHE	7,773	4,065	52.3%	3,708	47.7%
DISTRITO MORONA	6,658	3,478	52.2%	3,180	47.8%
DISTRITO PASTAZA	6,148	3,174	51.6%	2,974	48.4%
DISTRITO ANDOAS	9,448	4,841	51.2%	4,607	48.8%
Total población Provincia	49,446	25,454	51.5%	23,992	48.5%

Fuente: "Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2006", PNUD (sobre la base Censo INEI 2005)

Según estudios de INEI sobre los datos del Censo Nacional del 1993, el índice de masculinidad (porcentaje de varones cada 100 mujeres) sería entre la etnia Shawi de 100.4 Este dato puede ser una referencia para los otros grupos originarios.

La población es mayoritariamente rural, considerándose urbana la población residente en los dos centros poblados capital de distrito (Yurimaguas, capital de Alto Amazonas con más de 47 mil habitantes y San Lorenzo, capital de Datem, con casi 15 mil pobladores).

Cuadro n° 12: Población rural/urbana de las dos provincias

Provincias	total	Población			
		rural		urbana	
		número	%	número	%
Datem del Marañon	49,446	36,624	74.06%	12,822	25.93%
Alto Amazonas	101,934	42,089	41.29%	59,845	3.63%
Total	21,810	20,510		1,300	

Fuente: Censo Poblacional INEI 2005

Evidentemente, un análisis más preciso, a nivel de distritos, evidencia distintas realidades entre algunas zonas efectivamente de carácter “urbano”, y otros distritos netamente rurales.

Cuadro n° 13: Población rural/urbana de los distritos de Alto Amazonas

PROVINCIA, DISTRITO Y ÁMBITO GEOGRÁFICO CENSAL	POBLACIÓN TOTAL	
	TOTAL	%
Provincia Alto Amazonas		
DISTRITO YURIMAGUAS	61,968	
ÁREA URBANA	47,113	76.0%
ÁREA RURAL	14,855	24.0%
DISTRITO BALSAPUERTO	12,730	
ÁREA URBANA	463	3.6%
ÁREA RURAL	12,267	96.4%
DISTRITO JEBEROS	3,855	
ÁREA URBANA	1,872	48.6%
ÁREA RURAL	1,983	51.4%
DISTRITO LAGUNAS	12,827	
ÁREA URBANA	7,589	59.2%
ÁREA RURAL	5,238	40.8%
DISTRITO SANTA CRUZ	4,447	
ÁREA URBANA	815	18.3%
ÁREA RURAL	3,632	81.7%
DISTRITO TEN. TE CESAR LOPEZ ROJAS	6,107	
ÁREA URBANA	1,993	32.6%
ÁREA RURAL	4,114	67.4%
Total población Provincia Alto Amazonas	101,934	
Área Urbana	59,845	58.7%
Área Rural	42,089	41.3%

Cuadro n° 14: Población rural/urbana de los distritos de Datem

PROVINCIA, DISTRITO Y ÁMBITO GEOGRÁFICO CENSAL	POBLACIÓN TOTAL	%
	TOTAL	
Provincia Datem del Marañon		
DISTRITO BARRANCA	12,085	
ÁREA URBANA	6,446	53.3%
ÁREA RURAL	5,639	46.7%
DISTRITO CAHUAPANAS	7,334	
ÁREA URBANA	726	9.9%
ÁREA RURAL	6,608	90.1%
DISTRITO MANSERICHE	7,773	
ÁREA URBANA	2,144	27.6%
ÁREA RURAL	5,629	72.4%
DISTRITO MORONA	6,658	
ÁREA URBANA	1,196	18.0%
ÁREA RURAL	5,462	82.0%
DISTRITO PASTAZA	6,148	
ÁREA URBANA	994	16.2%
ÁREA RURAL	5,154	83.8%
DISTRITO ANDOAS	9,448	
ÁREA URBANA	1,316	13.9%
ÁREA RURAL	8,132	86.1%
Total población Provincia Datem	49,446	
Área Urbana	12,822	25.9%
Área Rural	36,624	74.1%

Como se puede ver, los distritos de Balsapuerto, Cahuapanas, Andoas, Morona, Pastaza, Santa Cruz tienen más del 80 por ciento de su población rural.

Finalmente, en términos de grupos etéreos o sea, franjas de edad, la población de dos distritos de referencia (uno en la provincia de Alto Amazonas y otro en la provincia de Datem), está repartida de la siguiente manera:

Cuadro n° 15: Población del distrito de Chuapanas por grupos de edad

Grupos de edad								Total poblac.	M.E.F.	% M.E.F.
0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-49	40-65	> 65			
1651	1499	1056	810	1318	1291	356	109	8090	1728	21.36%

Fuente: INEI 2005

Cuadro n° 16: Población del distrito de Balsapuerto por grupos de edad

Grupos de edad							Total poblac.	M.E.F.	% M.E.F.
0-4	5-12	13-19	15-19	20-44	45-64	> de 65			
2369	2562	2226	810	4742	1442	379	13,720	3,386	24.68%

Fuente: INEI 2005

Con respecto a la tasa de crecimiento poblacional anual, los datos encontrados son elaboraciones del INEI sobre el Censo 1993, pero son significativos ya que indican una dinámica propia de la provincia de Alto Amazonas (en la fecha de levantamiento de aquel Censo, no se había constituido la provincia de Datem del Marañón), con respecto al departamento de Loreto. Alto Amazonas tenía en este momento la tasa de crecimiento más baja del departamento.

Cuadro n° 17: Comparación de tasa de crecimiento poblacional

Tasa de Crecimiento Poblacional Anual	%
Perú	2.0%
Loreto	3.0%
Alto Amazonas	2.8%

Fuente: INEI 2005

En la región Loreto, el 11% de la población es indígena. En Loreto, la provincia de Alto Amazonas –hasta antes de su división en dos provincias- representaba un espacio privilegiado ya que era la provincia más “multiétnica” de Perú. Ahora, con la conformación de las dos provincias, se mantiene esta característica, repartida entre las dos provincias.

En el conjunto poblacional de los distritos de Balsapuerto, Morona, Cahuapanas, se puede determinar que hay un sector numéricamente mayoritario de población indígena y un más reducido sector de mestizos. La presencia indígena es fuerte también en los distritos de Manseriche, Pastaza, Santa Cruz, Lagunas, Barranca.

Cuadro n° 18: Población indígena en la zona

Dep.to./Prov./Distrito	Población total	Población indígena	%
LORETO	736,161	61,793	8.4
Alto Amazonas	126,872	29,894	23.6
Yurimaguas	52,831	33	0.1
Balsapuerto	10,934	9,612	83.8
Barranca	8,558	1,843	21.5
Cahuapanas	7,598	5,081	66.9
Jeberos	3,375	642	19.0
Lagunas	12,164	2,995	24.6
Manseriche	7,098	2,973	41.9
Morona	1,331	981	73.7
Pastaza	13,671	5,031	36.8
Santa Cruz	4,155	1,031	25.3
T.te César López R.	5,157	103	2.0

Fuente Censo INEI 1993

*Nota: En la fecha no había todavía la Provincia de Datem del Marañón, ni tampoco el distrito de Andoas.

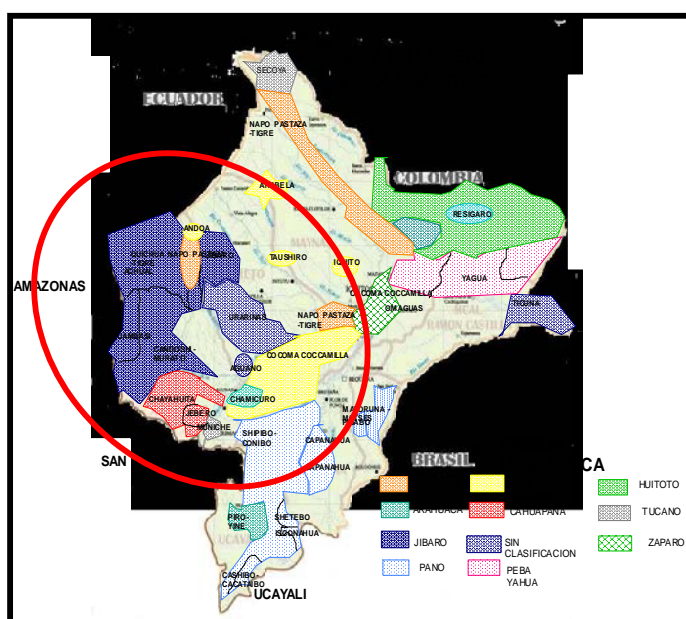
Cabe señalar que el porcentaje de población indígena según INEI¹⁸ es del 66.9% en el distrito de Cahuapanas y del 83.8% en el distrito de Balsapuerto, pero en ambos casos la percepción de los gobiernos locales y actores presentes en las respectivas zonas es que la presencia indígenas

¹⁸ Estudio “Perú: la población de las comunidades indígenas de la Amazonía”, INEI, elaborado sobre el Censo Nacional de Población 1993

es numéricamente superior. Esto se menciona para relativizar los datos estadísticos reportados arriba.

Por ejemplo, una elaboración sobre datos demográficos más recientes, indicarían para el distrito de Cahuapanas una población indígena de 6,971 habitantes¹⁹ sobre la población total del distrito que es de 8,090 habitantes, con lo cual se puede evidenciar que el distrito tiene una predominancia de población indígena (aprox. 86%). Documentos de la Municipalidad²⁰ afirman: «La población distrital la constituye un grupo muy importante de la Etnia Aguaruna (40%), de la Etnia Chayahuita²¹ (52%) y población mestiza (8%)».

Cuadro n° 19: Mapa etnolingüística de Loreto con marcada la zona de intervención



En espera de datos más recientes, se reporta lo presentado en un estudio de la Oficina Nacional de Epidemiología sobre datos del 1993.

Cuadro n° 20: Estimación de consistencia numérica de los pueblos indígena de la zona (1993)

Pueblo	n. habitantes aprox.	n. asentamientos
Achuar	4,771	39
Awajún	5,249	n.d
Candoshi	1,926	26
Chayahuita (Shawi)	13,700	95
Cocama-Cocamilla	9,422	39
Huampís	612	19
Quechua del Pastaza	10,526	76

Fuente: “Análisis de la situación de los PP.II. de la Amazonía peruana” OGE-MINSA 2003

*Nota: No reporta datos de los pueblos Shiwilos y Shapra

¹⁹ Según Censo de población y vivienda del año 2005.

²⁰ “Plan de Desarrollo Concertado 2005-2014, distrito de Cahuapanas”

²¹ La denominación ‘Chayahuita’ se refiere al grupo que cada vez más se autodenomina ‘Shawi’ o ‘Kampu Piyawi’.

VI.c El grupo participante

En marzo 2008, tras una convocatoria lanzada por medios radiales y escritos en las dos provincias de Alto Amazonas y Datem del Marañón, se realizaron las pruebas de selección para identificar los 30 becados integrales del proyecto. Los criterios para concursar eran: ser indígena y hablar el idioma materno, tener secundaria completa terminada, tener una carta de recomendación del apu de la comunidad y del presidente de la federación indígena, tener compromiso de trabajo. El 10 de marzo se realizaron en simultáneo las pruebas escritas a los candidatos en San Lorenzo con 106 postulantes y en Yurimaguas con 23 participantes, por un total de 137 jóvenes. El 5 de abril, después del análisis de las pruebas, se ha concluido esta etapa con la publicación de la lista de 30 jóvenes seleccionados.

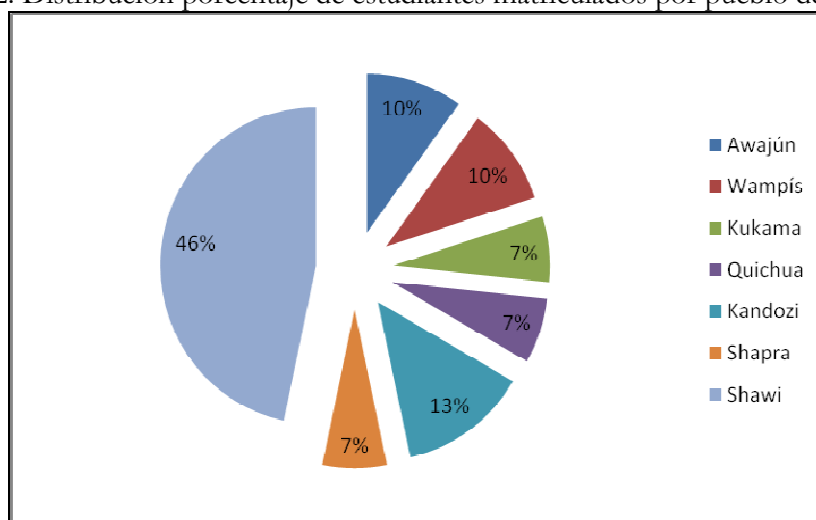
Los treinta ganadores fueron los que se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro n° 21: Lista de estudiantes indígenas del proyecto matriculados en el IESTP SL en el año 2009 (la columna 'edad' se refiere a los años de edad al momento de la matriculación)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PUEBLO	COMUNIDAD	FEDERACION
1	Autak Mejeant Taish.	18	Achuar	Chuintar	ATI
2	Bártenes Sánchez, Elvin	24	Awajum	Atahualpa	FENARA
3	Bisa Tirko, Sando	25	Shapra	Unión Indígena	FESHAM
4	Cárdenas Rojas, Pilar	18	Shawi	Santa Maria	FECONADIC
5	Cervano Amaringo, Jarley Sixto	17	Shawi	Barranquita	FECONADIC
6	Chovida Gonchama, Jorge	23	Kandozi	Shumbachicoch	FECONACADIP
7	Dahua Chino, Alan	22	Quechua	Alianza Crist.	FEDIQUEP
8	Encinas García, Jessica	16	Wampis	Nuevo San Juan	OSHDEM
9	Hernando Machquina, Luis	20	Kandozi	Puerto Ch.	FECONACADIP
10	Hidalgo Cahuaza Jessica M.	18	Shawi	Palmiche	FECOCHASI
11	Huiñapi Cárdenas, Reninmer	17	Shawi	Inchiyacu	FECONADIC
12	Kamarampi Yandari, Marcial	30	Kandozi	Caspacocha	FECONACADIP
13	Lancha Acho, Oscar	21	Shawi	Canoa Puerto	FECONACHA
14	Lancha Púa, Magnolia Rosa	19	Shawi	Balsapuerto	FECONACHA
15	Murayari Pereira, Jinmy Erik	18	Cocama	Achual Tipishca	FEDECOCA
16	Murayari Pereira, Maritza	25	Cocama	Achual Tipishca	FEDECOCA
17	Najar Chino, Diego Lizandro	21	Quechua	Alianza	FEDIQUEP
18	Pizango Huiñapi, Hipólito	26	Shawi	Pueblo Chay.	FECOSHASI
19	Pizango Tangoa, Edinson	19	Shawi	Nueva Vida	FECONACHA
20	Pizango Tangoa, Pedro	17	Shawi	Balsapuerto	FECONACHA
21	Rodríguez Inuma, Ely Kely	20	Shawi	Moyobambillo	FECONACHA
22	Sanchi Masho Mashingashi	37	Kandozi	Nva. Yarina	FECONACADIP
23	Taish Shunta, Isidro	22	Awajum	Nuevo Israel	CHAPI SHIWAG
24	Tangoa Huiñapi, Lily	23	Shawi	Zapote	FECOSHASI
25	Tiwi Unkum, Alan	21	Wampis	Fortaleza	OSHDEM
26	Torres Morales, Maruja	34	Wampis	Caballito	OSHDEM
27	Tsirimbo Nochimata Juan Pedro.	24	Shapra	Shoroya Nvo	FESHAM
28	Tuesta Inuma, Simón	24	Shawi	Nueva Luz	FECONACHA
29	Zúñiga Washinton Gabilio.	22	Achuar	Siwin	ORACH
30	Chivabueno Mashingash, Florinda	24	Awajum	Santa Rosa	CHAPI SHIWAG

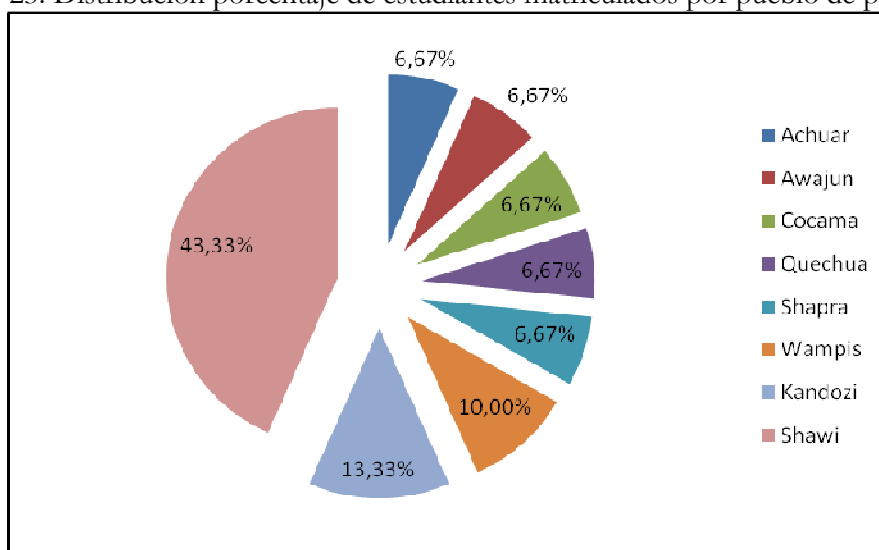
La división por género era la siguiente: 9 mujeres (33.3%) y 21 varones (66.6%).
 Las cuencas implicadas eran: la cuenca del río Morona, del Marañón, del Cahuapanas, del Pastaza, del Huallaga y del Paranapura.
 La presencia por pueblo de pertenencia, se puede visualizar en el siguiente grafico.

Cuadro n° 22: Distribución porcentaje de estudiantes matriculados por pueblo de pertenencia



Todo el primer año, ha sido de estudio en San Lorenzo y dedicado a un proceso de nivelación, para acceder a matricularse en el recién constituido Instituto Superior Tecnológico San Lorenzo (posteriormente, asumirá el nombre de Instituto de Educación Superior Tecnológica Público San Lorenzo, IESTP SL). En esta etapa, hubo algunas bajas y cambios ya que dos estudiantes mujeres se retiraron. Esto significó modificar ligeramente la composición de los beneficiarios.

Cuadro n° 23: Distribución porcentaje de estudiantes matriculados por pueblo de pertenencia



Como se puede ver, la diferencia es que se amplió a un grupo o pueblo mas, incorporando dos jóvenes Achual, llegando de esta manera a representar ocho de los nueve pueblos indígenas presentes en las dos provincias de Alto Amazonas y Datem del Marañón.

Todos los años 2009, 2010 y 2011 han sido de participación en los estudios de su carrera, según la carrera “nacional” (y biomédica) en el IESTP SL, y con los cursos interculturales realizados paralelamente. En el último año, otra estudiante mujer del proyecto se retiró de éste, si bien ha mantenido los estudios en el IESTP SL y posiblemente conseguirá su título en los próximos meses. Esto significa que 27 estudiantes (6 mujeres y 21 hombres, de ocho pueblos indígenas) han concluido exitosamente sus estudios.

Es significativo que las tres ‘bajas’, sean todas mujeres. Aunque las razones sean diferentes en cada caso (y en el caso de Rosita Lancha Púa, ella no se ha retirado de los cursos del IESTP SL, sino de los cursos interculturales por la excesiva carga que sentía), son evidentes las mayores barreras a la permanencia en los ciclos de estudio de las mujeres, por múltiples razones vinculadas sobre toda a los roles construidos acerca de los géneros.

De todas maneras, se puede considerar muy positivo que el 90% de los jóvenes que iniciaron su proceso, lo concluyeron exitosamente.

VI.d El proceso educativo realizado²²

El Plan de Estudios de Enfermería Técnica se desarrolla habitualmente – según la currícula nacional aprobada por el Ministerio- en 3,420 horas pedagógicas (de 50 minutos), comprendiendo seis semestres de 19 semanas cada uno, de las cuales 17 pertenecen al período de ejecución y 2 al proceso de nivelación y evaluación.

En el caso de la formación para los enfermeros indígenas del proyecto en el IESTP SL se emplearon 4,930 horas: 3,060 de formación general y especializada, y 1,870 de Medicina Tradicional Indígena.

El tiempo adicional correspondió en parte al trabajo de nivelación en castellano, matemáticas, idiomas maternos, informática, anatomía, enfermería e historia de la organización indígena, desarrollados en espera del reconocimiento de la carrera de Enfermería Técnica en el IESTP SL (primer año de proyecto). Por otra parte, a cursos sobre plantas medicinales, tecnologías sanitarias indígenas, enfermería básica, cosmovisión indígena y memoria de los pueblos, epistemología indígena, legislación y derechos indígenas, ecología y medio ambiente, etc. realizados durante los seis ciclos de estudio (años 2009, 2010, 2011).

La distribución horaria por componente ha sido:

Formación Transversal	680 horas	22.23 %
Formación Específica	2 329 horas	76.11 %
Consejería – Formación y Orientación	51 horas	1.66 %
TOTAL		100.00 %
Práctica Pre -profesional	35 % del total de formación específica	

²² Para la redacción de este párrafo, se ha utilizado ampliamente el documento (no publicado) “Evaluación final del proyecto Salud Intercultural en San Lorenzo”, Rosana Vargas y Rosa Giove, diciembre 2011

Para la adecuación de contenidos, se tomó en cuenta el contexto de las dos provincias y de los nueve pueblos indígenas de la zona de intervención del proyecto, así como las competencias del perfil técnico del egresado y los requerimientos educativos para que los estudiantes las pudiesen adquirir gradualmente.

Los contenidos del currículo se impartieron en módulos de Formación General, Formación Tecnológica o Específica (nivel básico, Intermedio y Especial) y se reforzaron los aprendizajes con las Prácticas Pre-profesionales. Adicionalmente, durante su permanencia en el Instituto Superior Tecnológico, se acompañó y orientó a los estudiantes, optimizando su aprendizaje y contribuyendo a solucionar sus problemas mediante el módulo de formación y orientación (Consejería).

En el siguiente cuadro se sintetizan los contenidos abordados a lo largo de los años de trabajo y estudio en San Lorenzo.

Cuadro 24: Componentes del Currículo

I Formación General	II Formación Tecnológica ó Específica			III Práctica Pre-Profesional
Transversal, sienta bases científicas y humanísticas, con aprendizajes generales.	Conjunto de conocimientos científicos y tecnológicos, procedimientos y actitudes requeridas para lograr las competencias propias de la carrera profesional. Constituyen la mayor parte de carga académica.			Ejecutan funciones de diversos niveles de complejidad; aplican las capacidades adquiridas, secuencialmente y en situación real de trabajo. De carácter formativo, evidencia el aprendizaje y complementa con el desarrollo de habilidades sociales y personales.
Humanidades: Lengua y Comunicación Castellana I – II Lengua y Comunicación Indígena I y II Economía Indígena Amazónica Derechos individuales y colectivos indígenas Educación Cívica y Defensa Nacional Análisis de la Realidad Peruana Memoria de los pueblos indígenas de la Región	Ciencias aplicadas:			INICIAL (36h): Enfatiza la práctica de Primeros auxilios; en sus comunidades y PS San Lorenzo INTERMEDIA (180 h): Prácticas de Tecnologías Indígenas; en Hospital de San Lorenzo, H. de Apoyo Sta. Gema de Yurimaguas, y en Centros de Salud de Yurimaguas: Aguamiro, La Loma, Carretera, Red de Salud de Alto Amazonas). También con los Equipos AISPED de la Red de Salud de San Lorenzo. FINAL (504 h) Práctica de Tecnologías Indígenas y Dietas y Purgas; en las comunidades
Ciencias básicas: Matemáticas I - II Investigación Científica Epistemologías Indígenas I y II	Tecnología básica	Nivel Básico:	Nivel Intermedio:	
Actividades: Educación Productiva Indígena I- II Computación I – V	Nivel Básico: Terminología en Salud Primeros Auxilios Psicología Clínica Inyectoria Tecnologías Sanitarias Indígenas I	Nivel Avanzado: Bioestadística Semiología Crecimiento y Desarrollo Humano Enfermería Básica I – II Estudio de Comunidad	Nivel Especial: Enfermería Médico Quirúrgico Enfermería Gineceo Obstetricia Enfermería en Pediatría Enfermería en Salud Pública Enfermería en Salud Bucal Enfermería en Psiquiatría Tecnologías Sanitarias Indígenas IV-V Legislación y Ética Profesional	

Para presentar la misma información según la carga horaria por asignatura y por ciclo semestral, se presentan a continuación dos cuadros con estas informaciones.

Cuadro n° 25: Asignaturas y carga horaria de los primeros dos ciclos de estudio en el IESTP SL (marcadas en color negro y carácter normal) y de los cursos de la currícula intercultural (en azul y en cursiva)

ASIGNATURAS Y ACTIVIDADES	SEMESTRES	
	I	II
PRIMER NIVEL:		
I. FORMACION GENERAL		
A. HUMANIDADES:		
Lengua y Comunicación Castellana I - II	4	3
<i>Lengua y Comunicación Indígena I y II</i>	<i>4</i>	<i>2</i>
Economía Indígena Amazónica	3	
<i>Derechos individuales y colectivos indígenas</i>		<i>4</i>
Educación Cívica y Defensa Nacional	2	
Análisis de la Realidad Peruana		4
<i>Memoria de los pueblos indígenas de la Región</i>		<i>4</i>
B. ARTE		
Arte	2	
C. CIENCIAS BÁSICAS		
Matemática I – II	4	3
Investigación Científica		3
<i>Epistemologías indígenas I - II</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
D. ACTIVIDADES		
<i>Educación productiva indígena I - II</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
Computación I - II	<i>2</i>	<i>2</i>
SUB TOTAL HORAS: SEMANAS/ SEMESTRE		
II. FORMACION TECNOLOGICA		
A. CIENCIAS APLICADAS DE NIVEL BASICO		
Biología	3	
Anatomía y Fisiología Humana	5	
Química		4
Microbiología		4
<i>Plantas medicinales amazónicas I - II</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
B. TECNOLOGIA BÁSICA		
Terminología en Salud	3	
Primeros Auxilios	4	
Psicología Clínica		3
Inyectoria Terapia		6
<i>Tecnologías Sanitarias Indígenas I</i>	<i>6</i>	
SUB TOTAL HORAS: SEMANA/ SEMESTRE	30	<i>18</i>
TOTAL HORAS SEMESTRE	510	<i>306</i>

Cuadro n° 26: Asignaturas y carga horaria de los últimos cuatro ciclos de estudio en el IESTP SL (marcadas en color negro y carácter normal) y de los cursos de la currícula intercultural (en azul y en cursiva)

ASIGNATURAS Y ACTIVIDADES	SEMESTRES							
	III		IV		V		VI	
SEGUNDO NIVEL:								
A. CIENCIAS APLICADAS DE NIVEL INTERMEDIO								
Bioquímica	4							
Patología I – II	5		4					
Epidemiología y Enfermedades Transmisibles			4					
Sistemas de conocimientos indígenas: modelos de investigación práctica I-II		10		10				
Tecnologías Sanitarias Indígenas II-III		5		5				
B. TECNOLOGIA AVANZADA								
Bioestadística	5							
Semiología	6							
Crecimiento y Desarrollo Humano			8					
Enfermería Básica I – II	10		6					
Estudio de Comunidad			8					
C. ACTIVIDADES								
Computación III - IV		4		4				
SUB TOTAL HORAS: SEMANAS/ SEMESTRE								
TERCER NIVEL:								
A. CIENCIAS APLICADAS DE NIVEL ESPECIAL								
Farmacología					5			
Nutrición y Dietética							5	
Dietas y purgas amazónicas I - II						4		4
B. TECNOLOGIA ESPECIALIZADA								
Enfermería Médico Quirúrgico					10			
Enfermería Gineceo Obstetricia					5			
Enfermería en Pediatría					10			
Enfermería en Salud Pública							7	
Enfermería en Salud Bucal							7	
Enfermería en Psiquiatría							8	
Tecnologías Sanitarias Indígenas IV - V						10		10
Legislación y Ética Profesional							3	
C. ACTIVIDADES								
Computación V - VI						4		4
SUB TOTAL HORAS: SEMANA/ SEMESTRE	30	19	30	19	30	18	30	18
TOTAL HORAS SEMESTRE	510	323	510	323	510	306	510	306
TOTAL GLOBAL Carga Horaria	3060/1870=4930							

VI.e Algunos aspectos significativos de la experiencia

Concretamente, la presencia de las dos currículas se ha venido realizando articulando las clases en la institución educativa (el IESTP SL), con los cursos paralelos de carácter intercultural, que se han realizado en las tardes y/o el los fines de semana.

Indudablemente, un problema real que han encontrado los/as estudiantes indígenas ha sido la carga horaria muy intensa y ‘pesada’ sobre todo puesto que ellos/as no tenían la costumbre de pasar tanto tiempo en actividad intelectual y sentados.

A manera de ejemplo se presenta un cuadro de actividades académicas de un mes.

Cuadro n° 27: Actividades académicas meses de marzo y abril 2010

HORAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
8:00-10:00	22 MARZO REALIDAD DEL PERÚ Y LORETO-	23 REALIDAD DEL PERÚ Y LORETO-	24 ANÁLISIS DE LA REALIDAD PERUANA	25 ANÁLISIS DE LA REALIDAD PERUANA-	26 ECOLOGÍA Y MEDIO AMBIENTE-	27 ENFERMERÍA BÁSICA	28 LIBRE
10:00-12:00						COMPUTACIÓN	
3:00-5:00	GÍNECO-OBSTETRA	TÉCNICAS DE ESTUDIO	TÉCNICAS DE ESTUDIO	COMPRENSIÓN LECTORA	ECOLOGÍA Y MEDIO AMBIENTE-	LIBRE	LIBRE
5:00-7:00	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE		4:00 PM REUNIÓN CORPI
8:00-10:00	29 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	30 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	31 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	1 ABRIL LIBRE	2 LIBRE	3 LIBRE	4 LIBRE
10:00-12:00	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN				
3:00-5:00	TÉCNICAS DE ESTUDIO	TÉCNICAS DE ESTUDIO	TÉCNICAS DE ESTUDIO	LIBRE	LIBRE	LIBRE	LIBRE
5:00-7:00	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE				
8:00-10:00	5 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	6 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	7 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	8 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	9 DOS GRUPOS ENFERMERÍA BÁSICA	10 DOS GRUPOS PANELES SOLARES ENFERMERÍA BÁSICA	11 LIBRE
10:00-12:00	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN	COMPUTACIÓN		
3:00-5:00	LEGISLACIÓN Y DERECHOS INDÍGENAS	LEGISLACIÓN Y DERECHOS INDÍGENAS	LEGISLACIÓN Y DERECHOS INDÍGENAS	LEGISLACIÓN Y DERECHOS INDÍGENAS	LEGISLACIÓN Y DERECHOS INDÍGENAS	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD VIVERO DE PLANTAS MEDICINALES
5:00-7:00	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE	TALLER ARTE	REUNIÓN CON ALUMNOS(4:00PM)	

Las horas curriculares, mas el tiempo de estudio, de realización de tareas y repaso, han implicado que la doble carrera sea realmente un esfuerzo muy fuerte. La carrera intercultural, o sea realmente que articule los contenidos, podría permitir de aliviar la carga horaria, asimilando de mejor manera las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje, El necesario trabajo con los docentes del IESTP SL, ha sido entonces constante sea para que conocieran y entendieran el sentido del proyecto, sea para sugerir modalidades de enseñanza practicas y eficaces, y sea para que dosificaran de la mejor manera las tareas asignadas.

Los talleres dirigidos a los docentes de los cursos ‘interculturales’ y a los docentes del IESTP SL, han sido muchos, también porqué sobre todo en la institución educativa pública se ha dado un elevando cambio de docentes a lo largo de los tres años.

Realmente, no ha sido fácil encontrar los docentes para una propuesta de formación tan ambiciosa y exigente, pero en términos generales esto ha sido posible.

Para cada curso realizado en el marco del proyecto, con contenidos de salud indígena e intercultural, se ha solicitado al docente la preparación de un ‘syllabus’ que precisa los contenidos, la dosificación de horas, los criterios e indicadores de evaluación de aprendizajes, etc.

La formación en aula, como se ha podido ver por el cuadro n° 23, se ha acompañado por los periodos de prácticas en puestos de salud y posteriormente en el hospital de Yurimaguas. Estas experiencias han sido muy importantes para los estudiantes, ya que han enfrentado de inmediato las características del trabajo de enfermería. Para todos ellos y ellas han sido momentos de afianzamiento de los conocimientos; también las evaluaciones de los médicos y/o de los funcionarios de la red de Salud han sido muy positivas.

El material didáctico preparado en apoyo a los estudiantes, ha sido de dos tipos: por un lado, las separatas preparadas por los docentes; por otro lado, material de consulta pero también de uso para los enfermeros, en su trabajo de educación a la prevención y de cura. En particular, es interesante señalar tres materiales elaborados en el marco del proyecto:

- a) La publicación “Servicios de Salud y Espíritus de la Naturaleza”, libro de 113 páginas impreso en 1000 ejemplares, que recoge el trabajo de investigación realizado por los propios estudiantes en sus comunidades, sobre farmacopea. Se presenta el uso de plantas para el tratamiento de las enfermedades y dolencias mas comunes en las comunidades indígenas.
- b) La cartilla “Enfermedades, Plantas, Salud. Manual de enfermedades transmisibles en la Amazonia peruana”, impresa también en 1000 ejemplares y con 46 páginas. Este material ayuda en la detección rápida de once enfermedades transmisibles muy presentes en la Amazonia, a través de fichas claras sobre sintomatología y otras informaciones clave.
- c) El rotafolio de nueve laminas en material plástico, con dibujos y breves mensajes escritos, para ser usado como medio de comunicación de fácil transporte y uso en las comunidades. Las láminas se refieren a las principales enfermedades relacionadas con el agua en la Amazonía y a medidas de prevención. El rotafolio se ha reproducido en 34 copias. Viene acompañado por un sencillo folleto en papel blanco A4 fotocopiado, doblado y engrampado, titulado “Guía metodológica: Contagio y prevención de infecciones intestinales, de la malaria y otras patologías derivadas del uso de agua contaminada o estancada” que presenta por cada lamina, orientaciones al personal de salud para realizar una charla eficaz usando el rotafolio. Esta guía consta de 14 páginas y se ha reproducido en 50 ejemplares

Estos materiales (que han sido entregados también a personal de salud de la zona) se considera que van a ser importantes herramientas de trabajo de los enfermeros indígenas; de hecho, los ‘rotafolios’ han sido ya validados en charlas que ellos han realizado en sus comunidades de origen.

Con respecto a su labor en las comunidades, cabe señalar un problema muy preocupante que se ha encontrado en muchas cuencas de las dos provincias: tal como cíclicamente sucede, en los años 2009-2011 se ha desatado una “cacería de brujos”, o sea una serie de repetidos episodios de persecución y asesinato de personas conocedoras de plantas y poderes. Difícil decir si realmente las víctimas eran ‘maleros’ e hicieron daño a personas; difícil decir si se trata realmente de una modalidad propia de las comunidades de enfrentar los momentos de ‘estrés colectivo’. Sabemos que tan solo en la cuenca del río Parapapura, entre los Shawi, hubo entre 2010 y 2011 el asesinato de 14 personas consideradas ‘curanderos’, por manos de desconocidos.

Las relaciones con la organización indígena CORPI han sido muy intensas y constantes: se considere que los estudiantes han albergado en instalaciones de propiedad de esta organización. Con las federaciones de procedencia de los jóvenes, también se ha mantenido cierto contacto, aunque menos frecuente por la distancia de las cuencas.

VI.f Los impactos alcanzados

Los impactos se analizarán en tres dimensiones, en tres escalas de complejidad: un primer nivel se refiere al grupo de 30 estudiantes seleccionados en 2008 para participar al proceso educativo; un segundo nivel se refiere a las comunidades indígenas de origen de los mismos estudiantes, y en general a las poblaciones indígenas de las dos provincias; un tercer nivel es el impacto en las organizaciones e instituciones de la zona y nacionales.

A nivel del grupo de jóvenes participantes al proceso educativo. Un grupo de 30 estudiantes, como se ha dicho, inició sus estudios en San Lorenzo en marzo 2008. De ellos, tres estudiantes mujeres por distintas razones se han retirado. Esto significa que 27 estudiantes (9 mujeres y 21 hombres, de siete pueblos indígenas) terminaron sus estudios, recibieron un título ‘a nombre de la Nación’ como enfermeros técnicos, y paralelamente un certificado de la DREL que reconoce las horas adicionales de la carrera intercultural. Estas personas han recibido una formación integral, con prácticas en centros de salud y en el hospital, además que directamente en sus comunidades. Se considera que son recursos humanos con una buena preparación, con un alto compromiso y dispuestos a trabajar por el bien de su gente. A la fecha de redacción de este documento, nueve de estos flamantes enfermeros indígenas (los primeros en el Perú con una formación intercultural, junto con los 20 preparados directamente por AIDSESP en Atalaya), se encuentran contratados por diferentes entidades, y existe un compromiso de las Redes de Salud de Datem y de Alto Amazonas para llegar a su contratación como personal de salud.

A nivel de comunidades indígenas. En las comunidades de origen de los 27 enfermeros y en las aledañas, ya hay impactos iniciales. Los otrora estudiantes, realizaron sus prácticas pre-profesionales en sus comunidades (con la tarea de rescatar conocimientos en plantas medicinales) y en los puestos de salud ubicados en ellas. Pudieron entonces hacerse conocer por la población como futuro personal de salud. Hicieron sesiones de transmisión de conocimientos tradicionales con ‘curiosos’ y conocedores. Atendieron en repetidos casos, a pacientes con diferentes tipos de problemáticas.

Como parte del proyecto, y del trabajo de los mismos estudiantes, se levantaron siete malocas (en realidad se levantaron ocho, pero una en San Lorenzo se quemó), construcciones rústicas en materiales locales, para la atención en salud. También, en estas mismas comunidades se prepararon huertos de plantas medicinales.

Estas realizaciones se han ubicado en los lugares que se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro n° 28: Actividades de proyección hacia las comunidades realizadas en el marco del proyecto, con recursos de la Unión Europea.

Actividades	comunidad
Construcción de malocas	San Lorenzo (2 construidas, una se incendió)
	Nueva Yarina
	Caballito
	Alianza Cristiana
	Caspacocha
	Puerto Barranquillo
	Zapote
Implementación de huertos de plantas medicinales	San Lorenzo
	Nueva Yarina
	Caballito
	Alianza Cristiana
	Caspacocha
	Puerto Barranquillo
	Zapote

Además, Terra Nuova logro conseguir pequeños financiamientos (parte de la cofinanciación del proyecto²³), que permitieron realizar la proyección hacia las comunidades. Se ha tratado de las siguientes actividades.

Cuadro n° 29: Actividades de proyección hacia las comunidades cofinanciamento Tavola Valdese 2009- sept. 2010

Actividades	Comunidad	Participantes
Talleres con mujeres de las CCNN sobre rescate de conocimientos	Santa María del Cahuapanas	31 (16 mujeres, 2 estudiantes)
	Caballito	22 (18 mujeres)
	Achualtipishca	45 (42 mujeres, 2 estudiantes)
	Palmiche	14 (14 mujeres)
Reuniones entre terapeutas tradicionales	Barranquita	25 (5 mujeres)
	San Lorenzo	15 (4 mujeres)
	San Lorenzo	11 (2 mujeres)
	San Lorenzo	12 (0 mujeres)
Actividades didácticas en los colegios de primaria y secundaria sobre prevención de enfermedades e importancia de la medicina tradicional	Santa Maria de Cahuapanas	82 alumnos, 5 docentes
	Palmiche (Sillay)	43 alumnos, 2 docentes
	Santa Maria de Cahuapanas	90 alumnos, 5 docentes
	Caballito (Morona)	39 alumnos, 1 docente
	Achualtipischa	74 alumnos, 3 docentes
	Palmiche	44 alumnos, 2 docentes
	Caballito	30 alumnos, 1 docente
	Achualtipischa	70 alumnos, 3 docentes

²³ Como mencionado en otras partes de este documento, la Unión Europea aportó el 75% del costo total de la acción, los otros recursos fueron aportados por Terra Nuova (el 15%) y AIDSESP/CORPI (el 10%).

Cuadro n° 30: Actividades de proyección hacia las comunidades cofinanciamiento Tavola Valdese 2011

Actividades	comunidad	participantes
Reuniones entre terapeutas tradicionales	Barranquita	25 (5 mujeres)
	San Lorenzo	15 (4 mujeres)
	San Lorenzo	11 (2 mujeres)
	San Lorenzo	12 (0 mujeres)
Talleres entre mujeres de las CCNN para el intercambio de conocimientos	Santa Maria de Cahuapanas	23 mujeres
	Palmiche (Sillay)	16 mujeres
	Caballito (Morona)	16 mujeres
	Unión Indígena	13 mujeres
Reuniones entre personal sanitario que opera en CCNN y estudiantes de enfermería	San Lorenzo	42 (27 estudiantes indígenas)
	San Lorenzo	40 (27 estudiantes indígenas)

Cuadro n° 31: Actividades de proyección hacia las comunidades cofinanciamiento HLF 2011

Actividades	comunidad	participantes
Elaboracion participativa de un “ <i>Plan Comunitario de Saneamiento y Prevención</i> ”.	Caspacocha	36
	Nueva Yarina	36
	San Ramón	33
	Moyobambillo	18
	Alianza Cristiana	22
	Achualtipischa	15
	Panguanita	14
	Unión Indígena	15
	Santa María de Cahuapanas	16
	Caballito	28
Encuentros de sensibilización con población adulta de las CC.NN. realizados por los estudiantes, sobre prevención	Nueva Yarina, Caspacocha, San Ramón, Moyobambillo, Chuintar, Washientsa, Pandora, Sinchi Roca, Nuevo Israel, Shoroya Nuevo, Musa Karusha, Consuelo, Nazareth, Sumbachi Cocha, Kaupán	399

Con recursos de otra financiera²⁴ se ha podido realizar un proyecto paralelo pero independiente desde el punto de vista operativo y financiero, que ha permitido realizar actividades en otras comunidades, tal como se detalla.

²⁴ Proyecto “Acceso al agua potable. Cultura tradicional e innovación para el buen vivir en comunidades indígenas de la Amazonia peruana”, cofinanciado por Autorità d’Ambito Territoriale Ottimale Laguna di Venezia (Italia) y ejecutado por Terra Nuova en los años 2009-2011.

Cuadro n° 32: Actividades realizadas en las mismas comunidades de origen de los estudiantes indígenas del proyecto, pero con otros recursos (AATO Laguna di Venezia)

Actividades	comunidad
Perforación de nuevos pozos	Nueva Yarina
	Caspacocha
	Alianza Cristiana
	Panguanita
	Unión Indígena
	Achualtipischa
Rehabilitación de pozos pre-existentes	San Ramón
	Moyobambillo
	Caballito
	Santa Maria de Cahuapanas
Implementación de viveros forestales para protección de fuentes de agua	S. Maria de Cahuapanas
	Barranquita
	San Lorenzo
	Nueva Yarina
	Caspacocha
	San Ramón
	Alianza Cristiana
	Moyobambillo
	Achualtipischa

Paralelamente a estas intervenciones de infraestructuras, se realizaron actividades de capacitación/sensibilización.

Cuadro n° 33: Actividades de sensibilización en las comunidades, pero con otros recursos (AATO Laguna di Venezia)

Actividades	comunidad	participantes
Taller con docentes para transferir metodologías de trabajo didáctico con tema agua sana, prevención de enfermedades e importancia saberes indígenas	San Lorenzo	34 docentes
	Alianza Cristiana	10 docentes
	Nueva Yarina	11 docentes
	San Lorenzo	46 docentes, 15 de ellos mujeres
	San Lorenzo	22 docentes, 13 de ellos mujeres
Actividades didácticas en los colegios de primaria y secundaria	Panguanita	32 alumnos
	Unión Indígena	13 alumnos
	Moyobambillo	24 alumnos
	Nueva Yarina (Sec)	29 alumnos
	Nueva Yarina (Pri)	43 alumnos
	Alianza Cristiana	57 alumnos
	Caspacocha	45 alumnos
	San Ramón ²⁵	12 alumnos
	Barranquita	12 alumnos
	Puerto Barranquillo	35 alumnos
San Lorenzo	66 alumnos	

En el marco de este proyecto se imprimieron 10.000 ejemplares de un cuaderno escolar con en la caratula y contra caratula mensajes sobre la prevención de enfermedades

²⁵ Gli alunni di San Ramón, assistono alle lezioni presso la scuola di Puerto Barranquillo e di Iwaqui Cocha.

transmisibles, los que se entregaron en más de cuarenta instituciones educativas de las dos provincias.

A pesar de estos aspectos positivos, no se ha podido realizar un significativo trabajo que fortaleciera las OO.II. en asumir la temática de la Salud Intercultural. Hubiese sido muy importante que en cada una de las Federaciones Indígenas de referencia de los enfermeros técnicos, hubiese una Secretaría de Salud, para respaldar y monitorear la labor de éstos profesionales y en general, la calidad y pertinencia de la atención en salud. En síntesis se puede decir que el impacto es todavía incipiente si se analiza desde el punto de vista del cambio de actitudes y hábitos (notoriamente, un proceso lento, sobre todo si pretende ser como en este caso, un proceso endógeno). De todas maneras ha sido importante y lo será sobre todo al radicar los nuevos enfermeros indígenas en sus respectivas comunidades, afianzados por sus organizaciones y reconocidos por su gente.

A nivel institucional. El tercer ámbito señalado, se refiere como dicho al impacto en términos de incidencia, con las instituciones del Estado para posicionar el tema y la propuesta de formación de recursos humanos indígenas en salud intercultural. Se ha indudablemente desplegado, desde el proyecto, un intenso trabajo hacia las instituciones locales de las dos provincias (UGELs y Redes de Salud de Alto Amazonas y de Datem del Marañón), de la Región Loreto (DREL, DIRESA, Gobierno Regional) y del nivel nacional (MINSA y sus diferentes articulaciones: INS, CENSI; MINEDU y sus direcciones: DIGESUTP y DEIB; INDEPA; Vice-Ministerio de Interculturalidad).

Un factor obstaculizador, ha sido los factores de contexto socio-político nacional que han implicado periodos de tensión y/o cambios de todos los referentes; se señala que a lo largo de los cuatro años de ejecución del proyecto hubo la campana electoral y posterior realización de votaciones para elegir Alcaldes, Concejos Municipales y Regionales (septiembre-octubre 2010); movilizaciones indígenas y “Baguazo” (junio 2009); campañas electorales para las votaciones presidenciales (primer turno en abril y segunda vuelta en junio 2011). Sobre todo el cambio de funcionarios a nivel de UGEL Datem, de la DREL, de la DIGESUTP ha significado retrocesos muy significativos.

Hubo también espacios para posicionar el tema y la propuesta de formación de enfermeros indígenas en niveles internacionales, con la participación en dos importantes eventos. Una primera oportunidad, con la ponencia sobre el proyecto, fue la Octava Conferencia Internacional de la *International Society of Health and Human Right*, realizada en Lima del 15 al 18 de octubre 2008, con el lema “Verdad, Justicia y Reparación: Reconstruyendo Salud y Dignidad después del Trauma”. En este evento internacional, participaron más de 150 delegados de varios países de África, Asia, América y Europa. La segunda oportunidad ha sido el foro organizado en el marco del propio proyecto, llamado “Salud: Un derecho para todas las personas y los pueblos. La formación de recursos humanos en salud intercultural en la región andina”, que se ha realizado en los días 20 y 21 de septiembre 2011, en la ciudad de Lima. Gracias al intenso trabajo inter-institucional, se ha podido realizar un evento de carácter internacional, convocado de manera concertada con ORAS, UNFPA, la Cooperación Italiana, la ong Salud sin Límites. Se señala la participación del Vice-Ministro de Salud de Bolivia, de una alta funcionaria del ministerio de Salud de Ecuador, del Secretario General de la Comunidad Andina de Naciones, de un congresista de la República del Perú, entre otras autoridades.

Se puede considerar que se ha posicionado con fuerza el tema de la necesidad e importancia de formar personal de salud indígena, con una currícula intercultural. Por otro lado, no se ha logrado finalmente (en gran medida, por los cambios de funcionarios de alto nivel en CREL y MINEDU y el cambio del director del IESTP SL) dejar sentada en la institución educativa superior de San Lorenzo, una currícula validada para la enseñanza intercultural de la carrera de enfermería técnica.

VII. LOS TESTIMONIOS DE LOS PRINCIPALES ACTORES

VII.a De la “historia de mi vida” al “plan de vida” de los enfermeros

Los principales participantes al proyecto y protagonistas de él, han sido los estudiantes indígenas.

Con ellos se ha realizado una vivencia muy intensa a lo largo de cuatro años (desde marzo 2008 hasta marzo 2012).

Al iniciar su experiencia en el proyecto, se les pidió escribir una breve autobiografía, una “historia de mi vida”. Son historias diferentes, pero con elementos comunes: los estudios, la escasez de recursos económicos, las mudanzas a veces de una comunidad a la otra del papá; en algún caso, episodios tristes de progenitores que han fallecido. También, se le pidió a cada uno proyectarse en el futuro y escribir su visión a los cinco años.

Por ejemplo Elvin Bartenes Sánchez, en su “Historia de Vida” narraba sus experiencias de estudio y de vida (entro en el ejército, pero después de ocho meses “ya no podía resistir”). En cuanto a su visión, escribió:

«Mi visión es de terminar mi carrera de enfermería técnica y apoyarles a las personas que tienen enfermedades con cuidado, con cariño, sin discriminar.

Aplicar todo lo que he aprendido en el transcurso de mis estudios y después llegar a la autoridad máxima (alcalde) incorporar en las políticas para defender a mi patria y así progresar con las personas humildes, que tengan todas las oportunidades de afrontar en la vida».

Otro estudiante, Jarley Sixto, dice:

«Yo, de aquí a 05 voy a ser un enfermero técnico con un amplio conocimiento en cuanto a la medicina occidental y como también a la medicina indígena y voy a trabajar en el pueblo donde nací y mis padres se van a sentir alegres viendo que yo soy un profesional y los comuneros de dicha comunidad van a tener ese gusto de ir a mi puesto de salud porque yo lo entenderé tanto en castellano como también en mi lengua materna».

Lily Tangoa también, después de contar su vida, expresa el orgullo por haber sido elegida: «las autoridades han confiado en mi persona».

Marcial Kamarampi, cuenta algunas anécdotas de su vida cuando chico. Así, con sencillas palabras describe su vida:

«Una vez mi papá me enseñó a techar la casa, y otro día me llevó al bosque para hacer mitayo, mi padre me dijo para callarme porque estaba haciendo bulla; callado caminaba en el monte mi padre y mató dos perdices. Mi padre caminada mucho, pero ahora falleció y mi madre también».

Pedro Pizango también nos contó episodios de su vida:

«(...) también mi papá me enseñó a disparar, yo de miedo agarré la escopeta y de suerte logré alcanzar a una paloma y mi papá me abrazó porque alcancé matar a esa paloma; desde allí empecé yo solo a disparar, e ir al monte; hasta hoy algunas veces también escapo, y cuando le cuento a mi padre, él me riñe».

Pilar en aquel momento nos hizo saber en su “Historia de vida”, que:

«Mi gran sueño desde niña era de ser una enfermera, es así que un día 05 de marzo cuando me llama mi papá preguntando que si yo me animaba a concursar en la carrera de enfermería técnica en salud intercultural que estaba organizando Terra Nuova y Corpi, yo me sentí muy animosa de concursar».

Por supuesto, que durante todo el periodo de ejecución del proyecto hubo momentos difíciles, enfermedades entre los estudiantes. También, problemas de integración con los otros estudiantes mestizos del IESTP SL:

“Al principio nos trataban como si no sirviéramos para nada, nos rechazaban... ahora hay más integración” (Estudiante indígena mujer)

Después de los cuatro años de estudio y duro trabajo, se les pidió a los participantes de evaluar sus aprendizajes en lo personal y en lo profesional, además, de asumir su compromiso y hacer un plan para su reinserción en su propia comunidad de origen.

Los así llamados “Proyectos de Vida” individuales, elaborados en diciembre 2012 o sea al final del proyecto, por los propios participantes indígenas de este proceso, trazan el perfil de personas maduras, que han definido su rol en la comunidad, mas allá de la contratación formal de la Red de Salud.

Por ejemplo, Mashingashi Sancho Mashi, define así sus próximos pasos.

Cuadro n° 34: Plan personal de trabajo en mi comunidad de Mashingashi Sancho

Actividades	Actores	Fechas
Reunión con las comunidad para anunciar su regreso y mostrarle los retos más importantes que tendrán que enfrentar juntos	Todos los comuneros y con alianza de las autoridades	Fines de Diciembre/ Inicio de Enero '12
Reunión con los padres de familia para plantear una mejor organización del tiempo para recolectar alimentos	Todos los comuneros	Enero 2012
Charlas informales con el profesor de la primaria	Profesor de la comunidad	Enero
Reunión con todas las autoridades de los anexos cercanos para facilitar la matriculación de los y las jóvenes de la escuela secundaria (a través construcción de un internado)	Todas las Autoridades, también las ex Autoridades, todos los profesionales, las Presidentas Club de Madres	Febrero/ Marzo
Talleres de prevención de enfermedades y atención al medio ambiente	Todos los comuneros con apoyo autoridades y esposa	Marzo
Reunión con los compañeros cercanos para confrontarse e intercambiar opiniones sobre mutuos problemas	sus compañeros Jorge, Marcial, Luis	Una vez al mes

VII.b Testimonios de las autoridades locales

El proyecto ha tenido un importante respaldo de parte de estas instancias a nivel local y regional, gracias a una activa labor de incidencia desde el proyecto.

En algunos casos, las autoridades estaban muy claras:

“Es necesario reactivar y perfeccionar el conocimiento tradicional para mostrar la sabiduría indígena; tenemos el conocimiento y la tecnología, pero falta investigar... no está publicado, por eso no se conoce; el IST puede aportar el conocimiento

científico, pero también de nuestra cultura... combinar la ciencia médica y el conocimiento indígena” (Emir Masegkai, ex Alcalde provincial Datem del Marañón).

«Es un proyecto que rescata lo que muchos años se ha soñado: rescatar los conocimientos locales de los pueblos indígenas, articular la currícula nacional con los conocimientos ancestrales (...) articular dos epistemologías de manera acertada. El proyecto está respondiendo al interés que existe en la zona de que los conocimientos que se manejan en el campo de salud puedan ser sistematizados y socializados en los contextos formales de educación». (Director UGEL San Lorenzo)

Por supuesto no siempre y no con todas las autoridades y/o los funcionarios ha sido así, pero en las dos provincias y a nivel regional se ha podido posicionar con fuerza el tema, gracias a la calidad de la formación de los jóvenes indígenas.

«El grupo mestizo y el grupo indígena son muy diferentes en conocimiento. Los mestizos no han llevado los cursos de salud intercultural. El grupo indígena se aboca más a la salud de campo aunque también domina los conocimientos farmacológicos. Le lleva ventaja al grupo mestizo, de manera considerable. Están preparados para salir al campo... Conocen qué plantas son para cada enfermedad. Son competitivos y capaces de enfrentarse a los problemas de salud y de resolver problemas». (Docente de investigación, IESTP SL)

Se prevé que se dé una apertura de plazas que posibilite su contratación. El hecho que la Micro Red de Salud Datem del Marañón sea desde junio de 2011 una unidad ejecutora amplía esta posibilidad.

«Van a ser contratados... Si yo veo que dentro de la disminución de la brecha de recursos humanos (...) el recurso de un técnico sanitario con la formación que se le ha dado, dándole importancia a su vivencia, a su cultura, es muy importante. La brecha es de alrededor del 40% porque lo ideal es que cada establecimiento tenga mínimo dos (técnicos), porque tienen que salir a las comunidades.» (Director Micro red de Salud Datem del Marañón)

VIII. CONCLUSIONES

Con respecto al proceso educativo de pobladores indígenas como profesionales de salud.

- La formación de personas (hombres y mujeres) indígenas, como personal de salud es fundamental e imprescindible para mejorar la eficiencia de los establecimientos de salud.
- La formación de este personal, debe colocar en el mismo nivel epistemológico los diferentes enfoques y “sistemas de salud” que las diversas culturas humanas ha producido. En el caso, los estudiantes deberán recibir todo el conocimiento de la medicina ‘occidental’ pero también rescatar y recibir de los propios terapeutas tradicionales los conocimientos y prácticas de las medicinas indígenas de su pueblo o cultura.
- Las modalidades de enseñanza-aprendizaje en salud, deben ser de carácter teórico-prácticas para transmitir sea conocimientos que habilidades aplicativas. En este sentido, y para los contenidos referidos a la medicina indígena, se trata de rescatar y utilizar –por lo menos en parte- las modalidades tradicionales de transmisión del conocimientos: caminatas en el bosque indicando plantas y sus usos, sesiones nocturnas de toma de ayahuasca y otras plantas maestras, periodos de ayunas y dietas ‘en el monte’, acompañamiento al maestro en sus curaciones de enfermos. Evidentemente, estas modalidades no son fácilmente entendidas en un esquema curricular occidental; se espera que el Ministerio de Educación peruano y sus instancias descentralizadas entiendan plenamente que la Educación Intercultural Bilingüe es una concepción que obliga no solo a modificar el idioma con que se transmiten los contenidos cognitivos, sino los mismos contenidos, las modalidades didácticas, los espacios educativos, el rol de la comunidad educativa en su conjunto, y por ende la normatividad.
- Existe una dificultad objetiva en identificar terapeutas tradicionales dispuestos y capaces de transmitir conocimientos. Esto, sea porqué ha habido y sigue dándose una pérdida de conocimientos, sea porqué en muchos lugares de la Amazonía peruana se produjo recientemente una “cacería de brujos” (!) que atemorizó los conocedores de medicina tradicional.
- Sigue siendo un problema importante, el requerimiento que para reconocer horas de cursos prácticos sobre medicina tradicional, el docente debe ser un personal titulado y autorizado; es entendible que haya medidas de precaución ya que no es posible que cualquier persona considere ‘maestro’, pero es muy difícil encontrar verdaderos conocedores de medicina tradicional que presenten estos requisitos, con el resultado que cursos realmente importantes podrían no ser reconocidas por las entidades del sector Educación al no ser el docente (en este caso, el terapeuta empírico) un personal titulado. Otra vez, se necesita una disposición de los funcionarios de Educación y una normatividad, que asuma plenamente una visión del proceso educativo intercultural.
- Existen y tienen mucha fuerza, ya conocidos determinantes culturales y sociales que obstaculizan la permanencia en el ciclo de estudio a las mujeres más que a los varones. Es necesario redundar en esfuerzos para facilitar la culminación de los estudios de este sector, tan importante en el ámbito de la salud porqué la figura femenina se vincula directamente –en muchas culturas- con funciones de cura, cuidado y relación directa con las fuentes de la vida.
- Si el planteamiento un tanto esquemático referido en la presentación de los sistemas de salud amazónicos, donde se presentaban tres niveles y ámbitos de curación con tres tipologías de agentes de curación (cfr. Cuadro n° 6), entonces una curricula

tendrá mayor facilidad en abordar y transmitir el conocimiento “cotidiano” y mayormente difuso sobre herbolaria, tendrá algunas dificultades mayores en rescatar, intercambiar y consolidar los conocimientos más especializados (las así llamadas prácticas ‘sub-chamánicas’), mientras tendrá muchas resistencias (de parte de los maestros, de los aprendices y de los pobladores) y muchas dificultades en acceder a estos conocimientos. De todas maneras, es necesario elaborar estrategias para asegurar que los contenidos de los cursos de medicina indígena, no se limiten al rescatar la farmacopea indígena (el primer nivel), sino vinculen estos conocimientos en herbolaria a la concepción epistemológica del proceso salud-enfermedad en los pueblos indígenas. Realizar un inventario de plantas medicinales separándolo de la cosmovisión que las ha seleccionado, sería una operación arbitraria y producto nuevamente de la lógica ‘occidental’ de separar lo que es parte de un todo en la visión indígena.

- La propuesta curricular intercultural aplicada en la primera experiencia de Atalaya, y validada en San Lorenzo (con la experiencia que en este documento se sistematiza), en Bagua y que ahora se está implementando en Nauta, es una importante acumulación de aprendizajes; las dificultades y los problemas que se han presentado, y por ende que ahora se conocen y se sabe como mitigar, permiten decir que AIDSESEP como instancia matriz y representativa de los pueblos indígenas amazónicos de Perú puede con autoridad moral y pleno conocimiento del asunto, sustentar la posibilidad, la necesidad, la eficacia y el éxito de una currícula intercultural en enfermería técnica. Existe un Plan de Estudio.
- En San Lorenzo se preparó una currícula intercultural que bien podría ser un referente para Institutos Tecnológicos interesados a validar una propuesta integralmente intercultural; el problema es que este proyecto de diversificación se ha elaborado según una modalidad de enseñanza por asignaturas, y no ‘modular’ tal como ahora es requerido por el MINEDU.
- Si bien las experiencias de Atalaya, de San Lorenzo y de Bagua, se han focalizado en la formación de enfermeros técnicos indígenas, es evidente que para una real y efectiva articulación de diferentes sistemas de salud en servicios interculturales para las comunidades de la Amazonia, se necesita toda la amplia gama de personal médico y paramédico que sea indígena y/o que tenga una formación intercultural. Aquí como se entiende son dos temas diferentes: por un lado, se trata de formar jóvenes indígenas como enfermeros técnicos, pero también como licenciados en enfermería, médicos de las diferentes especializaciones, laboratoristas, siempre con una preparación en los dos sistemas de salud. Por otro lado, también es necesario ofrecer una profunda preparación intercultural para el personal mestizo que trabaja en el contexto amazónico (y, de igual manera, altiplánico donde hay vigencia de las culturas quechuas y aymara).

Con respecto al capital humano indígena, formado como profesionales en salud.

- Un personal de salud indígena, conocedor del idioma, de la cosmovisión y de la idiosincrasia de su pueblo, con los conocimientos y las habilidades en medicina occidental y en medicina indígena, tiene un potencial muy importante para mejorar la salud en la Amazonia. Por supuesto, se trata de que las Redes de Salud vean este recurso humano y lo contraten (por supuesto, tras un proceso de selección transparente y exigente, que evalúe realmente las capacidades de los profesionales; pero que introduzca un criterio preferencial para el personal que conoce un idioma indígena y que tiene una formación intercultural).
- También, se trata de acompañar este personal para que asuma y maneje con equilibrio su difícil posición de “bisagra” entre dos mundos. Hay que recordar las

dificultades de muchos docentes indígenas que han sufrido frente a una “doble lealtad” requerida por un lado, disciplina y aplicación de normas del Ministerio Educación que los contrata, por otro a su pueblo y sus organizaciones representativas que los han enviado a estudiar, muchas veces con becas).

- A la fecha, hay 20 jóvenes de los pueblos Yine, Shipibo, Askheninka y Asháninka formados por AIDSESEP con el apoyo de NORDECO y egresados en la zona de Atalaya en 2007; 27 de los pueblos Awajún Wampís, Achuar, Kandozi, Shapra, Kichua, Shawi y Cocama egresados en 2011 del IESTP de San Lorenzo. También, están recibiendo su título en estos primeros meses del año 2012, 24 jóvenes (15 Awajún, 6 Wampís y 3 Kichuas lamistas) que han estudiado en Bagua. Esto significa que ya existe un capital humano significativo, si bien no suficiente en términos numéricos para una cobertura de las necesidades, y que el MINSA, el CENSI, las Redes de Salud, las OO.II deberían tomar decisiones importantes para una evaluación de conocimientos y de motivación, su inmediata contratación y colocación en lugares importantes para que puedan trabajar en bien de sus pueblos.
- En términos funcionales, es posible que se requiera considerar como modificar la estructura de los Puestos de Salud en zonas con fuerte presencia de comunidades indígenas, para que el personal de salud intercultural pueda trabajar de la manera más eficaz y eficiente con los recursos terapéuticos de las dos ciencias médicas. Organizacionales. También, el personal SERUM que llega a estos Puestos o Centros de Salud, deberá tener la clara orientación normativa de que el punto de vista del personal indígena será un importante referente para la toma de decisiones.
- Para las OO.II. locales, regionales y nacionales, también es un desafío la presencia de este personal indígena formado. Podría ser importante consolidar instancias (como por ejemplo, Secretarías de Salud) en las federaciones que puedan acompañar desde el ámbito político, a los enfermeros indígenas. También será importante que en lo posible, ante las grandes y graves necesidades en salud de las familias indígenas, el personal indígena formado se mantenga en las comunidades realizando el trabajo por el cual ha sido preparado. Esto, en consideración también de que a veces los pocos profesionales indígenas son absorbidos por las OO.II. en importantes funciones dirigenciales, que pero entran en conflicto con su importante rol de cuidadores de la salud.
- Siendo un problema el sub-registro referido a mortalidad, morbilidad y otros datos epidemiológicos de los pueblos indígenas amazónicos, sería importante por un lado, obtener del INS la introducción de variables sobre pertenencia a grupos originarios en los censos, pero también diseñar el tejido de establecimientos de salud en las cuencas amazónicas en función de la distribución de los diferentes pueblos, de manera que sea más fácil el tratamiento de datos, el diseño de estrategias de comunicación para la prevención, etc.

Se retoman además, cuatro importantes aspectos señalados en la evaluación externa final al proyecto²⁶

- El proceso de formación ha mostrado la importancia de considerar como parte de la propuesta, la nivelación académica de los y las estudiantes debido a las severas deficiencias de la educación impartida a los pueblos indígenas, lo mismo que un acompañamiento pedagógico y un soporte emocional que permita enfrentar los desafíos que impone la adaptación a un medio urbano, con el consiguiente riesgo de fractura en su identidad cultural.

²⁶ R. Vargas, R. Giove op. cit.

- El apoyo e identificación de las organizaciones indígenas con la propuesta de formación en salud intercultural es fundamental para garantizar su viabilidad, favoreciendo el sentido de pertenencia de los estudiantes a sus organizaciones y el interés de éstas por su desempeño y necesidades. Esta situación configura un escenario favorable para la realización de una iniciativa con estas características.
- Es importante no generar con los y las estudiantes una relación de excesiva dependencia con el proyecto, promoviendo una actitud de corresponsabilidad y aporte propio sea de sus familias y comunidades, como de sus propias posibilidades de retribuir de alguna manera los recursos invertidos en ellos. Prevaleció al inicio del proceso una relación paternal y de protección que derivó en una exigencia desmedida hacia Terra Nuova.
- Es necesario asegurar un mayor seguimiento a la inserción de los estudiantes en sus comunidades, tanto durante el proceso de formación como al culminar ésta. El monitoreo a actividades como la instalación de huertos medicinales, el refuerzo a las habilidades y destrezas desarrolladas, su rol de mediadores entre los agentes tradicionales de salud y el personal de salud occidental, entre otros aspectos, son elementos tener en cuenta como parte del proceso de formación.

IX. PRESENTACION DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DEL PROYECTO

IX.a La organización AIDSESEP²⁷

La Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana – AIDSESEP, es una organización representativa de los pueblos indígenas de la Amazonia peruana, a nivel nacional. Después de primeras experiencias organizativas a partir de los años Setenta del siglo pasado, la Central de Comunidades Nativas de la Selva Central (CECONSEC), representativa del pueblo Asháninka, la Federación de Comunidades Nativas de Ucayali (FECONAU), Shipibo, y los Awajún, con su Consejo Aguaruna y Huambisa (CAH), fomentaron, a comienzos de los años 80, a la constitución de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana – AIDSESEP. El proceso organizativo ha sido lento pero constante, no exento de dinámicas y tensiones, como es parte de toda entidad realmente representativa de grupos diferentes y opciones y opiniones plurales. A la fecha se mantiene como una organización representativa y beligerante para el respeto de los derechos de los pueblos indígenas amazónicos de Perú.

Actualmente son afiliadas a esta organización seis coordinaciones regionales:

- ORPIAN-P (Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Norte, con sede en Bagua, región Amazonas);
- ORPIO, antes ORAI (Organización Regional de los Pueblos del Oriente, con sede en Iquitos, Loreto);
- CORPI-SL (Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo, con sede en San Lorenzo, Loreto);
- ORAU (Organización Regional AIDSESEP Ucayali, con sede en Pucallpa, Ucayali);
- ARPI-SC (Asociación Regional de los Pueblos Indígenas de la Selva Central, con sede en Satipo);
- FENAMAD (Federación Nativa de Madre de Dios y Afluentes, con sede en Puerto Maldonado).

Cada una de estas organizaciones, es a su vez una coordinación de federaciones de base, expresión de un pueblo y/o de una cuenca.

Además, adhiere directamente a AIDSESEP la organización COMARU (Consejo Machiguenga del Río Urubamba).

AIDSESEP tiene aglutinadas de esta manera a 57 federaciones y organizaciones territoriales de base, que representan a las 1,350 comunidades donde viven 350,000 hombres y mujeres indígenas, agrupados en 16 familias lingüísticas.

AIDSESEP es además una de las organizaciones impulsoras de la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica – COICA²⁸, que nace el 14 de marzo de 1984 en la ciudad de Lima, durante el I Congreso de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica, en las que participaron: AIDSESEP, Perú; CONFENIAE, Ecuador; CIDOB, Bolivia; ONIC, Colombia; y UNI, Brasil. Hoy la COICA afilia también las organizaciones indígenas amazónicas de Guyana (APA), Surinam (OIS), Guyane (FOAG), Venezuela (ORPIA).

²⁷ Muchas informaciones de este párrafo, son basadas en las presentaciones que la misma organización indígena AIDSESEP presenta en su página web www.aidesep.org.pe

²⁸ Cfr. página web de COICA: www.coica.org.ec

Cuadro n° 35: Mapa indicando las bases de AIDSESEP



Entre los programas y componentes de trabajo de AIDSESEP, en diciembre de 1995 se propone al Consejo Directivo de AIDSESEP, la creación de un Programa de Salud Indígena de nivel nacional y en agosto de 1996, en la XVII Asamblea General, se ratifica su creación en sustitución de la Secretaría de Salud, como un organismo especializado y descentralizado, con autonomía técnica y administrativa. Su objetivo es:

«Elevar el nivel de vida fortaleciendo y desarrollando el enfoque intercultural de los sistemas indígenas de salud, de acuerdo con la particularidad cultural de cada pueblo indígena amazónico».

Los objetivos específicos definidos por el PSI, son:

- Diseñar y poner en práctica estrategias y metodologías específicas para reactivar los sistemas indígenas de salud.

- Generar o mejorar las condiciones que faciliten el desarrollo de la sabiduría ancestral, así como el desenvolvimiento de los chamanes.
- Proveer los recursos indispensables que requieren los sistemas de salud para optimizar su funcionamiento.
- Promover y facilitar encuentros chamánicos para intercambiar experiencias y conocimientos.
- Difundir el conocimiento chamánico a través de su inclusión en el currículum de las escuelas bilingües de educación intercultural y de otras formas de comunicación.
- Difundir información sobre la política indígena de salud y las actividades del Programa de salud Indígena tanto al interior de la sociedad indígena como hacia la sociedad nacional.
- Definir una política respecto de los estudiantes y profesionales indígenas del área sanitaria y afines, buscando su integración al Programa y para apoyarlos en sus inquietudes y proyectos.
- Elaborar indicadores de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana.
- Identificar los problemas prioritarios de salud pública de la amazonía peruana, susceptibles de ser controlados y tomar la iniciativa de comprometer al Ministerio de Salud, a las universidades e instituciones afines, en un esfuerzo conjunto con las organizaciones indígenas, para gestionar y operativizar proyectos y programas de control de estos problemas.

El mayor proyecto del PSI ha sido el DESSAI (Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígena), en 120 comunidades de OIRA, OAGP y ORDECONADIT (región Ucayali), cuyo objetivo fue la recuperación de recursos humanos indígenas en salud; recuperación de conocimientos y tecnologías y el segundo objetivo fue la formación de promotores indígenas de salud con enfoque intercultural del Gobierno Regional de Ucayali. También a partir de esta experiencia, la propuesta de la AIDSESEP considera que un sistema de salud intercultural debe contar con personal en el ámbito nacional y regional capacitado para ello, mediante el diseño de un sistema de formación de Técnicos en Salud Intercultural (TSI), asegurando una coordinación y cooperación entre los puestos de salud del MINSA y los recursos humanos de la medicina indígena de las comunidades de los pueblos indígenas, la organización regional, la dirección regional de salud y el sistema de salud pública en general.

Las nuevas competencias a incorporarse en un proceso de formación de Técnicos en Salud Intercultural (TSI) tendrían que considerar al menos tres rubros de trabajo fundamentales, en un régimen alternado de estudio escolarizado y no escolarizado.

- 1) El proceso de formación no podría abstraerse de las múltiples realidades indígenas donde ejecutarían su labor los técnicos.
- 2) Emerge como fundamental el desarrollo de una mayor comprensión de la epidemiología social de la salud indígena en los pueblos amazónicos.
- 3) La garantía central para el funcionamiento de cualquier propuesta debe articularse necesariamente a las instancias centrales de representación y organización de los pueblos indígenas amazónicos.

En conclusión, resulta claro que los programas establecidos desde un enfoque civilizatorio occidental han resultado ineficaces para aliviar los problemas de salud al interior de los pueblos indígenas amazónicos. Pasar a considerar la cultura de los pueblos indígenas regionales no es contraparte de un esquema indigenista, sino producto de una necesidad de construir programas de salud eficaces, sobre la base de problemas y potencialidades realmente existentes.

IX.b La organización indígena CORPI-SL

La Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo se constituye el 10 de junio de 1996, con el impulso fundamental de los líderes awajún y de los otros pueblos de la zona.

Tiene el estatus de asociación civil sin fines de lucro y reúne a la mayoría de las organizaciones indígenas de las provincias de Datem del Marañón y Alto Amazonas.

Participa a la constitución de AIDSESEP y ha sido una de las regionales que ha aportado muchas ideas y ha fomentado el debate a nivel nacional, con planteamientos sobre todo en cuanto a la temática de la defensa de la territorialidad indígena.

Se reconoce en el “Plan de Vida de AIDSESEP”, documento producto de una amplia discusión y define los lineamientos del movimiento.

CORPI tiene su oficina principal en San Lorenzo, y una oficina de enlace en Yurimaguas.

La misión de CORPI: “Promover la defensa de los derechos colectivos y de la territorialidad indígena a través de todos los medios necesarios, fundamentalmente coordinando el trabajo con federaciones afiliadas, articulándose con el nivel nacional y mediante la formación de dirigentes.”

CORPI está conformada por un gran número de organizaciones indígenas como resulta en el siguiente cuadro se presentan las federaciones afiliadas:

Cuadro n° 36: Organizaciones indígenas afiliadas a CORPI-SL

Sigla	Nombre completo	Pueblo que representa	Zona/cuenca
CHAPI SHIWAG	Ijumbau Chapi Shiwag	Awajún	Río Marañón, Yurapaga
FECONACADIP	Federación de Comunidades Nativas Candoshi del distrito de Pastaza	Kandozi	Río Pastaza y afluentes Chuinda, Chapuli
FECONACHA	Federación de Comunidades Nativas Chayahuitas	Shawi o Kampu Piyawi	Río Paranapura y afluentes Cachiyacu, Armanayacu
FECONADIC	Federación de Comunidades Nativas del distrito de Cahuapanas	Shawi o Kampu Piyawi	Río Cahuapanas
FEDECOCA	Federación de Comunidades Cocama-Cocamilla	Kukama-Kukamiria	Río Huallaga
FECONAJE	Federación de Comunidades Nativas de Jeberos	Shiwilos	Río Aypena
FEDIQUEP	Federación Indígena Quechua del Pastaza	Quechua del Pastaza	Río Pastaza y afluentes Huasaga, etc.
OSHDEM	Organización Shuar del Morona	Wampís	Río Morona y afluentes
FESHAM	Federación Shapra del Morona	Shapra	Río Morona y afluentes
ONAPAA	Organización Nativa Awajún de la provincia de Alto Amazonas	Awajún	Río Potro, Apaga, Achiyacu
ORACH	Organización Achuar	Achual	Río Pastaza y afluentes

	Chayat		
FECOCHASI	Federación de Comunidades Chayahuitas del Sillay	Shawi o Kampu Piyawi	Río Sillay
OKAN	Organización Kandoshi del Nucuray	Kandozi	Río Nucuray
OPINUPAN	Organización del Pueblo Indígena Nativo del Pavayacu y Nucuray	Kukama-Kukamilla	Río Pavayacu-Marañón
FECIDIB	Federación de Comunidades Nativas de Barranca	Awajún	Río Marañón-Potro
OKAPIASI	Organización de Kampu Piyawi del Sillay	Shawi o Kampu Piyawi	Río Sillay
FEDECAAC	Federación de Comunidades Awajún del Alto Cahuapanas	Awajún	Río Cahuapanas
ORPAM	Organización del Pueblo Awajún de Manseriche	Awajún	Río Marañón
OISHASHI	Organización indígena Shawi del Shishinahua	Shawi	Río Huallaga-Shishinahua

Un intenso proceso organizativo sigue gestándose en la actualidad entre los pueblos indígenas. Parte de esto es el creciente rol de las federaciones; pero también se debe mencionar el trabajo divisionista que realizan los extractores de recursos naturales foráneos, que se benefician de la proliferación de federaciones y de la posibilidad de ejercer presiones sobre dirigentes locales. El debilitamiento del movimiento indígena es parte y elemento facilitador de una estrategia de penetración y fragmentación de los territorios ancestrales.

IX.c La asociación Terra Nuova de Italia

Terra Nuova es una asociación de cooperación que se constituye en Italia en 1968, como organización de ciudadanos italianos comprometidos con los pueblos del Sur del planeta. Siendo una entidad sin fines de lucro, opera gestionando financiamientos de entidades del Estado italiano, de la Comisión Europea, de Agencias Multilaterales, fundaciones, comités y privados y ejecutando conjuntamente con socios locales los fondos en proyectos de cooperación y solidaridad.

Su finalidad es la de acompañar a organizaciones locales, a través de procesos educativos y de capacitación que apunten a potenciar capacidades locales de gestión y gerencia de sus propias propuestas de desarrollo.

Desde su constitución, Terra Nuova ha ejecutado más de 190 proyectos, sin incluir a los “micro-proyectos”.

Actualmente, manteniéndose la oficina central en Roma (Italia), opera en diferentes países de África (Mali, Somalia y Kenya) y América Latina (Nicaragua, Perú). En el Perú, tiene una presencia continuada de aproximadamente 30 años con una oficina de coordinación en Lima. Desde esta instancia se coordina el trabajo, bajo la responsabilidad del Representante Legal y un equipo de profesionales con formación multidisciplinaria (agrónomos, biólogos, economistas, educadores, psicólogos, etc.). Este grupo humano, permanece por más del 80% de su tiempo en las zonas de los proyectos, vale decir que Terra Nuova pone su

esfuerzo en un trabajo de base y parte de su metodología se fundamenta en el trabajo directo con los beneficiarios.

Los ejes de trabajo en este país son:

- desarrollo con identidad en la Amazonía peruana
 - a. Fortalecimiento de la organización y liderazgo
 - b. Inclusión y participación de la mujer
 - c. Promoción de turismo comunitario
 - d. Promoción del desarrollo sustentable y sostenible
 - e. Salud intercultural
- gestión ambiental participativa
 - a. Educación ambiental
 - b. Uso sostenible de recursos y cadena de valor de artesanía
 - c. Promoción del ecoturismo
 - d. Estudios sobre biodiversidad para el monitoreo de áreas protegidas

Actualmente (inicio 2012) está ejecutando en el Perú los siguientes proyectos:

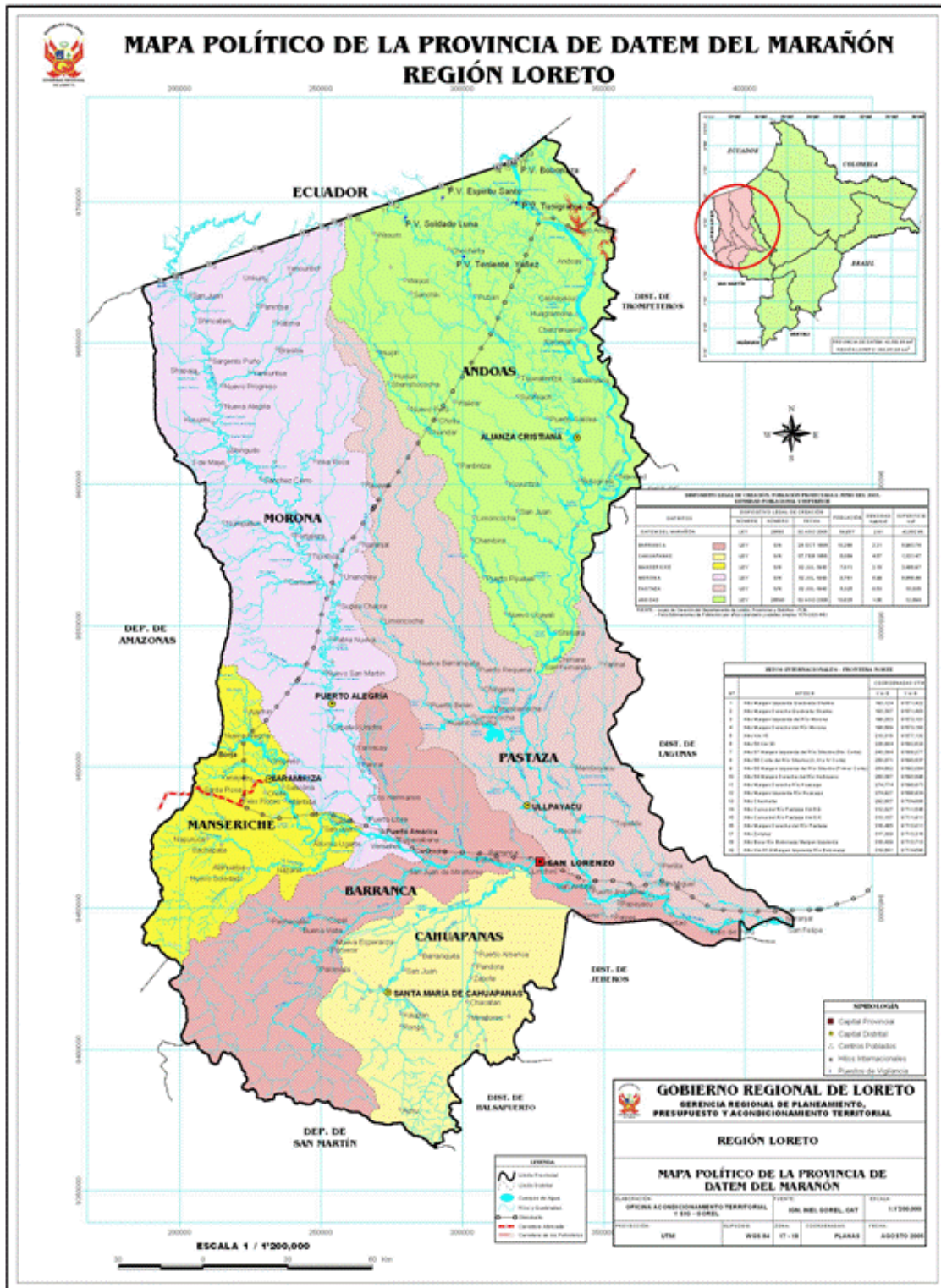
- Cumpanamá: Proyecto intercultural y productivo en la cuenca del río Parapapura
- Identidad y Ciudadanía: Ejercicio de derechos en la sierra y selva peruana
- Desarrollo Comunitario y promoción de la economía indígena de los pueblos Shawi y Awajún
- Ainbobo Koshiati: Derechos a la participación ciudadana de las mujeres indígenas y ribereñas de los distritos de Padre Márquez, Iparía y Masisea
- Proparticipacion: Promoviendo la gobernabilidad subnacional a través de la participación ciudadana.

GLOSARIO

AIDSESEP	Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana, instancia representativa de los pueblos indígenas amazónicos a nivel nacional (Perú)
ASIS	Análisis de la Situación Integral de Salud, metodología aplicada en el sector salud para determinar el perfil epidemiológico de una población determinada
CC.NN.	Comunidades Nativas, denominación amplia para todas las comunidades reconocidas, sean o no tituladas
CENSI	Centro de Salud Intercultural, órgano del INS referido a medicina tradicional, articulación de saberes terapéuticos etc.
Centro TAKIWASI	Entidad privada con sede en Tarapoto, de promoción de la medicina tradicional amazónica
CORPI-SL	Coordinadora Regional de Pueblos Indígenas de San Lorenzo, instancia representativa de los nueve pueblos indígenas de las provincias de Datem y Alto Amazonas (Loreto) tradicional
DEIB	Dirección de Educación Intercultural Bilingüe del MINEDU
DIRESA	Dirección Regional de Salud, estructura de gestión del sector salud a nivel regional
DIGESUTP	Dirección General de Educación Superior y Técnico Profesional del Ministerio de Educación
DREL	Dirección Regional de Educación de Loreto, estructura de gestión educativa a nivel regional.
GOREL	Gobierno Regional Loreto
INDEPA	Instituto Nacional de Desarrollo de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro peruano
INS	Instituto Nacional de Salud de Perú
IES'TP SL	Instituto de Educación Superior Tecnológico Público "San Lorenzo", institución educativa de educación técnica
MINEDU	Ministerio de Educación de Perú
MINSa	Ministerio de Salud de Perú
OO.II.	Organizaciones indígenas, denominación para una amplia gama de instancias representativas
OMS	Organización Mundial de la Salud, agencia del sistema de Naciones Unidas
ORAS	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue; entidad de coordinación entre los ministerios de salud de los países de la Comunidad Andina de Naciones
PEI	Proyecto Educativo Institucional, instrumento de la planificación y gestión de cada institución educativa
PSI	Programa de Salud Indígena de AIDSESEP
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local, estructura de MINEDU a nivel descentralizado (provincial)
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas por la Población, agencia del sistema de Naciones Unidas sobre la población.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, agencia del sistema de Naciones Unidas
AISPED	Atención Integral en salud a comunidades excluidas y dispersas.

ANEXOS

Mapa de la provincia de Datem del Marañón



Mapa de la Provincia de Alto Amazonas

