



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN

Tesis

APROXIMACIÓN A LA COSMOVISIÓN Y COSMOVIVENCIA DE LOS AWÁ WATSAN DEL SISTEMA DE SALUD ANCESTRAL DE LA NACIONALIDAD AWÁ

Para optar al grado de:
Máster en Salud Intercultural

Autora: Rosa Mayta Zapata

Tutor: Samyr Salgado

Guía espiritual: Taita Yachak Alberto Taxo

Bilwi, Nicaragua, diciembre del 2009

CONTENIDO

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
SUMMARY	8
UCHYULLA KILLKAY	9
I. INTRODUCCIÓN	10
II. OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
III. MARCO TEÓRICO	17
CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE LOS PUEBLOS ANCESTRALES DE AMÉRICA..	17
EL PUEBLO AWÁ	19
HISTORIA DEL PUEBLO AWÁ	20
EL PUEBLO AWÁ EN LA ACTUALIDAD	21
CULTURA	22
SITUACIÓN DE SALUD	25
MORTALIDAD MATERNA	27
CAUSAS DE MORBI – MORTALIDAD GENERAL	27
SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	28
SISTEMAS DE SALUD	29
SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA	30
CONCEPCIÓN DE LA SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.	31
RED DE AGENTES DE SALUD.	32
IV. METODOLOGÍA	33
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35

COSMOVISIÓN DEL PUEBLO AWÁ	35
CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE EL PUEBLO AWÁ.	36
LOS AWÁ WATSAN EN LA MEDICINA ANCESTRAL DEL PUEBLO AWÁ.	38
ENFERMEDADES DE CONVICCIÓN CULTURAL DEL PUEBLO AWÁ (ENFERMEDADES DEL MONTE).	40
HECHOS O SITUACIONES QUE HAN PERMITIDO LA SUBSISTENCIA DE LOS AGENTES DE MEDICINA ANCESTRAL AWÁ.. . . .	42
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.. . . .	44
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
VII. BIBLIOGRAFÍA.	46
VIII. ANEXOS.	49
ANEXO 1: MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL EN SALUD CON VISIÓN A LOS PUEBLOS INDÍGENAS	49
ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA.	59
ANEXO 3: ¿COMO INVESTIGABAN NUESTROS ANCESTROS?.	60
ANEXO 4: Mapa del Territorio AWA del Ecuador	61
ANEXO 5: MODELO DE CASA DE UNA FAMILIA AWÁ CONSTRUIDA SEGÚN SU FILOSOFÍA	62

DEDICATORIA

Creador y guía del Universo.

A la memoria de mis ancestros que sucumbieron con el embate de las enfermedades del viejo mundo, con la opresión y genocidio, quienes con su trabajo dejaron para la posteridad el gran legado de sabiduría y conocimientos milenarios, de valores universales, basada en la proporcionalidad, la reciprocidad y la complementariedad, para crear la vida, y mantener el equilibrio de la Pachamama y el cosmos.

Al restablecimiento de aquella singular forma de vida.

Al Pueblo Awá, que día a día ve crecer la amenaza de su exterminio. A Haylli Illari, Alvin Set Yahak, Laurita Daniela, Ibeth, kihua Daniel y Kuri Kallana, por su infinito amor, y la inocencia de dejarse criar por las manos sabias de sus mayores y en quienes deposito toda la confianza de conseguir mejores días para mi pueblo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, en las personas de sus directivos, docentes y colaboradores; Víctor del Cid y Amilcar Castañeda, a los compañeros Samyr Salgado y Alberto Taxo por su sabiduría y compromiso personal con el pueblo indígena, y por la gentileza y amabilidad de guiar la realización del presente trabajo.

Mi gratitud infinita a: José Miguel, María Elena, Andrés, y a todos quienes con su apoyo incondicional contribuyeron de alguna manera para la realización del presente trabajo.

Agradezco imperecederamente a los Awá Watsan, promotores de salud, y a todos los habitantes de las diferentes comunidades del Pueblo Awá, que participaron en calidad de voluntarios para llevar a cabo el estudio propuesto.

Al Ministerio de Salud Pública, en la representación de la Dra. Martha Mendoza Jefe de Área de Salud N.1 de Imbabura por la confianza depositada en mi persona y permitirme prestar mis servicios a la Comunidad de la parroquia de Lita.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo en una parte del Territorio Awá ubicado en la región Norte del Ecuador, en las provincias de Imbabura y Carchi, se trata de una investigación de campo sobre el Sistema de Salud Ancestral Awá, con el objeto de conocer la cosmovisión, las vivencias, y la organización de los AWÁ WATSAN (hombres y mujeres de sabiduría) del sistema de salud ancestral Awá, así como las estrategias que han permitido su subsistencia y la función que desempeñan dentro de las comunidades de Río Verde – Imbabura y de San Marcos–Carchi.

Para lo cual fue necesario el establecimiento metodológico necesario y adecuado, el mismo que consta de dos partes fundamentales, el primero encaminado a la búsqueda de información bibliográfica y reconocimiento del lugar, que permitió la identificación del problema y objetivos de la investigación; la segunda dirigida a obtener la información primaria, es decir directamente del campo investigativo, realizado con la utilización de técnicas tales como: la entrevista no estructurada y conversatorios con miembros de la comunidad; sabios, dirigentes comunitarios, educadores y promotores de salud. Lo que permitió determinar que el Pueblo Awá es poseedor de una cosmovisión de vida armónica y plena con su entorno, hombre–selva, quien le da vida, y de la relación con ésta y con todos sus elementos físicos y espirituales, depende el estado de salud o enfermedad, de la persona, la familia y la comunidad. El saber en el pueblo Awá está disperso, descentrado, se encuentra en toda la comunidad. Por lo tanto no existe una red articulada de sanadores ancestrales, cada sabio a medida del desarrollo de sus capacidades puede curar una, dos o más enfermedades, y de acuerdo a las dolencias son buscados por la comunidad para resolver los problemas de salud, lo cual no resta el incalculable valor de cada uno de los sabios dentro de la comunidad y para la preservación de su cultura.

SUMMARY

The most recent research work was done in AWA Territory. It is located in the north of Ecuador, in the provinces of Imbabura and Carchi. The research involves the Organization of Health of Awa Ancestral culture. The objectives include Cosmovision, lifestyles, and the organization of the AWA WATSAN (traditional male and female healers) as well as the ancestral health system. This research includes the strategies used to survive in the communities of Rio Verde- Imbabura y of San Marcos-Carchi.

The research methodology was divided into two very important parts: First, bibliographical information and visiting the place of the investigation. Knowing the territory Awa helped to identify the problem and the objectives of the research. Second, it was important to obtain primary information from the place investigated. The research was done utilizing the following methodology such as: non structured interviews and dialogues with the members of the community including medicine men, community leaders, teachers and community health promoters. This investigative methodology was used to analyze and to come to an understanding that the Awa community revolves around a cosmovision of harmonic life within the community and surrounding jungle. The jungle gives life to the people, and the relationship with the jungle and its physical elements and spirituality affects the health of the Awa people. The medical knowledge of the Awa people is dispersed throughout the community. Therefore, individual medicine men might take care of one or more diseases. All the medicine men are well known and respected for their invaluable medical knowledge, thus they are maintaining their culture and traditions.

UCHYULLA KILLKAY

Kay amawta killkana llankay rurarkani Awa Pachamamapi. Awa pachamama Norte del Ecuador mikan, Imbabura Carchipash marka llactapi. Kay amawta killkay urkupi llankana mikan. Awa amawta Jambi tandarishka llankana mikan, chaymanda, ñuka munarkany yachangapa tukuy kawsaymanda, kaypachamanda, jahwapachamanda y paykuna tandanajuy amawta jambikunapash. AWA WATSAN (amawta jambi runakuna y huarmikunapash) tandanajuy jambikuna rurangapak paikuna pachamamapi, punda punda amwta Jambi Awa runakuna ally pacha mikarka, chaymada paykuna ally kawsarka. Punda Jambi allichirka uchuylla ayllukuna Rio Verde- Imbaburacunamanda San Marcos-Carchipash tukuy ayllukunapash.

Chaymanda, ñuka munarkani rurangapa kay amawta killkana panka, ishkhaywramanda. Shuck ñampi japirkani killkana pakcakuna mascangapa y Awa pachamama riksingapa, mascashpa y purishpa japirkani relajokuna y muscuycuna ñuka killkana pankamanda. Ishkay ñampi micarka japingapa allypacha billanakuna Awa pachamamamanda. Rurarkani kay llankana allymanda allymanda: parlarkani tukuy allykunahwan; amawtakunas, yachakkunapash, yachachik y jambidurkunapash. Paykuna parlashpakuna allypacha mikarka, chaymanda ñuka allichirkani y yacharkani Awa runakuna charin shuk ally kausay tukuylla pachamamahuan, paykuna pachamama kun ally kausay, ally Jambi, ally muspay cawsangapa ayllupurapash. Awa amawta Jambi muskuycuna tian tukuy Awa allpamamapy. Jambi yachakkuna tian tukuy Awa ayllupi. Amawta Jambi yachachickuna jambin shuck, ishkhay o achika unguykuna, hunguspa runakuna maskan jambidurkuna paykuna unguymanda. Jambi Yachakkuna allypacha llankan jambingapa paykuna ayllukuna, chaymanda Awa ayllu runakuna mana huañurin.

I. INTRODUCCIÓN

Los pueblos indígenas de Ecuador mantienen sus propios sistemas de salud, que agrupan un conjunto articulado de conocimientos con los que cada comunidad interpreta la enfermedad, el dolor y la muerte; lo que, entre otras cosas, determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir el equilibrio y prolongar la vida.

La nacionalidad Awá constituye un pueblo ancestral indígena que vive en el noroccidente del Ecuador y el suroccidente de Colombia, a ambos lados de la frontera. En el territorio ecuatoriano vive en 22 centros o comunidades jurídicamente reconocidos, 13 en la provincia de Carchi, 6 en Esmeraldas y 3 en Imbabura; el territorio Awá, comprende 116.760 hectáreas de tierras en una zona de alta diversidad biológica.

El conocimiento sobre la medicina tradicional es quizá una de las características más valiosas del pueblo Awá, ya que ello les ha permitido subsistir a través de generaciones y afrontar los desafíos del sistema hegemónico.

El saber en el pueblo Awá está disperso, es descentrado, es decir, el saber esta en toda la comunidad. Cada familia necesita tener un saber "autónomo" básico para reproducirse como grupo, saber relacionado con la crianza de la vida; el nacimiento, la crianza de los niños por ejemplo. Saber que está en relación con el desarrollo del individuo (runa) y también de su entorno. Entonces es tarea nuestra (de los descendientes de pueblos originarios con formación y convicción), el ir armando piezas, analizando e interpretando los elementos que están aquí y allá, y así reconstruyendo saberes ancestrales.

La Nacionalidad Awá del Ecuador, siendo un grupo cultural heredero de conocimientos milenarios sobre la Madre Tierra y el Cosmos, propiciadores de una vida armónica y plena, presenta en la actualidad, una seria decadencia de sus condiciones de vida, y por ende de salud,

desencadenados principalmente, por el deterioro del medio ambiente en el cual se desenvuelven, el desplazamiento, así como por la inevitable globalización que continuamente minan su existencia como pueblo ancestral, ya que generan dependencia del Mundo “civilizado” relegando a segundo plano sus costumbres, prácticas y creencias, tal es el caso en salud, pues muchos prefieren la asistencia del sistema de Salud Oficial, antes de acudir a sus sabios para sanar sus dolencias, cabe anotar que este particular es más notorio en la población joven y que tiene más acceso a los servicios de salud convencionales.

Tampoco se puede negar que así como existen las denominadas enfermedades del monte, que pueden ser resueltas o sanadas por los sabios de la comunidad, existen las llamadas enfermedades de la ciudad u occidentales, que obligatoriamente deben ser resueltas por la medicina oficial.

Teniendo en cuenta que existen problemas de salud que requieren intervención de la medicina occidental, entonces podemos decir que la falta de una buena atención en salud que reciben las comunidades Awá se debe una serie de barreras que a continuación resumimos: *Factores estructurales y económicos*: la distancia y la ubicación de los establecimientos de atención médica; el aislamiento de las comunidades indígenas; la falta de seguros de salud o capacidad económica para pagar por los servicios (debido a que el estado no cubre aún todos los requerimientos: en medicamentos, exámenes de gabinete por ejemplo); factor tiempo, pues el salir a un centro de salud implica la “pérdida” de uno o más días de trabajo, según la ubicación geográfica del usuario, (lo que afecta la producción).

La falta de sensibilidad y competencia cultural de los profesionales occidentales: la indiferencia (y muchas veces arrogancia) y el desdén que siente el personal de salud hacia los indígenas o su cultura; el desprecio por las prácticas de sanación indígenas; las barreras lingüísticas; y el ambiente incómodo y despersonalizado de los hospitales y clínicas. Siendo este maltrato fruto de valores y visiones discriminatorias

y etnocéntricas de la sociedad blanco mestiza hacia las poblaciones indígenas, visiones que han sido reproducidas desde la época colonial, obedeciendo a una estructura de la sociedad, bajo el régimen de clases sociales, eurocentristas.

La implementación de políticas de salud excluyentes que legitiman un conocimiento de occidente y subalternizan el conocimiento de los pueblos y nacionalidades indígenas. A lo anterior se suma el hecho de que el Pueblo Awá, ha vivido utilizando los recursos naturales en forma tradicional con fines netamente de subsistencia, actualmente su territorio; sus bosques, la biodiversidad y cuencas hidrográficas, se encuentran seriamente amenazado por el proceso de desterritorialización impulsado por entidades externas.

Se están destruyendo los bosques naturales alrededor del territorio Awá, lo que no solamente destruye ecosistemas únicos en el mundo y con una alta biodiversidad, sino también pone en peligro su cultura y sobrevivencia como nacionalidad.

Entre las principales amenazas están:

- La destrucción de los ecosistemas naturales por:
- a. La extracción industrial de maderas; lo cual afecta directamente al sustento de vida de las comunidades; cacería, pesca, recolección de frutas, fibras, principalmente. A esto se suma la división que ocasionan dentro de las comunidades los representantes de estas empresas, con el fin de facilitar su objetivo de apoderarse de los bosques. Esto produce una seria contaminación del medio ambiente, así como la destrucción del espacio donde se desarrollan como pueblos ancestrales, amenazando seriamente su identidad cultural.
 - b. El establecimiento de plantaciones agroindustriales de palma africana; que aumenta la deforestación de grande áreas y pérdida de biodiversidad, alta mortalidad de la vegetación natural colindante a las plantaciones por efectos del borde, cambio del clima local, intoxicación de la población local por la contaminación de los

cauces de agua y del agua potable con agroquímicos (pesticidas, fertilizantes), aceite de motor y desechos de las plantas procesadora de aceite, contaminación y extinción de la fauna acuática. Lo cual ocasiona el desplazamiento de la población local debido a la pérdida de las fuentes de sustento.

- c. La minería, que produce destrucción del medio ambiente en especial contaminación del agua.
- d. La colonización; colonos, asociaciones agrícolas y traficantes de tierras, han contribuido a la disminución del espacio vital del pueblo Awá, en la zona ciertos colonos han entregado sus tierras a las palmicultoras y ahora están intentando expropiar el territorio Awá para los mismos fines.
- e. La construcción de carreteras y vías con pocos criterios sociales y ambientales.
- f. El conflicto armado del vecino país del norte: El Plan Colombia: que ha procedido a la militarización de la frontera con Colombia y a las fumigaciones de cultivos ilegales como la coca: afectan las tierras volviéndolas improductivas, y la salud de las comunidades.
- g. Misioneros y grupos religiosos; en la zona existen algunos grupos religiosos, católicos, evangélicos, que han ocasionado una serie de problemas como: Pérdida de la cultura; sus propias creencias (espiritualidad ancestral) y la división interna de las comunidades y del pueblo Awá en general.

A esto se suma la visión asistencialista del Estado y de las organizaciones no gubernamentales que emprenden trabajos de “ayuda” a las comunidades indígenas, proyectos que por carecer de pertinencia cultural, han generado más bien dependencia en la población, haciendo que su autoestima y dignidad como pueblo autónomo sea deteriorada.

Lo anterior nos hace considerar que existe una crisis de supervivencia de la nacionalidad Awá (cultura en peligro de extinción¹), siendo un claro ejemplo de que la supervivencia de un pueblo nativo depende

¹ Villareal, Carlos; “La Crisis de la Supervivencia Awá”. Instituto Latinoamericano de estudios sociales. Instituto de Estudios Ecuatoriano. Quito, 1986.

de la existencia de un territorio intacto, sobre el cual ejercitar sus prácticas, dotados de autonomía y de los recursos suficientes, lo cual implica la no intromisión foránea y todo lo que conlleva este hecho, en especial la introducción de prácticas y males occidentales, tales como; el sistema de educación, alimentación, religiosidad (religión judeo-cristiana), malos hábitos como el alcoholismo que desencadena en actos violentos, y otras enfermedades como las de transmisión sexual y la tuberculosis.

El presente trabajo de Investigación, tiene el objetivo de *Conocer cómo están organizados los sabios del sistema de salud ancestral de la nacionalidad Awá, las estrategias que han permitido su subsistencia y qué función desempeñan dentro de las comunidades de Río Verde Bajo – Imbabura y de San Marcos*. Considerando que conocer y analizar a los representantes del sistema de salud ancestral del Pueblo Awá es una manera de visibilizar su vigencia e importancia para este pueblo.

Se trata de una Investigación cualitativa, exploratoria, participativa, de campo, dirigida a una población cuyas particularidades culturales, geográficas, así como sus problemas son muy grandes y complejos, lo que impiden a la comunidad gozar del wat puram awásu o buen vivir.

En el desarrollo del trabajo se presentaron dificultades o limitaciones, por el mismo hecho de que la población Awá ha sido víctima de una serie de violaciones a su cultura y su territorio, ha adoptado una serie de “mecanismos de protección”, como el limitar proporcionar información a cualquier persona, y por eso literalmente cuando se intenta entablar algún tipo de diálogo sobre su cultura, se cierran en un rotundo “no sé”, “yo de eso no he escuchado nada”, como bien lo señala el maestro Juan García², en la comunidad tienen muy claro que cuando alguien de afuera les pregunte sobre sus conocimientos se debe responder “de aquello no he oído ni sé nada”. Así como también sus representantes han sido absorbidos por la institucionalidad de la modernidad, relegando a segundo plano a sus representados y

² Historiador del Pueblo Afroecuatoriano.

priorizando lo teórico de los planes, programas y proyectos, olvidando de cierta manera a la comunidad. Una última y considerable limitante fue el factor tiempo para realizar una verdadera aproximación a la cultura del Pueblo Awá como tal, pues la revitalización y reconstrucción de saberes son una tarea impostergable y que tomaran el tiempo y dedicación de generaciones enteras.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la cosmovisión, las vivencias, y la organización de los AWÁ WATSAN del sistema de salud ancestral Awá, así como las estrategias que han permitido su subsistencia y la función que desempeñan dentro de las comunidades de Río Verde Bajo – Imbabura y de San Marcos– Carchi, en el período comprendido entre Abril – Octubre del 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar cuál es la cosmovisión del Pueblo Awá.
- Analizar la concepción de salud y enfermedad del pueblo Awá.
- Determinar cómo está organizado la red de los Awá Watsan y más Hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral del Pueblo Awá, y conocer sus principales vivencias: formas de iniciación, prácticas cotidianas, función dentro de la comunidad.
- Describir hechos o situaciones que han permitido la subsistencia de los agentes de medicina ancestral Awá.

III. MARCO TEÓRICO

CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE LOS PUEBLOS ANCESTRALES DE AMÉRICA.

Desde hace miles de años, los Pueblos de América han tenido épocas de claridad y obscuridad llamadas PACHAKUTIKS, en las que han predominado las tendencias superiores e inferiores de los hombres. Así hubo edades en que la mística y la cultura andinas alcanzaron grandes niveles de elevación, pero también, épocas de decadencia, en la que los pueblos se lanzaron los unos contra otros a la destrucción mutua. El último período de decadencia de la Región Andina tuvo como corolario la venida de Francisco Pizarro (G. Rodríguez, 1999).

La sabiduría milenaria del pueblo andino es realmente extraordinaria. Javier Lajo en su obra Qhapak Ñan La ruta Inka de sabiduría, nos dice que el pensamiento del hombre andino siempre busca su par, y que su orden cósmico es un **pari-verso**, los principios que rigen este orden son la proporcionalidad, la reciprocidad y la complementariedad.

Para el hombre andino (prehispánico) todo tiene una representación paritaria, siendo el PAR fundamental lo masculino – femenino, es la manera de hacerse en el ser humano la **Paridad cósmica** que es el paradigma de su pensamiento y la clave de la **vincularidad** que es su relación obligatoria con el cosmos (paridad = reflejo del cosmos). Una de las proporcionalidades que le ayuda a entender el cosmos es el ser de las cosas análogamente masculinas o femeninas: los cerros, las chacras, los papeles o responsabilidades comunitarias, todo el cosmos está separado en paridades. Por la necesidad de complementariedad un varón entonces se vincula desde el vientre materno con lo femenino y la mujer con lo masculino, pero también con lo cíclicamente mayor – menor, arriba-abajo .

Yáñez del Pozo, (2008), en su artículo *“La lógica de la relacionalidad en el mundo andino”*, hace un análisis a la relacionalidad: dualidad

arriba – abajo (Hanan Pacha–Uku Pacha), hombre–mujer (con una visión geocéntrica e integral, diferenciándola de la visión homocéntrica occidental), puentes de conexión entre todo lo existente: mundo de aquí, de arriba y de abajo, la reciprocidad es significado de equilibrio por tanto de salud. Concluye que si todo está relacionado con todo y si el mundo se mueve por los principios de correspondencia, complementariedad y reciprocidad bien podemos entender que existen pueblos que se mueven por otro tipo de lógica, otra filosofía o pensamiento. También menciona que el sistema de educación convencional con sus preceptos permite “ver” que existe una sola filosofía.

Conviene en este punto hacer un análisis comparativo, de las dos formas de ver el mundo, tanto de la visión occidental, y desde la visión andina (los términos occidental o andino, hacen referencia a conceptos abstractos, más no a personas).

Cosmovisión occidental	Cosmovisión del Mundo Indígena.
<ul style="list-style-type: none"> • Parte de una concepción intelectual, y abstracta. Lo que ha llevado a una comprensión del Universo: física, matemática, mecánica y abstracta. • Es notable la importancia de lo matemático en su paradigma del saber, pues lo geométrico es geometría del espacio, deslindada de lo sacrático • Para la ciencia occidental es más importante lo que puede registrar el sentido de la vista y el del equilibrio; de ahí su tendencia a cuantificar. Estas funciones están relacionadas con el hemisferio izquierdo del cerebro, centro de la conciencia racional, analítica y de la capacidad de la memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proviene de una concepción sensitiva, afectiva y estética que involucra lo intelectual. Llevando a una sabia comprensión de los seres, sus cualidades profundas y su devenir existencial. • La geometría en el mundo andino, al igual que en otros pueblos de Abya Yala, era la búsqueda del orden y la Medida; en suma, de lo sacrático configurado en el espacio. • Para la ciencia andina es muy importante la percepción del corazón la cual nos habla de las cualidades de la vida. Está relacionada con el hemisferio derecho del cerebro, sede de la imaginación, capacidad creadora, sensibilidad y la lógica de lo global, sin excluir otros campos de percepción y modos de comprensión de la naturaleza.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene un carácter parcelario y dispersivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene carácter global e integrador.

Cosmovisión occidental	Cosmovisión del Mundo Indígena.
<ul style="list-style-type: none"> • Atiende los aspectos externos de los fenómenos, lo tangible, lo medible, en fin de todo lo cognoscible materialmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprehende los aspectos vitales, internos de los fenómenos.
<ul style="list-style-type: none"> • Ha fragmentado tiempo y espacio como dos dimensiones distintas: • El sentido del tiempo es lineal. • Ha convertido en su ideal la conquista del espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sabiduría andina no separa tiempo y espacio, los expresa en la partícula PACHA. • El sentido del tiempo es curvo y espiral. • Nuestros sabios tuvieron un conocimiento y dominio del tiempo.
<ul style="list-style-type: none"> • Lo primordial de la vida social es el individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las sociedades andinas giran el torno a la familia, al ayllu o comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Existe un distanciamiento (extrañamiento) entre el hombre y la naturaleza. 	<ul style="list-style-type: none"> • El hombre andino vive en armonía con su Pachamama (madre Tierra).
<ul style="list-style-type: none"> • Considera a los seres en función de su utilidad para el hombre; así la tierra sirve para la explotación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considera al hombre en su mutua relación con los otros seres; la tierra es parte de su vida, es su madre.
<ul style="list-style-type: none"> • Existen dualidades como: • Lo mágico y lo científico. • Lo cotidiano y lo trascendente. • Lo profano y lo sagrado 	<ul style="list-style-type: none"> • En el mundo andino existen: • La sabiduría que abarca lo sensible y suprasensible. • La unidad del trabajo, diversión, y vida espiritual. • El respeto a todas las manifestaciones de la vida de la Madre Tierra.
<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión de conocimientos se ha realizado a través de sistemas burocráticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión de la sabiduría ha sido directa de persona a persona, de generación en generación.

Fuente: Adaptado de: Rodríguez Germán "La Sabiduría del Cóndor" y Alderethe Ethel "Salud y Pueblos Indígenas".

EL PUEBLO AWÁ

La nacionalidad Awá constituye un pueblo ancestral indígena que vive en el noroccidente del Ecuador y el suroccidente de Colombia,

a ambos lados de la frontera. El vocablo Awá de la lengua Sindagua, traducido al español significa Gente, Villarreal (1986).

En suma los indígenas Kwaiker tienen la palabra Awá, para referirse a cualquier persona en términos generales; cuando quieren referirse a sí mismos, en términos específicos, anteceden la palabra Inkal, "montaña". De esta forma, "Inkal Awá" quiere decir "gente de montaña" (Henriksen-Obando, 1985).

HISTORIA DEL PUEBLO AWÁ

Es muy poca la información que se tiene sobre la historia del pueblo Awá.

Existen varias teorías sobre la llegada de los indígenas a las tierras de Ecuador y Colombia. La mayoría de investigadores apoyan la teoría según la cual la ruta de norte a sur, bajando de los Andes desde Panamá hasta Ecuador. Estudios lingüísticos y arqueológicos prueban que los Awá son descendientes de grupos indígenas que se desplazaron a lo largo de la costa pacífica. Algunos incluso afirman que el Awa-pit tiene raíces del chibcha, la lengua del gran imperio Maya que existió en América por miles de años, FECAE (2005).

Carlos Villarreal (1986), en su obra "La Crisis de la Supervivencia del Pueblo Awá", señala que Ruth Moya en su obra, "Los Awá, ¿Han perdido su gran abuelo?", (1983: 5p), indica que en 1919 Jijón y Caamaño en su obra, "Contribución al conocimiento de las lenguas indígenas que se hablaron en el Ecuador internadino y occidental con anterioridad a la conquista española" sugiere, sobre la base de consideraciones lingüísticas, la nacionalidad Chibcha – Barbacoa de los Awá.

La primera referencia que se tiene del contacto del Pueblo Awá con españoles, data de 1524 cuando los conquistadores españoles Francisco Pizarro y Diego de Almagro, visitaron por primera vez, la intrincada selva del Pacífico y encontraron en la parte suroriental del

Nariño, departamento del Sur de Colombia, la tribu de los Kuaikeres, Villarreal (1986). Después de este primer contacto, por más de dos siglos el pueblo Awá permaneció al margen de la influencia española. Atribuyéndose a esta situación el hecho de que no existían caminos que facilitasen el proceso de colonización de su territorio. A comienzos del siglo XVII cuando se descubrió oro en Barbacoas es cuando se inicia la construcción de la vía comercial que une Pasto con Barbacoas.

Narra la tradición oral, que existió un grupo Awá, característico denominados los cabezas coloradas, denominados así por su particular cabellera rojiza, ubicados en la zona subtropical de las provincias de Imbabura, Carchi y Esmeraldas³. Cuentan que eran bravos y caníbales, que en varias ocasiones emboscaron a cazadores foráneos que invadieron sus territorios, hechos por los cuales fueron perseguidos por un grupo organizado entre civiles y militares, que ocasionó el exterminio de su pueblo y cultura. Según la versión fueron secuestrados 2 niños “cabezas coloradas”, cuyos escasos descendientes hasta ahora se observan en las comunidades de la Colonia (Imbabura) y Durango (Esmeraldas).

EL PUEBLO AWÁ EN LA ACTUALIDAD

El Territorio Awá está ubicado en la costa Pacífica de Suramérica, sobre la frontera Colombo-Ecuatoriana. La Nacionalidad Awá en territorio ecuatoriano vive en 22 centros o comunidades jurídicamente reconocidos, 13 en la provincia de Carchi, 6 en Esmeraldas y 3 en Imbabura; el territorio Awá, comprende 116.760 hectáreas de tierras en una zona de alta diversidad biológica, correspondiente al bosque húmedo tropical del denominado Chocó biogeográfico, un área que existe a lo largo de la Costa Pacífica de Sur América desde el sur de Panamá a través de Colombia y terminando en el noroccidente ecuatoriano. Esta región contiene unos de los bosques más húmedos del mundo, y es reconocida internacionalmente como

³ Testimonio Oral (conversatorio realizado en Octubre del 2009): Milton Nastacuz, Promotor de salud del Ministerio de Salud Pública, Comunidad Río Verde.

una de las áreas de mayor biodiversidad en el planeta, y una de las más amenazadas.

El territorio Awá limita: al Norte; con la República de Colombia, al **Sur;** con tierras colonizadas a lo largo de la carretera que conduce de Ibarra hasta San Lorenzo, al **Este:** con tierras colonizadas y en posesión de varias asociaciones agrícolas, al **Oeste; con** tierras en posesión de las comunidades negras, y tierras que están siendo transformadas en cultivos de palma africana. La población Awá, de acuerdo a la información obtenida en el 2007 a través del levantamiento de las fichas familiares⁴, está representada por 3469 habitantes distribuidos en 624 familias.

En el sur occidente de Colombia habitan cerca de 30.000 Awá en un territorio de aproximadamente 450.000 ha. Los Awá de Colombia están organizados en el Cabildo Mayor Awá del Ricaurte (CAMAWARI) y en la Unidad Indígena del Pueblo Awá (UNIPA). Ambas organizaciones mantienen relaciones permanentes con la Federación de Centro Awá del Ecuador–FCAE y se organizan periódicamente encuentros y otras actividades conjuntas, como por ejemplo para la administración de justicia.

CULTURA

Idioma

Dentro de la gran familia lingüística Chibcha se encuentra el Barbacoas en el cual se ubican los Pasto, Kwaiker, Mallamuez y Colima en Nariño (Jijón y Caamaño, 1941: 416, tomo II). El idioma de la nacionalidad Awá denominado Awápit, está constituido por 12 vocales que se dividen en 5 orales, 4 nasales y 3 sordas y 11 consonantes. El Awápit es el principal

⁴ Levantamiento de la Ficha Familiar por parte del Ministerio de Salud Pública (según el nuevo modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural) y la Federación de Centro Awá del Ecuador–FECAE; que viene funcionando como el último ‘censo’ de la población Awá.

elemento de reconocimiento del pueblo Awá y se mantiene todavía como forma de comunicación en muchos de los centros.

Música y fiestas tradicionales.

La música Awá tiene evidente influencia andina y africana. Los instrumentos conocidos y usados son la flauta, el rondador (pingullo), la marimba y el bombo. Los Awá se caracterizan por tener sus propias fiestas tradicionales que están íntimamente relacionadas con la forma de concebir el mundo, el trabajo y la naturaleza; entre las principales tenemos el baile del ritual de sanación duende, el chutún y el baile de cabo de año (baile de honras); eventos que son complementados el baile de la marimba, principal instrumento musical.

La Educación.

El pueblo Awá, por tradición, ha transmitido sus conocimientos de generación en generación a través de la comunicación oral; de esta manera, los abuelos se han convertido en las personas más idóneas para enseñar a los niños y jóvenes, mediante consejos y la práctica compartida (aprender haciendo) en el diario vivir. Actualmente los niños en las comunidades asisten a los centros educativos donde comparten conocimientos con docentes que en su mayoría son de la propia comunidad.

La familia.

La familia Awá está constituida básicamente por el papá, la mamá y los hijos al igual que en otras culturas. El líder de la familia es el esposo, éste se encarga de conseguir lo necesario para la manutención de la familia, realiza los trabajos que requieren mayor esfuerzo físico, entre ellos está la caza, la pesca y la agricultura; fundamentalmente se preocupa por buscar la alimentación y la vestimenta y construye artesanías.

La mujer por su parte, se encarga del cuidado de los niños, ayuda en el trabajo al marido cuando se limpia la platanera o se siembra el maíz, la yuca y otros productos, para el sustento de la familia. También se dedica a la crianza de animales menores como gallinas, cuyes, chanchos, patos o a su vez construye las trampas para coger animales como el ratón puyozo, además elabora artesanías como la shigra.

Vivienda

La vivienda tradicional Awá es construida de chonta y madera con techo de bijao o guacamayo. Los pilares, paredes y pisos de las casas son de chonta. Las casas son altas para evitar los peligros y la humedad. Cuentan con una sola habitación y a un costado está la cocina, donde se reúne la familia alrededor del fogón luego del trabajo, conversan sobre temas relacionados con las labores diarias, intercambian aventuras, historias y los más pequeños escuchan a los abuelos cuentos y otros relatos.

Alimentación.

La alimentación está basada fundamentalmente en la caza, la pesca y la agricultura; los productos de mayor consumo son el plátano (chiro), el maíz, y la yuca, algunos también cultivan caña de azúcar.

El consumo de ciertos productos y plantas silvestres que contienen un alto potencial nutritivo también contribuye a la diversificación de la dieta alimenticia en la mayoría de las familias Awá, sin embargo estas costumbres corren el riesgo de desaparecer por el ingreso de productos foráneos y su influencia que minimiza de alguna forma a la cultura Awá. Actualmente se ha generalizado el consumo de enlatado como el atún y las sardinas, ya sean adquiridos por ellos mismos en los mercados locales o entregados por los paquetes de asistencia tanto del Estado, como de los organismos no gubernamentales.

SITUACIÓN DE SALUD

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, se ha identificado que la pobreza y extrema pobreza afecta prácticamente a la totalidad de la población Awá, especialmente de las parroquias que presentan dificultades en el acceso geográfico, es así que el porcentaje de población en extrema pobreza corresponde a 92,7% y de pobreza de 98,45⁵.

En Ecuador la desnutrición constituye uno de los principales problemas de salud pública. De acuerdo con la última información disponible (2004), a nivel nacional la prevalencia de desnutrición crónica (retardo de la talla por edad) es del 23,2 %, y del 9,4 % para desnutrición global (retardo de peso por edad). Sin embargo, estos índices nacionales ocultan la realidad en algunas zonas donde se presentan desnutrición y hambre, la cual es más evidente en los grupos excluidos, como las poblaciones indígenas. En el país, la desnutrición crónica en menores de cinco años, hijos de mujeres indígenas, es más del doble que la registrada en otras poblaciones.

Para la población Awá no existe información detallada o actualizada con respecto a este problema. Únicamente se dispone de un diagnóstico reciente (PANN 2000: 2004) realizado en la provincia de Imbabura en los centros Awá de Palmira y Río Verde Bajo. Los datos nutricionales de los centros Awá de Palmira y Río Verde Bajo confirman esta realidad. En la comunidad de Palmira de Toctemí la desnutrición crónica afecta al 64,5 % y la global al 25,8 % de los menores de cinco años; valores que son tres veces superiores a los promedios nacionales y más altos que los registrados en otras poblaciones indígenas.

Los valores de desnutrición y anemia en Palmira y Río Verde Bajo reflejan una crítica situación de salud pública, donde el hambre y sus manifestaciones afectan en una alta dimensión a la población Awá en

⁵ INEC; Censo Poblacional 2001.

los distintos grupos de edad, reflejando un problema estructural en el acceso permanente a alimentos sanos y nutritivos.

Esto probablemente se deba a la considerable disminución de la armonía en el ecosistema de su territorio, pues si tenemos claro que la base de su alimentación es la caza y la pesca. Pero si el territorio es afectado por la tala indiscriminada de los bosques, tanto por la ampliación de la frontera agrícola de los colonos, por la intromisión de las empresas madereras, palmicultoras y mineras, éste espacio se disminuye y por lo tanto los elementos que la naturaleza provee para la alimentación de este pueblo son insuficientes. No existe información desagregada para los centros Awá o parroquias respecto a la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), ni de la población en general.

En base a una encuesta aplicada por la Federación de Centro Awá del Ecuador–FCAE en el año 2002, como parte del proyecto Población y Ambiente, se identificó a través del método indirecto una tasa de mortalidad infantil en la población Awá de 147,36 por mil nacidos vivos. Este valor es muy superior a la tasa nacional que es de 17,22 por 1000 nacidos vivos para el año 2001 (SIISE v 4.0, en base a las estadísticas vitales). De acuerdo con esta misma fuente (SIISE) existe una TMI de 15,3 y de 37,5 en las parroquias de Lita y El Chical respectivamente. Estos últimos valores, al corresponder al método directo, en función de los registros de nacimientos y defunciones (las inscripciones en el registro civil son generalmente tardías y no hay la costumbre de registrar las defunciones), muy probablemente presentan un subregistro significativo para la población Awá.

Con el levantamiento de Fichas Familiares realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2007, se ha establecido el indicador de mortalidad general en la población Awá, que corresponde a 37 fallecidos por cada mil habitantes, considerando que las causas más frecuentes de estos son: Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas y Homicidios, en orden de frecuencia.

MORTALIDAD MATERNA

Tradicionalmente las mujeres Awá se unen con un compañero a temprana edad, aún adolescentes⁶, embarazándose inmediatamente. Estos embarazos son de riesgo por realizarse en momentos de formación y maduración de su sexualidad, y pueden presentar complicaciones por deficiencias nutricionales.

El embarazo es entendido como un hecho natural, por lo que no demanda de atenciones especiales. Las mujeres Awá embarazadas casi no reciben controles prenatales; debido a que deben trasladarse a los centros de salud que se encuentran a grandes distancias, y tampoco existe la costumbre de realizarlo. Algunas reciben un chequeo médico irregular proporcionado por las brigadas médicas que se realizan en forma esporádica en el territorio Awá. El parto se da en el domicilio.

Generalmente cada familia Awá está conformada por un promedio de 5 hijos, el embarazo es un hecho deseado. En cuanto a métodos de planificación familiar, algunas mujeres manifiestan que entre la pareja se cuidan de manera natural, aunque una pequeña parte de la población ha optado por los métodos de planificación familiar de la medicina occidental en especial por los anticonceptivos parenterales y orales.

CAUSAS DE MORBI – MORTALIDAD GENERAL

Desde el punto de vista occidental, durante el levantamiento de fichas familiares (MSP, 2007) se determinaron además las posibles causas de muerte de la población Awá en los últimos cinco años: en los niños; Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas. En los adultos enfermedades como el homicidio, suicidio, y alcoholismo, se presentan en un grado preocupante.

⁶ De acuerdo a un trabajo monográfico sobre “El rol de la mujer Awá” realizado en 1999 en la comunidad de San Marcos, se identificó que la edad preferida de las mujeres para casarse es de 13 a 17 años.

Además de aquellas enfermedades de vigilancia epidemiológica constante como la Tuberculosis y el Paludismo.

SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La situación histórica de la nación Awá ha implicado que sus integrantes busquen el aislamiento como una forma de supervivencia. Esto les da ciertas características que los puede ubicar como una cultura de resistencia.

Durante el diagnóstico realizado por el equipo técnico de salud de la FECAE, se evidencia la existencia de varios problemas con los servicios de salud, especialmente los públicos, percibida desde la población Awá.

En el territorio existen pocas unidades de salud públicas, que son utilizadas por el pueblo Awá, para solucionar los problemas de salud que no han sido resueltos por la medicina tradicional.

De aquellos que existen generalmente no cuentan con los recursos humanos y materiales suficientes (dotación y capacitación) para brindar la atención plena, oportuna y con calidez, pues es notoria la discriminación desde los trabajadores de la salud hacia los usuarios de éstos servicios (que puede catalogarse dentro de la falta de sensibilidad ante una cultura diferente).

Los problemas evidenciados desde el pueblo Awá con respecto a los servicios de salud se refieren a problemas de accesibilidad, considerando esta como: geográfica, cultural, temporalidad, oportunidad, económica, cada una de esta establecida con una vivencia de la gente al acudir al servicio, así:

“Viajo por muchas horas y al llegar el Subcentro está cerrado, o si está abierto no hay los medicamentos que necesito”.

"A veces hay problemas que no solucionan en el subcentro y nos mandan al Hospital, pero no hay plata para pagar ni los pasajes peor lo que cobran en el hospital".

Además la calidad y calidez en la atención en los hospitales de mayor complejidad es más deficiente. Muchos miembros de la población awá se quejan de malos tratos o discriminación en algunas unidades de salud.

Un problema que es importante considerar corresponde al transporte de casos de emergencia desde las comunidades a las unidades de salud más cercanas, en estos casos la mayor parte se los realiza en camillas y transportados por miembros de las comunidades o en acémila.

En el territorio Awá, y bajo la gestión de la FECAE, el apoyo del Ministerio de Salud Pública y el Programa Mundial de Alimentos, se ha iniciado en la construcción de Puestos de Salud en las comunidades Awá a más de la formación de Promotores de salud, quienes constituyen un puente mediante el cual el sistema de Salud Oficial llega con sus programas a la comunidad, más no son entes con emprendimientos claros y concisos para el fortalecimiento del sistema de Salud Ancestral Awá.

Como podemos ver los estudios sobre la situación de salud de la Población awá así como de los servicios de salud que estos reciben tienen casi nulo enfoque de revitalización de los saberes propios o ancestrales de este grupo, y menos aún de tipo intercultural.

SISTEMAS DE SALUD

Existen tantas interpretaciones de salud como culturas en el mundo, porque cada pueblo desarrolla un concepto de bienestar de su propia lógica interna y de su teoría del conocimiento (Alderete, 2004).

Todos los sistemas de atención Salud, independientemente de si son convencionales, tradicionales, o alternativos-complementarios, poseen los siguientes elementos: Cosmovisión, comprensión de la causalidad, procedimientos terapéuticos, recursos terapéuticos, cuerpo de terapeutas, clasificación de las enfermedades, Prácticas de prevención. El eje que da sustento, cohesión y sentido al sistema de atención a la salud, es la cosmovisión.

SISTEMAS DE SALUD INDÍGENA

Los sistemas indígenas de curación se basan en un concepto holístico de la salud, según el cual el bienestar se percibe como la armonía que existe entre las personas, las comunidades y el mundo que los rodea. Los seres humanos, la naturaleza y la historia colectiva de los ancestros están unidos en forma indivisible (Alderete, 2004). Ya que la materia y el espíritu nunca existen en forma independiente, la enfermedad es tanto una enfermedad del alma como del cuerpo. Además todos los elementos del pariverso poseen cualidades espirituales, por lo que cada elemento natural puede determinar la enfermedad o la curación.

El bienestar de los pueblos indígenas está estrechamente relacionado con el bienestar de la tierra, dado a que la Tierra es la Madre. Los sistemas indígenas de curación son modos apropiados y sustentables para preservar el bienestar de una comunidad.

Los sistemas indígenas de Salud son las prácticas fundadas en los conocimientos que utilizan los pueblos indígenas para mantener la armonía de los individuos con sus comunidades y con el universo que los rodea. Estas prácticas responden a la lógica interna de cada pueblo y son un producto de su visión singular del universo. Las prácticas de curación comprenden una variedad de elementos, que no sólo comprenden el uso de las plantas medicinales, y que incluyen la comunicación con seres espirituales, la lectura y aprendizaje a través de sueños y el uso del poder curativo del agua y los minerales, sólo la

llevan a cabo miembros selectos de la comunidad; los sabios, yachaks o médicos indígenas.

Los médicos indígenas poseen una amplia base de conocimientos, producto de miles de años de asimilación de experiencias. Poseen una fuerza y sabiduría especiales, y su función es mantener y transmitir las enseñanzas de los ancestros. También son líderes políticos y sociales de la comunidad. Los sistemas indígenas de Salud constituyen estrategias esenciales para la salud de las comunidades indígenas (Alderete, 2004, 73).

CONCEPCIÓN DE LA SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Las concepciones de *salud* propias de los pueblos indígenas están íntimamente ligadas a la “pacha mama” (madre tierra, naturaleza), a la comunidad humana, y a la dimensión espiritual. Esta visión interrelacionada, “holística”, sobre el mundo se amplía en base a tres principios básicos de la cosmovisión indígena: (i) Relacionalidad (se ha de ver al ser humano en su totalidad y como nodo de relaciones); (ii) Complementariedad (los opuestos son complementarios y forman un todo integral); (iii) Reciprocidad e intercambio (dinámicas que permiten un equilibrio entre el ser humano, la naturaleza, y la dimensión espiritual). El concepto de salud no se limita a la ausencia de dolor o enfermedad, sino a la armonía y al equilibrio interno de la persona (pero no como individuo aislado) en la familia, la comunidad, la naturaleza, el cosmos, y el más allá.

La transgresión de las leyes naturales y las leyes del convivir humano, pueden constituirse en fuentes de enfermedad. La pérdida del equilibrio es el factor fundamental para que los agentes naturales que de suyo son inofensivos se transformen en noxas lesivas a la salud del individuo, Rodríguez, Tatzo (2001).

En la Medicina Andina existe un concepto muy importante que es el del equilibrio vital y anímico del runa, denominado SINCHI. El Sinchi puede ser entendido como la capacidad reactiva del organismo (enfrentarse y sobreponerse tanto física–psicológicamente) ante las agresiones externas. El Sinchi está en íntima relación con el estado de armonía o disparidad en que vive el sujeto, con la calidad de su alimentación, con las condiciones físicas y mentales que lo rodean y son su propia constitución interna.

Los estados de negatividad atraen estados de negatividad semejantes, ningún hombre que se encuentre equilibrado, positivo y con buen Sinchi se enfermará ante tales influencias. El hombre es el que se vuelve susceptible a una enfermedad.

RED DE AGENTES DE SALUD

En la América prehispánica, con el correr de los siglos se fue formando una red de agentes de salud en la que se desenvolvía todos los niveles de nuestra Medicina. Las posibilidades terapéuticas de cada una de ellas variaban de acuerdo a su desarrollo personal. Esta red de JAMBI RUNAS¹, pese a la hostilidad del sistema médico oficial, pervive y mantiene su vigencia, sobre todo en las áreas rurales de nuestro país.

En esta red que comienza por la misma célula familiar, el primer nivel está constituido por las madres que son los primeros agentes de salud; el segundo, por personas que tienen contacto con varios tipos de curanderos; el tercero, por las diferentes clases de curanderos, a partir de lo cual se abre la brecha que separa al curandero tradicional del médico indígena iniciado o Yachak. Al final de esta cadena se encuentran los Sinchi Yachaks, o Yachaks de Yachaks, cuyos pocos exponentes hacen la corona de nuestra medicina indígena, Rodríguez, Tatzo (2001).

IV. METODOLOGÍA.

El presente trabajo es una investigación cualitativa, de campo, exploratoria, teniendo la particularidad de tipo vivencial. El método utilizado es la Etnografía para el abordaje del conocimiento del pueblo awá, el cual se lo ha realizado en una forma muy exploratoria, dado a situaciones particulares de la comunidad. Es muy poco probable el poder realizar una entrevista formal o una visita anticipada a un sabio, pues en la memoria colectiva del Pueblo Awá está muy presente la crueldad de la colonización, con este precedente se evidenció una considerable negativa a la realización del presente trabajo por parte del representante máximo, y también considero que el tiempo dispuesto para la realización del presente trabajo ha sido limitado, pues si el resquebrajamiento de la cultura de los pueblos originarios ha sido dado a lo largo de 500 años en un período de 9 meses poco se puede hacer, pero sí se asienta un punto de partida.

Para el efecto se procedió a realizar entrevistas y conversatorios espontáneos a miembros de las comunidades involucradas, Río Verde Bajo y San Marcos, los participantes fueron voluntarios. Las mismas que fueron grabados, posteriormente transcritos, sistematizados y analizados con las vivencias y observación directa por parte de la investigadora.

En mi rol de aprendiz, entendí que el trabajo de campo no es un método sino una presencia compartida por la cual tratamos de ver y entender cómo otros seres humanos viven (Cosmovivencia), interpretan el mundo que les rodea, del cual son parte inseparable.

También comprendí que cuando entramos en contacto con la comunidad, nos comunicamos con ella, descubrimos su realidad y nos ubicamos en la misma, nuestra agenda de investigación previamente elaborada pasa a un segundo plano, y el resultado obtenido es fruto de un trabajo consentido y consensuado con sujetos que tienen su propia filosofía de vida. O sea que es imprescindible ponernos en el lugar de

los sujetos de investigación para entender su lógica y registrarla. Esa capacidad de traducir al **Otro** como sujeto, requiere que pongamos en primer lugar al corazón el cual tiene que hablar de lo que ve, percibe y siente, tan solo así se logra dar la dimensión humana a un trabajo de investigación.

En el desarrollo del trabajo he comprendido que para lograr, conocer y registrar la cosmovisión y cosmovivencia de un pueblo es fundamental el trabajo con la memoria colectiva de sus miembros; así ahora el abuelo nos habla a través de su nieto. Finalmente aprendí que si es posible romper las metodologías tradicionales de investigación y emprender un trabajo con medios y recursos coherente a la cultura de los pueblos originarios.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

COSMOVISIÓN DEL PUEBLO AWÁ

En las entrevistas a sabios de la comunidad y en las conversaciones con gente de las comunidades he podido entender que:

El pueblo Awá al igual que todas las culturas del mundo, tiene su propia forma de concebir el mundo. Según Oracio (entrevista realizada en Octubre del 2009), miembro de la comunidad de San Marcos, para los Awá existen cuatro mundos que están estrechamente relacionados: partiendo de abajo hacia arriba existe el primer mundo que está habitado por los seres más pequeños denominados *p l s pa awá*, el segundo mundo, es donde vive la comunidad Awá y la naturaleza, en el tercer mundo; están los muertos y los espíritus, en el cuarto mundo es aquel donde está la fuerza generatriz o creador, dirigiendo y cuidando a los tres mundos anteriores.

Esta forma de concepción del mundo ha repercutido en el comportamiento de los Awá a través del tiempo: la numeración únicamente se desarrolló hasta el cuatro y luego de cuatro en cuatro; así también, la forma de construcción de la casa, con cuatro lados y cuatro pilares y el techo con cuatro lados o cuerpos. Otra relación se encuentra en el fogón, donde la cocina está compuesta por cuatro palos y en el centro se encuentran las tulpas (piedras que se sujetan con tierra).

Acerca del origen del hombre los testimonios señalan; La montaña es como una madre, es nuestra madre. La barbacha (musgo que cuelga de los árboles) es nuestra madre, nosotros somos hijos de la barbacha⁷. Concepción que coincide con lo que plantea la Unión Indígena del Pueblo Awá UNIPA de Colombia; “En la antigüedad no existía gente, solo árboles con barbacha, había un árbol grande que tenía bastante barbacha negra, esta fue creciendo con el agua y se fue hasta que llegó la tierra, transformándose poco a poco en *+nkal Awa* (hombre de la

⁷ Testimonio Oral de Milton Nastacuz, Promotor de Salud del Ministerio de Salud Pública.

montaña). Los árboles en esa época se comunicaban entre ellos, hoy también se comunican por eso no se puede machetear, porque son personas y sangran”.

Las vivencias del hombre Awá gira en torno a la montaña, pues le provee de los recursos necesarios para vivir y por lo tanto para restablecer la salud, una vez que se ha presentado la enfermedad por trasgredir las normas de convivencia armónica en la montaña.

Indudablemente dentro de la cosmovisión Awá todo tiene vida, conciben la muerte como un paso a otro nivel de vida, es así que este acontecimiento es motivo de una serie de rituales y festejos; una vez que es depositado en su tumba es protegido por una casita, en donde se depositan el vestuario, herramientas, los objetos preferidos por esta persona y comida por un período de 3 semanas. Al cabo de un año, se realiza un festejo denominado *fiesta de honras* que incluye ir a invitar al cementerio al difunto, a sus acompañantes, de ésta manera se da inicio una celebración que dura un par de días de la que participan familiares y toda la comunidad.

Es muy importante la participación social en cada uno de los acontecimientos de la comunidad, así como participan en la fiesta de honras, también participan de los rituales de sanación de las principales afecciones que generalmente requieren de armonización con danzas autóctonas, al respecto Don Vicente, mayor de la Comunidad de San Marcos (conversatorio espontaneo realizado en Octubre del 2009), refiere *“para que cure bien hay que hacer bailecito”*. Esto nos permite observar que la armonización se extiende a la comunidad en general.

CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE EL PUEBLO AWÁ.

Según los entrevistados la salud es concebida como: “Estar alentados, comer bien y trabajar bien”. También señalan que “yo estoy bien si mi familia y la comunidad están bien”.

El Inkal Awá expresa: “que la salud es la ausencia de dolor, de tristeza, cuando hay animales y frutas en la selva, cuando los árboles mayores no son cortados, porque allí están las aves y duermen el cenejú (guanta), cuando los ríos, aún tienen peces, cuando tiene ropita para sus hijos que no haga frío, cuando en los caminos largos no sientan cansancio, cuando respetan su territorio, cuando respetan sus cultura, cuando los viejos viven para que aconsejen⁸”.

“La relación plena con el medio ambiente es la salud Awá⁹”. Está claro que según la cosmovisión Awá a diferencia de la cosmovisión occidental, el hombre no es el centro del mundo, sino una parte de este con tanta importancia como su hermano árbol, el río o la piedra.

La relación hombre – y los elementos de la montaña como las plantas, el río, las piedras, los animales y los espíritus de la montaña (seres mitológicos); Astaron, la vieja, el duende y el cuco, intervienen en el estado de salud de las personas, porque según la concepción Awá, los elementos considerados inertes para el pensamiento occidental tienen vida es así; como el río enferma cuando está parida, las piedras ojean cuando pasan junto a ellas personas extrañas al lugar, ciertas plantas también ojean, al ser tocadas como por ejemplo el maipe, la guamuca, y el guaral, enfermedades que por lo general se curan con las mismas plantas.

Según la concepción Awá *“la montaña mismo enferma y la montaña mismo cura”*, entonces podemos entender que existen enfermedades propias del monte como las antes mencionadas. Todas las enfermedades originadas en la montaña, se curan con elementos que se encuentra sin salir del lugar, como; plantas, agua, piedras, guarapo, tabaco.

En la comunidad está claro, que si bien las enfermedades del monte se curan en la comunidad con intervención de los sabios, las enfer-

⁸ Memorias de talleres de la Federación de Centros Awá del Ecuador.

⁹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador. Coca-Junio 2008.

medades de afuera (infecciones respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias, ect), requieren tratamiento de afuera, para lo cual buscan asistencia en los centros de salud del ministerio de Salud Pública.

Al respecto Don Oracio, profesor de la comunidad de San Marcos (entrevista realizada en Octubre del 2009) señala; que ciertas personas de la comunidad dan preferencia a la medicina occidental, debido a que en ocasiones sus tratamientos curan rápidamente, como las inyecciones de penicilina en caso de problemas infecciosos, además porque los aditivos de los jarabes y pastillas los hacen agradables al sentido del gusto, lo que no sucede con los brebajes preparados de la comunidad que muchas veces resultan ser amargos o fuertes.

Esto lo he evidenciado en la mayoría de los que acuden a los centros del ministerio de salud, pues los usuarios exigen al personal médico que se apliquen inyecciones y sueros (vía endovenosa) para todas sus molestias, hasta el punto de rechazar la medicación por vía oral que se les prescribe.

Entonces está claro que la influencia externa cada vez es más marcada, y constituye una seria amenaza a la cultura de este pueblo.

LOS AWÁ WATSAN EN LA MEDICINA ANCESTRAL DEL PUEBLO AWÁ.

Según las personas entrevistadas:

La vida de los hombres de sabiduría del pueblo awá, más bien denominados por su gente como Watsan o AWÁ WATSAN transcurre; entre las actividades cotidianas de labranza de la tierra, cacería, y pesca por un lado, y por otra la de sus prácticas de sanación que son ejecutadas, cuando algún miembro de la comunidad lo requiere y solicita.

Este trabajo de sanación es llevada a cabo por los hombres. No es de menos importancia el trabajo de las mujeres dentro de la restitución

ción de la salud de uno de los miembros de la familia, generalmente a ellas les corresponde la primera atención que recibe el enfermo, en especial si éste es un niño, pues ellas son quienes preparan infusiones básicas para aliviar dolencias, así como también indican que existen algunas mujeres que también curan el espanto.

La edad de iniciación es en la adolescencia, generalmente quién les enseña es un familiar; padres, tíos, o abuelos. Aunque también según otros criterios se puede iniciar más temprano como a los 7 años. En la iniciación los interesados deben ingerir una *bebida especial*, si esta bebida es asimilada por el organismo y no es eliminada mediante el vómito esta persona es elegida para aprender a curar, caso contrario no.

Si bien se inician en la adolescencia, se dice que están listos para empezar a curar recién a los 30 años aproximadamente. Los principales representantes de los hombres de sabiduría son:

- El curador de chutun o chutunero.
- El curador de duende.
- Curador de espanto.
- Curador de malhora.
- Curador de mordedura de culebra.
- Curador o Tocador de lisiado, o curador de huesos.
- Parteros. Si bien existen los parteros, también los esposos son los encargados de asistir a la mujer durante el parto.
- El brujo: cabe anotar que dentro de la población Awá le dan esta denominación a las personas que se dedican a hacer el mal y también curar a las personas que han sido víctimas de aquello. También se conoce como mal de calle o de camino.

Esto nos permite ver que para cada problema de salud existe una persona específica para tratarla, aunque también una persona puede curar dos o más enfermedades, así el mismo que cura el chutun, puede curar el duende.

Los principales métodos de diagnóstico que utilizan los sabios son; el pulso de la persona con la dolencia y la observación.

Entre los recursos terapéuticos más utilizados están las plantas, el río, las piedras, el guarapo (jugo de caña fermentada), alcohol etílico, tabaco (ya sea en forma de cigarrillo o en forma de hoja), instrumentos musicales, entre otros.

Como todo sistema de salud, el del Pueblo Awá tiene sus prácticas preventivas destinadas a mantener el estado de salud de su comunidad, así los sabios y las personas mayores enseñan a los más jóvenes en especial el conocimiento y relación adecuada con su medio, ya que como señalamos anteriormente dentro de la cosmovisión Awá en su ambiente vital como lo es la montaña muchos elementos pueden enfermarnos al mismo tiempo que nos puede ayudar a restablecer la salud, indican que plantas no se deben tocar, en que horas no se puede salir a la montaña, que frutas se comen y cuáles no, y en qué estado se comen, pues el comer frutas caídas y soleadas puede ser causante de enfermarse, entre otras.

La importancia del Awá Watsan es crucial para la supervivencia del pueblo Awá, pues como vemos las enfermedades del monte necesitan de tratamiento en la comunidad por los sabios, como claramente lo explica don Mesias Nastacuz de la comunidad de Río Verde (entrevista realizada en el mes de Septiembre del 2009), *“las enfermedades de monte sólo pueden curar los curanderos Awá, en el hospital se mueren, no se alientan”*.

ENFERMEDADES DE CONVICCIÓN CULTURAL DEL PUEBLO AWÁ (ENFERMEDADES DEL MONTE)

Entre las personas con quienes se desarrollaron las entrevistas y los conversatorios, se pudo percibir que está presente la concepción que; existen las enfermedades del monte (o aquellas propias de la comunidad) y las enfermedades de afuera (enfermedades occidentales). Las

primeras son de manejo exclusivo de los sabios de la comunidad, y las segundas son resueltas en las casas de salud del ministerio de Salud Pública, son las consideradas más peligrosas. Así, Don Rafael, Awá Watsan de la comunidad de Río Verde nos dice (entrevista realizada en el mes de Septiembre del 2009): *"Sarampión y Viruela es enfermedad muy grave"*, es bajo este criterio que entre una de las prácticas de prevención es evitar salir a la ciudad. También hacen referencia que en tiempos antiguos, la gente se enfermaba menos y que todos los problemas de salud se resolvían en la comunidad. Así se describen las principales enfermedades del monte:

- Wualpura – Shutum-. Enfermedad que se produce, por determinadas circunstancias como recoger frutos del suelo, caminar en ciertos lugares en horas no indicadas, u otras cosas que no se deben hacer. El Awá Watsam lo trata con hierbas de la montaña con baños rituales en los cuales participan la comunidad, es una situación en donde los demás miembros de la comunidad en la parte última del tratamiento en donde se realiza un ritual con un baile durante toda la noche. Esto nos permite ver el trabajo colectivo para restablecer la armonía de la persona que se ha enfermado.
- Mal aire, se presenta con vómito, diarrea.
- Duende.- Es un espíritu de la montaña, cuando el awá camina en alta montaña, en la chorrera o en la peña y que por cierta atracción hacia la persona, puede tocarla y entonces ésta se enferma. Los sabios indican que existen tanto duende masculino como femenino, el primero puede afectar a la mujer, y el segundo al hombre. Cuando una persona es afectada por el duende desarrolla una especie de "esquizofrenia" (visto desde occidente), que de no recibir tratamiento oportuno y adecuado por el awá Watsan, podría morir. Textualmente don Rafael de la comunidad de Río Verde nos dice que los tocados por el duende *"están locos"*.
- Ojeada de Piedra, de Agua.
- Ojeada de diferentes plantas y de otros espíritus de la montaña. Los sabios indican que el tocar ciertas plantas pueden enfermar, tal es el caso, la huambuca, el maipe, el guaral entre otros.

- Malora, se puede presentar por caminar en horarios no adecuados, requiere tratamiento urgente, pues sino la persona puede morir.
- Espanto y otros males de los cuales cuidar a los niños y niñas, también del espíritu de los muertos (esto se explica porque luego de sepultar a alguien que ha fallecido los familiares y acompañantes al llegar a casa pasan la brasa en forma de cruz en la planta de los pies).
- La mordedura de culebra. En el tratamiento para la mordedura de serpiente es donde el Watsan demuestra un amplio conocimiento de la naturaleza, pues elaboran la Contra a base de muchas hierbas. La contra de la culebra sirve para curar más de un mal.

Los entrevistados señalan que las enfermedades más graves son el Duende y Chutun, y que el más frecuente es éste último. En cuanto al nacimiento, podemos indicar que el parto de las mujeres Awá es en casa con la ayuda del compañero conyugal. Al igual que otros Pueblos indígenas aquí se practica el Parto Vertical. En caso de complicaciones se acude al partero o partera de la comunidad. Únicamente en los partos en los que los parteros/as identifican un alto riesgo, se acude al centro de salud para el alumbramiento. De acuerdo a la primera encuesta nacional a las comunidades y pueblos del Ecuador realizada por el CODENPE, el 100 % de las mujeres Awá dan a luz en sus propias casas. Este dato es muy lógico si analizamos las grandes distancias que existen en la selva entre una casa y otra, entre una comunidad y otras. Entonces podemos ver que el saber básico relacionado con el nacimiento es poseído por toda la población, pues como bien lo dice Don Rafael, sabio de la Comunidad de Río Verde Bajo *“Todos los hombres jóvenes aprenden viendo a su papá como hacer dar a luz a la mujer”*.

HECHOS O SITUACIONES QUE HAN PERMITIDO LA SUBSISTENCIA DE LOS AGENTES DE MEDICINA ANCESTRAL AWÁ.

Según los entrevistados, los sabios, persisten gracias a:

La efectividad de los tratamientos, la comodidad de los costos de los tratamientos.

La situación geográfica; el hecho de que las comunidades se encuentran bastantes distantes de los centros poblados occidentales donde se encuentran las unidades del ministerio de salud pública, es un factor importantísimo para que la población siempre busque primero la ayuda de los sabios de sus comunidades.

Otro de los factores que influye directamente es, la tradición de los abuelos de enseñar a curar a sus descendientes. Aunque con tristeza refiere Don Sebastián presidente de la Comunidad de San Marcos (en entrevista realizada en Octubre del 2009), que actualmente los jóvenes “ya no colaboran” con la preservación de la cultura, “ya no quieren aprender a curar”.

Esto también coincide con el hecho de que en las casas de asistencia médica del ministerio de salud, sean las personas jóvenes quienes acudan más frecuentemente con sus hijos en especial cuando presentan algún problema de salud. Y al ser preguntados de que si ya han recibido alguna atención en la comunidad, lo niegan rotundamente, aquí cabe dos interpretaciones: primero, realmente no han recibido ninguna atención y directamente han sido llevados al médico, segundo, si recibieron atención en la comunidad, pero no tuvo mejoría y por ese motivo lo llevaron al médico (Julian Taicus, miembro de la comunidad de San Marcos, que se desempeña como técnico de la Dirección de Educación Intercultural Bilingüe de la Nacionalidad Awá al respecto señala; “siempre se cura primero en la comunidad, si no se alienta, es llevado al Subcentro”), pero niegan que haya recibido alguna atención debido al rechazo por parte de la medicina oficial u occidental a las prácticas de los médicos indígenas.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

- El Pueblo Awá es poseedor de una cosmovisión de vida armónica y plena con su entorno, al igual que todos los pueblos indígenas de la región. La cosmovisión del pueblo Awá señala que son hijos de la montaña, quién le provee todo lo necesario para vivir, demuestran una clara relacionalidad y proporcionalidad con seres espirituales, tanto de la montaña como de los otros mundos.
- El pueblo Awá considera que el completo estado de salud depende no solo del bienestar físico de la persona, sino de la familia, de la comunidad, de su gran madre que es la montaña y sus elementos físicos y espirituales, resultante de la relación armónica entre todos ellos, y que la trasgresión de las normas de aquella armonía se manifiesta en enfermedad.
- No existe una red articulada de sanadores ancestrales, como podemos ver cada sabio a medida del desarrollo de sus capacidades puede curar una, dos o más enfermedades, y de acuerdo a las dolencias son buscados por la comunidad para resolver los problemas.
- El saber en el pueblo Awá está disperso, es descentrado, se encuentra en toda la comunidad. Además es independiente el poder político de la salud.
- Las principales situaciones que han permitido la continuidad de las prácticas médicas ancestrales en el pueblo Awá (que por cierto está amenazada), son el aislamiento dado a su ubicación geográfica, la costumbre de los mayores de enseñar a sus descendientes sus conocimientos, la efectividad de los tratamientos aplicados y la accesibilidad económica dado a que son costos mínimos en comparación con la medicina occidental.
- El asistencialismo o paternalismo brindado tanto por el estado como por organismos no gubernamentales ha generado en una parte de la población Awá una considerable pérdida de su autoestima y dignidad como pueblo ancestral, amenazando su identidad cultural, de por sí ya minada por las continuas afecciones a su territorio y autonomía.

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que la cosmovisión y cosmovivencia del Pueblo Awá gira en torno al medio ambiente, es vital para este pueblo, la conservación de su territorio, el respeto a su cultura y la provisión de medios y recursos suficientes para que tengan una autonomía plena.
- En vista de que en las comunidades estudiadas se aprecia una serie de enfermedades tanto propias como de afuera, es importante tener en cuenta prácticas tendientes a restablecer la armonía del Inkal Awa con su medio, para superar esta situación.
- Es necesario asumir la tarea de ir armando piezas, analizando e interpretando (aprehendiendo) los elementos del sistema de salud ancestral Awá, que bien es cierto existen todos pero se encuentran separados, y de esta manera fortalecer su cultura.
- Es urgente la promoción y práctica de los saberes médicos ancestrales, en especial a las personas jóvenes, que son quienes en el futuro tomarán las riendas de la conducción de las comunidades. Debe implementarse un proceso de sensibilización en cuanto a su validez, eficacia, y conveniencia económica inclusive, y más que nada como uno de los elementos fundamentales para la preservación de la cultura del pueblo Awá.
- Empezar un proceso de concienciación en la necesidad de mantenerse como pueblo originario, en lo más posible al margen de la civilización occidental: la urbanización de las comunidades, la dotación de medios de información masiva como la televisión, los diferentes grupos religiosos, entre otros.
- El presente trabajo por la generalidad del mismo, puede servir de base para enfocar futuras investigaciones tendientes al restablecimiento pleno del sistema de salud Awá y del Wat Puran Awasu o buen vivir.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ALDERETE; Ethel, (2004). "Salud y Pueblos Indígenas", Ediciones ABYA YALA, Quito.
- ASAMBLEA CONSTITUYENTE, (2008). "Constitución de la República del Ecuador", Quito.
- AYORA; Steffan I, (2002). "Globalización, conocimiento y poder: Médicos Locales y su lucha por el reconocimiento en Chiapas", Editorial Plaza y Valdez, México.
- CACHIGUANGO; Luis E, "PAKARINA, (2009). El ritual Andino del Nacimiento y Crianza de Niños y Niñas en Cotacachi", Imbabura.
- CONTENTO; Lidia, (2009). "Hatun Wachayuk Sachamanta Yachay", 1ra Edición, MSP, Quito 2009.
- DEL CID; Víctor Manuel, VALIENTE; Fredy, "Taller Para Elaborar la Tesis", Nicaragua.
- FEDERACIÓN DE CENTROS AWÁ Y ALTRÓPICO, (2002). "La Historia del Pueblo Awá", 2da Edición, Quito – Ecuador.
- FONDO DOCUMENTAL AFROANDINO, (2009). "Aprender haciendo: Una Metodología para la reconstrucción de saberes", Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador, Quito.
- GUERRERO; Patricio, (20029. "La Cultura" Estructuras Conceptuales para Comprender la Identidad, la Diversidad, la Alteralidad y la Diferencia", Ediciones ABYA YALA, Quito.
- GUERRERO; Patricio, (1993). "El Saber del Mundo de los Cóndores" Identidad e Insurgencia de la Cultura Andina, Ediciones ABYA YALA, Quito.

- LAJO; Javier, "Qhapaq Ñan", (2006). La Ruta Inka de Sabiduría, 2ª Edición, Ediciones ABYA YALA, Quito.
- RODRÍGUEZ Germán, TAXO Alberto, (1998). "Visión Cósmica de los Andes", 3ª Edición, Ediciones ABYA YALA, Quito.
- RODRÍGUEZ; Germán, 1992). "La Faz Oculta de la Medicina Andina", Colección AMARU.
- SERRANO, Vladimiro(2005): Conciencia e interculturalidad, CEDECO Quito-Ecuador.
- Varios Autores; (2000). "Manos Sabias para Criar la Vida–Tecnología Andina", Ediciones ABYA YALA, Quito 2000.
- VILLARREAL; Carlos A, (1986). "La Crisis de la Supervivencia del Pueblo Awá", ILDIS.
- OPS. (1978). *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. Guatemala.
- Guía Técnica Para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, (2008), MSP, Quito.
- Manual de medicina de los pueblos Kichwas del Ecuador (2002). ECUARUNARI-CODENPE, Quito-Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2008), Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador. .
- DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES), (s/f). "Los sistemas de atención a la Salud: una visión desde la Antropología médica y la teoría de sistemas", México.

Alburguez, M. (2007, Noviembre 19), El Diario de los Andes. Extraído el 20 de Septiembre de 2009 desde <http://diariodelosandes.com/content/view/19246/78930/>.

Federación de Centros Awá del Ecuador. (2001, Septiembre 7). Extraído el 02 de Junio del 2009 desde <http://www.federacionawa.org/index.htm>.

<http://www.monografias.com/trabajos27/metodos-cualitativos/metodos-cualitativos.shtml>.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1: MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL EN SALUD CON VISIÓN A LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Desde siempre la demanda de los pueblos indígenas ha sido el respeto de sus derechos, especialmente aquellos vinculados a la salud, con el fin de articular sabidurías ancestrales, como políticas públicas de estado en salud, en ese sentido se firmaron convenios específicos para afianzar estos objetivos.

En el presente inicio de siglo y milenio, las demandas de las nacionalidades y pueblos indígenas se encuentran contempladas bajo una doctrina jurídica nacional e internacional considerable, expresada en declaraciones, acuerdos, convenios y tratados, donde se reconocen sus derechos colectivos.

En el ámbito Internacional:

El **Convenio 169 de la OIT (1989), Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes**, el mismo que declara en su Parte Quinta.- Seguridad Social y Salud; Art. 25:

1. Los Gobiernos han de poner a disposición de los Pueblos interesados, servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos Pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud
 - **En septiembre de 1999, los Gobiernos miembros de la OPS, expiden la “Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas” su resolución quinta declara: reconocer, valorar y rescatar** la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos; promover actividades encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida y salud.
 - **El 12 de mayo, 1994**, la 47ª. Asamblea Mundial de la Salud declara el **Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo**. Sus Objetivos disponen:
 - a. Fortalecer la cooperación internacional para solución de los problemas de salud de pueblos indígenas.
 - b. Adoptar disposiciones específicas para grupos de población más vulnerables.
 - c. Reconocer la experiencia y conocimientos de las medicinas tradicionales indígenas.
 - d. Atención médica y sanitaria culturalmente adaptada en sus métodos, técnicas y alcance social.
 - e. Establecer en los países: puntos focales de enlace con el Centro de Derechos Humanos, los gobiernos y las poblaciones indígenas para desarrollar y mejorar programas de beneficio.
 - f. Establecer grupos consultivos de representantes indígenas con conocimiento sobre necesidades de recursos sanitarios en las comunidades.
 - En el año **2004** se instaura el **II Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo**.
 - El año **2003**. la **56 Asamblea de la OMS**, acuerda el **Informe de la Secretaria (A56/18, 31 de marzo del 2003)**, el cual pasa revista al uso creciente de la medicina tradicional (medicinas tradicionales y alternativas) por los países. y recomienda una estrategia para su desarrollo y valoración.

- A fines de marzo del 2006, los Ministros de Salud del Área Andina, reunidos en Bogotá, acogieron los Acuerdos formulados por la Comisión Andina de Salud Intercultural (establecida en Umada, en noviembre del 2005), y suscriben una Resolución (*RfMSAA XXVII/417. 31 de marzo. 2006*), que contempla:
 - a. Expresar su beneplácito por el trabajo de la Comisión Andina de Salud Intercultural y ratificarla.
 - b. Desarrollar políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud.
 - c. Avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque intercultural, y de sistemas de información y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de pueblos indígenas.
 - d. Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud.
 - e. Solicitar a la Secretaría del ORAS-CONHU coordinar el Plan Andino de Trabajo en Salud Intercultural y articularlo con las Políticas Públicas de Salud, al tiempo que fortalecer el desarrollo de RRHH con competencia en salud intercultural.

En Septiembre del año 2007, la ONU aprueba la ***Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas***.

Artículo 21

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas en la salud y la seguridad social.

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

El ámbito nacional cuenta con las siguientes herramientas jurídicas generadas a partir del año 1994

Siguiendo los marcos jurídicos, *“El sistema de salud debe efectuarse en cooperación con los pueblos indígenas”*. Siguiendo este enfoque del Convenio 169. Convenio sobre la diversidad biológica, el Decenio internacional de los Pueblo Indígenas del mundo y en el marco de las iniciativas de la salud de los pueblos indígenas de las Américas promovido por la OPS.

En el Ecuador se establece:

- El Estado Ecuatoriano, ha ratificado el Convenio Internacional N° 169 de la OIT.
- *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*: Consiste en un Programa de subsidiariedad a la madre y el niño, es decir a la demanda, articulando para el efecto a diferentes proveedores de servicios.
- Art. 2-A (Art. Agregado por Ley No. 129; agosto 1998). Podrán participar, previa acreditación por el Ministerio de Salud, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional. Dentro del cumplimiento de esta Ley y con el afán de cambiar los indicadores altos de morbi-mortalidad materno – infantil, el ministerio de salud pública, ha insertado dentro de algunos centros de atención primaria en salud, lo que corresponde al Parto Vertical, en coordinación con algunos agentes de salud indígena, esto podemos considerar como una pequeña aproximación a lo que se aspira en lo concerniente a la salud Intercultural y es la primera ley en el Ecuador, que de alguna manera lo faculta.

- *La Carta Política del Estado* ecuatoriano reformada en 2008, Art. 32. El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.

Art. 33. Los instrumentos internacionales comerciales no podrán menoscabar, directa o indirectamente, el derecho a la salud, el acceso a medicamentos, insumos, servicios, ni los avances científicos y tecnológicos.

La constitución propuesta por la actual asamblea constituyente, en lo referente a salud, no da un panorama claro respecto a la revitalización de la medicina tradicional ni a los principios ni derechos de propiedad intelectual, ni mucho menos aclara una interrelación o alianza entre medicina occidental y medicina tradicional, por lo que consideramos que no significa ningún avance en lo que a Políticas de salud de los pueblos indígenas tiene que ver, inclusive nos atrevemos a asegurar que es una forma de retroceso, frente a todos los logros del Movimiento Indígena en las últimas dos décadas. El art.32 (2) de la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que hace mención al consentimiento, previo libre e informado (a cerca de las actividades de prospección, explotación y comercialización de recursos no renovables a desarrollarse en territorios ancestrales) no ha sido incluido en la Nueva Constitución, ya que en ella solo se menciona una Consulta previa, libre e informada, más no el consentimiento.

- **Creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI**, como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica administrativa y Funcional, mediante Acuerdo Ministerial No. 01642, el 13 de septiembre de 1999, dado y firmado por el Ministro de salud de aquel entonces.

Art 2. Asígnese a la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas:

1. La articulación y coordinación de acciones a fin de incorporar las prácticas de Medicina Tradicional a las de Medicina Académica e incentivar la legislación sobre la materia de acuerdo a lo presentado en las normas Constitucionales
2. La formación de personal indígena de salud tanto en el campo de medicina tradicional como en el de la medicina académica.

Cabe señalar que la DNSPI, no es más que un nombre, pues en realidad es un Subproceso del Proceso Nacional de normatización en salud, y constituye simplemente una instancia administrativa (figurativa) sin ningún poder de decisión sobre cuestiones de política institucional y sobre asuntos que promuevan transformaciones sustanciales en los modelos de gestión y atención de la salud para los pueblos y nacionalidades indígenas.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002):

Capítulo 1:

Art. 2, Finalidad y Constitución del Sistema: El sistema Nacional de Salud estará constituido por las entidades comunitarias.

Art. 4: Principios. 5: Pluralidad Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciando su interrelación con una visión pluricultural.

Capítulo 11: Del Plan Integral de Salud

Art. 5. Para el cumplimiento de los objetivos propuestos: el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud y mantendrá un enfoque pluricultural.

Art. 6. Modelo de Atención: El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

Capítulo 111: Integración del Sistema

Art. 7. Integrantes del Sistema Nacional de Salud: 12. Servicios Comunitarios de Salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.

Capítulo IV: Funcionamiento del Sistema

Art. 13. Función de financiamiento: El financiamiento del Plan Integral de Salud será destinado a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.

Capítulo VI: De los Recursos Humanos

Art. 26. El Ministerio de Salud Pública: con el apoyo del consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el plan nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud (...) con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y mercado de trabajo.

Art. 29: El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la participación del FUNDACYT, impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y el desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural, que incluya la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa.

- **2004. El Modelo de Atención Integral,** estatuido mediante Acuerdo Ministerial 0553 del 13 de mayo del 2004, explicita:

Objetivo General: el Modelo de Atención Integral será ofertado por “otros proveedores de servicios de salud” (se comprende el referido a las medicinas tradicionales y alternativas).

Bases Conceptuales: El Modelo de Atención Integral, se desarrollará con bases en la Atención Primaria y Promoción de la Salud con enfoque familiar (...). Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. Considera la estrategia del enfoque intercultural que ha de garantizar la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen la complementariedad, la reciprocidad y la diversidad de las culturas en salud.

Conjunto de Prestaciones Básicas: (...) será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

Estrategias para el Desarrollo del Modelo de Atención Integral:

- Garantizar la adopción intercultural de aspectos conocidos de la atención: Investigación y validación de prácticas alternativas de salud; aplicación y normatización de las prácticas validadas.
- Fortalecimiento y coordinación con la red comunitaria (se comprende la red socio organizativa -cabildos; organizaciones de primero y segundo grado, así como las redes de sanadores de las medicinas tradicionales).
- Coordinar las medicinas tradicionales y complementarias, reconociendo y respetando las diferentes prácticas que las etnias ecuatorianas utilizan para atender sus necesidades prioritarias de salud.
- Realizar visitas integrales comunitarias bimensuales con promotores, voluntarios de salud o líderes cívicos.
- Iniciar un proceso de capacitación dirigido a todo el personal de las instituciones y organizaciones de salud, mediante el cual los funcionarios conozcan y comprendan los principios, características y contenidos del modelo de atención.

En el año **2007** el Congreso Nacional aprueba la **“LEY ORGÁNICA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE PUEBLOS INDÍGENAS DEL ECUADOR QUE SE AUTODEFINEN COMO NACIONALIDADES DE RAÍCES ANCESTRALES”**.

CAPITULO II: De la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador

Art. 7.- La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, es una entidad técnica, especializada en la práctica de la medicina y conocimientos tradicionales, que funcionará bajo los lineamientos definidos por el Consejo de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador.

Art. 8.- La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, tendrá como misión fundamental la definición de políticas públicas para proteger, desarrollar y asegurar el derecho de acceso a servicios de salud intercultural adecuados a su realidad socio-cultural y tradiciones propias.

Tendrá las siguientes atribuciones y funciones:

- a. Fomentar la recuperación, valoración, desarrollo y práctica de los sistemas de medicina tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas;
- b. Articular y coordinar acciones a fin de incorporar las prácticas de medicina tradicional al Plan Nacional de Salud, de acuerdo con lo prescrito en la Constitución Política de la República y las leyes;
- c. Formar al personal indígena de salud, en medicina tradicional y garantizar su práctica en las nacionalidades y pueblos indígenas, y en el territorio nacional;
- d. Promover el ejercicio de la medicina tradicional de las nacionalidades y pueblos indígenas en sus propias comunidades y en todo el país;
- e. Implementar el sistema intercultural de salud en el país;

- f. Coordinar el funcionamiento de los espacios comunitarios de sabiduría, los lugares sagrados y la práctica de medicinas tradicionales en cada nacionalidad y pueblo indígena;
- g. Garantizar los conocimientos, prácticas y usos de los distintos medios de diagnóstico y tratamiento en los sistemas de medicinas tradicionales y los usos de las plantas medicinales y sagradas, costumbres y ceremonias rituales, que se constituyen en elementos fundamentales para el equilibrio armónico de la salud física, mental, espiritual, individual, comunitaria y ecológica;
- h. Proteger, recuperar y controlar los recursos biogenéticos y conocimientos ancestrales de medicina de las nacionalidades y pueblos indígenas que no sean plagiados o patentados por personas naturales o jurídicas, extrañas a dichos pueblos y/o nacionalidades; y,
- i. Otorgar el correspondiente certificado a quienes practiquen la sabiduría ancestral, siempre que cumplan los requisitos establecidos en la presente Ley y el reglamento.

Art. 9.- La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador contará con una Secretaría Ejecutiva Nacional, como organismo técnico-administrativo operativo de la Institución. Para cumplir con sus atribuciones contará con personal profesional calificado.

ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA

Datos generales

Fecha:

Comunidad: Parroquia:

Cantón: Provincia:

Nombre del entrevistado: Edad:

Nombre de acompañantes:

Nombre del entrevistador:

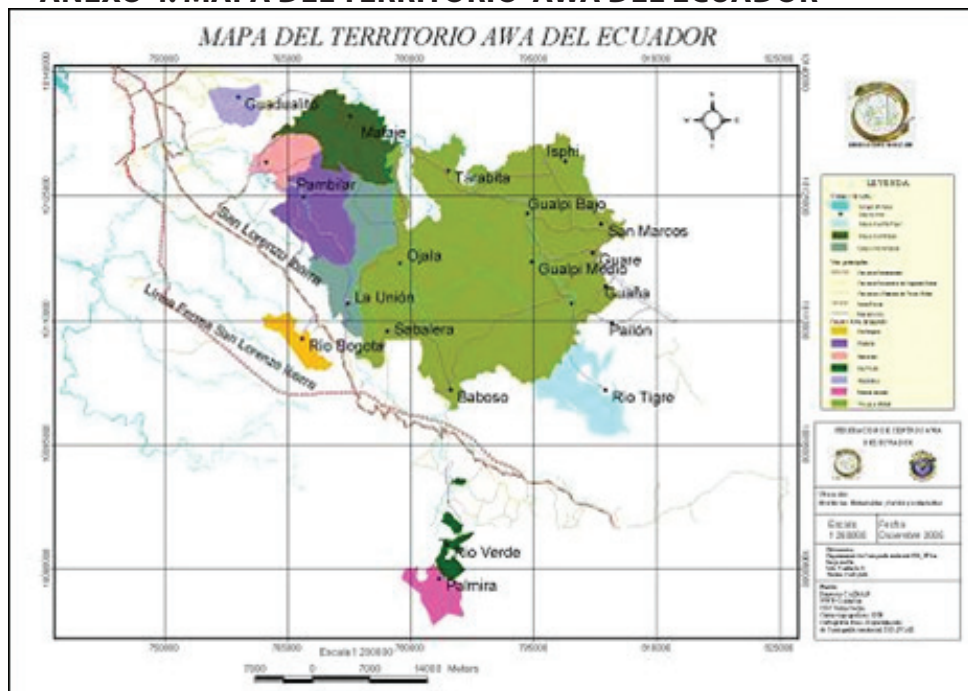
1. ¿Cómo cree que se originó el mundo?
2. Qué contaban sus abuelos sobre el origen del mundo?
3. Cuántos mundos existen?
4. Qué es para usted la montaña? Tiene vida o no?
5. Qué son las plantas?
6. ¿Qué es la salud para usted?
7. Que hace la gente de su comunidad para tener salud?
8. ¿Qué es la enfermedad para usted?
9. Por qué una persona se enferma?
10. ¿Cómo sabe usted que una persona está enferma?
11. De qué no más se enferman la gente de su comunidad?
12. Cuáles son la prácticas durante el nacimiento?
13. Cuáles son la prácticas cuando un miembro de la comunidad muere?
14. ¿Quién le enseñó a curar?
15. ¿Usted cómo aprendió a curar?
16. Cómo conoció ud que tenía que ser una persona que cura?
17. ¿A los cuantos años usted aprendió a curar?
18. ¿Qué enfermedades curan en la comunidad?
19. Cómo curan esas enfermedades?
20. ¿Cuántos tipos de curanderos existen en la comunidad?
21. ¿Usted enseña a curar y a quién?
22. ¿Cómo se usa la medicina awá ahora?
23. ¿Qué dificultades o problemas ha encontrado para realizar sus curaciones?

24. Usted cree que es importante que los saberes médicos ancestrales del pueblo Awá deben seguir practicándose?
25. ¿Qué considera que han tenido que hacer para que sus saberes sigan vivos?
26. ¿Qué cree que debe hacerse para que no se pierdan los conocimientos sobre la medicina de su comunidad?
27. ¿Qué funciones a parte de sanar o curar cumple el awá watsan de la comunidad?

ANEXO 3: ¿COMO INVESTIGABAN NUESTROS ANCESTROS?

Tenían el suficiente tiempo, espacio y recursos para pasar toda una vida dedicados a la experimentación práctica y la comprobación. Podían desprenderse del cuerpo físico para hurgar el conocimiento en otros espacios y dimensiones del tiempo. Eran conocimientos que se trasladaban de generación a generación mediante una formación práctica y espiritual o sea vivencial, en el día a día.

ANEXO 4: MAPA DEL TERRITORIO AWA DEL ECUADOR



ANEXO 5: MODELO DE CASA DE UNA FAMILIA AWÁ CONSTRUIDA SEGÚN SU FILOSOFÍA



FUENTE: Rosa Mayta Zapata, Provincia Carchi–Comunidad San Marcos, Noviembre 2009.

Misión, Visión y Ejes Transversales de URACCAN

Misión:

Formación de recursos humanos, con conocimientos y capacidades científico-técnica, actitudes humanistas, sentido del emprendimiento y la innovación, que contribuyen al fortalecimiento del sistema autónomo regional y del país.

Visión:

Ser líder en el paradigma de universidad comunitaria intercultural en el ámbito nacional e internacional, que acompaña procesos de desarrollo con identidad de los pueblos indígenas, mestizos, comunidades étnicas y afrodescendientes para la promoción de la ciudadanía intercultural.

Ejes transversales del funcionamiento institucional

- Interculturalidad.
- Género.
- Autonomía Regional.
- Integración.
- Desarrollo con Identidad.
- Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.
- Formación de Recursos Humanos.
- Construcción de Conocimientos.

Principios institucionales:

- La Autonomía Universitaria.
- La Accesibilidad.
- La Equidad.
- La Corresponsabilidad.
- La Comunicación horizontal.
- La Diversidad cultural.
- La Pertinencia.
- El Servicio Comunitario.
- La Unidad nacional.
- Identidad.