

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



¡Aquí manda el Comando Matico!
Etnografía de una propuesta de salud intercultural shipiba en
tiempos de pandemia

Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Antropología
con mención en Estudios Andinos
que presenta:

Humberto Manuel Briceño Cabezas

Asesora:

María Eugenia Ulfe Young


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, María Eugenia Ulfe Young, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis titulada(o) ¡Aquí manda el Comando Matico! Etnografía de una propuesta de salud intercultural shipiba en tiempos de pandemia, de el autor Humberto Manuel Briceño Cabezas, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 4%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 29/09/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas. Lugar y fecha:

Lima, 3 de octubre de 2025.

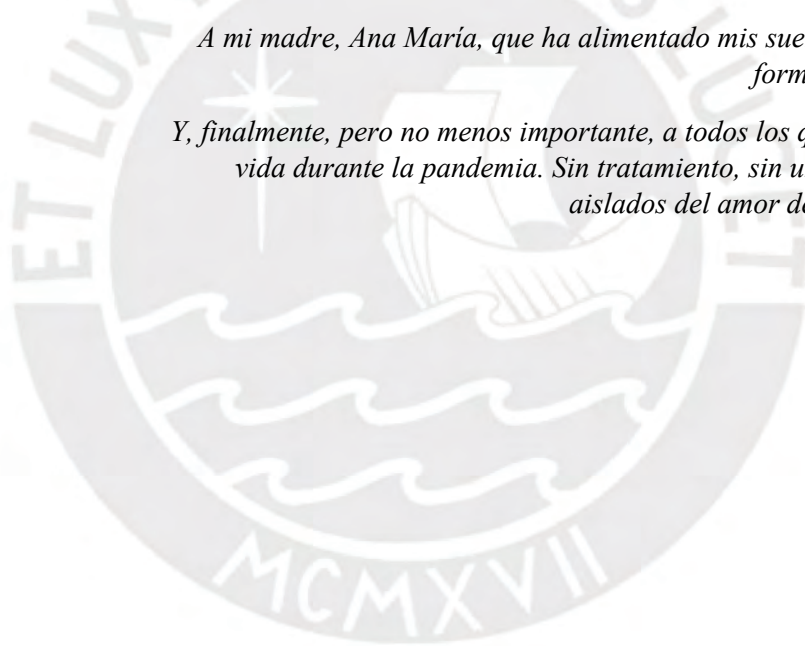
Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Ulfe Young, María Eugenia	
DNI: 07871124	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2749-1036	

Mi principal agradecimiento al Comando Matico, que me abrió las puertas para conocer su lucha, un gesto que cambió totalmente mi entendimiento de la salud intercultural y la política indígena.

A mi padre, Roberto, un antropólogo empírico, sin título, pero con plena consciencia de las heridas y los cantos que atraviesan a nuestra patria.

A mi madre, Ana María, que ha alimentado mis sueños de todas las formas imaginables.

Y, finalmente, pero no menos importante, a todos los que perdieron la vida durante la pandemia. Sin tratamiento, sin un trato humano, aislados del amor de sus familiares.



RESUMEN

El presente estudio etnográfico analiza la construcción autogestionaria y colectiva de una estrategia de salud intercultural popular y crítica, alternativa a la propuesta por el Estado peruano, que apareció como una respuesta indígena urbana a la emergencia social y sanitaria vivida durante la pandemia. El estudio de caso del Comando Matico COVID-19, colectivo shipibo que nació en los asentamientos humanos de Yarinacocha, muestra una manera de concebir la salud intercultural desde una posición subalterna y disidente respecto a la estrategia sanitaria que el modelo biomédico impuso a través de las políticas de salud globales que dispuso la Organización Mundial de la Salud a todos los Estados nacionales para lidiar con el coronavirus. Los miembros del Comando Matico cuestionaron, mediante su discurso y sus prácticas, dichas prácticas de control social, tales como el aislamiento de los enfermos y el distanciamiento, medidas ajenas a su realidad social y su cultura de salud tradicional. En su lugar, se afirmó un protocolo de acompañamiento de los enfermos y el empoderamiento de las familias a través de la difusión de métodos caseros de tratamiento con plantas como el matico (*Piper aduncum*), que se convirtieron en símbolo de resistencia popular a la enfermedad en un contexto político y económico nacional de captura del sector sanitario por los intereses privados, falta de rectoría del Ministerio de Salud, y problemáticas propias de una descentralización incompleta e ineficaz del sistema de salud. Los hallazgos del presente estudio permiten comprender, en primer lugar, las circunstancias de injusticia social en las que este colectivo fue creado como una medida de lucha y supervivencia ante el abandono del Estado; en segunda instancia, el papel importante que jugó la ciudadanía indígena organizada en un contexto urbano en la creación de otras formas de entender la salud, y atender las necesidades de cuidado y sanación de la población. Así, se muestran los puntos ciegos del paradigma biomédico y el Estado durante la pandemia. Los resultados de este estudio ofrecen aportes importantes para la elaboración de una política de salud intercultural que responda realmente a las exigencias de los usuarios indígenas y no indígenas.

Palabras clave: pandemia, disidencias, salud intercultural, COVID-19, shipibo-konibo, Amazonía, pueblos indígenas

ABSTRACT

This ethnographic study analyzes the self-managed and collective construction of a popular and critical intercultural health strategy, alternative to that proposed by the Peruvian State, which emerged as an urban indigenous response to the social and health emergency experienced during the COVID-19 pandemic. The case study of the Matico Command, a Shipibo-Konibo collective that emerged in the human settlements of Yarinacocha, shows a way of conceiving intercultural health from a subaltern and dissenting position, at odds with the health strategy that the biomedical model underlying the policies designed by the World Health Organization policies for all states to deal with Coronavirus. Through their discourse and praxis, the members of the Matico Command questioned these control measures, such as social distancing and the isolation of the ill, practices that are foreign and inattentive to their social reality and traditional health culture. Instead, they established a protocol for accompanying the sick and empowering families through the dissemination of home treatment methods using plants such as matico (*Piper aduncum*). These treatments became a symbol of popular resistance to the disease in a national political and economic context characterized by the capture of the healthcare sector by private interests, a lack of leadership from the Ministry of Health and other problems, inherent to an incomplete and ineffective decentralization of the healthcare system. This study's findings allow us to understand, firstly, the circumstances of social injustice in which this collective was created as a measure of struggle and survival in the face of state abandonment; secondly, the important role played by organized indigenous citizenship in an urban context in creating other ways of understanding health and addressing the healthcare needs of the population. Thus, the blind spots of the biomedical paradigm deployed by the State during the pandemic are revealed. A significant contribution is made by this study toward the development of an intercultural health policy that truly responds to the demands of indigenous and non-indigenous users.

Keywords: pandemic, dissidence, intercultural health, COVID-19, Shipibo-Konibo, Amazon, indigenous peoples

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
GLOSARIO	x
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problema de investigación.....	14
1.2 Balance metodológico	17
1.2.1 Etapas del estudio de campo.....	19
1.2.2 Técnicas de investigación.....	26
1.2.3 Dos estrategias metodológicas para dos campos distintos	32
2. MARCO CONCEPTUAL.....	36
2.1 Revisión bibliográfica: Situación del sistema de salud peruano, interculturalidad en salud dentro del Estado peruano y salud de los PPIIAA.....	36
2.1.1 Situación del sistema de salud peruano antes de la pandemia.....	36
2.1.2 La propuesta de salud intercultural del Estado peruano.....	40
2.1.3 Situación de salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos	45
2.2 La pandemia llega a los PPIIAA: Cronología, respuesta estatal y activismo indígena.....	52
2.2.2 <i>Impacto de la pandemia en los Pueblos Indígenas Amazónicos (PP. II. AA.)</i>	57
2.2.3 La propuesta de salud intercultural del Estado para los pueblos indígenas durante la pandemia.....	62
2.2.4 La labor de la Diresa Ucayali desde los documentos oficiales	65
2.3 Estado del arte.....	66
2.3.1 Cronología del Comando Matico	67
2.3.2 Estudios sobre el Comando Matico	71
2.4 Marco teórico	78
2.4.1 ¿Qué es salud?: Distinciones necesarias para el estudio de una propuesta de salud intercultural	79
2.4.1.1 Una mirada crítica a los presupuestos epistemológicos del enfoque biomédico y de la investigación en antropología de la salud.	80
2.4.1.2 El pueblo shipibo-konibo y su idea del bienestar	85

2.4.2	Desplazamientos, movimientos migratorios y la creación de nuevas formas de ser shipibo	101
2.4.3	El desacuerdo como punto de partida para el análisis de los modelos de salud intercultural	108
2.4.4	Elementos para la reconstrucción de las bases conceptuales de los modelos de salud intercultural	113
2.4.5	La interculturalidad crítica y decolonial	115
2.4.6	La salud de los pueblos indígenas va más allá de lo intercultural.....	121
2.4.7	La complementariedad negativa como patología del sistema de salud peruano	122
2.4.8	Capitalismo gore y necropolítica de la salud	124
3.	DETONANTES SOCIALES PARA EL ACTIVISMO INDÍGENA LOCAL.....	130
3.1	Santa Marta: tan cerca y tan lejos de la atención sanitaria	135
3.2	La estrategia sanitaria para los pueblos indígenas amazónicos de la Diresa.....	139
3.2.1	La cuestión presupuestal en el plan de la Diresa	142
3.2.2	Desacuerdo intercultural entre población indígena y agentes de salud.....	145
3.2.3	Discriminación social y cultural al interior de la Diresa	148
3.3	Automedicación y experimentación con los propios cuerpos	155
3.4	Crisis sanitaria, necroprácticas y búsqueda de alternativas	158
3.5	Corrupción generalizada: una crisis no tan oculta	163
3.6	Creados dentro y en respuesta a todo “esto”	168
4.	EL COMANDO MATICO-COVID-19	174
4.1	Los mitos y las historias de creación del Comando Matico	174
4.2	Superar el miedo para aprender a cuidarnos	182
4.3	Las visitas domiciliarias son visitas familiares.....	186
4.4	Recuperar el <i>nosotros</i> shipibo aun en la ciudad	191
4.5	Consolidación de la propuesta.....	195
4.5.1	El centro de atención Comando Matico COVID-19.....	196
4.5.2	Política de Salud Intercultural.....	202
4.5.3	Diagnóstico y tratamiento	216
4.5.4	Ejes estratégicos del funcionamiento del Comando Matico.....	230
4.6	Ser atendido en el Comando Matico	234
4.6.1	Los días previos.....	234
4.6.2	La decisión	237
4.6.3	El primer día de tratamiento.....	239

4.6.4	Indicaciones finales y tratamiento domiciliario	241
4.6.5	Ser tratado como uno más: el acompañamiento del Comando Matico	242
4.6.6	El buen trato y el tratamiento no fueron suficientes.....	244
4.6.7	Balance de mi tratamiento	244
5.	CONCLUSIONES.....	247
	Epílogo	270
	BIBLIOGRAFÍA.....	276



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Tipos de informantes y personas entrevistadas en el trabajo de campo</i>	29
Tabla 2 <i>Agentes de Salud Tradicional</i>	95
Tabla 3 <i>Funciones de los equipos de salud</i>	217
Tabla 4 <i>Plantas usadas en el Comando Matico</i>	222



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Etapas del trabajo de campo</i>	20
Figura 2. <i>Encuentro entre el Colegio Médico y activistas shipibos del Comando Matico COVID-19</i>	22
Figura 3. <i>Invitación a mesa de diálogo llevada a cabo el 12 de mayo en las instalaciones de Alianza Arkana en Yarinacocha – Pucallpa (2022)</i>	32
Figura 4. <i>Lastenia Canayo “Pecon Quena”, artista shipiba que fue atendida por el Comando Matico</i>	89
Figura 5. <i>Organigrama del flujo presupuestal de la Diresa UCAYALI</i>	143
Figura 6. <i>Activistas recolectando plantas para uso medicinal</i>	183
Figura 7. <i>Mery Fasabi durante visita domiciliaria</i>	187
Figura 8. <i>Richard Soria realizando sobación /Rafael García ishanguendo</i>	190
Figura 9. <i>Dionisia Canayo, enfermera técnica shipiba</i>	195
Figura 10. <i>Croquis del Centro de Atención Comando Matico COVID-19</i>	199
Figura 11. <i>Gabriela Delgado, Mery Fasabi, Alexander Shimpukat, Mary Araujo, Néstor Paiva y William Barbarán, parte del equipo del Comando Matico en el espacio común del centro de atención</i>	204
Figura 12. <i>Paciente internado en el Centro de Salud del Comando Matico, junto a sus familiares</i>	208
Figura 13. <i>Jornada de despistaje de COVID-19 realizada por la brigada de la Diresa en el local del Comando Matico en Yarinacocha</i>	211
Figura 14. <i>Comando Matico compartiendo plantas medicinales para uso contra la COVID-19</i>	215
Figura 15. <i>Rafael García, médico tradicional shipibo y activista del Comando Matico siempre entra en un diálogo con las plantas que cosecha para usos terapéuticos</i>	227
Figura 16. <i>Secado de hojas de matico y otras plantas para su uso terapéutico en el Centro de Atención primaria del Comando Matico COVID-19</i>	230
Figura 17. <i>Participación de Jorge Soria y otros activistas del Comando Matico en la política shipiba</i>	237
Figura 18. <i>Ejes estratégicos</i>	238

GLOSARIO

AIDSESEP: Asociación Interétnica de la Amazonía Peruana

ARIAP: Asociación Raíces Amazónicas Peruanas.

ASIS: Análisis de Situación de Salud

CAAAP: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica

Censi: Centro Nacional de Salud Intercultural

COSHICOX: Consejo Shipibo Konibo Shetebo

Diresa: Dirección regional de Salud

ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares.

Feconau: Federación de Comunidades Nativas del Ucayali

Fredeu: Frente de Defensa de Ucayali

GOREU: Gobierno Regional de Ucayali

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Información

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Salud

IWGIA: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas.

Mincul: Ministerio de Cultura

Minsa: Ministerio de Salud

OJIRU: Organización de Jóvenes Indígenas de la Región Ucayali

OIT: Organización Mundial del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

Orpio: Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente

PEA: Programa de Estudios Andinos

Pueblos Indígenas: PP. II.

Pueblos indígenas Amazónicos: PP. II. AA

Sinamos: Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social

Unicef: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación tuvo como propósito conocer, en el campo, a los protagonistas de la propuesta de salud intercultural del Comando Matico COVID-19, así como el escenario local en el que aparecieron y llevaron a cabo sus acciones voluntarias en beneficio de la población ucayalina. El encuentro *in situ* con los miembros del Comando Matico permitió reconocer las dinámicas y tensiones a las que ellos estuvieron sometidos durante la pandemia. Asimismo, se identificaron los eventos que los llevaron a tomar la decisión de romper el confinamiento y organizarse para cuidarse entre ellos. En el núcleo de su propuesta de salud, colocaron la solidaridad, el acompañamiento y el uso ancestral de las plantas medicinales como una alternativa eficaz y gratuita. Esto, en combinación con la medicina convencional y el asesoramiento de aliados profesionales del modelo biomédico, se consolidó como una propuesta popular de atención y tratamiento de la COVID-19. Así, lograron salvar muchas vidas indígenas y no indígenas durante la pandemia.

Literalmente, las acciones de este colectivo significaron un *respiro* para muchos de los ciudadanos amazónicos. Estos, sin economía suficiente para cubrir los precios sobrevaluados de medicamentos y oxígeno (El Peruano, 2022), se sintieron desamparados y presos de la zozobra ante la creciente tasa de contagios y fallecimientos. Entre los amazónicos, la percepción predominante que tuvieron del Estado fue la de abandono, ineficiencia e, incluso, injusticia y atropello de sus derechos más básicos.

Para lograr un entendimiento del Comando Matico y su contexto, fue necesario indagar más allá de la data ofrecida por los miembros del colectivo. Por ello, se hizo seguimiento de sus acciones y se sostuvieron diferentes diálogos con ellos durante el trabajo de campo. Así, se llevó a cabo una exploración complementaria con la finalidad de establecer un conocimiento mínimo del contexto local en materia sanitaria durante el desarrollo de la pandemia. Esta exploración se enfocó en las acciones y el *modus operandi* del equipo sanitario y los funcionarios de la Dirección Estratégica de salud intercultural de la Dirección Regional de Salud (Diresa) para los Pueblos Indígenas (PP. II.). También, se indagó la percepción de los usuarios indígenas del papel que cumplió el Estado¹, así como las

¹ “Al principio, el Gobierno Regional decía que no había ningún caso en Ucayali, pero nosotros intuíamos que las autoridades mentían y no estaban tomando las medidas de contingencia adecuadas. Estamos acostumbrados a la desidia, a la corrupción y a la incompetencia

circunstancias adversas en las que la población que vive en los sectores más pobres de Pucallpa y las comunidades nativas aledañas a esta urbe amazónica tuvieron que gestionar su salud.

El trabajo de campo complementario dio a conocer las críticas circunstancias en las que el Comando Matico y otros colectivos de la sociedad civil tuvieron que atender necesidades *no vistas* y desatendidas por el Estado. En un contexto en el que el sistema de salud formaba parte de un fenómeno de “captura del Estado”, tal y como han definido Durand y Salcedo (2020), al proceso de influencias generada por élites económicas y políticas “en las políticas públicas (recursos, tratamientos, precios) para beneficiar materialmente a élites económicas y político-burocráticas”. (p. 50). Situación que generó “círculos colusivos de funcionarios públicos del sector salud” que operaron con “ineficiencias calculadas o corrupción”. Estas “fallas institucionales generadas a propósito”, reforzaron una “asimetría de poder favorable para las corporaciones y desfavorable para el Estado, al perder voluntad regulatoria y al debilitarse la sociedad civil”. Generando una “tormenta perfecta” en el terreno de la salud durante la pandemia, impidiendo un tratamiento oportuno y bajos costos de atención. (p. 61)

Esta problemática, además, se agrava con la falta de una rectoría fuerte y eficaz en el Ministerio de Salud (Minsa), y el proceso incompleto de descentralización del sector salud que impide la implementación efectiva del sistema sanitario en todas las regiones (Gianella, 2020). En efecto, las problemáticas del sector salud se hicieron más evidentes durante la pandemia. Al no poder solventar los gastos sobrevaluados de medicamentos imprescindibles para lidiar con esta enfermedad, ni acceder a una cobertura sanitaria efectiva, la población tuvo que luchar no solo con un virus desconocido, sino con condiciones sociales adversas que condenaron a muchas personas a morir sin recibir atención ni tratamiento.

Resulta importante agregar que la falta de capacidad resolutive no sólo impidió la atención primaria oportuna, además, ha desalentado históricamente a la población rural e indígena a acercarse a los centros de salud del Estado, al ser espacios distantes geográficamente hablando, donde, además, son víctimas de maltratos.

de las autoridades; en Ucayali la población vive en una suerte de desamparo, y cada quien queda librado a su suerte. Somos las redes de parientes y afines quienes podemos ayudarnos los unos a los otros, al margen de cualquier intervención estatal.” (Favaron y Bensho, 2022, p. 334)

Al respecto, diferentes especialistas en el sistema de salud afirman que la sectorización, la falta de gestión para transmitir competencias a los gobiernos regionales, la excesiva burocracia en organismos como el Cenares, encargado del abastecimiento nacional de recursos estratégicos, y la fragmentación del sistema de salud, repercuten negativamente en la experiencia del usuario que, además, no es tomado como un indicador directo en la medición de satisfacción del servicio, y es relegado por indicadores enfocados en resultados, que muchas veces generan distorsiones en los fines mismos de la atención. La unidad de medida se convierte en la prestación de servicio y no la salud del asegurado. (Gianella et. al. 2020)

. Esta crisis sanitaria no tardó en generar *necropolíticas*, término acuñado por Mbembe (2011) para referirse a prácticas destinadas a administrar quienes viven y quienes mueren bajo un régimen de excepción. Siendo los cuerpos racializados y marginalizados los más sacrificables bajo una lógica económica que opera en un contexto de carencia de recursos marcado por las desigualdades en el acceso a la atención hospitalaria.

El personal sanitario de primera línea tuvo que adoptar una lógica pragmática frente a los escasos recursos médicos, la falta de presupuesto y la desorganización de un sistema escindido en 5 subsistemas. Esto los obligó a priorizar unas vidas por sobre otras y a recurrir a medidas que resultarían irregulares y drásticas bajo otros contextos. Al respecto, Rojas y Yon (2024), recopilaron importantes testimonios sobre las diferentes formas de necropolítica y las razones que estuvieron detrás de los criterios usados por los médicos para este tipo de situaciones límites.

Rojas y Yon (2024) encuentran que variables como el desabastecimiento de medicamentos, la fragmentación del sistema de salud, el desplazamiento progresivo de pacientes con otras enfermedades debido al incremento de los casos covid, la precariedad de los ambientes en los que no se podían cumplir los requerimientos de bioseguridad, la inexistencia de un tratamiento definitivo para el coronavirus; así como la esperanza de vida y la presencia de comorbilidades, e incluso criterios subjetivos respecto al buen morir, especialmente en casos de pacientes que sufrían una dolorosa agonía por la covid, han sido cuestiones que convirtieron a los cuerpos de los pacientes en “territorios en disputa”. Seguir

las recomendaciones del gobierno y el Minsa fue algo prácticamente imposible en este contexto de colapso².

La revisión de los testimonios que dan cuenta de necroprácticas sin mayor regulación y que bajo decisiones discrecionales se llevaron a cabo en uno de los países menos preparados de la región³. Rojas y Yon (2024) concluyen respecto a este tema que “es probable que no hubiera consensos claros sobre cuándo un paciente se encuentra en el final de la vida” (p. 2017), debido, entre otros motivos, a la falta de criterios uniformes entre los médicos sobre cuando detener los tratamientos de los enfermos.

Estas prácticas y las condiciones que las produjeron, son la prueba de que “... en el Perú, la muerte a menudo es el resultado del sistema de salud. Las desigualdades fueron evidentes y los diferentes sistemas de salud continuaron reproduciendo, en cierta medida, la segregación social observada en los hospitales durante la colonia”. (Rojas y Yon, 2024; p.246). Estas afirmaciones son igualmente válidas para el ámbito de la Amazonía, donde se dejaron a su suerte a grandes sectores de la población que vivían en zonas marginales, hacinados en la periferia de Pucallpa, quienes no supieron del Estado hasta a inicios de la tercera ola.

Parte de la población de la ciudad de Pucallpa estaba conformada por usuarios indígenas shipibos. Como migrantes precarizados, estos tuvieron que enfrentarse al hacinamiento de los asentamientos humanos, la discriminación étnica, la falta de recursos económicos, el desempleo y la ausencia total de adecuación cultural de los servicios sanitarios de la ciudad amazónica. Ante la alta demanda de atención y los recursos limitados para el cuidado de los enfermos de COVID-19, los servicios de salud no tardaron en colapsar. Por ejemplo, en el caso del oxígeno, tan solo dos empresas transnacionales, Linde (Alemania) y Air Products (Estados Unidos), se encargaban de su distribución, debido a que eran las únicas que cumplían con las exigencias legales para vender oxígeno medicinal, así lo detallan Chavez et.al. para *Ojo Público* (2021).

² “Los pacientes morían esperando que una cama se liberara y los médicos, según su criterio, tuvieron que seleccionar a quienes tenían más probabilidades de sobrevivir.”

³ “Responder a la pandemia de la COVID-19 con un sistema de salud fragmentado, precario y desfinanciado tuvo un costo en vidas muy elevado, acaso el más alto en el mundo. Los pacientes fallecieron sin atención médica, algunos incluso en pasillos y suelos de los hospitales. Aunque se argumente que en una epidemia es esperable una saturación y desbordamiento del sistema de salud, es necesario recordar que el país estaba entre los menos preparados de la región.” (p. 237)

Durante la pandemia, el balón de oxígeno llegó a costar 6000 soles, lo que repercutió de forma negativa en el abastecimiento de oxígeno en los hospitales y las ciudades. Muchos pacientes internados en los centros de salud de la ciudad murieron por la falta de este crucial elemento. Ello influyó en la percepción de los usuarios indígenas de los hospitales como “lugares de muerte”, y en el uso exclusivo de la medicina convencional biomédica para tratar la enfermedad como una imposibilidad para sus economías. En este contexto, se instó a las familias shipibas a encontrar alternativas en las plantas medicinales —aprovechadas ancestralmente por su pueblo— frente a los costosos antibióticos, anticoagulantes y al oxígeno medicinal, usados en los tratamientos alopáticos para esta nueva enfermedad.

Entre estas familias shipibas urbanas afectadas, nació el Comando Matico COVID-19, liderado por residentes shipibos⁴ de las zonas urbano-marginales del distrito de Yarinacocha⁵. Ellos consideran el 15 de mayo del 2020 como fecha de su fundación, día en que Alexander Shimpukat, Néstor Paiva, Jorge Soria y Rafael García decidieron romper la cuarentena en un claro acto de desobediencia civil. Salieron a abastecerse de matico⁶, planta con propiedades antibióticas, con la intención de usarla para tratar a sus familiares enfermos por COVID-19 en Yarinacocha y en Cantagallo, donde se encontraba parte de la familia Soria y una colonia importante de la población shipiba que vive en Lima.

Estos activistas comenzaron a experimentar con tratamientos vegetalista, en los que usaron plantas a través de distintos métodos de uso, tales como vaporizaciones, jarabes, infusiones y masajes. Estrategias que en combinación con medicamentos convencionales (Ibuprofeno, paracetamol, azitromicina, dexametasona, entre otros a los que tuvieron acceso) generaban efectos positivos sobre sus enfermos. Estos empezaban a recuperarse, y a correr la voz sobre sus acciones y métodos. La recuperación de los primeros enfermos, atendidos de forma ambulatoria y en sus propias casas, los motivó a ayudar a más personas. Así, fue creciendo la fe de la población indígena y no indígena en la propuesta, situación que les dio suficiente legitimidad y reconocimiento para adquirir un espacio en la parroquia de

⁴ A pesar de contar con voluntarios mestizos entre sus filas, quienes se sumaron a la iniciativa al sentirse identificados con la causa del pueblo shipibo

⁵ En Yarinacocha, existen 11 comunidades nativas shipibas, además de concentrar en Puerto Callao (zona urbana anexada a la ciudad de Pucallpa) gran parte del 30 % de shipibos que tienen por lugar de residencia el ámbito urbano (INEI, 2017).

⁶ *Piper Aduncum*. También conocido como *cordoncillo*. Arbolillo delgado que crece en la amazonia, así como en otras zonas geográficas. Su uso popular entre el pueblo shipibo para tratar enfermedades respiratorias, así como úlceras e infecciones, precede a su uso en el tratamiento fitoterapéutico frente al COVID-19 (Mejía y Rengifo, 2000; Córdova, 2000).

Yarinacocha. Ahí, establecieron su Centro de Medicina Ancestral Comando Matico COVID-19, tal y como ellos mismos lo nombraron.

En este espacio, acondicionado con pocos recursos, trataron de forma gratuita a muchas personas, quienes, en muchos casos, se quedaron internadas en compañía de sus familiares, los que se encargaban de alimentarlos mientras aprendían a darles el tratamiento necesario. Esta fue una medida inusitada en pandemia, pero coherente bajo las lógicas de trato y tratamiento que desarrolló el Comando Matico. La prioridad no era evitar el contagio, sino salvar las vidas de los familiares enfermos y demostrar que era posible vencer a la COVID-19 si los cuidados y el acompañamiento se sobreponían al aislamiento y el miedo. Además, los esfuerzos del Comando Matico se dirigieron a quienes lo necesitaron, pues no discriminaron a la población *nawa*⁷ (mestiza y de otras procedencias originarias) que acudió a solicitar su ayuda. Trascendiendo una mirada restringida a sus paisanos, democratizaron sus saberes y los pusieron al alcance de todos, actitud solidaria frente a toda la población pucallpina que ellos resumieron bajo el lema de “el pueblo ayuda al pueblo”.

Para entender la aparición del Comando Matico como respuesta social a la COVID-19, ha sido fundamental comprender sus circunstancias, las que se transformaron en condiciones efectivas para su aparición. Para ellos, llegó un punto en el que las medidas implantadas durante la cuarentena y la sobrevivencia se volvieron incompatibles, mientras que desobedecer, y arriesgarse al contagio al buscar plantas para tratarse o acompañar a sus enfermos, se convirtieron en las únicas actitudes humanitarias posibles. En estas acciones, ellos encontraron una forma de sobrevivir.

Los activistas del Comando Matico dejaron atrás su posición como usuarios indígenas a la espera de una cobertura sanitaria y decidieron asumir un rol como activistas dispuestos a arriesgar sus vidas. Preferían salir de sus hogares y encontrar soluciones bajo sus propios medios, conocimientos y organización colectiva. Asimismo, fueron empujados, en gran parte, por el recrudecimiento de su realidad, marcada por la demora en la implementación de una estrategia de salud para los pueblos indígenas, el colapso del sistema sanitario local, la

⁷ Palabra que se usa en lengua shipiba para nombrar a las personas que no pertenecen a su etnia

sobrevaluación de los medicamentos, y el fallecimiento de familiares⁸ y líderes de su pueblo⁹. Entendieron que sus vidas estaban en sus propias manos y que, al perderlo todo, podían arriesgarse para encontrar una esperanza a su alcance y bajo sus acciones de cuidado colectivo.

Esta suma de eventos y agravantes los hizo considerar como intolerable e insostenible el confinamiento y el aislamiento de los enfermos. Se animaron, así, a rebelarse y elaborar, bajo sus propios presupuestos de salud, una estrategia de acompañamiento y cuidado. Esta alternativa fue madurando hasta convertirse en una propuesta de salud intercultural con una mirada disidente de las políticas sanitarias y de control social que planteó el Estado bajo el enfoque biomédico y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En palabras del propio Jorge Soria, líder del Comando Matico:

Hemos dado confianza diciendo ‘Mira, nosotros somos el Comando Matico, y acá las cosas se harán no por lo que dice la Organización Mundial de la Salud o la directiva del Ministerio de Salud, que nos ha dado el distanciamiento social, o aislarse del paciente con COVID.’ Y esto ha generado que los familiares tengan confianza que su familiar necesita apoyo de las personas que lo rodean.¹⁰

En relación a esta postura disidente respecto a las políticas de salud pandémicas que impulsaron el inicio a las acciones del Comando Matico, resulta importante resaltar la revisión de resoluciones ministeriales y manuales estratégicos elaborados por el Minsa. Estos documentos dejaron en evidencia que, durante la pandemia, el proceder del Estado peruano en materia de salud intercultural y salud de los pueblos indígenas estuvo centrado en adaptar las medidas de prevención y contención del plan estratégico nacional al contexto rural. En este ámbito, el Estado peruano reconoció que viven los pueblos indígenas amazónicos (PP.II)¹¹, ya que es ahí donde “conservan sus propias instituciones sociales, culturales y políticas” (RVM N.º 308-2020, 2020, p. 7), y ejercen sus derechos colectivos, como los

⁸ Hermana de Jorge y Richard Soria fallece en Cantagallo a pesar de los esfuerzos al mandar matico.

⁹ Silvio Valles, alcalde shipibo de Masisea fallece el 12 de mayo, tres días antes de la primera acción del Comando Matico. “Nos ha motivado a seguir con el trabajo la muerte repentina del hermano Silvio Valles Lomas, que fuera el alcalde de Masisea, que nos ha motivado, porque él, teniendo todas las posibilidades económicas como alcalde, sin embargo, le había faltado oxígeno, y eso no podía seguir... Este Comando Matico que hicimos fue una rebelación frente al Estado que no cumplía con los pueblos indígenas” (comunicación personal con Jorge Soria, 05 de noviembre de 2021).

¹⁰ Declaraciones de Jorge Soria durante el segundo grupo de encuentro en el local del Comando Matico, realizado el 19 de abril del 2021

¹¹ Así lo especifica el documento técnico elaborado para la intervención del Minsa en “comunidades indígenas y centros poblados rurales”, en el apartado de “definiciones operativas”, donde se define a los pueblos indígenas como “la población que vive organizada en comunidades campesinas o nativas”, excluyendo del ámbito de acción a la población indígena residente en espacios urbanos. (RVM N.º 308-2020, p. 7).

derechos a servicios de salud de calidad, comunitarios y *adecuados* a su cultura, según el Convenio 169 de la Organización Mundial del Trabajo (OIT, 2014).

Así mismo, estas medidas fueron animadas por el reconocimiento de que la población indígena amazónica vive una situación de desigualdad respecto de la no indígena debido a “lo precario del sistema de salud que los atiende, a que viven en lugares remotos de difícil acceso y, a que antes de la llegada del COVID-19, ya tenían altas tasas de riesgos en salud” (Gobierno Regional de Ucayali [GOREU], 2020, p. 2). Rurales, alejados de la urbe y vulnerables fue la caracterización que siguió el Minsa al considerar medidas específicas para esta población indígena¹².

Por tal motivo, los indígenas urbanos y los residentes shipibos de Yarinacocha, — quienes no viven en el ámbito rural, pero tampoco se encuentran en una situación favorable dentro del espacio urbano—, quedaron en un *limbo*. En consecuencia, fueron doblemente marginados, al no ser visibles para el Estado como indígenas que viven en las ciudades y al formar parte de ese sector periurbano de los asentamientos que quedó desatendido por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la ciudad.

Adicionalmente, el Minsa no contempló una propuesta de salud intercultural que considerara a los indígenas como sujetos de conocimiento capaces de aportar a un tratamiento efectivo para los enfermos de COVID-19 con sus saberes de medicina herbolaria o sus paradigmas de salud alternativos. En efecto, las ideas y métodos propios de la medicina indígena amazónica no fueron incluidos en la elaboración de la estrategia sanitaria dirigida a la población en general debido, en gran medida, a que el ámbito de lo intercultural de la respuesta de salud del Estado frente a la crisis por la COVID-19 respondió más a una exigencia legal y política contraída frente a las organizaciones indígenas, que a un reconocimiento del potencial real de la medicina indígena amazónica en el contexto pandémico. Tal y como lo afirman Pesantes y Gianella (2020), respecto al Comando Matico y otros colectivos indígenas, son “los conocimientos indígenas, ignorados y discriminados por el sector salud, los que vienen demostrando su vigencia e importancia en el cuidado de

¹² Resulta importante precisar, por ejemplo, que la población indígena shipiba —mayoritaria en la región Ucayali—, siguiendo esta línea de razonamiento, ya se encontraba en una situación de emergencia sanitaria previa a la pandemia debido, principalmente, a la marginalidad y hacinamiento en los que viven en el espacio urbano; ello reproduce condiciones de vida insalubres que hacen que este grupo poblacional sea considerado especialmente vulnerable por organismos estatales e internacionales (Defensoría Del Pueblo, 2008; Minsa, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2008).

los miembros de los pueblos indígenas” (p. 95). Estos conocimientos son discriminados epistemológicamente por el modelo biomédico que se situó como el único saber legítimo y oficial sobre la COVID-19.

Al revisar el camino burocrático estatal que siguió la implementación de servicios sanitarios con pertinencia y adecuación cultural para la población indígena, se encontró lentitud e incompreensión respecto de las necesidades de los usuarios indígenas. Esta situación fue denunciada por las organizaciones indígenas y catalogada de “etnocidio” a través de diferentes pronunciamientos (Asociación Interétnica de la Amazonía Peruana [AIDSESP], 2020). Por tal motivo, las acciones en las regiones dependieron más de la iniciativa de la población, instituciones y organizaciones locales. Así, en Ucayali, se anticipó el “Plan de Salud para Comunidades Indígenas y Centro poblados rurales de la Amazonía frente al COVID-19” (Minsa, 2020a). Aprobado el 21 de mayo, se creó el primer plan de acción COVID-19 para pueblos indígenas, el cual llevó por nombre “Plan de abordaje a la pandemia de COVID-19 en Pueblos Indígenas” (GOREU, 2020), en el que colaboraron representantes del Ministerio de Cultura (Mincul); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef); y organizaciones indígenas, como Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) y el Consejo Shipibo Konibo Shetebo (COSHIKOX)¹³. Dicho plan contó con cuatro componentes fundamentales:

- 1) Fortalecer el primer y segundo nivel de atención en salud y capacidad de respuesta de las comunidades, 2) Implementar la inamovilidad social y cierre en límites comunales, distritales y fronteras, 3) Seguridad alimentaria nutricional, 4) Contar con un plan comunicacional con enfoque intercultural. (GOREU, 2020, p. 7)

Este plan establecía la conformación de los Comités COVID-19 en cada comunidad o caserío para que vigilaran la aparición de casos nuevos o el retiro de cadáveres. Sin embargo, las mismas organizaciones indígenas denunciaron que dicho plan no se pudo implementar debido a la falta de asignación de un presupuesto por parte del GOREU¹⁴ para estas medidas dirigidas a la población indígena. Esta serie de complicaciones estructurales y

¹³ Ministerio de Cultura, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, Consejo Shipibo Konibo Shetebo

¹⁴ “Hasta el 5 de junio no se tenía nada concreto por la falta de asignación de presupuestos, quedando en retórica la acción de este Plan que buscaba suplir las carencias del Plan de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19 que fue elaborado por el GOREU sin participación indígena y menos un enfoque intercultural. Cabe mencionar que, en su momento, esta fue una experiencia aislada y surgida por una iniciativa local y no nacional” (Forest Peoples Programme et al., 2020).

coyunturales colocó al Perú como uno de los países con mayores índices de muertes por COVID-19 en el mundo. En mayo del 2021, por cada millón de personas, se registraron 180 000 fallecidos (Médicos sin Fronteras, 2021). Estos hechos fueron contemplados por los miembros del Comando Matico, que ya en funcionamiento, no dejaron de protestar por el desabastecimiento y desregulación de las medicinas convencionales¹⁵, la falta de oxígeno medicinal, y la indiferencia de las autoridades locales¹⁶ a sus esfuerzos a pesar de demostrar su eficacia en la atención primaria de los enfermos.

No sería hasta el 12 de junio, tres meses después de iniciadas las actividades del Comando Matico, que el Minsa diseñó el documento técnico para orientar la conformación y funcionamiento de los Comandos COVID-19 Indígenas a nivel regional (RVM N°386-2020, 2020b). No obstante, estos comandos no se llegaron a implementar en Ucayali, por lo que, en el campo, los alcances del plan regional y nacional que buscaban financiar la constitución de las organizaciones de base con mirada intercultural no llegaron a darse en la práctica.

Tomando en cuenta los intereses de esta investigación, estos hechos motivaron a conocer los alcances reales de la estrategia sanitaria para pueblos indígenas de la Diresa Ucayali, más allá de los documentos oficiales y decretos supremos. En ese sentido, fue crucial entrar en contacto con la mirada de los trabajadores, extrabajadores y funcionarios respecto a las irregularidades denunciadas por las organizaciones civiles indígenas en relación al uso y manejo del presupuesto destinado a la estrategia sanitaria para los pueblos indígenas, así como al funcionamiento interno de las brigadas sanitarias con pertinencia cultural, las únicas que llegaron a algunas comunidades y espacios catalogados como interculturales para el Estado peruano.

La experiencia del Comando Matico en tiempos de crisis sanitaria se suma a la de otras iniciativas de pueblos indígenas amazónicos que aparecieron para resistir al embate de la COVID-19. Sin embargo, al no poder recurrir a algunas estrategias tradicionales de

¹⁵ “(...) a veces tenemos que sacar de nuestro propio bolsillo para comprar nuestras medicinas con las que vamos a atender a los pacientes porque las convencionales están caras, las farmacias cobran lo que quieren.” (comunicación personal con Mery Fasabi, 10 de mayo del 2021).

¹⁶ “Su indignación y desencanto hacia las autoridades ha llegado a un extremo que, advierten, estarían dispuestos a acatar en los próximos días una huelga de hambre, pues los miembros del Comando Matico llevan siete meses tratando a los pacientes con síntomas de COVID-19 y dengue de forma voluntaria, muchas veces sin las condiciones mínimas que se necesitarían. “Somos humanos, somos personas, necesitamos un trato diferenciado”, exclama Jorge Soria”. (Centro de Antropología y Aplicación Práctica [CAAAP], 2021a)

protección como el aislamiento colectivo, que sí fue posible entre otros grupos más alejados de las urbes¹⁷, tuvieron que gestionar su salud bajo las complicaciones y oportunidades que les dio el contexto urbano. Esto los impulsó a cooperar con la población mestiza con la que convivían, y a hacer uso de las redes sociales y medios locales¹⁸ para visibilizarse y superar los límites impuestos por el confinamiento y el olvido del Estado peruano.

Dicho contexto urbano le ha dado un carácter único a su iniciativa, donde la interculturalidad ha estado presente en el tratamiento, en la conformación del colectivo, en las tecnologías usadas para la visibilización de su causa, e incluso en el lenguaje que usaron en su discurso, y los métodos de protesta que manejaron frente a los medios y las autoridades locales. Estas circunstancias específicas hacen pensar en las formas que toma la identidad shipiba en un medio considerado “no tradicional” para los pueblos indígenas, como son las urbes. En estos espacios, la identidad shipiba se adapta, y se hace presente a través de los saberes y valores colectivos. A pesar de las tensiones sociales y estructurales a los que son sometidos los indígenas en las ciudades, encuentran la manera de manifestar su identidad como formas de lucha colectiva y resistencia; reproducen las alianzas y relaciones de parentesco en espacios no tradicionales; y confirman la vitalidad de su cultura, aun fuera del territorio y el estilo de vida ancestral.

De igual modo, a esta identidad de origen, de carácter étnico, se suman otras identidades que podrían llamarse “de destino”, que emergen en la misma ciudad, en los asentamientos humanos donde los shipibos conviven con mestizos e indígenas de otras procedencias. Con ellos, se enfrentan a las mismas vicisitudes y adversidades, asumiendo una agencia compartida frente a los ciudadanos mejor posicionados y las autoridades. Ello los impulsa a reconocerse como un sector mayoritario de la ciudad que no goza de las mismas oportunidades y derechos, y que busca afirmarse como nueva ciudadanía. Estas circunstancias los animan a identificarse no solo como shipibos, sino también como parte de la sociedad precarizada de Pucallpa.

La aparición del Comando Matico se remonta al debate en torno al alcance real de las políticas de salud intercultural del Estado y las formas-*otras* de concebir la interculturalidad de los pueblos indígenas, aun en contextos no tradicionales. Tanto desde su contribución a la

¹⁷ Tales como los asháninka u otros grupos pano, como los kakataibo, que habitan en la misma región, o bien las comunidades más alejadas del pueblo shipibo en las cuencas y afluentes del río Ucayali.

¹⁸ Más accesibles a su realidad que para las comunidades alejadas, donde muchas veces no hay señal telefónica ni internet

salud al ser parte de la sociedad civil peruana, como desde la expresión de resistencia de la cultura viva del pueblo shipibo-konibo. Su experiencia, a pesar de encontrarse en una posición de subalternidad frente al modelo monocultural y neoliberal de la sociedad nacional, halla en sus valores y conocimientos colectivos formas de supervivencia a una crisis sin precedentes.

La denuncia y protesta, así como la valentía demostrada por los miembros de este colectivo a la hora de atender a los enfermos, hacen pensar en las complejas condiciones de desigualdad a las que son sometidas y se enfrentan la ciudadanía indígena en las jóvenes ciudades peruanas. Esto obliga a ver más allá de la enfermedad, o incluso de su caracterización como usuarios o población vulnerable, para encontrar en sus prácticas de autocuidado y autonomía una rebelión al poder establecido, a la injusticia social y a la ausencia de un diálogo real con el Estado peruano.

“Hay que salir ya, vamos a retar al Estado”. “No acá, no. Nosotros acá rompemos el protocolo de la DIRESA... si hubiéramos hecho su protocolo de ellos [la DIRESA] ¿Cuántas personas hubieran muerto?”¹⁹. “... No solamente el Comando Matico está sanando o ayudando a las personas enfermas, cuando se trata de protestar y manifestarnos estamos ahí también”²⁰. “Yo he tenido la oportunidad de participar en el primer plan de abordaje Covid de pueblos indígenas. Ya había desconfianza hacia la viceministra de interculturalidad Acevedo. Yo le dije ‘Yo a usted no le creo’. Sentí impotencia reunión tras reunión, ya habían pasado 2 meses. Y nosotros estando en estado de emergencia”²¹. Son algunas de las tantas declaraciones que ejemplifican y dan sustento a la afirmación de que el Comando Matico no sólo ayudó, también se posicionó de forma crítica frente a la problemática de la salud y los distintos interlocutores que, como activistas indígenas amazónicos, les tocó tener durante la pandemia.

En ese sentido, se debe poner en discusión el lugar político y el poder real de los pueblos indígenas en el proyecto nacional para que su autodeterminación y sus

¹⁹ Jorge Soria, durante encuentro con diálogo con investigadores del Colegio Médico, 28 de diciembre del 2020.

²⁰ Alexander Shimpukat, en entrevista para el presente estudio. 28 de diciembre del 2020

²¹ Wiliam Barbarán, durante diálogo sostenido con investigadores del Colegio Médico, 28 de diciembre del 2020.

conocimientos en materia de salud sean considerados como válidos por el sistema de salud pública.

La iniciativa del Comando Matico durante esta pandemia fue una evidencia de la necesidad de democratizar el sector salud a través de la incorporación de experiencias exitosas en atención primaria. Justamente, siendo la atención primaria, uno de los ámbitos de la atención más descuidadas por la estrategia seguida por el Estado peruano durante la pandemia, la cual estuvo “más orientada hacia la recuperación que a la prevención” (Rojas y Yon; p.21). Los miembros del Comando Matico propusieron una alternativa para lograr mayor cobertura frente a la preocupante precariedad del sistema de salud nacional que se va acrecentando a medida que excede los núcleos urbanos y el centralismo limeño.

No obstante, es importante notar que esta situación de precariedad en la salud pública no se reduce a una falta de implementación de mejoras o lo que se consideraría una voluntad política de generar cambios. Las reformas y cambios necesarios se enfrentan a coaliciones de poder que hicieron su aparición durante la pandemia en desmedro del bienestar común. Así pasó con el sistema de salud privado y las grandes farmacéuticas. Estas capitalizaron indiscriminadamente la necesidad de la población de medicinas y atención adecuada para aplacar el virus y salvar la vida de sus familiares enfermos. Además, la corrupción se exacerbó en las autoridades nacionales y regionales, que dieron mal uso a los presupuestos extraordinarios destinados para la emergencia. Incluso, después de la pandemia, la burocracia estatal se resistió a considerar y dar cabida a experiencias, como la del Comando Matico, que asumieron una actitud disidente respecto a la políticas hegemónicas contra la enfermedad, en el sentido de que se apartaron de la estrategia oficial del Estado contra el COVID-19 y desacataron abiertamente las medidas impuestas de distanciamiento social y las formas autorizadas de proceder ante la COVID-19.

El Estado peruano al momento de elaborar nuevas estrategias y replantear cómo debería tomarse la interculturalidad en la salud pública pospandémica. Existe, asimismo, una resistencia a la transformación profunda y democratización del sistema de salud público, de la cual la salud intercultural constituye solo una parte. La infravaloración del bien común frente al lucro desmedido es el resultado del secuestro del Estado por intereses privados, tal y como Durand et al. (2020) lo han demostrado.

La infravaloración del bien común perjudica más a unos que a otros, y aparece en sus vidas como violencia silenciosa y estructural contra los cuerpos. Es esta violencia que Mbembe (2011) define como ‘necropolítica’, poder ejercido de forma enfática e indirecta sobre los cuerpos de los sujetos racializados e invisibilizados, como son los cuerpos de los indígenas urbanos que conforman el Comando Matico. Ellos se convirtieron en protagonistas de la lucha contra la COVID-19 en un campo marcado por la injusticia. Esta investigación intenta dar cuenta de su experiencia de activismo y resistencia en tiempos de pandemia, contexto en el que el autocuidado y la salud no estuvieron divorciados del activismo político, las relaciones de poder y la crítica social a las formas hegemónicas que toma la interculturalidad en la salud peruana.

CAPITULO 1

1.1 Problema de investigación

Esta investigación busca exponer los aspectos cruciales y las circunstancias sociales en que se creó y consolidó una propuesta de salud intercultural alternativa a la promovida por el Estado peruano, liderada por activistas shipibos durante la pandemia por COVID-19. A la vez, intenta dar cuenta del posicionamiento de los creadores de esta propuesta frente a las políticas sanitarias desarrolladas desde el modelo biomédico a nivel global a través de la OMS, e implementadas y adaptadas al contexto local por el Estado peruano mediante la estrategia sanitaria nacional y la estrategia sanitaria para los PPII. Este es el caso particular del Comando Matico COVID-19, colectivo creado por activistas shipibos que atendieron a población indígena y no indígena pucallpina, y difundieron el uso de plantas entre las familias ucayalinas como remedios caseros y populares efectivos frente al coronavirus.

La crisis social e institucional vivida durante la pandemia llevó a la sociedad civil con menores recursos —al pueblo precarizado— a organizarse para resistir y sobrevivir al virus. El sistema público de salud colapsó, y las economías familiares se vieron seriamente afectadas por las medidas de confinamiento y el desregulado mercado farmacéutico que infló los precios de las medicinas más requeridas para afrontar el proceso viral. En este contexto

crítico, unirse para gestionar de forma solidaria la salud y la alimentación²² fue imperativo para el pueblo peruano, que buscó, bajo sus propios medios y estrategias, resistir y salvaguardar las vidas de sus familias.

Ante tal crisis, se reactivaron iniciativas comunitarias y la Amazonía peruana no fue la excepción a esta ola de activismos. Pues reivindicaron sus propios valores colectivos y conocimientos respecto al cuidado y tratamiento de enfermedades, a pesar de que estos no han sido considerados ni articulados con la estrategia de respuesta del Estado. Entre varias razones, como señalan Espinosa y Fabiano (2022), debido a que, “a diferencia de la biomedicina, que reconoce en los procesos de contagio el resultado de la acción de un ente específico, aunque invisible, de la enfermedad, para las sociedades indígenas amazónicas las epidemias movilizan distintos niveles de significación que superan en extensión el alcance de un análisis limitado a los simples procesos biológicos.” (p.22)

La crisis se convirtió en terreno fértil para la aparición de formas-*otras* de enfrentar un mismo problema, el que, ante las condiciones de desigualdad social y diferencias culturales, tomó una gravedad y apariencia distinta para las poblaciones indígenas.

El Comando Matico nació de un sector no reconocido y, por lo tanto, excluido de la estrategia sanitaria elaborada por el Estado peruano para las poblaciones indígenas: *los shipibos urbanos* que viven en los asentamientos humanos interculturales de Yarinacocha, Pucallpa. Este colectivo promovió, durante la primera y segunda ola, una forma de cuidado y tratamiento intercultural hacia los enfermos de COVID-19. Esto motivó el interés de diferentes investigadores, quienes supieron del Comando Matico gracias a los medios nacionales e internacionales que hicieron eco de sus acciones.

Hasta la fecha, se han desarrollado tres investigaciones sobre su experiencia: el artículo académico titulado *¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no podemos olvidar*, de Pesantes y Gianella (2020); el libro *El Comando Matico: Estrategia de autodefensa de los pueblos indígenas frente a la pandemia por COVID-19*, elaborado por Pautrat et al. (2021); finalmente, la tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología de Duffó (2022), titulada *Comando Matico: la construcción política de la*

²² Un claro ejemplo de esto fueron la creación de olla comunes.

plataforma Facebook para hacer frente a la pandemia por COVID-19. Estos tres estudios fueron desarrollados a distancia a través de comunicaciones telefónicas con los miembros, o bien usando las metodologías propias de la etnografía virtual. Debido a las medidas de confinamiento, técnicas como la observación participante de las acciones en el campo del colectivo, los diálogos informales y el acercamiento a los interlocutores en el medio local no fueron posibles, muy a pesar del importante aporte al conocimiento de la propuesta del Comando Matico que han significado cada uno de estos estudios.

Por tal motivo, el problema de investigación de esta tesis se ha planteado conocer, en el campo, más allá de las informaciones de los medios o las comunicaciones a distancia, aspectos que superan lo *visible* para los anteriores acercamientos. La propuesta del Comando Matico ha sido percibida por la población local como una alternativa de atención sanitaria efectiva y popular ante el coronavirus y la sobrevaluación de medicamentos. Por ello, la conceptualización del problema de investigación considera esclarecer cuáles han sido las necesidades desatendidas de los usuarios indígenas y no indígenas por la estrategia sanitaria implementada por la Diresa de la región Ucayali, y de qué forma estas necesidades, no percibidas por los agentes de salud convencional y el mercado, han sido vistas y tomadas en cuenta por los activistas del Comando Matico. Estos, desde su cultura de salud tradicional, generaron formas-*otras* de conceptualizar esta enfermedad, atenderla y tratarla con efectividad bajo sus propios conocimientos y recursos terapéuticos, los cuales fueron los principales elementos para dar forma a su propuesta de salud intercultural frente a la COVID-19.

a. Pregunta principal de investigación

Se elaboró una pregunta principal que sirvió de guía a las pesquisas en el campo y encaminó los hallazgos, de tal manera que se pudieran exponer los aspectos cruciales de la propuesta del Comando Matico, tales como su manera de concebir la COVID-19 bajo sus propios presupuestos y reflexividad, el acompañamiento a los enfermos, y el tratamiento mixto (que combinó el uso de plantas y la medicina occidental). Así también, cómo este conjunto de aspectos conforma su propuesta de salud intercultural y la sitúan de manera crítica frente a las políticas sanitarias seguidas por el Estado frente a la COVID-19.

La pregunta fue formulada así: ¿cuáles son los aspectos que caracterizan la respuesta sanitaria del Comando Matico, y cómo se posiciona su propuesta de salud intercultural frente a las políticas sanitarias seguidas por el Estado peruano y la crisis social durante la pandemia?

b. Preguntas secundarias

- ¿De qué forma la crisis social e institucional, así como las políticas sanitarias del Estado peruano, generaron las condiciones para la aparición de la propuesta de salud intercultural del Comando Matico como una respuesta de la sociedad civil indígena?
- ¿De qué manera la medicina shipiba se hizo presente en la organización, la comprensión del coronavirus, el trato y tratamiento a los enfermos que tuvo el Comando Matico?
- ¿Cómo dialogaron y se posicionaron frente a la perspectiva biomédica y las medicinas alopáticas los miembros del Comando Matico?
- ¿Qué factores contribuyeron en el cese de acciones del Comando Matico y el proyecto de articulación de su propuesta de salud intercultural al sistema de salud público?

1.2 Balance metodológico

Al tratarse de la primera investigación de carácter etnográfico que lleva a cabo el autor dentro de su formación profesional universitaria, con el fin de optar por el grado de magíster, la maduración del problema de investigación estuvo sujeta a las recomendaciones de docentes expertos en temas de antropología amazónica y salud intercultural. Dentro de su rol como jueces, brindaron sugerencias para lograr, con la presente tesis, una exposición clara y detallada de la experiencia del Comando Matico COVID-19 en el ámbito de la salud intercultural. Para tal caso, ya realizado el trabajo de campo correspondiente a mi estudio de caso durante la primera mitad del 2021, recibí la sugerencia de abordar, de forma paralela, dos propuestas: la del Comando Matico y los Comando COVID-19 indígenas, que serían sus contrapartes desde el sistema sanitario estatal.

No obstante, en la primera mitad del año 2022, al iniciar el trabajo de campo correspondiente para profundizar en las acciones de los Comando COVID-19 indígenas del Estado, reparé, gracias a mis primeras entrevistas con extrabajadores shipibos de la Diresa, que en Ucayali nunca se activaron los llamados Comando COVID-19 indígenas. Esto se debió a que no se destinó un presupuesto a la articulación y financiamiento de los colectivos

voluntarios indígenas que surgieron en las comunidades, tal y como se concibió en el decreto del Minsa que ordenó la creación de estos “grupos de avanzada”.

Por esta razón, se reelaboró la búsqueda de una instancia de acción similar a la del Comando Matico, donde existan colectivos de atención primaria conformados por indígenas, contemplados y articulados al plan de acción de la Diresa de Ucayali. Recibí, para tal caso, la orientación de Douglas Tangoa, psicólogo shipibo y extrabajador, quien me concedió varias entrevistas para los fines de esta investigación. Aclaró, desde su experiencia, que lo más cercano a las acciones del Comando Matico desde la Diresa fueron las intervenciones realizadas por las brigadas de salud de las que él formó parte. Estas brigadas de salud fueron enviadas al ámbito rural para realizar campañas de prevención, repartición de elementos de bioseguridad, y traslados de enfermos a los hospitales que contaban con áreas acondicionadas para pacientes con COVID-19 en zonas con población mayoritariamente indígena. Posteriormente, a través de mis primeras visitas a la Diresa, tomé conocimiento de la existencia de la Dirección de Estrategia de Salud Intercultural para los pueblos indígenas, la cual se encargó de asegurar la pertinencia y adecuación cultural de las intervenciones de estas brigadas.

Estos nuevos hallazgos hicieron que ajustara mis expectativas de campo y replanteé la forma en que me acercaría a la Diresa. Además, debía seguir el ritmo marcado por el trámite documentario y las formalidades burocráticas que condicionaban el acercamiento al trabajo de la Diresa y los alcances reales de sus acciones. Estos reajustes de campo en el reconocimiento de lo que sería el otro posible caso de estudio llevaron a replantear la pertinencia de realizar un estudio comparativo entre el caso del Comando Matico y un posible equivalente en la estrategia de salud intercultural de la Diresa. Sin embargo, la información recogida fue suficiente para poder obtener una mirada de contraste sobre cuestiones cruciales que dieron pie al surgimiento de estrategias disidentes, tales como la forma en que la Diresa entiende la interculturalidad en las estrategias de salud, el papel de los funcionarios políticos y sanitarios en Ucayali, el lugar que ocuparon los trabajadores indígenas de la Diresa durante la pandemia, y la percepción que tuvieron los usuarios indígenas de las intervenciones comunitarias de las brigadas de salud. Así, se elaboró una exposición del trasfondo social

sobre el que apareció el Comando Matico como medida alternativa y disidencia a las medidas decretadas en materia de salud por el Gobierno.

De igual modo, las entrevistas a diferentes informantes permitieron trazar aspectos recurrentes que acusaban dos cuestiones críticas en el contexto local: la corrupción al interior de las instituciones políticas y sanitarias, y la sobrevaluación de medicamentos fundamentales para lidiar con la COVID-19. Al sumarlas a las otras informaciones, se pudo entender cómo la ineficiencia de la estrategia estatal y la falta de regulación del mercado privado de la salud funcionaron como dos aspectos de la realidad social que completaban un escenario adverso que impulsó la decisión, por parte de los colectivos indígenas, de tomar la gestión de la salud bajo su propia agencia y autodeterminación.

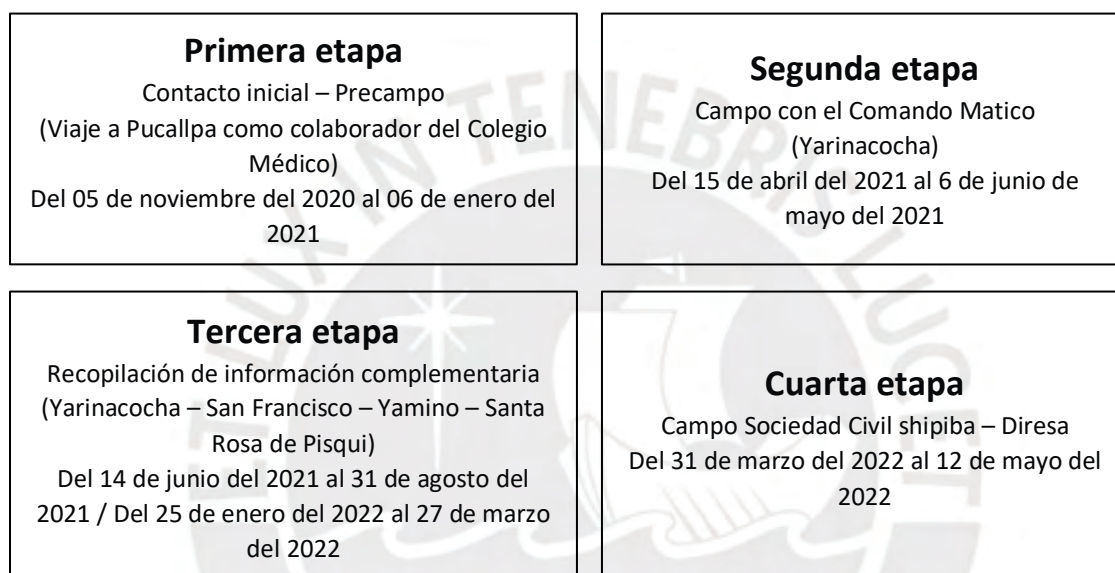
Por esta razón, el planteamiento del problema de estudio tuvo que adaptarse a las limitaciones del campo y aprovechar de la mejor forma la información obtenida de diferentes fuentes. Para tal fin, se le dio preferencia a la exposición del caso inicial: la propuesta de salud intercultural del Comando Matico COVID-19. Se desarrolló tanto la exposición del contexto adverso en el que se originó como los factores político-sociales que ocasionaron el cese de sus actividades. En efecto, la figura a destacarse fue la del Comando Matico, en un trasfondo social descrito con el objetivo de entender las tensiones y formas de relacionarse de los miembros de este colectivo con los distintos interlocutores sociales en un *estado de excepción* que problematizó su salud y sus vidas, incluso más que el propio virus.

1.2.1 Etapas del estudio de campo

El campo no se realizó en un solo bloque de tiempo. Se establecieron espacios de descanso con el objetivo de tomar perspectiva respecto al estudio y recopilar información de otras fuentes. En el caso del campo con la Diresa, se dedicó un tiempo a la recepción y respuesta de las cartas de presentación para la autorización del estudio, la coordinación de entrevistas y la búsqueda de informantes claves que dieran cuenta del funcionamiento interno. En la siguiente Figura 1, se pueden identificar las cuatro etapas o momentos de campo.

Figura 1

Etapas del trabajo de campo



La primera etapa sirvió para el contacto inicial o como “precampo”. En esta etapa, aún sin plantearme desarrollar la tesis con el Comando Matico, ya me encontraba realizando entrevistas a miembros de su agrupación de forma virtual. Hice dos en total, a Jorge Soria y Gabriela Delgado, de las que estuve a cargo como parte de mi labor como colaborador académico para el subcomité de Medicina Tradicional y Salud Intercultural del Colegio Médico. Ellos habían fijado su interés en este colectivo después de una participación que tuvieron en el “Ciclo de Rimanakuy: Diálogo de saberes 2020: Respuesta de los pueblos indígenas frente a la pandemia. Tejidos de sabiduría y resistencia ancestral”, en el que Jorge Soria, coordinador del Comando Matico, dio una exposición que llevó por título “La experiencia del Comando Matico: Una iniciativa de interculturalidad del pueblo shipibonibo” (Colegio Médico del Perú, 2020).

Por esta misma razón, realicé mi primer viaje a Pucallpa desde la tercera semana de diciembre del 2020 hasta principios de enero del 2021. Fui parte de la delegación que mandó la subcomisión con la finalidad de conocer *in situ* y apoyar, con capacitaciones en salud mental, la labor del Comando Matico. Brindamos talleres de “Cuidados a los Cuidadores”, que tenían por objetivo aliviar la carga de estrés, y enseñar actitudes y técnicas de autocuidado psicológico a los activistas. Este primer encuentro fue fundamental para conocer más de la labor del Comando Matico y contribuir de alguna forma a una iniciativa frente a la que uno no podía mantenerse indiferente, o quedarse solo en un rol de investigador frente a las grandes adversidades que atravesaban en su día a día.

Ya en un espacio de confianza, los miembros nos solicitaron ayuda para redactar documentos oficiales, como protocolos de atención y organigramas, apelando a nuestro mejor manejo del lenguaje técnico de salud en la redacción de estos textos. La elaboración de estos documentos era, además, un tema crucial en las aspiraciones del Comando Matico de convertir su propuesta en un modelo piloto de salud intercultural dentro del sistema sanitario del Estado. Esta tarea requería manejo del lenguaje académico y burocrático en salud para ser reconocidos como interlocutores válidos por las autoridades estatales, habilidades con las que no contaban. Esta carencia nos colocaba a nosotros como aliados estratégicos frente a su causa.

La experiencia inicial hizo que cambiara mi proyecto de tesis original (que buscaba explorar una respuesta autogestionaria a la COVID-19 en una comunidad campesina del Cusco) al del estudio de la propuesta del Comando Matico. Así, podría conocer más de su experiencia y, a la vez, apoyar activamente su causa durante mi trabajo de campo. Por tal motivo, con mi retorno en Lima, inicié las gestiones en la universidad para poder cambiar mi estudio de caso, solicitud que fue bien recibida y aprobada por el decano del Programa de Estudios Andinos (PEA), en ese momento, el Dr. Mario Curatola.

Durante esta estancia en Lima, tuve la oportunidad de hospedar la última semana de enero a dos miembros artistas del Comando Matico, Alexander Shimpukat y Rafael García, que llegaron a Lima para participar de una exposición de arte en el Museo de Arte de Lima (MALI). Aproveché esta situación para conocerlos más, sostener conversaciones informales y entrevistarlos para la investigación. Así también, durante el mes de febrero, junto al

colectivo Donapalaolla, organicé un evento profundos para el Comando Matico, que se llamó “El maticoncierto”, un concierto virtual que sería transmitido el 6 de marzo y serviría para seguir apoyando su causa. Finalmente, en este periodo de tiempo, aproveché para trazar los objetivos de la segunda etapa de campo en Pucallpa. Ahí, me enfocaría en acompañar al Comando Matico en sus jornadas de atención y conocer la realidad de cada uno de sus miembros a través de la convivencia y reconocimiento del contexto yarinense.



Figura 2

Encuentro entre la delegación del subcomité de medicina tradicional y salud intercultural del Colegio Médico y activistas shipibos del Comando Matico COVID-19 en su local en el distrito de Yarinacocha-Pucallpa (Ucayali, 2020)

La segunda etapa de campo inició el 15 de abril, con mi llegada a Pucallpa. Abarca el espacio de tiempo en el que me dediqué a acompañar y participar de las jornadas diarias de atención en el Centro del Comando Matico, ubicado en la parroquia de Yarinacocha, así como las visitas domiciliarias que realizaban a enfermos que llevaban un tratamiento ambulatorio. Durante esta etapa, también participé de reuniones de coordinación y de la vida social de sus miembros. Este tiempo de convivencia, me permitió conocer, en intimidad y

confianza, datos sobre su trayectoria de vida y los pormenores del funcionamiento del Centro que acondicionaron en el espacio prestado por la parroquia de Yarinacocha.

En este periodo, enfermo de COVID-19 y decido ser atendido por los activistas del Comando Matico, quienes velaron por mi salud durante la enfermedad. Esta experiencia fue fundamental para obtener una comprensión desde la posición de paciente, a la vez que dejaba a un lado el estatus propio del rol de investigador. Abrí mis sentidos y reflexión a dimensiones de análisis y participación de su propuesta que hubieran sido imposibles de adquirir sin pasar, yo mismo, por la experiencia de ser tratado bajo sus lógicas de diagnóstico, trato y tratamiento.

Esta segunda etapa terminó con la entrega del local donde funcionaba el Centro de atención, realizada la primera semana de junio por petición del párroco, quien, al constatar que ya no había pacientes internados, resolvió la devolución del espacio al colectivo. Esta situación aceleró el cese de actividades conjuntas del Comando y colocó la problemática de la continuidad de su colectivo en el centro del debate interno entre los miembros. Al mismo tiempo, la mayoría de voluntarios del colectivo que contaban con puestos laborales o actividades independientes antes de la pandemia fueron retomando su ritmo habitual. Esto hizo más difícil concertar las reuniones de coordinación para trazar un plan que permitiese darle una continuidad al colectivo.

La tercera etapa del trabajo de campo resultó de un intento de aprovechar el tiempo de cese de las actividades del Comando para conocer un poco más a algunos miembros del equipo fuera del contexto del Comando Matico, ya sea en su vida cotidiana, o participando de otros activismos y espacios de incidencia ciudadana. Durante este periodo, realicé dos viajes importantes dentro de la región Ucayali. El primero fue junto a Rafael García, médico tradicional y artista, pieza importante del Comando Matico. Con él, fui a Santa Rosa de Pisqui, su comunidad nativa de origen, a 8 horas en “rápido”²³ desde el puerto de Pucallpa. En esta comunidad, me quedé durante cuatro días para conocer las diferencias en las estrategias de prevención y tratamiento de la COVID-19 entre pobladores de esta alejada comunidad y sus pares shipibos que vivían en zonas urbanas y periurbanas.

²³ Embarcaciones que llevan ese nombre por permitir llegar en menor tiempo que otras a diferentes destinos por la vía fluvial del Ucayali.

En Santa Rosa de Pisqui, encontré 40 núcleos familiares que vivían en sus respectivas malocas. Según familiares de Rafael, con quienes tuve la oportunidad de conversar, todos convivían en una misma maloca comunal, pero 20 años atrás, habían decidido “independizarse”. Allí, la presencia del coronavirus había sido muy leve; de hecho, solo una persona había muerto por esta enfermedad. Según los comuneros, fueron las plantas, así como su alimentación (basada en pescado de las cochas y carne de monte) los factores protectores ante el desconocido virus.

De igual forma, tuve la oportunidad de viajar a Yamino, una comunidad nativa kakataibo, ubicada a 5 horas de Pucallpa. Viajé por la carretera Jorge Basadre, en dirección a Aguaytía, y me quedé durante tres días. A esta comunidad llegué en compañía de un periodista español, quien también estaba detrás del rastro de iniciativas de respuesta indígenas a la pandemia. Este pueblo amazónico, perteneciente a la familia lingüística pano, al igual que los shipibos, había usado las plantas y creado grupos que hacían rondas para cuidar a los enfermos; al igual que los miembros del Comando Matico, compartían la idea de que era inhumano aislar a sus enfermos.

En Yamino, habían escuchado hablar del Comando Matico y, al igual que ellos, comenzaron a usar el matico junto a otras plantas para luchar contra el virus. En ambos sitios, Santa Rosa de Pisqui y Yamino, coincidieron en una misma mirada crítica hacia el Estado, pues consideraban que su presencia había sido mínima. Incluso, en el caso de Yamino, comunidad que cuenta con una posta de salud, no habían podido recibir atención oportuna debido a que los enfermeros nombrados no venían a la comunidad para realizar su trabajo. Según los comuneros, esto se debía a que los agentes de salud tenían miedo de contagiarse por la falta de implementos de bioseguridad y medicinas para tratar de forma efectiva a los enfermos de COVID-19. Por tal motivo, la desconfianza y la autodeterminación comunal habían primado sobre la espera de una ayuda del Gobierno.

En abril del 2022, inició la cuarta y última etapa de campo. Mis actividades tuvieron dos objetivos centrales: conocer las acciones y estrategias de salud intercultural de la Diresa Ucayali, y crear espacios de diálogo entre los activistas de la sociedad civil indígena amazónica, representantes del Estado y el modelo biomédico. El primer objetivo demandó un cambio en las estrategias de acercamiento al campo, debido a la cultura burocrática y la

estructura vertical de funcionamiento de la Diresa, que impedía recoger información veraz que no estuviera sujeta al deber de dar una impresión positiva del funcionamiento de la organización pública. Por eso, tuve que ir a la búsqueda de una mirada más objetiva y menos institucional que me permitiese acercarme a los pormenores del funcionamiento interno. Así, encontré en los extrabajadores shipibos (una enfermera, un psicólogo y un exadministrador) informantes clave para este cometido.

El contacto con los extrabajadores me reveló dimensiones no contempladas previamente sobre el accionar de la Diresa y la política local. Ello me animó a profundizar más en el tema de corrupción y accionar de los funcionarios locales. Con este interés, solicité reuniones con dos periodistas locales que me dieron reveladores alcances sobre estos temas, afirmaciones que confirmé mediante una rápida revisión de la prensa periodística en relación a las condenas de prisión preventiva que habían recaído sobre el exgobernador regional y la exalcaldesa del distrito de Yarinacocha, así como la separación de funcionarios de la Diresa por malversación de fondos durante la pandemia.

De igual modo, las denuncias por la sobrevaluación de precios en los medicamentos usados para tratar la COVID-19 estuvo presente tanto en los usuarios, como en los trabajadores y funcionarios de la Diresa. Estas declaraciones permitieron terminar de elaborar un rompecabezas contextual donde la colusión y la complementariedad negativa entre el sector público y privado jugaron un papel importante, a dos bandas, para la agudización de la crisis sanitaria y la implementación de lógicas y prácticas sanitarias que pueden entenderse en términos de *necropolíticas*. En ese sentido, la ganancia y la corrupción eran fines perseguidos por las farmacéuticas y los funcionarios locales para quienes el sacrificio indirecto de vidas era un costo contemplado con tal de beneficiarse del estado de emergencia. En este contexto, se relajaron los mecanismos de fiscalización y control del Gobierno Central respecto al manejo de los presupuestos extraordinarios para la pandemia en las regiones.

Finalmente, ante la ausencia de espacios de diálogo que reflexionaran sobre la experiencia pandémica, se creó, en conjunto con otros investigadores de la salud tradicional e intercultural que se encontraban desarrollando sus trabajos de campo en Pucallpa, un taller participativo que llevó por nombre “Hacia un Protocolo de Salud Intercultural para los pueblos indígenas amazónicos”. Se llevó a cabo el 12 de mayo del 2022, y tuvo como objetivo

principal generar una mesa de diálogo y debate en torno a conceptos claves como salud, enfermedad, planta, tratamiento e interculturalidad. El evento contó con la presencia de activistas del Comando Matico; representantes de la Junta de usuarios de salud de Pucallpa; la Diresa; la Federación de Comunidades Nativas del Ucayali (Feconau); y la clínica RAO NETE de medicina tradicional. De forma virtual, participaron representantes del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) y del Colegio Médico del Perú. Este evento pudo llevarse a cabo gracias al apoyo de la ONG Alianza Arkana, que prestó sus instalaciones para su realización y financió los alimentos para los asistentes. El taller marcó la culminación de mis actividades de campo.

1.2.2 Técnicas de investigación

En concordancia con el caso que es objeto de este estudio y el acercamiento conceptual planteado para esta investigación etnográfica, las principales técnicas de investigación fueron la observación participante, las entrevistas, el registro y el diario de mi atención como paciente del Comando Matico, así como mi colaboración como aliado de la causa del Comando Matico, las indagaciones en relación a casos de corrupción, y la creación de espacios de diálogo entre los activistas del Comando Matico con los interlocutores de la Diresa. Estas técnicas y acciones me permitieron acceder a la información necesaria para ensamblar una interpretación que da cuenta de lo crucialmente característico en el estudio de caso a partir de las categorías conceptuales planteadas, así como de las circunstancias que dieron pie a su aparición.

Observación participante. Mi presencia y acompañamiento en las jornadas durante mi campo en el centro de atención del Comando Matico me permitieron observar los procedimientos, el trato y la forma de organizarse del colectivo shipibo. Estas observaciones fueron realizadas en el centro de atención primaria del Comando Matico, en los domicilios de los enfermos durante las visitas sanitarias y en las casas de los activistas (principalmente, la de Jorge Soria y la de Alexander Shimpukat), donde también se realizaron reuniones de coordinación y celebraciones de los miembros del equipo.

Durante las visitas domiciliarias, pude observar la dinámica de apoyo y cooperación entre los activistas y familiares a cargo de los enfermos. Mi presencia en los eventos públicos donde participaron los miembros del Comando Matico fue ideal para conocer su discurso

frente a interlocutores del Estado y representantes de la política shipiba. Finalmente, estar presente durante las jornadas de descarte de COVID-19, coordinadas con la Diresa y las mesas de diálogo, fue importante para constatar la forma que tomaban las interacciones entre la sociedad civil indígena organizada y los representantes del sistema de salud del Estado.

Los momentos de observación de las actividades del Comando Matico no estuvieron separados de mis acciones como apoyo voluntario. Colaboré realizando el registro fotográfico y audiovisual de sus acciones; redactando documentos a partir de sus ideas; y, en algunos casos, acompañándolos a realizar peticiones a instituciones públicas, como las municipalidades de Yarinacocha y Coronel Portillo. Los miembros del Comando Matico me instaron activamente a posicionarme frente a su causa. Siempre tuvieron interés en lo que se diría de ellos y de su iniciativa en la redacción de esta investigación, así como en mis verdaderos intereses respecto a su problemática y el lugar de injusticia social desde el que respondían no solo al virus, el Estado y a la prensa internacional, sino también ante los investigadores que se acercaban a ellos, movilizadas por un mero interés académico.

Con el tiempo, a través de mi compromiso con su causa y mi presencia cotidiana, tuve la posibilidad de observar y participar de espacios en los que, al principio, no era incluido o invitado. Por ejemplo, pude asistir a muchos cumpleaños de familiares y miembros del equipo. En estos cumpleaños, siempre aparecían momentos valiosos, donde los presentes pronunciaban discursos en honor al agasajado, y que terminaban tocando inevitablemente la labor del Comando Matico, como un hito en las vidas de los activistas, así como los sufrimientos y pérdidas que experimentaron durante la pandemia a pesar de sus esfuerzos por intentar salvar a todos los que pudiesen. En dichos momentos, por la emoción y la confianza, afloraban sus vivencias, lo que generaba situaciones ideales para conocer más sobre el periodo de tiempo que yo no llegué a observar, durante la primera ola, y que constituyen el génesis y el auge de esta iniciativa. Los más emotivos fueron aquellos recuerdos sobre sus acciones durante la primera ola, cuando el centro de atención se llenó, y tuvieron que acomodar a muchos más pacientes y familias de los esperados.

Entrevistas. Durante el trabajo de campo, las entrevistas fueron fundamentales. Se dieron bajo distintas modalidades: conversaciones espontáneas e informales durante las jornadas, preguntas puntuales a los activistas para hacer precisiones sobre por qué hacen lo

que hacen durante las atenciones a los pacientes, entrevistas semiestructuradas concertadas, y entrevistas con más de un interlocutor. Todo, con el objetivo de generar espacios de reflexión entre más de un informante.

La gran mayoría de estas entrevistas fueron registradas en audio digital y, en algunos casos, en video. Sin embargo, no fue posible tener registros de este tipo en todos los casos debido al respeto a la intimidad de los pacientes o porque el entrevistado así lo solicitaba. En tales situaciones, las notas de campo fueron útiles para llevar un registro de estas entrevistas. Todos los registros de audio fueron transcritos y ambos formatos fueron conservados como evidencia de campo.

Finalmente, en el caso de las entrevistas a pacientes del Comando y usuarios shipibos de la Diresa, se elaboró una guía. Esta se usó para las entrevistas llevadas a cabo en las visitas domiciliarias del Comando Matico y en las entrevistas a comuneros de Santa Teresa durante las labores realizadas para comprender la percepción de los usuarios indígenas respecto a la presencia de la Diresa y el Estado durante la pandemia.

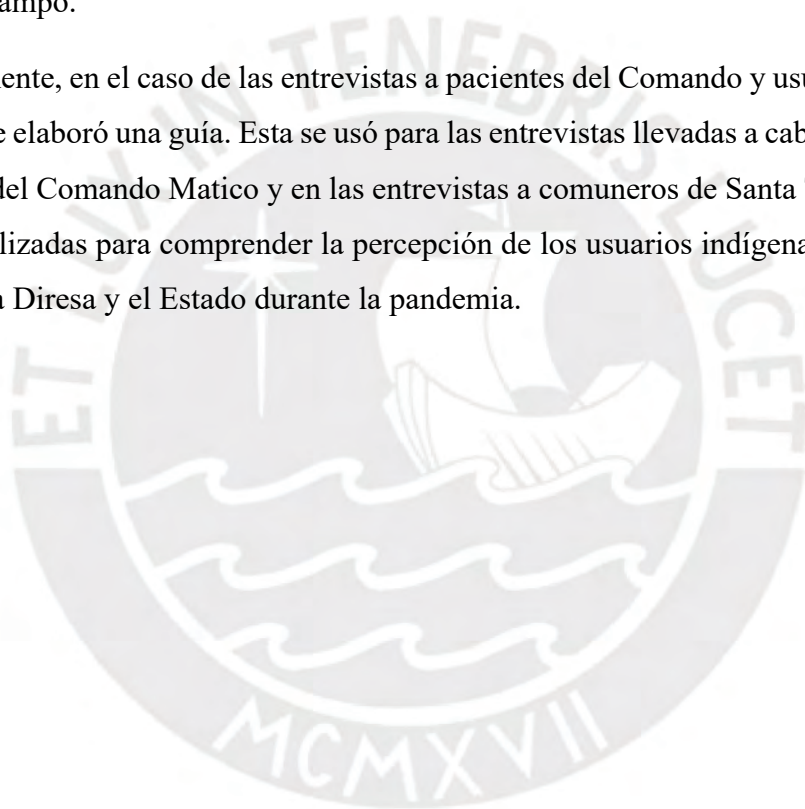


Tabla 1

Tipos de informante y número de personas entrevistadas en el trabajo de campo

Tipo de informante	Registro de data	Medio	Identidad étnica		Total
			shipibo/ kakataibo	Mestizo	
Activistas del Comando Matico: Jorge Soria, Richard Soria, Alexander Shimpukat, Gabriela Delgado, Néstor Paiva, Mery Fasabi, Mary Araujo, William Barbarán, Rafael García, Isaias Sanancino	Audio digital Video Fotografías	Presencial (7) Videollamada (1) Llamada (2)	8	2	10
Pacientes/familiares de pacientes del Comando Matico	Audio digital	Presencial (8)	6	2	8
Comuneros indígenas usuarios de salud intercultural del Minsa	Audio digital	Presencial (7)	5 (2 Kakataibo)	0	7
Funcionarios del Estado	Audio digital	Videollamada (1) Llamada (1)	0	3	3
trabajadores de Diresa	Cuaderno de notas de campo Audio digital Video	Presencial (2)	0	2	2
Extrabajadores de Diresa	Audio digital	Presencial (3)	3	0	3
Representante junta de usuarios de salud Pucallpa	Audio digital	Presencial (1)	0	1	1
Representante de la Iglesia	Cuaderno de notas de campo	Presencial (1)	0	1	1
TOTAL			24	10	34

Se logró entrevistar a 10 miembros del Comando Matico. Entre ellos, quienes conformaban el “núcleo” shipibo eran Jorge Soria, Alexander Shimpukat, Rafael García, Mery Fasabi y Richard Soria. Compartieron información esencial sobre la conformación del colectivo, el trato y tratamiento, así como elementos importantes de la cosmovisión shipiba, su situación como migrantes, y su posición frente a la OMS, el Estado y las autoridades locales. Las entrevistas a Mary Araujo, Gabriela Delgado y William Barbarán sirvieron para tener una perspectiva más amplia sobre las estrategias de comunicación, la mirada interna de los voluntarios mestizos, así como de aspectos políticos de activismo indígena shipibo. Las entrevistas a Néstor Paiva e Isaías Sanancino complementaron las anteriores entrevistas: el primero, en relación a los factores implicados en el cese de actividades, y el segundo, como el colaborador docente más joven de este colectivo.

El investigador como paciente y como creador de espacios de diálogo. El método de investigación se tuvo que adaptar a los diferentes contextos del campo, y se enriqueció con las adversidades y acontecimientos inesperados que viví como investigador durante mi labor. Uno de estos acontecimientos inesperados fue el contagio de COVID-19, a pocas semanas de haber llegado al campo, y el correspondiente trato y tratamiento que recibí del Comando Matico para superar mi proceso viral. Esta situación me obligó a salir de mi rol de observador y profesional de la salud para colocarme en el de paciente. Pude experimentar, de forma totalmente inesperada, ese trato y tratamiento que buscaba estudiar como un externo. Así, viví en carne propia cómo eran tratadas los pacientes por los activistas del Comando Matico; experimenté, con mis sentidos y mi subjetividad, cómo las plantas hacían efecto a través de procedimientos tales como la vaporización, el uso de jarabes y los masajes que son usados para aliviar los síntomas. Del mismo modo, tuve acceso al trato humanista y familiar que recibí en todo momento por parte de los miembros del Comando Matico, lo que fue un factor importante para la superación de la enfermedad. Finalmente, pude constatar, en primera persona, el papel que cumplió el acompañamiento de los enfermos y el diálogo como herramientas terapéuticas para luchar contra los pensamientos fatalistas y de soledad que surgen como un síntoma más en todas las personas que hemos tenido que lidiar con esta enfermedad.

Ante la ausencia de espacios de diálogo y reflexión entre la sociedad civil indígena y la Diresa, y la necesidad de los investigadores que se encontraban en Pucallpa de contar con espacios de diálogo intercultural, se promovió la realización de una mesa de diálogo. Esta estuvo respaldada por organizaciones como el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) y la Subcomisión de Medicina Tradicional y Salud Intercultural del Colegio de Médicos del Perú, así como por el apoyo de una ONG que trabajaba con los pueblos indígenas y organizaciones de base indígenas. Dicha mesa fue de naturaleza híbrida, ya que contó con asistentes presenciales y virtuales que nos acompañaron desde Lima (representantes del Censi y el Colegio Médico)²⁴.

Esta mesa de diálogo sirvió para colocar a los actores sociales de ambas partes a discutir lo aprendido durante la pandemia desde sus iniciativas y con una apertura a la mirada del *otro*. En primer lugar, se dio exposición a un archivo fotográfico de las acciones emprendidas por los colectivos indígenas y las brigadas de la Diresa, que sirvieron de estímulos sugestivos para dar inicio a un proceso reflexivo de lo vivido entre todos los presentes. En segundo lugar, se abrió un espacio de debate entre los asistentes en relación a conceptos fundamentales, como *plantas, medicina, salud, enfermedad e interculturalidad*, y la manera en que son entendidos desde ambos puntos de vista (el punto de vista “oficial” del

²⁴ La mesa de diálogo fue transmitida en vivo por la ONG Alianza Arkana en su plataforma de Facebook (Alianza Arkana, 2022)

Estado, y la mirada indígena a cargo de los activistas y médicos tradicionales que asistieron al encuentro).



Figura 3: Invitación a funcionaria de la Diresa y cronograma de la mesa de diálogo llevada a cabo el 12 de mayo en las instalaciones de Alianza Arkana en Yarinacocha – Pucallpa (2022)

1.2.3 Dos estrategias metodológicas para dos campos distintos

Si bien, dentro de las generalidades, el cronograma de actividades y las previsiones en el papel fueron útiles para tener un norte, el acercamiento al Comando Matico y a la Diresa exigió actitudes distintas y privilegió técnicas de investigación diferentes. Al tratarse de organizaciones que responden a estructuras culturales y sociales distintas, las formas de relacionarse no pudieron seguir las mismas lógicas de interacción. En ese sentido, las actividades de campo exigieron al investigador participar y familiarizarse con los rituales y los procedimientos propios de cada organización para permitir que un extraño a la

institución/grupo pudiera ser incluido o accediera a información sensible sobre su funcionamiento. Ello implica tolerar un elemento ajeno a sus rutinas, familiarizarse con él y no percibirlo como una amenaza. Estos rituales sociales y procedimientos obedecen a esquemas culturales antagónicos: por un lado, las formas burocráticas de los organismos del Estado que exigen documentación escrita, y limitan el acercamiento al ámbito laboral y el horario de oficina; por otro lado, la búsqueda de convivencia, el compartir y la afinidad que señalarían un interés auténtico por la vida de los activistas como un requisito para dar el consentimiento a la actividad investigadora.

Un primer ejemplo claro de estas diferencias se puede encontrar en el proceso de contacto inicial con las organizaciones. Por un lado, los activistas del Comando Matico optaron por buscar mantenerme lo más cerca posible de su realidad diaria, llegando incluso a ofrecerme alojamiento en sus hogares, e invitándome a cada evento familiar o social que los involucrase. Por otro lado, el ritmo que tomó el acercamiento a la Diresa estuvo mediado por trámites documentarios y tiempos de espera que forman parte de la tramitología institucional para así poder empezar la labor de investigación sin “ninguna irregularidad”.

En este sentido, el encuentro con los activistas del Comando Matico se dio en un clima de solidaridad e identificación con su causa. Se superaron rápidamente los formalismos de las “visitas oficiales” a un vínculo de amistad y alianza donde ambas partes sabían que podían contar con la otra frente a cualquier eventualidad. Por su parte, el encuentro con el Área de Estrategia Sanitaria de los Pueblos Indígenas de la Diresa tuvo que respetar el orden jerárquico y la disposición de los empleados y funcionarios hacia un investigador que llegaba a realizar indagaciones sobre su funcionamiento interno y accionar frente a la población indígena en la pandemia.

Por tal motivo, mi presencia en el Comando Matico adquirió rápidamente el matiz de ser un investigador aliado de su causa, colaborador y hasta psicólogo del colectivo. En la Diresa, mi presencia fue tolerada bajo una cordialidad ambigua, propia de los funcionarios públicos cuando se les solicita información que, por su misma naturaleza, es de dominio público, pero que, a la vez, es data sensible sobre el funcionamiento interno. Así, se creó un aura de “fiscalizador involuntario” en torno a mi presencia en la Diresa. Esto dificultó bastante el conocimiento real del clima laboral y los pormenores de la institución, detrás de

esta performance en la que el funcionario o trabajador, como informante, es absorbido por la institución para evitar “salirse del libreto” de lo revelable y no revelable a los externos.

Estas dificultades me animaron a buscar informantes que no estuvieran sujetos a estas exigencias impuestas y encontré a los extrabajadores shipibos de la Diresa, a quienes tuve la oportunidad de entrevistar. Ellos me brindaron una mirada que revelaba problemáticas cruciales en el funcionamiento interno, que explicaban las narrativas que reproducen los usuarios indígenas y los activistas del Comando Matico en torno a la incomprensión, ineficiencia y discriminación que denunciaron sobre los agentes, funcionarios y responsables políticos de la salud pública de la población indígena.

Los miembros del Comando Matico tenían sus propios temores ante la presencia de un investigador; solían usar el término de “extractivista cultural”²⁵ para referirse a los antropólogos que se beneficiaban de los pueblos indígenas sin dejar nada a cambio. Por tal razón, demostrar que no era un extractivista cultural era una labor importante que implicaba un compromiso y atención ante sus problemáticas diarias, acciones de apoyo que creaban una relación de reciprocidad necesaria para ser aceptado por ellos. Sin embargo, esto no significó que los activistas del Comando Matico estuviesen exentos de desarrollar cierta deseabilidad social ante mi persona; de hecho, intentaron dar una imagen positiva a través de su discurso, o evitaron tocar abiertamente los conflictos internos al estar presente. Estas disputas dejarían en evidencia la tensión propia de una organización que se sostenía a duras penas, y que comprometía la seguridad y economía de cada núcleo familiar shipibo implicado.

Por tal motivo, los pacientes, usuarios, activistas shipibos de otras organizaciones, así como al equipo de la Diresa, siempre tuvieron espacios para abordar la percepción que tienen ellos del Comando Matico. Así, se encontraron aspectos de contraste que han sido útiles para obtener un perfil más completo de esta organización.

Se realizaron un total de 21 actividades campo con el Comando Matico, entre entrevistas, asistencia a eventos públicos, observación participante de las jornadas de atención en la parroquia y visitas domiciliarias; así mismo, seis actividades de campo con la

²⁵ Término que han usado en más de una ocasión para referirse a los investigadores que llegan a tomar sus conocimientos, publicarlos en otros lugares o países, ganar dinero o reconocimiento a partir de ellos y no dejar nada a cambio a los informantes.

Diresa, entre entrevistas a funcionarios, trabajadores, extrabajadores del plan amazónico, y usuarios shipibos residentes de las comunidades nativas cercanas a Pucallpa y de los asentamientos interculturales de Yarinacocha. Se llevaron a cabo cuatro actividades relacionadas al trabajo articulado entre la Diresa y el Comando Matico, principalmente jornadas de descarte de COVID-19, un encuentro para charlar sobre la experiencia en pandemia entre activistas y extrabajadores, y la mesa de diálogo realizada entre representantes de la Diresa y activistas por la salud de la sociedad civil shipiba. Finalmente, se realizaron siete actividades de levantamiento de información complementaria entre viajes a comunidades nativas, asistencia a un Tsinkiti²⁶ de *onayas*, y observación del proceso de elecciones de COSHIKOX, una de las organizaciones más importantes de representación política del pueblo shipibo. En este evento, participaron de forma activa muchos miembros del Comando Matico.



²⁶ Palabra shipiba para “encuentro importante”, en este caso, para referirse a un encuentro de médicos tradicionales shipibos impulsado por la organización indígena Oni Xobo.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Revisión bibliográfica: Situación del sistema de salud peruano, interculturalidad en salud dentro del Estado peruano y salud de los PPIIAA

El objetivo de este apartado es contar con un acercamiento contextual y situacional a aspectos cruciales del sistema de salud peruano. Este acercamiento pone en perspectiva las condiciones sanitarias en las que los peruanos y, en especial, los pueblos indígenas amazónicos tuvieron que afrontar la llegada del coronavirus. De igual forma, la revisión de los documentos oficiales respecto a las políticas públicas en salud intercultural, ofrecen una mirada de la concepción estatal en esta materia y las medidas que venía intentando implementar el Estado peruano, tales como la adecuación, la pertinencia y la transversalización de los servicios de salud destinados a la población indígena.

Situación del sistema de salud peruano antes de la pandemia

Las proporciones de la crisis durante la pandemia en el Perú no fueron el resultado de la aparición del virus de la COVID-19 solamente. En países como el Perú, con una de las tasas más altas de mortalidad per cápita del mundo, las desigualdades en acceso a la salud, así como la limitada cobertura, ocasionaron el colapso temprano de los centros de atención sanitaria. Esto fue el trágico resultado de las condiciones críticas previas a la llegada del virus y del impacto desigual que ha tenido la pandemia en diferentes sectores de la población peruana.

En el Perú, la inversión en salud no ha ido necesariamente de la mano con el crecimiento económico, que, incluso a pesar de la pandemia, ha seguido una tendencia positiva, ubicando a la nación peruana entre los primeros países de la región (El Peruano, 2022). No obstante, al revisar las cifras de inversión en salud, el panorama es muy diferente. Para el 2019, la inversión en salud del Perú estaba cerca del 3 % del Producto Bruto Interno (PBI), por debajo del promedio latinoamericano del 4 %. Cabe agregar que, a pesar de contar con un presupuesto sumamente restringido, en comparación con otros países de la región, entre el 2015 y 2019, “no se ejecutaron 8, 718 millones de soles, lo que equivale al 10 % del presupuesto asignado” al sector (COMEXPERU, 2019). Esto indica problemas serios para administrar y gestionar los montos ya asignados al presupuesto de salud.

Durante la crisis sanitaria, la inversión específica para la pandemia fue de 0,86 % del PBI (Instituto Peruano de Economía, 2021). Ello permitió implementar mayores recursos, con lo que pasamos, por ejemplo, de disponer de 140 camas UCI a 2062; no obstante, esto no impidió el colapso y la evidente insuficiencia de estas camas para la cantidad de pacientes COVID-19 que hubo. Otros informes al respecto, como el desarrollado por el estudiante de economía Hitomi Medina, para la Asociación Peruana de Estudiantes de Economía (APEECO, 2021), muestran cifras críticas respecto a los valores que recomienda la OMS, a pesar del crecimiento en inversión en salud durante los últimos años. Este análisis ofrece cifras alarmantes en relación al personal de salud requerido por cantidad de habitantes. Ni la capital, Lima, con una cantidad promedio de 20.3 médicos por cada 10 000 habitantes, llegaba al nivel mínimo requerido de 23 médicos por cada 10 000 habitantes definido por la OMS. De igual modo, Medina encontró que la recomendación de la OMS de cinco médicos por un personal administrativo, en Perú, no se cumple y, de hecho, se invierte, pues había un médico por cada dos trabajadores de personal administrativo en promedio. Se puede afirmar que el sistema de salud peruano sufre de un exceso de burocracia y un déficit de agentes de salud efectivos, lo que debe invitarnos a reflexionar sobre la estructura misma del sistema de salud como institución y el manejo administrativo de los presupuestos. ¿Qué porcentaje real llega a ser usado de forma efectiva en la atención primaria de los peruanos y peruanas?

El informe concluyó que el “gasto de bolsillo”, es decir, lo que invierten los usuarios de salud de sus ingresos para cubrir su tratamiento médico, asciende al 39.30 %, cuando lo recomendado por la OMS como máximo es el 20 %. El Gobierno, al 2016, solo financiaba el 21 % del gasto en salud per cápita, y el resto era cubierto por los hogares, directa o indirectamente, a través de sus empleadores. Para los hogares, el gasto en salud representa gran parte de sus ingresos, y depende más de la posibilidad de contar con el dinero suficiente y un trabajo estable que los asegure, que de la cobertura social del Estado peruano. Así, se crea un escenario social donde los cuidados de la salud se convierten en un privilegio al cual acceden tan solo los que pueden cubrir, con su bolsillo, los gastos médicos. Dicha situación, contraria a la democratización de un derecho básico como lo es la salud, puede ser difícilmente revertida sin una reforma del Estado, en la que el resguardo de la economía se subordine al bienestar social. Esto no ha sucedido, ni siquiera en tiempos cuando la salud debería ser una prioridad para el Estado, como lo fue durante la pandemia.

Pedraglio y Portocarrero (2020) citan el estudio realizado por la Contraloría General de la República, basado en operativos de este ente fiscalizador hacia el sector salud. Lo que encontraron fue una situación crítica en varios aspectos. Por tomar un ejemplo, respecto a la atención en consulta externa en los centros de salud, la contraloría encontró un incumplimiento promedio de más del 30 % en temas de funcionamiento, horario de atención, puntualidad o infraestructura. En el área de emergencia, estos incumplimientos ascendían hasta el 40 % en cuestiones como recursos humanos suficientes o equipamiento. Se revela que, en este servicio tan importante, donde muchas vidas están en juego, había un gran riesgo de perder vidas, tan solo por estos indicadores. Finalmente, y no menos importante, el informe reveló que, al 2019, hubo un incumplimiento del 63 % en compras corporativas de medicamentos, por lo que muchas de las medicinas adquiridas se daban a sobreprecio. Esto generó problemas para tener *stock* y reforzó malas prácticas administrativas, las cuales, según el informe, se daban fundamentalmente en los gobiernos regionales, que manejan los presupuestos de las Diresas.

El gremio de médicos también se ha encargado de denunciar la situación crítica del sistema de salud peruano. Un informe del Colegio Médico del Perú (2018), publicado en su página web, daba cuenta de esta situación, pues advierte que la suma de inversión entre el sector público y privado de salud en el Perú asciende al 5.5 % del PBI, inferior al promedio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), donde los países invierten un promedio de 7 % u 8 % de su PBI. Así mismo, este informe resalta que la OMS sugiere que la inversión en salud no debería bajar del 6 % del PBI de los países.

Pedraglio y Portocarrero (2020) también acusaron de que otro problema importante en salud es “la debilidad rectora del Minsa”, ya que hay muchas instancias dentro del organigrama con relativa autonomía, que crearon, durante la pandemia de la COVID-19, un panorama complejo:

(...) debilidad para orientar y aprobar medidas que involucren a los diversos establecimientos al interior de la salud pública, dificultades para establecer prioridades nacionales; inconvenientes prácticos para efectuar compras corporativas para todo el sector público; e imposibilidad de supervisar la calidad de los servicios que provee el sector salud como conjunto. (p. 43)

Gianella (2020) llegaron a conclusiones similares al abordar el tema de la descentralización incompleta del sistema de salud. Para ellos, esto ha impedido una acción conjunta y eficaz durante la pandemia, así como una supervisión de los presupuestos destinados a cada región.

No obstante, el problema de la salud en el Perú implica otras aristas. Por un lado, Durand et al. (2020) advierten sobre la creación de oligopolios en la distribución de medicinas debido a la falta de regulación del Estado y a la permisividad del marco legal de la Constitución neoliberal de 1993 en cuanto a prácticas de mercado desleales hacia los usuarios. Al respecto, tratan el tema de la captura corporativa del grupo Intercorp sobre el mercado de medicamentos mediante la compra de Quicorp a través de InRetail Pharma, lo que le aseguró el monopolio sobre la fabricación, distribución mayorista y minorista, y puntos de venta de medicamentos. Durand et al. (2020) citaron a la revista *Poder* para afirmar que tan solo el 34 % del valor de los medicamentos circula en los hospitales, mientras que el 66 % lo hace dentro de las cadenas de farmacias. Durante la pandemia, esto tuvo un gran impacto sobre la disponibilidad de medicamentos genéricos y en la sobrevaluación de los medicamentos usados para contrarrestar los síntomas de la COVID-19. Por ejemplo, el litro del alcohol se incrementó siete veces. La azitromicina, antibiótico usado para el tratamiento de la COVID-19, pasó de 3 soles a valer 50 soles. Así mismo, los balones de oxígeno llegaron a costar 6000 soles; los autores refieren a “un cartel del oxígeno”, ejercido por las dos únicas empresas distribuidoras: Linde (Alemania) y Air Products (Estados Unidos).

Históricamente, el sistema de salud peruano adolece de muchos males. Durante la epidemia de cólera, en el Perú, se registraron cerca de 3000 muertes, con lo que se colocó como el país con la tasa más alta de decesos por esta enfermedad en Latinoamérica (Brandling-Bennett et al., 1994; citado en Pedraglio, 2020). Según fuentes del INEI (2020), Ucayali, al año 2020, ocupaba el vigésimo lugar de las 24 regiones en cuanto acceso a consumo de agua proveniente de la red pública. Por eso, la recomendación de lavarse las manos para evitar el contagio del virus de la COVID-19 resultó siendo, para la gran mayoría de la población ucayalina, una medida impracticable en muchos asentamientos humano. En estos lugares, la ciudadanía vive en condiciones precarias, sin saneamiento básico, expuestos a infecciones por la contaminación del agua, y a una mayor tasa de contagio al vivir

las familias, en su gran mayoría, hacinadas.2.1.2 La propuesta de salud intercultural del Estado peruano

La salud intercultural en el Estado peruano ha seguido dos caminos fundamentales. Uno se relaciona con la incorporación de la medicina tradicional al sistema de salud público —que no se planteó inicialmente como interculturalidad en salud—, y el otro, con la adecuación, pertinencia y transversalización del enfoque intercultural en salud. Este último está centrado en la adaptación de los servicios de salud a la población indígena del país, así como en su participación en la elaboración y desarrollo de estos servicios.

El primer camino está en consonancia con la dirección que tomó la OMS, después de la conferencia de Alma Ata en 1978, respecto a la intención de incorporar la llamada medicina tradicional bajo la prerrogativa de articular los esfuerzos de la comunidad para lograr que los servicios de atención primaria llegaran a todos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1978). Se buscaba una salud intercultural que integrara agentes y recursos de ambos modelos en beneficio de toda la población bajo la lógica de ahorro de recursos y mayor cobertura²⁷. La segunda vía se relaciona con los compromisos adquiridos a través del Convenio 169 de la OIT (2014), que reconocieron los derechos colectivos de los pueblos indígenas, entre ellos, el derecho a servicios de salud con *adecuación* a sus culturas. Con esto, se pretendía una salud intercultural pensada como adaptación de los servicios sanitarios a la realidad sociocultural de los pueblos indígenas, destinada exclusivamente a los usuarios indígenas del sistema de salud que se encuentran en situación de desigualdad respecto a otras poblaciones.

Ambas perspectivas se encuentran enmarcadas en las políticas de inclusión social que buscan “la incorporación social, económica, política y cultural a la comunidad nacional de grupos sociales excluidos y vulnerables”(Minsa, 2019, p. 14). Bajo esta misma lógica, la OPS definió, en el 2008, la interculturalidad en salud como “una estrategia para reducir las brechas en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la sociedad” (p. 12).

²⁷ Así fueron las declaraciones del director general de la OMS en 1974, que consideró a los curanderos y comadronas de los países *subdesarrollados* como posibles auxiliares de los médicos debido a la dificultad para difundir el modelo biomédico de igual forma en toda la población (Nureña, 2009).

El primer organismo creado en el Minsa que se encargó de articular recursos de la medicina tradicional a la biomedicina en el nivel primario de atención fue el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (Inmetra), creado en 1990, por el médico y antropólogo Fernando Cabieses. Él dedicó gran parte de su vida profesional a investigar el pensamiento de la medicina tradicional y sus antecedentes en las sociedades precolombinas (Cabieses, s.f.). Este organismo fue el primero en denominar *agentes de salud tradicionales* a los curanderos y parteras.

Otra importante iniciativa en esta área fue la incorporación de un programa de parteras en la atención primaria de mujeres indígenas gestantes. Así, se formó la “Red de Salud Materno Infantil con el objetivo de disminuir los indicadores de muerte materno infantil” (p.119; Eyzaguirre, 2016), lo que creó una primera iniciativa de *diálogo intercultural* en el que las técnicas médicas occidentales no eran prioritarias (Nureña, 2009). Respecto a la incorporación del parto vertical, Yon (2017), consideró que ha sido el “único ámbito donde la interculturalidad ha tenido mayor concreción y relativa continuidad en los servicios de salud oficiales” (p. 37). En gran parte, cumple un rol importante en la meta de aumentar los partos institucionales, y de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, resalta que los logros respecto a su incorporación han sido posibles gracias a las ONG interesadas en desarrollar formas más críticas de interculturalidad que las del Estado. Yon (2017) señaló, además, que la actualización de la norma del parto vertical en el año 2016 abrió la posibilidad de que estas prácticas no se restringieran a los pueblos originarios. A pesar de ello, observó en el campo que, el Estado, sigue teniendo “una estructura de relación paternalista o autoritaria entre proveedores y usuarias rurales o indígenas, así como una memoria de una serie de estrategias coercitivas aplicadas por el personal de salud para que las mujeres asistan a los servicios de salud materno-infantil” (p. 38).

Inmetra desarrolló estudios bioquímicos centrados en las propiedades terapéuticas de las plantas usadas en la medicina tradicional y publicó importantes tratados sobre ellas (Rutter, 2008), así como libros de difusión, como el *Libro verde* (Arellano, 1992), que es prácticamente un manual de uso popular de “recursos herbolarios tradicionales” y los preparados que se realizan para tratar diferentes males. A pesar de estos esfuerzos, el modelo

biomédico no permitió que los aportes de la medicina tradicional vayan más allá de los estudios y manuales sobre las plantas medicinales, y el apoyo de agentes de salud en la cobertura sanitaria. Cuestiones de fondo, como los presupuestos ontológicos, sustentan los conceptos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas, pero son aún subestimados, y considerados meras creencias y curiosidades culturales no relevantes para este proceso de articulación médica entre ambos sistemas.

Recién en el año 2001, se creó la Comisión Especial Multisectorial para las comunidades Nativas y se introdujo el término de *sistema intercultural de salud*. El estatus como organismo descentralizado permitió al Inmetra plantear esta cuestión bajo la meta de movilizar recursos locales para la capacitación de centros de salud propios de la comunidad. No obstante, a pesar de este avance, Inmetra fue desactivado como organismo y dio paso a la creación del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) en el año 2002. Este organismo, a diferencia del Inmetra, no es descentralizado y tampoco cuenta con el mismo estatus. Más bien, está subordinado al Instituto Nacional de Salud (INS) y se encuentra en una posición poco favorable en el organigrama del Minsa (Defensoría del Pueblo, 2008). Esto limita su presupuesto y organización, lo que limita la consecución de sus ambiciosas metas, como la transversalización de la interculturalidad en el sistema de salud.

En el 2004, en el contexto de la reforma de salud, se creó la Comisión Nacional de Salud Indígena y Amazónica del Minsa, integrada por distintas Diresas del ámbito amazónico. Esta comisión contó, además, con la participación de las poblaciones indígenas (cumpliendo lo estipulado por el convenio 169 de la OIT). Con este evento, se inició la planificación de un sistema de salud *adecuado*, introduciendo el concepto de *adecuación intercultural*, y resaltando el desarrollo de una interculturalidad centrada en la adaptación cultural de los servicios de salud, es decir, en la atención diferenciada a población indígena.

Sin embargo, la aplicación de estas políticas ha requerido una mayor capacidad de acción y poder institucional en organismos rectores como el Censi, cuestión que fue, incluso, solicitada por AIDSESP, que participó de la mencionada comisión. La misma observación fue hecha por la Defensoría del pueblo (2008), que admitió que, a pesar de que existe una “clara noción de que las poblaciones indígenas peruanas tienen derecho a recibir un servicio de salud que se adecúe a su cultura” (p. 8), el Minsa no cuenta con la infraestructura necesaria

para llevar a cabo esta propuesta²⁸. Se agregó que no es el diálogo lo que ha imperado, sino la subordinación en los procesos interculturales promovidos desde el Estado²⁹.

En este mismo informe de la Defensoría del pueblo, también se criticó el modelo biomédico como paradigma:

(...) etnocéntrico funcional a un esquema de modernidad y progreso (...) que ejerce un enorme poder a la hora de definir lo que es o no es una enfermedad (...) sin permitirse jamás conservar otro modelo médico al lado (...). El paradigma de la medicina convencional viene así cargado de prejuicios culturales e históricos que han llevado a que los médicos mantengan un rol paternalista. (Defensoría del Pueblo, 2008, p. 70)

Bajo la prerrogativa de que la adecuación de los servicios de salud es insuficiente para hablar de una real interculturalidad —en tanto parte de una mirada unidireccional, vertical y restringida del Estado a los usuarios indígenas—, se propuso el concepto de *pertinencia cultural* (Minsa, 2002; Defensoría del Pueblo, 2015). Estos conceptos se desarrollaron bajo consulta previa para los pueblos indígenas y originarios en el Estado peruano (Congreso de la República, 2011).

De este modo, la pertinencia cultural es entendida como la creación de servicios y la formación de profesionales como agentes de salud comunitarios con conocimiento suficientes para reducir las brechas culturales, geográficas y lingüísticas existentes entre los usuarios y los servicios de salud pública (Nureña, 2009). Así, la pertinencia debería introducir una mirada bidireccional en oposición a la adecuación. No obstante, la crítica tanto de las instituciones autónomas del Estado como de los estudiosos de la interculturalidad ha seguido presente (Menéndez, 1994). Debido a que existe una gran resistencia en los representantes del modelo biomédico para superar la idea de que no solo se trata de recursos médicos tradicionales aislados —llámense, agentes de salud tradicional comunitaria o plantas

²⁸ “(...) existe un alto número de comunidades nativas que no accede al servicio de salud por la falta de establecimientos, implementados con equipos de transporte para el traslado de la población en caso de emergencias, con equipos de cadenas de frío para la conservación de las vacunas y medicamentos, así como un adecuado suministro de medicamentos en general.” (Defensoría Del Pueblo, 2008, p. 9)

²⁹ “(...) la relación entre culturas no se ha procesado de manera armoniosa y en un ambiente de respeto mutuo y de diálogo, todo lo contrario: se ha negado, excluido o resistido a través de mecanismos de subordinación.” (Defensoría Del Pueblo, 2008, p. 65)

medicinales—, sino que, detrás de ellos, existe un sistema de salud como institución nuclear de los pueblos originarios.

En el año 2006, el Estado peruano planteó la *transversalización* de la salud intercultural a través de la Resolución Ministerial de la “Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud” (Minsa, 2006), a cargo del Censi. Sin embargo, el Censi no cuenta con el presupuesto ni la capacidad de hacer efectiva la transversalización en un sistema de salud público que excede su capacidad de gestión como organismo encargado de desarrollar la interculturalidad en este sector. Esta norma, a la fecha y a la luz de las acciones emprendidas por el Minsa durante la pandemia, no ha pasado de ser un gesto documentario que no ha logrado implementarse de forma efectiva en el campo.

Las experiencias en adecuación, pertinencia y transversalización de la salud intercultural derivan en una interculturalidad funcional a un Estado monocultural que sólo persigue metas puntuales o indicadores que no toman en cuenta las necesidades reales de los usuarios. Incluso, se llegan a desconocer las razones no culturales detrás de la insuficiente oferta de salud y poca capacidad resolutoria de los servicios de salud pública destinados a la población indígena. Al respecto, Yon (2017) señala que, si bien la interculturalidad es necesaria para enfrentar las inequidades en salud, esta no es suficiente. La salud de los pueblos indígenas se encuentra atravesada por otras problemáticas, tales como su situación económica desfavorable respecto a otros sectores, o la casi inexistente presencia política de representantes indígenas en espacios decisorios en torno a la salud. Este contexto subraya la necesidad de discutir una justicia multidimensional que abarque dichos aspectos ignorados.

La falta de cuestionamiento en torno a las relaciones de poder implícitas entre, por un lado, el modelo biomédico como enfoque hegemónico de salud en el Estado y, por otro lado, la posición subordinada de los sistemas de salud indígenas forma parte de las críticas de las organizaciones indígenas (representantes de los pueblos originarios) y de la Defensoría del Pueblo (representante de los intereses de la sociedad civil). Ello conduce a tomar sólo los “recursos” humanos o herbolarios validados bajo la perspectiva dominante o asimilados a su

propia lógica³⁰. La introducción de la medicina tradicional fue y es, en muchos aspectos, una suerte de prótesis o herramienta complementaria del Sistema SEA (salud-enfermedad-atención) hegemónico del modelo biomédico occidental (Menéndez, 1994). La producción de normas y conceptualizaciones no resuelve la problemática de salud indígena, pues se da bajo una interacción asimétrica, tanto entre los modelos de salud, como en la posición en que se encuentra y coloca a los pueblos indígenas respecto al proyecto de país.

La interculturalidad no puede estar al margen de la calidad y capacidad resolutive de los centros de atención de salud de primer nivel³¹ (Chávez et al., 2015), es decir, de la implementación de infraestructura, personal y medicinas suficientes para atender las problemáticas de salud de la población indígena donde estas ocurren. La oferta de salud en el ámbito de las comunidades nativas se ha convertido para la gran mayoría de usuarios en sinónimo de postas y centros de salud desabastecidos, sin personal ni condiciones mínimas. Esto obliga a las familias a trasladar a sus enfermos a los hospitales de zonas urbanas que, en muchos casos, se encuentran a horas o días de la comunidad.

Estas situaciones se dan bajo relaciones paternalistas y discriminatorias de los especialistas del modelo biomédico a los agentes de salud comunitarios indígenas, y de los proveedores de servicios de salud a los usuarios. En ese sentido, se revela que la problemática de salud y las dificultades de implementar un enfoque intercultural efectivo no son cuestiones divorciadas de la racialización del poder, incluso en contextos médicos y de construcción de políticas sanitarias que deberían responder a los planteamientos normativos de pertinencia, adecuación y transversalización de la salud.

2.1.3 Situación de salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos

³⁰ “(...) para aceptar los recursos terapéuticos y las cuestiones actitudinales del médico tradicional, como son la dieta o cierta forma de proceder o pensar, se planteó que debían ser aceptados previa demostración y validación científica. Así, la validación científica haría posible su aceptación” (Eyzaguirre, 2016, p. 101).

³¹ Al respecto, Chávez et al. (2015) refieren respecto a la atención a usuarias de dos comunidades de Amazonas que “las dimensiones más críticas y que afectan la capacidad resolutive de los puestos de salud de acuerdo con la población y los propios prestadores de salud, son: i) la carencia de medicamentos; ii) la falta de soporte logístico y operativo para el trabajo del personal de salud (infraestructura, equipamiento, entre otras); y iii) las limitaciones del sistema de referencia y contrarreferencia, que termina desalentando a los usuarios en sus expectativas de encontrar respuesta a sus problemas de salud en el sistema médico público” (p. 80).

Se estima que existen más de 300 000 nativos amazónicos en el Perú, población compuesta por 51 pueblos étnicos (Mincul, 2018). De ellos, 43 559 viven en la región Ucayali (Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI], 2017). La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) (INEI, 2019) estima que el 50.4 % de la población con lengua materna amazónica vive en situación de pobreza. De igual forma, “se calcula que el territorio del 47.85 % de comunidades campesinas e indígenas está superpuesto con el 21 % de concesiones mineras, y que el 75 % de la Amazonía peruana está cubierta por concesiones de hidrocarburos” en claro conflicto con la propiedad colectiva indígena sobre la tierra (p. 486; Grupo Internacional de Trabajo Sobre Asuntos indígenas [IWGIA], 2020). “El 36 % de las personas indígenas que viven en zonas urbanas están relegadas a barrios marginales, donde a menudo se enfrentan a una pobreza extrema y viven en zonas inseguras, insalubres y contaminadas” (p. 18; Banco Mundial, 2015, citado en Navegador Indígena, 2020).

Dichas cifras reflejan la posición de subalternidad histórica a la que han sido sometidos los pueblos indígenas dentro del proyecto de la sociedad nacional. Estas circunstancias han contribuido a perpetuar las brechas que aún existen entre los pueblos originarios y la población blanca/mestiza, favorecida por el modelo monocultural nacional. La población indígena ha tenido que encontrar la forma de sobrevivir dentro de los márgenes de este orden territorial y político impuesto, fundado bajo los ideales criollos que crearon la república peruana de espaldas a la profunda diversidad étnica que siempre existió en el territorio que hoy comprende a la nación peruana.

Estos datos revelan el desencuentro entre los gobernantes y los pueblos indígenas amazónicos, quienes fueron vistos más como un obstáculo al aprovechamiento de los grandes recursos de la selva peruana que, como ciudadanos peruanos con derechos (Espinosa, 2019a), fueron perjudicados por el proceso de invasión, colonización e imposición de una república nacional que nació siendo ajena a sus intereses colectivos, su cultura y su estilo de vida. Para estas colectividades y en un acto de reconocimiento de la barbarie cometida contra los pueblos indígenas, el derecho internacional creó convenios que protegen sus derechos colectivos y su autodeterminación cultural, así como la promoción de políticas diferenciadas (OIT, 2014), que contribuyan a la justicia social y su inclusión ciudadana en el desarrollo social.

Tomando en cuenta estos antecedentes, resulta claro entender que la situación de salud de los pueblos indígenas está subordinada a las condiciones de subsistencia de este grupo y el acceso a servicios sanitarios adecuados para su contexto. Ambas cuestiones, en el caso de los pueblos indígenas amazónicos, están seriamente comprometidas bajo el modelo económico y político actual del Estado peruano. Los pueblos indígenas se enfrentan a un proceso histórico de despojo territorial y de los recursos que disponen para su subsistencia, lo cual afecta su dieta. Esto se debe a la presencia de industrias extractivas; en efecto, los derrames de petróleo en territorio ancestral indígena, la tala ilegal y el ingreso del narcotráfico repercuten sobre la calidad del agua, la pesca y la caza de animales de monte, así como en la calidad del suelo para la agricultura. Se altera, de esta forma, el delicado equilibrio establecido entre estas comunidades con su medio (Defensoría Del Pueblo, 2008).

Se suman a esta situación, los cambios en el patrón de movilidad, debido a la necesidad de contar con una residencia fija para acceder a servicios educativos, de salud y reconocimiento de sus derechos colectivos (Urrutia et al., 2019). Estas condiciones adversas y precarias favorecen la acumulación de desechos, el agotamiento de los recursos y la pérdida progresiva de un estilo de vida que tardó miles de años en consolidarse como una forma armónica de convivir en el territorio amazónico.

Por estas razones, los informes de organismos internacionales señalan que la situación de pobreza de la población indígena es, en realidad, una situación de empobrecimiento y de pérdida de un estado inicial de bienestar (Rupire, 2020). La situación de los indígenas amazónicos como migrantes los expone al hacinamiento y la falta de saneamiento básicos en los barrios marginales periurbanos en los que viven, junto a otros migrantes sin recursos económicos en las ciudades amazónicas, que viven bajo condiciones precarias que reproducen su situación de pobreza. Al respecto, Kennedy (2011) usa el concepto de *pobreza móvil* para explicar cómo la búsqueda de mejores oportunidades al salir de la comunidad trae nuevas desventajas sociales a los indígenas en las ciudades. De hecho, dentro de los territorios considerados ancestrales, la oferta de servicios de salud para la población indígena amazónica es inferior a la del resto del país. En ese sentido, el difícil acceso geográfico a los lugares de asentamiento y la falta de personal de salud local dificulta no solo la instalación de

infraestructuras sanitarias básicas, sino, además, el mantenimiento de los puestos de salud que ya deberían estar en funcionamiento.

En el último censo de INEI (2018), se estimó que solo el 10 % de las comunidades nativas contaba con un puesto de salud. De todos los establecimientos ubicados en distritos de la Amazonía con comunidades nativas, el 88,6 % eran puestos de salud: 9,2 %, centros de salud, y solo un 1,3 %, hospitales. Cabe señalar que, en la gran mayoría de puestos de salud, no había médicos³², pues la mayoría están administrados por enfermeros, técnicos en enfermería, o por agentes comunitarios voluntarios que no reciben un pago por su servicio. Ello revela que las condiciones materiales y socioeconómicas, así como la inversión pública en estas zonas, son un impedimento para recibir una oferta de salud de calidad, más allá de si esta se da o no con adecuación y pertinencia cultural.

Respecto a la implementación de la interculturalidad en la atención de salud, se debe señalar que, a pesar de que ya existe la norma técnica para la transversalización del enfoque intercultural en salud (Minsa, 2006), aún no se realizan contrataciones de personal de salud indígena o agentes de salud tradicionales. Esto indica que el reconocimiento de la medicina tradicional y sus agentes de salud no trasciende del plano simbólico al presupuestal y operativo dentro del sistema de salud público. Tal es el caso de la incorporación del parto vertical al sistema de salud público, que no contempló la inclusión de las parteras como trabajadoras remuneradas, cuando son ellas las principales agentes de salud tradicional capacitadas para llevar a cabo este tipo de partos. Cabe mencionar experiencias como la formación de enfermeros interculturales indígenas que promovió AIDSESP en la provincia de Atalaya (Cárdenas et al., 2017; Pesantes, 2014). Proyecto que, a pesar de ser de muy buena voluntad, y que buscaban profesionalizar y formalizar la enseñanza de la medicina tradicional a un grupo de enfermeros, no resultó en la incorporación de estos nuevos profesionales en los centros de salud de la mencionada provincia. Tampoco derivó en el cambio estructural necesario en las políticas de salud y la administración del Minsa que reconociera esta espacialidad y favorezca su integración al sistema de salud pública.

³² Según INEI (2018), regiones como Amazonas, Loreto, Ucayali o Madre de Dios, con mayor porcentaje de población indígena amazónica, cuentan con un promedio de 10 a 13 médicos por cada 10 000 habitantes.

Mientras tanto, los profesionales del modelo biomédico que llegan a las comunidades son, en su gran mayoría, parte del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Ellos tienen una escasa experiencia práctica con estas poblaciones y no cuentan con una especialización en temas de interculturalidad, ya que pocas universidades incluyen este enfoque en sus currículos formativos de carreras de la salud³³.

Los datos mencionados evidencian una situación crítica de la salud de la población indígena. Dicho contexto parte de un espectro más grande de brechas sociales, de falta de acceso a servicios educativos de calidad, respeto a derechos territoriales y cultura, así como de una exclusión de la clase política y profesional indígena en el proceso de creación de políticas interculturales en salud para su propio beneficio. De igual modo, forma parte de una crisis generalizada del sector salud, que afecta a toda la población que no cuenta con los medios para acceder a la oferta del sector privado, problemática social que se desarrollará más adelante, al momento de abordar la situación del sistema de salud público de forma general.

Acumulación epidemiológica en PPIIAA Los procesos de cambio desfavorables para la condiciones de subsistencia y la calidad de vida de la población indígena, así como la poca e inadecuada oferta de servicios sanitarios han creado un fenómeno que se ha denominado *acumulación epidemiológica* (Contreras-Pulache et al., 2014; Defensoría del Pueblo, 2015; Minsa, 2002; Rojas, 2007). Se caracteriza por la persistencia y agudización de enfermedades relacionadas a las condiciones precarias de vida, que inciden en el aumento de patologías transmisibles.

Se han registrado índices altos de morbilidad (el más alto a nivel nacional) en la población indígena amazónica y una distribución totalmente distinta de las causas de mortandad³⁴, en comparación con la de otras poblaciones del país, lo que da una evidencia sólida de este problema sanitario. Las personas en las comunidades enferman y mueren por diarreas, neumonía, accidentes, mordeduras de serpientes, parásitos, tuberculosis, fiebre amarilla, desnutrición, entre otros males totalmente prevenibles y tratables si hubiese una

³³ De las 64 universidades que ofrecen carreras de salud, solo 16 incluyen el enfoque de interculturalidad como uno de los ejes a fortalecer en la formación de sus profesionales (Defensoría del Pueblo, 2015)

³⁴ En el caso de Ucayali, donde se encuentra el distrito de Yarinacocha, se encuentra una tasa de mortandad de 24.1 %, siendo el promedio nacional de 18.6 %. La mortalidad infantil en las comunidades de la Amazonía del Perú, fluctúa entre 99 y 153 por mil niños nacidos vivos, comparada con 43 por cada mil niños nacidos vivos a nivel nacional (INEI, 2018).

cobertura de salud igual, en términos de eficacia, a la que tiene acceso la población no indígena. Esta situación termina siendo paradójica, ya que más del 80 % de la población indígena amazónica está asegurada, un promedio superior al porcentaje de aseguramiento en la población mestiza y blanca. En ese sentido, en teoría, la mayoría de la población indígena tiene acceso a la salud pública, pero, en la práctica, la poca o nula oferta de servicios sanitarios en sus territorios repercute en que este derecho no pueda ser ejercido (Contreras-Pulache et al., 2014).

A pesar de los índices altos de morbilidad y mortandad, es importante aclarar que el registro de la casuística epidemiológica de la población indígena urbana es imprecisa y no logra escapar a la misma condición de acumulación de patologías prevenibles. A esto se suma que la tasa de enfermedades por contagio sexual, tales como el VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), va en aumento, debido a que los varones, al regresar de sus trabajos en zonas urbanas, contagian a sus parejas en las comunidades (Contreras-Pulache et al., 2014). Esta es una consecuencia reciente de la alta movilidad entre las ciudades amazónicas y las comunidades, que genera un vector de contagio ante la falta de una cultura de cuidado de las ITS y el uso de contraceptivos.

La preocupación por conocer la situación real de salud de los pueblos indígenas, así como la creación de una data epidemiológica que tome en cuenta la identidad étnica en el registro sanitario es un tema que ha cobrado relevancia para el Estado peruano desde el 2010, con la introducción de esta variable en la labor estadística del registro de atenciones del Minsa. Este avance se dio gracias a la iniciativa del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi). Antes de esta iniciativa, han sido otras variables, como el ámbito rural, la lengua materna, así como la data de las regiones y distritos donde se encuentran las comunidades nativas, las principales referencias para elaborar un perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas amazónicas.³⁵

Una importante herramienta del Estado para determinar el perfil de salud de los pueblos indígenas amazónicos han sido los Análisis de Situación de Salud (ASIS). Estos

³⁵ Incluso, en muchos casos, el personal de salud determinó la identidad étnica de los usuarios por criterios subjetivos y estereotípicos, como los apellidos, el aspecto físico o la vestimenta ante la falta de protocolos y capacitación adecuados para emprender esta labor (Defensoría del Pueblo, 2015).

fueron desarrollados por la Oficina General de Epidemiología del Minsa, y han combinado los registros de atención, encuestas a la población y datos histórico-etnográficos. El último ASIS del pueblo shipibo se realizó el 2002, hace más de 20 años; sin embargo, la situación de salud que reveló no dista mucho de los hallazgos hechos por la Defensoría del Pueblo para toda la población indígena amazónica el año 2015. Respecto a este ASIS del pueblo shipibo, se pueden tomar en cuenta los siguientes datos epidemiológicos:

- La edad de fallecimiento en el pueblo shipibo-konibo indica que existe un alto porcentaje de muerte prematura, lo que presenta un contraste con las cifras nacionales. El 50 % muere antes de los 40 años (Minsa, 2002).
- Las principales causas de muerte responden a enfermedades transmisibles de origen infeccioso (43.51 %), como son las enfermedades diarreicas, síndromes febriles, neumonías y tuberculosis. Las neoplasias representan un 5.88 %; los problemas hepáticos (hepatitis, ictericia), un 5.29 %; y las causas relacionadas al embarazo son del 4.71 % (Minsa, 2002).
- La tasa de morbilidad en niños responde, en su mayoría, a enfermedades infecciosas que ocupan el primer lugar: problemas respiratorios (47.43 %), infecciones de la piel (32.05 %), y enfermedades diarreicas agudas (Minsa, 2002).
- Entre las mujeres en edad fértil, las tres principales causas de muerte son tumor maligno de cuello uterino; embarazo, parto y puerperio; y enfermedades del sistema respiratorio (14.81 %, 10.19 % y 10.19 %, respectivamente).
- La tasa de mortalidad infantil en el pueblo shipibo-konibo fue de 153 defunciones por cada mil nacidos vivos (la más alta entre todas las comunidades indígenas), mientras que la tasa nacional es de 110.43 muertes más por cada mil nacidos (Minsa, 2002).

Como se ha podido observar, la situación de salud de los pueblos indígenas amazónicos se encuentra por debajo del nivel promedio de todo el país. A esto cabe agregar que la presencia misma del Estado y sus agentes de salud es percibida de forma ambigua por la población, la cual encuentra, en los hospitales y centros de salud, no solo lugares de atención, sino también lugares de maltrato y discriminación.

Cabe añadir que, si bien la incorporación de la variable étnica en los registros permite visibilizar la situación de salud de esta población, también tiende a homogenizar las problemáticas internas. Ello puede conducir a errores en la interpretación de los datos, como asumir que ciertas patologías responden más a cuestiones endémicas y culturales que a factores transversales que responsabilizarían al Estado peruano (Portocarrero, 2014). Cinco años antes de iniciarse la pandemia, la Universidad de Alcalá, (2015) publicaba una nota de prensa que advertía que “el 51 % de comunidades carece de establecimientos de salud” (p. 1).

2.2 La pandemia llega a los PPIIAA: Cronología, respuesta estatal y activismo indígena

Si bien la propagación de la COVID-19 fue el común denominador durante la pandemia, su llegada a territorios indígenas amazónicos constituyó un evento que despertó antiguas memorias respecto a la propagación de enfermedades que llegaron como “armas biológicas” en el proceso de colonización y con el ingreso de población foránea durante la etapa republicana. Así mismo, la falta de un abordaje eficiente de la enfermedad en territorio amazónico, por parte del Estado, activó los conocimientos y formas de abordaje propios de cada cultura, así como el uso milenario de los recursos herbolarios propios de la farmacopea viva que es la Amazonía. La distribución indígena tanto en el medio rural (principalmente en las comunidades nativas), así como en las ciudades amazónicas (espacios urbanos marginales), también definió las estrategias de esta población y su necesidad de articular con otras poblaciones (mestizos) o de aislarse.

2.2.1 Cronología de la llegada de la pandemia a Pucallpa y a los PP. II. AA.

La aparición del COVID-19 en el mundo fue un evento histórico frente al cual ninguna realidad local pudo mantenerse ajena. Este virus llegó en la era de la globalización y la interconectividad, en un momento del desarrollo humano donde el grado de interdependencia, movilidad y densidad poblacional fueron factores que favorecieron el contagio masivo. Así mismo, esta misma interconectividad de la “aldea global” humana fue la que hizo posible el seguimiento del crecimiento acelerado de contagios y las situaciones vividas en diferentes partes del globo, que eran mostradas no solo a través de los medios tradicionales, sino también a través de los medios virtuales. La noticia del virus llegaba antes

que el virus mismo. Esto generó medidas relativamente homogéneas en todos los países para combatirlo, así como interpretaciones particulares de la amenaza y escenarios donde la lucha contra el coronavirus tomó otras características.

Desde su aparición en la ciudad de Wuhan, en diciembre del 2019, los cambios que fueron necesarios para hacer frente a esta nueva amenaza marcaron un antes y un después en la vida de todas las personas sin importar su cultura. A continuación, se presenta una breve cronología de los eventos que marcaron la llegada del coronavirus a la ciudad de Pucallpa y los pueblos indígenas que viven en el ámbito de la región Ucayali.

El 6 de marzo se anunciaban, en todos los medios, las declaraciones del presidente Vizcarra, llamando a “mantener la calma y confiar en el sistema de Salud después de anunciar el primer caso de COVID-19 en un paciente varón de 25 años con antecedentes de haber estado en España, Francia y República Checa” (Redacción EC, 2020). En ese momento, para las personas que vivían en la región Ucayali, la distancia respecto al foco de contagio era su principal defensa. Sin embargo, esta fue una defensa insuficiente, pues la llegada del virus era inminente con la movilidad tanto de turistas como de locales, que llegaban sin restricción alguna ante la falta de medidas de control de tránsito oportunas frente a la amenaza del desconocido virus.

Una noticia fue publicada en el periódico local ucayalino *Diario Ahora* el 7 de abril, un mes después de elaborarse el plan de intervención sanitario (Minsa, 2020b). La noticia informaba sobre la acusación del Frente de Defensa del Ucayali (Fredeu) contra el gobernador Francisco Pezo y sus funcionarios, quienes “no habrían acatado los acuerdos dictados el 7 de marzo de este año en la cuales se detallan la aprobación de un documento técnico que tenía como objetivo establecer las medidas de prevención y control para disminuir el riesgo de transmisión del coronavirus” (Diario Ahora, 2020a).

En medio de este escenario de incertidumbre y negligencia política en la región ucayalina, llega la COVID-19, sin ningún plan estratégico en marcha que sirviera de contención ante los contagios. *El Comercio* (Redacción EC, 2020), diario de distribución nacional, relató en qué condiciones se dio la recepción del primer positivo, el 12 de abril, en las instalaciones del Hospital Regional en Pucallpa. Un miembro del personal médico dio las siguientes declaraciones al respecto: “Cuando confirmaron que había dado positivo en la

prueba rápida de COVID-19, no teníamos dónde ponerlo (...). Se cerró Emergencias porque entraban y salían niños, gestantes. Tuvimos que desalojar por seguridad”. Todos los entrevistados aseguraron al diario que no existía un espacio aislado y correctamente acondicionado para el tratamiento de los infectados por coronavirus.

Cuatro días después, una nota periodística en *Ojo Público* (Santos, 2020) anunciaba la aparición de los primeros dos casos en población indígena, dos miembros del pueblo shipibo-konibo infectados en la comunidad nativa de Puerto Bethel. AIDSESP denunció a los medios que no había implementos de protección personal en la zona afectada, así como las demoras en la implementación del plan sanitario para pueblos indígenas y los errores en la elaboración de su estrategia. El 21 de abril, la página web del Gobierno Central anunciaba la puesta en funcionamiento de un hospital especializado en Pucallpa que podría atender a 49 pacientes con esta grave enfermedad, pero, para este momento, ya se tenían registradas 149 personas contagiadas en la región (Gobierno del Perú, 2020a). Ante la demora de acciones del Minsa y la Diresa, la Defensoría del Pueblo pidió al Gobierno centrar esfuerzos en proteger a los pobladores shipibo-konibo de Puerto Bethel, donde había más contagios, pues el plan elaborado por el Minsa ya no era efectivo ante la alta tasa de enfermos (Diario Ahora, 2020b).

Recién el 7 de mayo, una noticia emitida por Servindi (2020), ONG especializada en servicios de comunicación intercultural, anunciaba la elaboración de un plan para las poblaciones indígenas de la región Ucayali: “El Gobierno Regional de Ucayali aprobó el Plan de Abordaje a la Pandemia del COVID-19 en Pueblos Indígenas, primer plan oficial de atención a este sector vulnerable en el día 53 del estado de emergencia”. Pasaría menos de una semana para que el 12 de mayo muera la primera autoridad indígena, víctima de la COVID-19 y la falta de oxígeno en los hospitales. El difunto, Silvio Valles, era alcalde de Masisea, distrito de Coronel Portillo, quien no pudo ser internado en el hospital regional por falta de camas y un paro cardíaco acabó con su vida (CAAP, 2020). Esa misma noche, el Mincul emitió un comunicado lamentando la muerte del alcalde (Andina, 2020). De igual forma, lo hizo Unicef (2020) en un comunicado del 14 de mayo, resaltando “su permanente compromiso para mejorar los servicios de salud y educación de los niños, niñas y adolescentes de su distrito”.

A fines de mayo, un artículo de Sierra (2020) para Mongabay, medio internacional, anunció el deceso de 58 indígenas por COVID-19 en comunidades shipibo-konibo. En este informe, compartían, además, las cifras de infectados según los reportes de las federaciones indígenas, dando cuenta de más de 500 personas infectadas en las comunidades. A estas alturas, ya todos los servicios de salud del Estado habían colapsado, y los indígenas shipibos que se encontraban enfermos preferían quedarse en sus casas, pues los hospitales ya eran sinónimo de inatención y hasta de una mayor posibilidad de muerte, al considerarlos puntos de contagio. Ronald Suárez, dirigente de COSHIKOX, fue entrevistado ante el fallecimiento de su madre al momento que él mismo se encontraba recuperándose de la enfermedad en su casa de Pucallpa. Para entonces, Ucayali era la segunda región más afectada después de haber sido la última a la que arribó el virus en abril. Un artículo publicado de Sierra (2020) para *Ojo Público*, del 5 de junio, tuvo por titular “La pandemia avanza más rápido en la Amazonía que el Estado”. La nota tomó las cifras de las diferentes Diresas, que daban una total de 684 indígenas infectados. El pueblo shipibo-konibo era el pueblo con mayor cantidad de casos detectados.

Dada la situación crítica en la región, AIDSESEP, junto a otras organizaciones indígenas, llamó a la movilización ciudadana en pleno estado de emergencia. Un pronunciamiento de fines de junio, titulado “La Amazonía se levanta” (AIDSESEP, 2020) llamaba a la movilización permanente para afrontar el “etnocidio” el 13, 14 y 15 de julio. En este pronunciamiento, acusaron al Estado peruano de racista, así como al empresariado y a los medios. Había grandes dificultades para saber con certeza cuántos indígenas fallecidos había hasta el momento debido al “subregistro y abandono histórico de las comunidades”. Anunciaron, como última medida, “refugiarse al interior de la selva”, como lo hicieron ante otras amenazas y epidemias. El pronunciamiento acabó con un pliego de demandas enfocadas en la atención de la población indígena y en la destinación de un presupuesto realista (1 % del presupuesto nacional) a implementar un “Plan de acción bicentenario de los Pueblos Indígenas Amazónicos”.

Una noticia del 1 de julio, titulada “COVID-19 mata Apus indígenas”, fue publicada en el medio regional *Diario Ahora* (2020c). En el artículo, se comunicaron las declaraciones de los líderes de la Organización Regional AIDSESEP Ucayali (ORAU), quienes, en su vigésimo primer aniversario, denunciaban lo siguiente:

Según las estadísticas de los propios dirigentes de las comunidades, son centenares de fallecidos por la pandemia COVID-19, principalmente de mayores de edad, Apus que mueren dejando muchas enseñanzas en relación a la medicina tradicional y protección conservación de los bosques.

Para la segunda mitad del año 2020, el virus ya había llegado a comunidades en situación de contacto inicial y aislamiento. Una noticia publicada por Fiestas (2020), en el portal web *Actualidad Ambiental*, informaba de los dos primeros casos positivos en la localidad de Sepahua, en la provincia de Atalaya, a pesar de los esfuerzos del Estado que se desplegaron para evitar el contagio en esta región. Dos semanas después de esta noticia, los PP. II. AA. se declararían en emergencia. A través de ORAU, los dirigentes y pobladores exigieron que se distribuyeran medicamentos y tamizajes de manera equitativa.

El 22 de agosto, la ministra de Economía y Finanzas, María Antonieta Alva, viajó a la región Ucayali para coordinar con las autoridades regionales y locales acciones de contención frente al COVID-19. La comitiva estaba liderada por la viceministra de Interculturalidad del Ministerio de Cultura, Ángela Acevedo, y por el coordinador del Programa Nacional de Inversión en Salud, Fredy Jordán. Ellos coordinarían con las autoridades regionales y locales acciones de contención frente a la COVID-19, y tratarían temas de presupuesto e inversiones (Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], 2020). Esta visita llegó a finales de la primera ola y después de las demandas y protestas por parte de las organizaciones indígenas. El 31 de enero de 2021, el *Boletín Estadístico Regional – Ucayali* (GOREU, 2021), con información actualizada hasta el 30 de enero de dicho año, arrojaba que la etnia amazónica con el mayor número de contagios era el pueblo shipibo-konibo con 1516 casos, entre sintomáticos y asintomáticos.

El 20 de abril del 2021, el portal institucional del Gobierno anunciaba el inicio de la vacunación a adultos mayores de 80 años en la región Ucayali³⁶. Sin embargo, la subestimación de las diferencias culturales, y la percepción negativa sobre el Estado, el Minsa y el modelo de salud occidental, agudizadas durante la pandemia, no contribuyeron a la buena acogida de la vacuna. La consecuencia inmediata fue una tasa muy baja de vacunación dentro

³⁶ “El presidente de la República, Francisco Sagasti, y el ministro de Salud, Óscar Ugarte, trasladaron un total de 21 990 dosis de vacunas contra la COVID-19, con las cuales se dio inicio a la inmunización de adultos mayores de 80 años, en cumplimiento de los acuerdos establecidos durante la XXXI Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) que se desarrolló en la víspera en la ciudad de Lima” (Gobierno del Perú, 2021).

de la población indígena amazónica. Una noticia del 11 de mayo daba cuenta de este hecho: “Vacunación indígena: Falta de información genera negativa a vacunarse en Loreto y Ucayali”. Asimismo, una encuesta realizada a la población indígena de Loreto y Ucayali señaló que “el 66.2 % no quiere vacunarse contra la COVID-19. La falta de información y el miedo fueron identificados como principales motivos” (Salud con Lupa, 2021). Esta resistencia a la vacuna generó que el Gobierno destinara sus esfuerzos a exhortar a la población indígena de ser vacunada. Para hacerlo, debía recurrir al enfoque de pertinencia y adaptación intercultural de los servicios sanitarios, un tema postergado y subestimado durante toda la pandemia. Esto debía ser retomado asumiendo la desconfianza generada durante toda la pandemia hacia los PP. II. AA.

La cronología deja en evidencia las adversidades que marcaron la llegada de la COVID-19 a los pueblos indígenas amazónicos y al pueblo shipibo. Fue un proceso atravesado por la indignación de las autoridades indígenas ante la demora e inadecuación de las estrategias sanitarias del Gobierno a las comunidades nativas. Se generó un desencuentro entre los pueblos indígenas amazónicos y el Estado peruano, que fue madurando hasta convertirse en una actitud de desconfianza y protesta. Esta se vio reflejada, en primer lugar, en la creación de medidas de autocuidado que no dependían del Gobierno ni de la Diresa; en segundo lugar, con la llegada de la vacuna. La marcada resistencia de la población indígena a vacunarse contra la COVID-19 “desautorizó” el conocimiento biomédico al asociarlo al pobre papel del Estado durante la primera y segunda ola de la crisis sanitaria. También fue notoria la pérdida de legitimidad de los agentes de salud del Minsa, que llegaron a ser acusados, incluso, de poner en riesgo la vida de los indígenas.

2.2.2 Impacto de la pandemia en los Pueblos Indígenas Amazónicos (PP. II. AA.)

A inicios del 2020, aprobado el plan nacional de estrategia sanitaria frente a la COVID-19, Lizardo Cauper, presidente de AIDSESEP, exigía políticas de salud diferenciadas para la población indígena amazónica: “No es lo mismo regular un aislamiento en zonas donde hay hospitales, boticas y farmacias, que en zonas y comunidades donde ni siquiera hay puestos de salud” (AIDSESEP, 2020). Las declaraciones del líder indígena serían el anuncio del fracaso inminente de las iniciativas del Estado frente a los pueblos indígenas amazónicos.

Un comunero shipibo, entrevistado para el *Navegador Indígena*³⁷ (2020) declaró al respecto: “El centro de salud más cercano está a dos horas en peque peque (por el río) y no siempre tenemos dinero para la gasolina o para lo que nos cobran los motoristas”. En efecto, para los indígenas amazónicos, el plan sanitario elaborado para la población general era inaplicable e, incluso, contraproducente, debido a la situación de abandono sanitario histórico por parte del Estado peruano hacia estas poblaciones, que contaban con el menor porcentaje de médicos y centros de salud por persona en sus territorios. En ese sentido, la cuarentena solo era funcional como medida de protección y reducción de la tasa de contagios si preexistían condiciones sanitarias y materiales para mantener el confinamiento en cada hogar y comunidad, condiciones inexistentes en la gran mayoría de comunidades nativas.

A estos agravantes se sumó la dependencia alimentaria de las comunidades nativas en los últimos tiempos. Ante el cierre de las vías de comercio, sobre todo la población indígena que residía en espacios urbanos y no tenía posibilidad de cultivar sus alimentos, tuvieron que enfrentarse a una escasez de alimentos. Esto generó una situación de incertidumbre alimentaria (Rojas, 2020), y muchos indígenas no sabían si iban a tener para comer el día de mañana. Al no poder contar con actividades económicas que les generaban ingresos diarios, tales como la venta de artesanías y otra clase de trabajos informales en los que participaba la gran mayoría, se vieron resignados a no contar con ingresos.

La situación de inseguridad alimentaria y deterioro de las economías familiares por el confinamiento se agravó con la demora en la implementación del plan estratégico concertado para los pueblos indígenas. Esto imposibilitó que los fines trazados por el plan, como prevenir el ingreso del virus a las comunidades y una evacuación oportuna de casos sospechosos, no pudieran cumplirse. Como resultado, el virus llegó a las comunidades antes que el Estado y comenzó a cobrar vidas rápidamente. Para diciembre, según datos del Minsa, se habían reportado 22 727 casos positivos de COVID-19 y 156 muertes en las comunidades. En estas fechas, además, las regiones amazónicas ya concentraban el 73 % de casos a nivel nacional (Rupire, 2020).

³⁷ Organización internacional que realizó una publicación con testimonios de miembros de distintos pueblos indígenas alrededor del mundo sobre el efecto de la pandemia sobre sus comunidades y la respuesta de los Estados.

Frente a esta emergencia, las organizaciones indígenas no tardaron en pronunciarse. Como se ha mencionado, AIDSESP (2020) planteó que se enfrentaban a un “etnocidio”, y responsabilizaba de ello al Estado peruano. Lo mismo hizo la Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente (Orpio, 2020), que aseguró que muchos contagios en las comunidades se dieron por el ingreso de personal gubernamental y sanitario sin medidas de bioseguridad adecuadas. Las organizaciones pedían garantías para los retornantes indígenas que llegaban a sus comunidades de origen sin ningún protocolo de despistaje o espacios acondicionados para que realicen sus cuarentenas. La demora en la implementación de un plan con pertinencia y adecuación los instó a tomar medidas basadas en su propia política interna y autodeterminación. Recurrieron a sus propios saberes médicos, a desestimar las medidas planteadas por el Estado, y a plantear sus propios protocolos e iniciativas solidarias de atención primaria. En ese sentido, se restringió el ingreso de personal del Estado a muchas comunidades debido a las denuncias por entrega de víveres sin protocolos de bioseguridad adecuados. Así, las organizaciones indígenas fueron las primeras en brindar al Estado protocolos de ingresos a sus comunidades y reglamentos que evitaran exponer a la población en las comunidades.

La población adulta mayor que fue clasificada de “alto riesgo” fue una de las más afectadas por la COVID-19 en los PP. II. Murieron ancianos y ancianas indígenas que cumplían un rol fundamental en las transmisión y conservación de los saberes tradicionales y la lengua de sus pueblos (Naciones Unidas, 2020, citado en Navegador Indígena, 2020).

En palabras de Vilaça (2020):

Las víctimas principales, los ancianos, son, entre los indígenas, pueblos de tradición oral, los guardianes de la tradición oral, los guardianes de la memoria ancestral, los mitos, las historias, las canciones y, en diversos lugares, también de la lengua nativa. Esas muertes equivalen a incendios en nuestras bibliotecas, con la diferencia de que estos libros no pueden ser repuestos. (p. 7)

Muchos de los abuelos sabios del pueblo shipibo que fallecieron oficiaban como *onayas* (curanderos vegetalista) en sus comunidades. Tal era el caso de Antonio Muñoz, de nombre shipibo Senen Pani, curandero ayahuasquero de la comunidad de San Francisco, que perdió la vida por este virus (Servindi, 2021). Al igual que él, muchos otros líderes sociales,

adultos mayores, artistas, madres artesanas, murieron y motivaron la acción solidaria de los colectivos indígenas conformados por los miembros más jóvenes y fuertes al virus, quienes curaron con las plantas que los mismos ancianos les recomendaron usar frente al coronavirus.

Para el 30 de abril del 2021, en la región Ucayali, la mayor cantidad de indígenas infectados por la COVID-19 pertenecían a la etnia shipibo-konibo y representaban 1535 del total de casos; seguidos por 580 casos, en el pueblo kakataibo; y 477 casos, en el pueblo asháninka, según cifras del GOREU (2021). Resulta importante señalar que los shipibos son la etnia indígena amazónica con mayor porcentaje de población viviendo el ámbito urbano, por lo que, frente a otros pueblos indígenas, su exposición al virus fue mayor debido a su presencia en espacios con mayor hacinación y movilidad poblacional. En su caso, su migración hacia las urbes y la movilidad constante entre sus comunidades y la ciudad fueron factores importantes de contagio que los posicionó como el pueblo indígena amazónico con la mayor cantidad de casos.

Los PP. II. atravesaron las mismas condiciones de adversidad durante la pandemia y, en el pasado, frente a otras epidemias. Esto activó no solo las estrategias de aislamiento ancestrales de las comunidades, sino el uso popular de plantas regionales en tratamientos con el fin de aliviar los síntomas de los enfermos. También, se crearon colectivos basados en los valores de reciprocidad y solidaridad que forman parte de la ética social de los pueblos amazónicos y que siguen vigentes tanto en el ámbito rural como el urbano. Un ejemplo histórico es recogido por Ortiz y Fray (2022) en relación a las estrategias de los yáneshas de la selva central, quienes, para defenderse de la fiebre tifoidea traída por los españoles, se desplazaron de sus territorios originales. Además, usaron la *carta*, una hierba que, al ser hervida, servía como desinfectante en reemplazo del jabón. Esta misma planta volvieron a usar durante la epidemia del cólera y, luego, contra la COVID-19. El testimonio de Blanca Fray, comunera yánasha, es esclarecedor a este respecto: “Para nosotros los yáneshas, nadie nos había preparado para esta cosa. Nosotros los yáneshas estamos aprendiendo muchas cosas desde aquí, por algo es...” (p. 270). Fray hace referencia a la importancia del aprendizaje de su pueblo a través de la memoria colectiva sobre anteriores epidemias, así como a la repetida situación de desamparo frente al Estado, que dejó, una vez más, la gestión de su salud en sus propias manos.

Los comités indígenas creados en las comunidades han servido como modelo para otras réplicas de resistencia y autogestión de la salud por parte de la sociedad civil indígena (Pesantes y Gianella, 2020). Al respecto, Ulfe y Vergara (2021a; 2021b) publicaron dos trabajos que abordaron las acciones de cuidado y autocuidado en una comunidad Kukama Kukamiria durante la pandemia, donde los conocimientos autorizados y situados de la memoria colectiva fueron fundamentales para afrontar la crisis sanitaria. Las respuestas solidarias y políticas no solo tuvieron como destinatarios a los miembros de la comunidad, sino, sorprendentemente, también a la población urbana, a quienes apoyaron con alimentos³⁸. Problematizan, así, la visión que tiene el Estado de las poblaciones indígenas, como solamente pobres y vulnerables, y la espera de su aparición para hacerle frente a amenazas como la COVID-19. En estos ejemplos, la cultura se convierte en una repuesta política y solidaria ante las lógicas capitalistas y el abandono estatal.

Finalmente, resulta importante señalar que la llegada del coronavirus, en tanto enfermedad foránea desconocida que llega a la Amazonía desde los grandes núcleos urbanos del mundo, así como el estado de emergencia, que recrudeció las tensiones y desencuentros preexistentes entre los pueblos indígenas y el Estado peruano, reavivaron la desconfianza histórica de los indígenas hacia las intenciones de los *otros* frente a sus vidas. Sean el Estado peruano, los agentes de salud del modelo biomédico o el mundo globalizado, la desconfianza se hizo presente a través de las narrativas oficiales y las formas autorizadas de tratamiento. Frente a esto, los indígenas tuvieron la necesidad de generar sus propias interpretaciones de lo que estaba sucediendo, y no conformarse con lo que les indicaban o les decían que era el coronavirus.

Esta fue la base reflexiva que tomó la memoria histórica de las poblaciones indígenas diezmadas por el efecto de las epidemias y el extractivismo traídos por los blancos y mestizos anteriormente. Los indígenas no se enfocaron solo en la narrativa del “virus desconocido” ni en la vacuna nueva para este virus, sino en todo el desequilibrio generado por una “sociedad

³⁸ “El 8 de abril del 2020, cuando el abastecimiento de alimentos en las ciudades Amazónicas se vio afectado por la declaración de la emergencia sanitaria y la inmovilización social, pobladores Kukama Kukamiria de la comunidad nativa Gran Punta, ubicada en el Río Marañón, llegaron por bote al puerto de la ciudad de Nauta, en la región peruana de Loreto. Ellos llevaban sesenta racimos de vegetales, plátanos y otras frutas, y 150 kilos de pescado para las familias con menos recursos” (Tello, 2020, citado en Ulfe y Vergara, 2021a, p. 4).

viral” (Vilaça, 2020) , enferma y en desequilibrio, que ya los infectó previamente y que socavó sus estilos de vida para enfermarlos como pueblo. Esta misma sociedad global y hegemónica les exigía aislar a sus enfermos, y no atreverse a dar respuestas desde sus culturas de salud tradicional o su autodeterminación. Los invitaba a esperar a que la solución llegará desde afuera, aunque tuvieran que lidiar diariamente con el abandono y la muerte.

En oposición a este contexto, el activismo indígena apareció como una respuesta colectiva y no perdió de vista la salud como una cuestión que solo podía recuperarse en contacto con sus enfermos y bajo una causa común. Cuidarse, sanarse y sobrevivir colectivamente pasó a ser una forma de resistencia y disidencia ante el colapso de la poca credibilidad que aún le daban al Estado peruano y a la medicina occidental.

2.2.3 La propuesta de salud intercultural del Estado para los pueblos indígenas durante la pandemia

La amenaza de una enfermedad desconocida producida por una nueva mutación viral, altamente contagiosa, y para la que no existía vacuna ni tratamiento biomédico probado llevó al cuerpo médico del sistema público de salud a asumir que la mejor —o única— forma de elaborar un plan de estrategia sanitaria era priorizar la labor preventiva para reducir el impacto del virus sobre la población. En efecto, el riesgo mayor era el colapso por contagios de los centros hospitalarios, pues, al inicio de la pandemia, el Perú contaba con una cama UCI para cada 100 000 habitantes. Cabe reiterar que, según informes de la Defensoría del Pueblo (2020), el Estado destinaba el 3.4 % del PBI al gasto público en salud, cuando era 4 % el promedio para la región latinoamericana y 10 % para los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Evitar el contagio masivo se volvió el principal objetivo de un gobierno consciente de las limitaciones de un sistema de salud que claramente no estaba preparado para el embate de una pandemia, además de la inestabilidad política que convulsionaba al país en los últimos años. En este contexto, la propuesta de salud intercultural para los pueblos indígenas fue una adaptación de las mismas medidas preventivas del plan general a la realidad rural de las comunidades nativas, que eran de difícil acceso y que no contaban con una cobertura sanitaria con los implementos adecuados para tratar casos de COVID-19 en sus territorios.

El 21 de mayo del 2020, se aprobó el documento técnico: “Plan de intervención del Ministerio de Salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19” (Minsa, 2020a). El Estado reconoció la condición de desigualdad de los pueblos indígenas amazónicos respecto al resto de la población calificándolos de “más vulnerables frente a potenciales impactos de esta nueva enfermedad” (p. 3). Frente a eso, se resolvió que, para las comunidades nativas “la prevención es la principal estrategia de la que disponen” (p. 3). Esta estrategia de prevención se realizaría mediante la “articulación del personal de salud, autoridades, líderes, y agentes comunitarios de salud” (p. 3). La mitigación y respuesta sanitaria activa son mencionadas como elementos fundamentales que se realizarían a través de la “organización de un sistema de vigilancia comunitaria” (p. 3) ante la aparición de “casos sospechosos y confirmados” (p. 3), que serían evacuados oportunamente hacia las IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud). Se entiende que la lógica que siguió el Estado pretendía usar a su favor la histórica situación de desconexión y aislamiento de las comunidades respecto a los centros urbanos.

Los ejes principales de este plan fueron la prevención de la propagación del virus y la capacidad resolutoria de las IPRESS ante la aparición de casos. A pesar de esto, su elaboración llegó más de un mes después de confirmados los primeros casos de COVID-19 en la comunidad shipiba de Puerto Bethel. De hecho, al 20 de mayo, un día antes de la aprobación del plan, ya se había confirmado el fallecimiento de 416 personas en las regiones que albergan población indígena.³⁹ Cabe mencionar que se destinaron 88,426,254.22 soles de presupuesto a la implementación de este plan, de los cuales más de dos tercios fueron destinados a la meta preventiva. Una de las principales acciones fue la difusión de mascarillas, alcohol y jabones para los cuidados preventivos, así como material informativo en 32 lenguas indígenas que el Estado tradujo para los usuarios indígenas.

El 30 de mayo, ante las exigencias de distintas organizaciones indígenas como AIDSESEP y ORPIO, se emitió la resolución ministerial que incorporaba la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas (Mincul, 2020). Esto le dio la responsabilidad de emitir los lineamientos técnicos al Ministerio de Cultura. Hasta ese momento, solo se podía tener una idea de la cifra de contagios y muertos indígenas de forma

³⁹ No se había incorporado aún la variable étnica en el registro estadístico de casos y decesos por COVID-19, por lo que no se podía tener acceso a las cifras por etnias.

indirecta, lo que alimentaba el problema del subregistro y de la invisibilización del impacto real del virus en la población indígena.

El 12 de junio, se aprobó por, resolución ministerial, el documento técnico que brindó orientaciones para la conformación y funcionamiento del Comando COVID-19 indígena a nivel regional (Minsa, 2020b), destinado a ser aplicado en las Diresas que “atiendan población indígena o afrodescendiente”. Sin embargo, a pesar de que se podría asumir que los indígenas que viven en el ámbito urbano de las ciudades amazónicas formarían parte del ámbito de competencia de esta medida, no fueron atendidos ni considerados, ya que los espacios geográficos propios de los indígenas se definieron, por el Estado, como localidades “caseríos, centros poblados, anexos, ampliaciones, comunidad campesina, comunidad nativa, entre otros”, donde “ejercen sus derechos colectivos” y “conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales o políticas” (p. 4.)

Este documento técnico para la conformación de los Comando COVID 19 indígenas a nivel regional, fue la primera iniciativa en la que el Estado contempló sumar a representantes de organizaciones indígenas (hasta un máximo de tres integrantes) a un equipo conjunto, donde participarían representantes de la Diresa, la Gerencia Regional de Salud y el Gobierno Regional. La presidencia de estos comandos debía recaer “en un representante de las organizaciones indígenas” (Minsa, 2020b, p. 6). Las atribuciones y responsabilidades de los Comandos COVID-19 indígenas establecidos fueron, principalmente, coordinar la implementación de medidas al interior de las comunidades; elaborar propuestas técnicas; trabajar en conjunto con los agentes comunitarios de salud y las brigadas de salud; y difundir información sobre medidas de prevención en su lengua materna entre la población indígena.

Por otro lado, no hubo exigencia alguna para que estos comandos estuvieran integrados por especialistas en salud tradicional o en medicina convencional, ya que no estaban destinados a intervenir directamente ni a brindar tratamientos en atención primaria, lo cual limitaba mucho su capacidad de acción. De igual modo, faltó la asignación de un presupuesto específico para su implementación, pues se le “encargaba” a la Geres/Diresa la implementación de esta directiva. Esto dio como resultado que los Comando COVID-19 no se activaran en muchas regiones, una de ellas Ucayali, donde la Diresa recibió un presupuesto de 4 millones de soles que tuvo que disponer para las 4 provincias. En consecuencia, destinó

solo 80 000 para las acciones a favor de las poblaciones indígenas⁴⁰, un presupuesto que no permitía la financiación de estos comandos y de cualquier otro colectivo de iniciativa indígena.

El 24 junio del 2020, se dispuso la Creación de Comisión Multisectorial de naturaleza temporal para el seguimiento de acciones para la protección de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19, presidida por el ministro de Cultura (Gobierno del Perú, 2020c). Dicha comisión se conformó por siete organizaciones indígenas que integraban el Grupo de Trabajo de Políticas Indígenas (GTPI): la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP); la Confederación Campesina del Perú (CCP); la Confederación Nacional Agraria (CNA); la Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP); la Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú (FENMUCARINAP); la Unión Nacional de Comunidades Aimaras (UNCA); y la Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP).

2.2.4 La labor de la Diresa Ucayali desde los documentos oficiales

El 20 de abril del 2020, se conformó el Comando Regional de operaciones COVID-19. Se designó al vicegobernador de Ucayali como presidente del Comando, integrado por representantes del Gobierno Regional, de la Diresa, de la Marina de Guerra, y de los municipios y las redes de salud provinciales. A la fecha de conformación del Comando Regional, había 121 casos confirmados de COVID-19 y cinco fallecidos por esta enfermedad (Gobierno del Perú, 2020b). En ese mismo mes, se presentó el “Plan de abordaje a la pandemia del COVID-19 en pueblos indígenas”, anticipándose al plan que elaboraría el Gobierno el 21 de mayo. En este plan, participaron para su elaboración ocho organizaciones indígenas y campesinas, con presencia de representantes del Mincul, el Gobierno Regional de Ucayali, la Gerencia Regional de Ucayali y la Gerencia Regional de Desarrollo de los pueblos indígenas. La gran presencia de pueblos indígenas amazónicos en esta región, así como de organizaciones que velan por sus intereses, permitió que la región se anticipase al Gobierno en la creación de medidas diferenciadas para la población indígena.

⁴⁰ Información dada por Douglas Tangoa, psicólogo y curandero shipibo, integrante de la Dirección de Estrategia Sanitaria para los Pueblos Indígenas de la Diresa de Ucayali durante la pandemia.

Este plan tuvo por objetivo general “promover el desarrollo de acciones intersectoriales e intergubernamentales de prevención, contención, con enfoque intercultural, en las Comunidades Indígenas frente a la propagación y respuesta a la emergencia del COVID-19 y con las organizaciones indígenas representativas” (GOREU, 2020, p. 4). Sus componentes fueron el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención, y de la capacidad de respuesta en las comunidades; la implementación de inmovilización social y cierre de límites comunales; además de garantizar la seguridad alimentaria y contar con un plan comunicacional con enfoque intercultural. Una importante aclaración en el documento fue el reconocimiento de que “los indígenas habitan en sus comunidades rurales y en ámbitos urbanos” (p. 7). Asimismo, se consideró de suma importancia la toma de pruebas rápidas para tener un registro actualizado de contagios, así como la creación de brigadas conformadas por personal médico y profesionales de la salud indígenas que visitaron a diferentes comunidades como parte del “plan amazónico”.

Por último, la página de Facebook de la Diresa, que se actualizaba diariamente, fue una importante herramienta de difusión para mantener a la población informada respecto a las cifras de los contagios y muertes por COVID-19. No obstante, Brehaut (2020) denunció para *Ojo Público* que solo había dos personas encargadas del manejo de salud intercultural para los 70 000 ciudadanos pertenecientes a pueblos indígenas. Esta situación justifica las quejas de los usuarios indígenas, quienes denunciaron la falta de campañas de descarte y visitas a las comunidades más alejadas de la ciudad.

2.3 Estado del arte

Tomando en cuenta que el tema de estudio de la presente investigación, el Comando Matico COVID-19, fue una iniciativa que alcanzó un importante alcance mediático, hemos considerado pertinente, no solo hacer un balance de las investigaciones realizadas hasta el momento, también hemos incluido dentro del estado de la cuestión una cronología de la aparición del Comando Matico en los medios locales e internacionales. Esta cronología revela, además, una dimensión fundamental del objeto de estudio: la capacidad de los

miembros del Comando Matico de entablar diálogos estratégicos con distintos interlocutores en beneficio de su propuesta. De obtener ayudas y donaciones, y crear una red de aliados que le dieron legitimidad en círculos sociales muy distintos. Sin esta estrategia comunicacional es probable que el sostenimiento de este colectivo hubiese sido prácticamente imposible durante la pandemia.

Igualmente, incluimos un balance de las tres investigaciones publicadas a la fecha que han tenido la propuesta del Comando Matico como protagonista. Estas son: “*¿Y la salud intercultural: lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar*”, artículo académico publicado por María Amalia Pesantes y Camila Gianella (2020); “*El Comando Matico: estrategia de autodefensa de los Pueblos Indígenas frente a la pandemia por COVID-19*”, un estudio exploratorio realizado por Pautrat y col. (2021); y, finalmente, “*Comando Matico: la construcción política de la plataforma Facebook para hacer frente a la pandemia por COVID-19*”, tesis de licenciatura realizada por Dana Duffó (2022). Estos trabajos exploran distintas aristas del Comando Matico a través de trabajos de campo realizados desde la virtualidad o, bien, desde comunicaciones a distancia con diferentes miembros del colectivo en cuestión, contribuyendo a la comprensión de sus acciones, mas sin contar con una perspectiva del contexto local pucallpino y yarinense en el que se originó una iniciativa que, si bien formo parte de una serie de respuestas de autodefensa de los pueblos indígenas que surgieron igualmente en pandemia, tuvo la importante particularidad de realizarse en un espacio urbano, bajo colaboración activa con otros migrantes mestizos y con la posibilidad de contar con un local en pleno casco urbano de la ciudad de Yarinacocha. Aspectos que este estudio se planteó constatar, describir y analizar en el terreno.

2.3.1 Cronología del Comando Matico

A continuación, una breve cronología de la presencia del Comando Matico en los medios, que permitirá trazar una línea del tiempo de sus principales acciones:

- El 18 de mayo, una semana después del fallecimiento de Silvio Valles, una noticia (Redacción RPP, 2020a) anunciaba la creación del Comando Matico COVID 19, activado por diez jóvenes shipibos para poder “atender con medicina natural a

Asentamientos Humanos, Pueblos y Comunidades interculturales de los distritos de Yarinacocha, Manantay y Callería donde la ayuda del Estado y las autoridades no llega”. El artículo en mención es encabezado con el titular “Ucayali: Activan “Comando Matico”. Se comprueba, con esta publicación periodística, que su presencia en los medios nacionales fue temprana, apenas iniciadas sus acciones. Habían pasado tan sólo unos días desde la primera acción conjunta del Comando Matico, que fue salir a las calles de Yarinacocha a recolectar matico, encabezados por Jorge Soria y Alexander Shimpukat Soria.

- El 1 de junio del 2020, la ministra de la Mujer, Gloria Montenegro, visitó Ucayali e hizo un breve paso por el local de Comando Matico, que ya se encontraba en la parroquia gracias al beneplácito del obispo de Pucallpa. Una noticia en RPP (Redacción RPP, 2020b) anunciaba que la experiencia del Comando Matico sería replicada en otros espacios. Este ofrecimiento de la ministra no llegó a materializarse. Sin embargo, la visita les permitió hacerse visibles para el Estado y acceder al reconocimiento de sus labores voluntarias, las que pasaron a integrar las acciones conjuntas de los Comandos COVID-19 creados por el Estado. Todos los miembros del comando recibieron credenciales para poder desplazarse en la cuarentena. Sin embargo, no recibieron ningún presupuesto por parte del Estado para sus acciones voluntarias.
- El 18 de agosto se anuncia al Comando Matico COVID-19 como uno de los cuatro finalistas en la categoría salud del concurso "Conectarse para crecer 10ma edición", de Movistar Perú. El 7 de septiembre, la Organización Regional AIDSESP Ucayali (ORAU), en reconocimiento a su labor, entregó al equipo del Comando Matico canastas con víveres y certificados por “el mérito a su labor” (Diario Ahora, 2020d). El 7 de octubre los anunciaron como ganadores del concurso de Movistar en la categoría “Salud”, recibiendo una donación de 10 000 soles, importante para su sostenimiento económico. En la descripción que se hace del colectivo en el documento que anuncia su victoria, se lo presenta como una organización que busca “contribuir al bienestar de la población indígena y no indígena, mediante el uso de plantas medicinales en base a conocimientos tradicionales del pueblo shipibo-

konibo” (Dialogando, 2020), resaltando su atención, sin discriminación, a todos aquellos que acuden en su ayuda.

- A lo largo del año 2020 y 2021, distintos miembros del Comando Matico fueron entrevistados en medios nacionales e internacionales. Algunos puntos importantes en todas las notas periodísticas fueron la reivindicación del “conocimiento ancestral que tiene el pueblo shipibo sobre el uso de plantas medicinales y la necesidad de una atención intercultural” (CAAAP, 2020b), tanto como la protesta ante la indolencia o poco apoyo del Estado y las autoridades locales (CAAAP, 2021b). Por otro lado, sus acciones y el discurso crítico hacia el Estado fueron sumamente útiles para contactar con aliados solidarios que, al comprobar el abandono y falta de apoyo económico estatal, decidieron apoyar al Comando Matico en la recaudación de fondos para mantener su funcionamiento. Un ejemplo de estos diálogos con interlocutores afines a su causa fue la rifa realizada con apoyo de estudiantes de la carrera de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (La Voz Ucayalina, 2021a). Este evento permitió obtener un monto de dinero que fue usado para comprar dos mototaxis que se pusieron al servicio del colectivo con la finalidad de poder trasladar pacientes y medicamentos a los hogares de los enfermos.
- Una importante necesidad que los miembros del Comando Matico comunicaron a los medios fue conseguir un local propio en el que pudieran desarrollar su propuesta de salud intercultural. Otra necesidad fue crear jardines medicinales en comunidades cercanas a Pucallpa, donde se pudiese replicar la experiencia de Yarinacocha, y cultivar las plantas usadas para enfrentar la COVID-19 y otras enfermedades. Las conversaciones con autoridades locales fueron fructíferas al respecto, y un artículo del 11 de febrero del 2021 señaló el compromiso de la Municipalidad de Yarinacocha de donar un terreno para el Comando Matico, reconociendo su labor frente a la salud de los yarinenses y su importante papel frente a una tercera ola (La Voz Ucayalina, 2021b). De igual forma, otra nota en un diario local tituló “Rao Nete: El mundo de la medicina”. Informó sobre los acuerdos entre el Comando Matico y la comunidad shipiba de Santa Teresita de Cashibococha, que cedería un terreno al Comando Matico con el fin de crear un jardín botánico que permitiese “continuar con la lucha

contra la COVID-19” a través de las plantas medicinales que se sembrarían allí (La Voz Ucayalina, 2021c).

- Una muestra de la repercusión de las acciones del Comando Matico en los medios internacionales podemos encontrarla en la nota realizada por Goupil (2021) para el diario español *El País*, titulada “El pueblo que habla con las plantas”. En ella, entrevistan a Mery Fasabi, profesora EIB que aparece en un video explicando el método de vaporización del matico y otras plantas para que las personas pudieran llevar a cabo este tratamiento en sus casas. De igual modo, entrevistan a Alexander Shimpukat, artista shipibo y cineasta, quien declara que los otros Comandos COVID-19, promovidos por el Estado, solo servían “para levantar cuerpos”. La noticia en mención llama la atención sobre el peligro de perder estos conocimientos ancestrales ante la muerte de los abuelos y abuelas, “guardianes de esta sabiduría”. También trata la demonización de las plantas maestras por parte de los shipibos conversos a la religión evangélica, quienes, a pesar de tener una posición contraria a la espiritualidad y la medicina tradicional del pueblo shipibo, dejaron que el Comando apoyará con sus métodos y tratamientos a los shipibos evangélicos, quienes no hallaban respuestas en la religión cristiana ni en el sistema de salud público.
- La labor del Comando Matico cumplió un año el 15 de mayo del 2021, y el Centro de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP, 2021b) publicó un escrito comentando las labores realizadas por el Comando, resaltando la situación del colectivo en su aniversario:

Esta iniciativa, en la que ahora participan 16 voluntarios, busca expandirse creando bases en cada comunidad nativa de la región. Esperan, además, que la ayuda no termine con la pandemia, sino que a futuro se logre la creación de una clínica intercultural de la Amazonía Peruana. (párr. 1)

El artículo resalta la mirada intercultural del Comando Matico y pasa una revisión a los logros: más de 800 personas atendidas, presencial, telefónica o virtualmente a través de sus voluntarios.

- Finalmente, para cerrar esta revisión de la presencia del Comando Matico en los medios, una noticia del 18 de junio del 2021 comunicó la donación de cuatro balones

de oxígeno al Comando Matico, por parte de la Municipalidad de Coronel Portillo, para el uso de los pacientes internados en el centro (Diario Ímpetu, 2021).

Esta revisión de la presencia mediática del Comando Matico brinda una primera mirada del colectivo. Los diferentes enfoques y contextos bajo los que se desarrollaron las noticias permiten una idea sobre los diferentes aspectos que han resaltado los medios sobre la labor de este colectivo. De igual forma, acerca al discurso público de la organización; fundamentalmente, cómo han ido visibilizando su causa y qué estrategias discursivas han usado los distintos miembros del Comando Matico al declarar a la prensa, buscando siempre dar a conocer su situación crítica a pesar de su voluntad por seguir ayudando. En la explicación de su surgimiento, se encuentra el sentimiento de indignación ante la labor ineficiente y poco humana del Estado, lo que los llevó a no poder “mantenerse de brazos cruzados”: la solidaridad por los familiares enfermos y el descubrimiento de que el uso del matico era útil para enfrentar el proceso viral. Así, pasaron de una posición expectante y desvalida a una actitud propositiva, y, con ello, a la organización del colectivo de voluntarios que depositaron su fe en los tratamientos herbolarios. Romper el miedo solo fue posible al observar los resultados en ellos mismos, sus familiares, y en los enfermos que fueron recuperándose gracias a sus procedimientos y, no menos importante, al trato que ellos comenzaron a brindarles. El espacio que vinieron a ocupar es el de la salud intercultural en espacios urbanos, tanto como una forma pertinente de brindar servicios de atención sanitaria, como en el uso y adaptación de la medicina herbolaria amazónica al tratamiento de la COVID-19.

2.3.2 Estudios sobre el Comando Matico

Pesantes⁴¹ y Gianella (2020) en “¿Y la salud intercultural: lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar”, realizaron un análisis sobre la propuesta de salud intercultural de Comando Matico. Para ellas la pandemia visibilizó la capacidad de respuesta y organización de los pueblos indígenas. Ambas autoras llaman la atención sobre la subestimación que hace el Estado del conocimiento de lo indígenas en materia de salud y sobre la necesidad de cuestionar la hegemonía del modelo biomédico si se pretenden articular seriamente nuevas propuestas de salud. Afirman que, “en el ámbito de la salud, es preciso pasar de la perspectiva hegemónica de la biomedicina que excluye otros sistemas de conocimiento, a una perspectiva que reconozca la validez de distintas maneras de conceptualizar la salud y enfrentar la enfermedad, permitiendo el trabajo articulado entre sistemas médicos diferentes, en favor de la salud de la población” (p.95).

La propuesta del Comando Matico fue considerada por este estudio como una forma de “salud intercultural desde abajo”, pues no obedece, como en el caso de la salud intercultural del Estado, a lineamientos y definiciones previas que modelan el accionar desde la norma o la teoría. Por lo contrario, las autoras señalan que la creación del Comando Matico responde a una necesidad apremiante de la ciudadanía. Una necesidad que los activistas atendieron, adaptando los recursos multiculturales y el diálogo intercultural - entre los modelos de salud - a las exigencias del contexto y su entendimiento de la COVID-19 desde el ejercicio mismo de sus atenciones.

En este estudio, se describe el proceso de atención, empezando por la evaluación que realizaban los voluntarios de la sintomatología del paciente; muchas veces, esta evaluación se daba en los hogares de los enfermos, a donde acudían los miembros del Comando Matico. Esto difiere de lo que ocurría con los agentes de salud estatal, que esperaban que los enfermos se acercaran a los establecimientos de salud. Posteriormente, se elegían los procedimientos y preparados más adecuados para el paciente, siendo determinante para la intervención la presencia o no de fiebre. Al respecto, las autoras citan a Mery Fasabi, la “doctora matico”:

⁴¹ Previamente, Pesantes ya había realizado un estudio sobre salud intercultural centrado en la experiencia de formación en Enfermería en salud intercultural amazónica desarrollada por AIDSESP (Pesantes, 2014).

Si tienen fiebre, no se puede hacer la vaporización, lo podemos empeorar (...). Entonces lo que hacemos es preguntar al paciente si tiene fiebre o no tiene fiebre, si tiene tos seca, le duele la espalda, o le duele el pecho y todo eso. Cuando el paciente me dice que tiene tos seca, tengo el jarabe para la preparación para la agitación, para la tos seca tengo el jarabe (...) Utilizamos la cebolla, ajo, limón, miel de abeja y el aceite de oliva. Con eso logramos que ese paciente deje de tosear y pueda tener buena respiración. (...). Cuando tiene otros síntomas como por ejemplo fiebre, dolor de cabeza, ya llega a la medicina convencional, entonces los pacientes salen ilesos. (Pesantes y Gianella, 2020, p. 99)

El estudio concluye planteando cuestiones importantes en torno a la falta de respaldo por parte del Estado a iniciativas como la del Comando Matico. Señalan que estas iniciativas no han surgido de los diálogos interculturales ni de las normativas en materias de salud intercultural aprobadas por el Estado peruano, pero que sí respondieron a las necesidades de los usuarios indígenas y no indígenas. La falta de reconocimiento de los conocimientos médicos indígenas es un punto importante en esta problemática. “Mientras no se reconozca que es posible entender las enfermedades de una manera diferente a la biomédica y usar otro tipo de diagnósticos y tratamientos, el enfoque intercultural seguirá siendo un discurso vacío y la discriminación epistemológica continuará”, (p. 100) afirman Pesantes y Gianella y, al colocar el acento en las lógicas que subyacen a las prácticas médicas, apuntan al poder que convierte el saber biomédico en “ciencia” y el saber de los sistemas de salud indígenas en “creencias”.

Es este poder el que está presente de forma velada en las propuestas de salud interculturales que promueve el MINSA como ente rector, para las autoras esos espacios “carecen de elementos que permitan que realmente se ponga en práctica [las normativas en materia de interculturalidad del Estado], pues asume que hay disposición de ambas partes para intercambiar ideas ignorando las relaciones de poder que usualmente existen entre personal de salud formado en biomedicina y los médicos indígenas”. (p.104).

Esta situación respondería a las “carencias estructurales” que impiden que los procesos de cambio sucedan en el sistema de salud peruano. Pesantes y Gianella apuntan a que esos cambios necesarios tendrían que suceder en el primer nivel de atención y, además,

respaldando iniciativas como la del Comando Matico que “integra principios y prácticas de ambos sistemas médicos, que se pone al servicio de la población indígena y que ha conseguido que su labor sea reconocida y respaldada por la Dirección Regional de Salud de Ucayali, evidencia que la interculturalidad en salud debe ser aplicada más allá de retóricas academicista”. (p.105)

Cabe resaltar, que al tratarse de un estudio a distancia y no contar con fuentes de primera mano, se dejan ciertos aspectos de la propuesta del Comando Matico de lado, como su situación como indígenas urbanos y las condiciones propias de los asentamientos humanos de Pucallpa en los que viven los shipibos residentes en esta urbe amazónica, un aspecto crucial del carácter intercultural de su propuesta.

Otro trabajo importante es el publicado por el Instituto de Estudios Forestales y Ambientales “Kené”, titulado “El Comando Matico” (Pautrat et al., 2021). Este trabajo se centra en la capacidad de respuesta solidaria que involucra a los miembros del colectivo. Los autores desarrollan la idea de que las medidas radicales de confinamiento decretadas por el Gobierno para proteger a la población resultaron en restricciones que fueron vividas por los indígenas como abandono estatal y obstáculos para realizar las actividades fundamentales que permiten su subsistencia en el medio urbano. Los decretos promulgados en relación a la atención intercultural de los pueblos indígenas fueron tardíos e insuficientes, lo que generó la percepción en esta población de ser relegados ante otros sectores. Se crearon, así, las condiciones para que las estrategias de autoprotección sean la prioridad respecto a los lineamientos estatales. El estudio en mención empieza por argumentar que los sustentos normativos del derecho a la salud intercultural no se traducen en políticas eficaces en esta materia. Esto es un indicativo de que, por lo menos, la salud intercultural está aún en construcción.

Los investigadores entrevistaron a líderes y lideresas indígenas, 19 en total, así como a seis médicos y profesionales especializados en temas indígenas. A través de diálogos con los protagonistas de la “autodefensa frente a la COVID-19 y el abandono de Estado”, obtienen información variada respecto al uso de plantas medicinales, su situación como ciudadanos y su posición frente a las medidas de prevención del Estado. Una tabla donde se consignan las plantas y los preparados revela que no solo es el matico, sino una larga lista de

plantas las que son usadas para aliviar el malestar físico, y para proteger el espíritu y levantar el ánimo de los enfermos. Entre ellas, se encuentra la mucura, las hojas de ayahuasca, el ajo, el kion, el limón, la cebolla, el eucalipto, la cebolla, la miel de abeja, el piñón colorado, el cetico, la corteza de cedro, la malva, las resinas de catahua, el chirisanango, el jugo de coco y la manteca animal, entre otros. Muchos de estos elementos no son necesariamente plantas regionales o medicinas propias de la tradición shipiba o amazónica, lo que demuestra el grado de integración que existe entre la medicina tradicional shipiba con elementos de la medicina popular mestiza. Del mismo modo, esclarecen, los autores de esta investigación, que el uso de plantas no es restringido al tratamiento de los síntomas físicos de la COVID-19, pues son usadas como medios diagnósticos y prescritas para aliviar síntomas psicológicos y espirituales.

Las declaraciones de los entrevistados revelaron los móviles detrás de la creación del Comando Matico. Partiendo del rol que asumieron los jóvenes, como personas con mayores defensas y fuerza para proteger a los ancianos y enfermos, las edades de los integrantes fluctuaban entre los 30 y 45 años. En su gran mayoría, eran padres de familia que habían ejercido anteriormente liderazgos en organizaciones indígenas o en sus campos de trabajo, como la docencia, el periodismo o la pintura. Policarpo Sánchez, miembro de Feconau, fue entrevistado para este estudio. Mencionó que los indígenas no querían ir al hospital por miedo a ser entubados o al aislamiento al que eran sometidos en las camas UCI. En cambio, el Comando Matico “ofreció tratamientos de plantas medicinales de manera oportuna, permanente, y culturalmente adecuada a los pueblos indígenas, frente al temor que generaban las imágenes de los enfermos en los medios de comunicación” (Pautrat et al., 2021, p. 40).

Este estudio revela, además, aspectos importantes de la evolución del Comando Matico, el cual comenzó siendo una respuesta espontánea de familias shipibas yarinenses que visitaban “a los enfermos y sus familias, llevando plantas medicinales, así como apoyo alimentario”; iniciativa que terminó consolidándose como “Asociación Centro de Medicina Ancestral Comando Matico”, inscrita de forma regular en los registros públicos de Ucayali. No obstante, el estudio yerra, al catalogar esta iniciativa como “autoorganización comunal”, quizás por no contar con una mirada in situ, que hubiese podido aclarar la situación de estas familias, que viven en los asentamientos humanos interculturales en convivencia directa con

población mestiza y bajo dinámicas muy distintas a las que se dan en las comunidades nativas.

Finalmente, se debe mencionar la tesis para optar por el grado de licenciatura en Antropología desarrollada por Duffó (2022) y sustentada el mes de septiembre del año 2022, titulada *Comando Matico: la construcción política de la plataforma Facebook para hacer frente a la pandemia por COVID-19*. Es una investigación que explora el uso que este colectivo hizo de las redes sociales como herramienta para visibilizar mejor su causa y crear la red de aliados que les permitió gestionar su iniciativa y, además, difundir y democratizar sus saberes respecto al uso terapéutico de las plantas frente al coronavirus. Duffó aprovechó para conocer las trayectorias de vida de algunos de los miembros del Comando Matico, revelando que su activismo y el uso que hacen de términos como “interculturalidad” o “decolonización” en su discurso no obedecen solo a la coyuntura pandémica, sino que responden a una formación política y profesional que los posiciona como intermediarios de su pueblo frente a los diferentes interlocutores con los que tienen que negociar su agenda.

Este estudio concluyó que las acciones del Comando Matico son ejemplo de cómo el liderazgo y la organización indígena shipibas “se van reconfigurando a la luz de nuevos espacios de interacción” (p. 123). Se hace hincapié en los entornos urbanos y digitales en los que el Comando Matico ha desplegado acciones y narrativas, además de haber sido en el espacio digital que muchos de sus miembros se pusieron en contacto gracias a la creación de contenidos y las transmisiones en vivo de sus actividades.

Por último, Duffó (2022) llega en su tesis de licenciatura a conclusiones más detalladas que los anteriores estudios respecto a la propuesta del Comando Matico. En gran parte a la mayor cantidad de comunicaciones con sus miembros y al seguimiento minucioso de la plataforma de Facebook del colectivo.

Entre las importantes contribuciones de este estudio a la comprensión de la lógica detrás de las acciones del colectivo, está la “noción de que la enfermedad [la COVID-19] no puede ser evitada necesariamente por medio del distanciamiento físico entre personas. Según han comprobado, el contacto físico ha sido crucial para la curación de los pacientes, no solo por la necesidad de tocar a las personas al hacer los masajes, sino por el soporte emocional que se podía proveer al interactuar de esta manera.” (p.66) De esta forma, queda claro que el

protocolo de distanciamiento y el aislamiento de los enfermos promovido por el Estado no tuvo cabida en la praxis del colectivo. Duffó sugiere, citando a Espinosa et. Al (2016) que este voluntariado y compromiso con los otros tendría bases culturales bajo el entendimiento del ideal shipibo del *jakon joni*, “que implica ‘ser bueno con los suyos’”. Por otro lado, estas cuestiones culturales serían reforzadas, en los activistas, por el desarrollo de liderazgo a través de su participación en organizaciones juveniles, como la presidencia que tuvo Jorge Soria (presidente del Comando Matico) en la Federación de Jóvenes Indígenas de la región Ucayali (OJIRU).

Duffó llama la atención no sólo sobre las características de la propuesta de salud, también da alcances sobre la labor política del Comando Matico, que se posicionó de forma crítica frente a la “corrupción estatal y el sistema de salud a nivel nacional, significando una ruptura ante las actividades de lucro en beneficio personal.” (p.73) Cuestionando de esta forma las definiciones tradicionales y, bajo la mirada de Duffó, eurocéntrica de lo que supone el trabajo voluntario.

Los testimonios de los voluntarios del Comando Matico que recoge Duffó hablan de un posicionamiento disidente por parte del colectivo, no sólo por haber roto la cuarentena para recolectar matico y visitar a sus enfermos, también por romper con los protocolos del Minsa y proponer los propios. Estamos ante una organización que convierte sus acciones en políticas internas. Néstor Paiva, voluntario entrevistado, comenta al respecto “los integrantes han expresado desconcierto con respecto a los deficientes protocolos -así como la falta de los mismos- del Ministerio de Salud del Perú. Para ir adelantando, también, las atenciones hemos roto los protocolos. ¿No? Los otros protocolos, y nosotros estamos haciendo, lograr organización para la atención. Nuestros propios protocolos.” (p. 75)

Duffó deja la pregunta pendiente para próximas investigaciones respecto a si la visibilidad que consiguió el Comando Matico gracias al uso político que le dieron a la plataforma de Facebook “ha llegado al Estado de la manera esperada”. Es decir, si los esfuerzos por mediatizarse han tenido una repercusión positiva en el proyecto de articular su iniciativa a políticas de salud intercultural en el Estado. Esta pregunta es, de cierta forma, retomada por el presente estudio, que propone, como un punto importante para el análisis de esta iniciativa, identificar y comprender los factores implicados en el cese de actividades

conjuntas del Comando Matico y la dispersión de sus miembros. Esta cuestión no se ha visibilizado necesariamente en sus redes sociales o en el discurso público, pero ha podido evidenciarse desde un acercamiento *in situ*.

Es posible trazar una línea base tomando en cuenta los hallazgos y conclusiones de estas 3 investigaciones que preceden a este trabajo etnográfico. El Comando Matico fue una respuesta indígena ciudadana que fue madurando hasta convertirse en una propuesta de atención primaria dirigida tanto a población indígena como no indígena en la ciudad de Pucallpa. La interculturalidad del Comando Matico no obedece a los lineamientos de la interculturalidad funcional a las normativas que produce el Estado peruano, responde a la necesidad vista desde lo práctico: aliarse, colaborar y combinar, recursos, identidades y conocimientos para sobrevivir. Al mismo tiempo que, esas acciones son moduladas por lógicas que parten de presupuestos ontológicos que están presentes en el sistema de salud shipibo, y que interpelaron la forma misma de concebir y entender la COVID-19 que tuvo el enfoque biomédico. Finalmente, los estudios no agotan sus pesquisas en la cuestión cultural, reconocen que, tanto en la creación como en las dificultades que enfrenta el Comando Matico para ser reconocido como una propuesta efectiva, están presentes relaciones de poder. Las mismas que han dado forma a los discursos a las estrategias de un colectivo que supo, en plena pandemia, conseguir donaciones y recursos sin por eso perder la soberanía sobre su propuesta. ¿Qué ha caracterizado a estas estrategias? ¿Qué factores favorables se han dado sobre el terreno para que esta propuesta madure de tal forma? ¿Cómo se hace salud y política desde el Comando Matico? Son preguntas que surgen de ese balance de las investigaciones ya llevadas a cabo sobre ese colectivo.

2.4 Marco teórico

La revisión bibliográfica realizada respecto a la situación de la salud intercultural dentro de la estructura del sistema de salud pública del Estado peruano, la crisis del sistema de salud público y privado durante la pandemia, en especial, en lo que respecta a lo acaecido en Ucayali y los territorios que pertenecen a los pueblos indígenas amazónicos, brinda una perspectiva de las condiciones en las que surgió el Comando Matico.

Igualmente, el balance realizado sobre las investigaciones realizadas a la fecha sobre el Comando Matico orienta la mirada del investigador de forma previa y plantea cuestiones que servirán para ser contrastadas con los datos que puedan ser recogidos del trabajo de campo concerniente a este estudio.

Llegado a este punto, corresponde desarrollar un marco teórico que sirva para delimitar y organizar la data en torno a categorías conceptuales que partan de reflexiones etnográficas respecto a la interculturalidad, la salud como paradigma en disputa, el enfoque biomédico, la agencia del pueblo shipibo migrante y sus presupuestos en salud; así como, las formas que toman el capitalismo, el Estado peruano y las problemáticas del sistema de salud frente a los intereses de quienes se convirtieron en vidas más sacrificables frente a un estado de emergencia durante la pandemia. Bajo este razonamiento resulta necesario comprender aquellos aspectos que escapan a cuestiones puramente culturales, o al ejercicio y atención en salud. Por ejemplo, las relaciones de poder asimétricas existentes entre los que elaboran las políticas de Estado y la población indígena, o el poder gravitante de los intereses privados y el mercado al interior de las naciones poscoloniales. Este es el caso de Perú, donde el neoliberalismo y el capitalismo ejercen una influencia negativa sobre la justicia social y el estado de bienestar de toda la población, lo que crea geografías de la pobreza donde los sujetos racializados son sacrificados al poder de los grupos que acumulan la riqueza y a una economía de mercado totalmente desregulada. Bajo este razonamiento resulta necesario comprender aquellos aspectos que escapan a cuestiones puramente culturales, o al ejercicio y atención en salud. Por ejemplo, las relaciones de poder asimétricas existentes entre los que elaboran las políticas de Estado y la población indígena, o el poder gravitante de los intereses privados y el mercado al interior de las naciones poscoloniales. Este es el caso de Perú, donde el neoliberalismo y el capitalismo ejercen una influencia negativa sobre la justicia social y el estado de bienestar de toda la población, lo que crea geografías de la pobreza donde los sujetos racializados son sacrificados al poder de los grupos que acumulan la riqueza y a una economía de mercado totalmente desregulada.

2.4.1 ¿Qué es salud?: Distinciones necesarias para el estudio de una propuesta de salud intercultural

Para esta investigación, que intenta comprender la propuesta de salud intercultural elaborada por los activistas shipibos del Comando Matico, resulta imprescindible contrastar la afinidad o diferencias que existen entre la definición de salud del enfoque biomédico y la idea de salud que maneja el pueblo shipibo. Y, tomando en cuenta las relaciones de poder preexistentes que establecen una interacción vertical y asimétrica entre la biomedicina y los sistemas de salud indígenas, también es necesaria una mirada crítica de los aspectos históricos y epistemológicos que colocan al enfoque biomédico como el extremo hegemónico en los intentos de construir propuestas interculturales en salud. De igual forma, la necesidad de cuestionar desde otras perspectivas los puntos ciegos que pudo tener la biomedicina en su comprensión de la COVID-19 y su repercusión social durante la pandemia, termina siendo una razón más para explorar, más allá de las prácticas médicas y las formas de tratamiento, los presupuestos que rigen cada uno de los sistemas de salud que han cooperado, aparentemente, en la propuesta intercultural para la atención de la COVID-19 que desarrolló el Comando Matico.

2.4.1.1 Una mirada crítica a los presupuestos epistemológicos del enfoque biomédico y de la investigación en antropología de la salud.

La función social de la biomedicina va más allá del tratamiento de las enfermedades o su praxis restringida al ámbito de la salud. Al igual que otros procesos de salud/enfermedad/atención- prevención (s-e-a-p,) tal y como los define Menéndez (2018), la biomedicina es una parte “intrínseca de la cultura dentro de la cual opera”; siendo la cultura occidental, hegemónica y colonial, su origen y, a la vez, el sustrato social e histórico que la ha concebido y la ha acercado a poblaciones indígenas y no occidentales.

Por otro lado, resulta importante entender que la biomedicina obedece a procesos histórico filosóficos que les han dado sustento epistemológico a las ciencias humanas. En este sentido, la biomedicina no existiría sin la aparición del método cartesiano, el positivismo y el mecanicismo materialista que, como corrientes de pensamiento, se convirtieron a partir del siglo XVII, en miradas dominantes en las nacientes ciencias europeas.

Así lo confirma Osorio, quien considera que “fue a partir de los descubrimientos en los diferentes campos de las ciencias básicas, sustentados en el paradigma positivista, que junto a la filosofía cartesiana se convirtieron en la base desde la cual emergió una nueva

concepción del hombre y el fenómeno salud-enfermedad.” (p 291). Este evento, marcó un antes y un después, puesto que la comprensión del hombre y su cuerpo como una máquina orgánica hizo que se abandonasen o, pasasen a segundo lugar, las perspectivas que hasta ese momento abordaban otras dimensiones de lo humano y vinculaban la noción de salud a las relaciones que establece el hombre con su entorno.

El método científico, basado en estas corrientes de pensamiento, y los adelantos en el campo de la biología, hicieron posible la profundización en los estudios sobre la enfermedad y la existencia de microorganismos como causantes de diferentes patologías. Inaugurando así un crisol de beneficios para la humanidad que han determinado cambios tan importantes en materia de salud, que pueden ser fácilmente constatadas con el aumento en la esperanza de vida a nivel global con la aparición de vacunas, procedimientos asépticos y la creación de medicinas alopáticas capaces de combatir infecciones, controlar sintomatologías y fortalecer el sistema inmune de los enfermos; así como el entendimiento de las formas de contagio que permitieron dejar a un lado creencias y prácticas no basadas en la evidencia.

No obstante, no todo ha sido positivo con la consolidación de la biomedicina, pues este fenómeno científico-cultural también condujo a perder de vista al enfermo como un ser integral. La especialización médica, a pesar de ser signo de la complejización y acumulación de conocimiento sobre el tratamiento de las enfermedades, ha consolidado una “visión parcial de los trastornos que investiga”, pues “todos los aspectos que van más allá de esta visión, se consideran intrascendentes en lo que respecta a los trastornos...” (p. 292), así lo considera Osorio (2011) al reflexionar sobre lo que ha significado históricamente el modelo de investigación biomédico como pensamiento culturalmente dominante y deslegitimador de otras perspectivas.

Se desprende de estas reflexiones que el concepto de salud predominante en occidente responde a un acto de reparación y tratamiento de lo mórbido que, gracias al entendimiento de los mecanismos moleculares que inciden en las funciones biológicas, ha logrado instituir la idea de que la medicalización y la oferta farmacológica son las principales formas sociales de recuperar la salud, es decir de combatir lo enfermo. En palabras de Osorio, “la cosificación de lo patológico, la materialización de las entidades mórbidas y la objetivación de la enfermedad han generado un abandono del ser humano, relegándolo al papel de contenedor

de elementos independientes, que mecánicamente deben ser reparados, a la manera cartesiana, para restablecer el estado de salud.” (p.296). Cabría agregar a estas afirmaciones que, el individuo no formado en la ciencia médica, ha pasado a convertirse en un usuario y un consumidor de medicinas, sujeto del no saber, en cierta forma desautorizado, implícitamente, por el poder y peso que ha adquirido un modelo de salud donde son los especialistas son los sujetos de saber autorizados.

Esta problemática anima la mirada crítica que se tiene de la investigación y de las consecuentes prácticas en el modelo biomédico, promoviendo la superación de aquellas epistemologías que, si bien han contribuido a la complejización y especialización de las ciencias médicas occidentales, también forman parte del sesgo mecanicista que se encuentra en la base de su lógica y razonamiento. Este sesgo crea una “sombra” en la biomedicina. Aspectos velados, no vistos, que requieren de una mirada integral y que, al no obtenerla, conforman ese horizonte de eventos que escapan a la comprensión biomédica, cuando no, al reconocimiento sano de sus limitaciones.

Este sesgo, al situarnos en el contexto de la pandemia, se hizo evidente para la población que, al no obtener las acostumbradas respuestas y certidumbre respecto al origen y tratamiento de la COVID-19, comenzó a ensayar sus propias repuestas, a la vez que el terreno sobre la estrategia de lucha contra esta nueva enfermedad se convirtió en un espacio de disputa. Esto ha vuelto a poner en discusión la necesidad de la ciencia médica de interiorizar otras perspectivas en salud capaces de abrir nuevos horizontes en la comprensión de las nuevas patologías y su relación con los contextos sociopolíticos y culturales actuales.

Al respecto, Osorio se realiza la pregunta: “¿cuál es el modelo de investigación que se requiere para trascender la parcela de realidad que, hasta el momento, de forma paradigmática, prevalece en la ciencia occidental?” (p.295). Es bajo esta cuestión que surgen las epistemologías alternativas como posibles salidas a este límite en el paradigma biomédico. Siendo la interculturalidad en salud y la investigación de las formas-otras de concebir la salud y la enfermedad que tienen los sistemas de salud indígenas, espacios de reflexión donde es posible desmontar desde los mismos epistemes las ideas dominantes acerca de lo enfermo, lo sano y la manera de proceder colectivamente ante el malestar. Este diálogo entre paradigmas es muy distinto al lugar subalterno que la OMS le ha querido dar a

la mal llamada “medicina tradicional” indígena, limitando sus aportes al terreno práctico de los recursos humanos y el tratamiento alternativo o complementario.

Menéndez retoma la crítica, tanto a la biomedicina, como a sus nuevas pretensiones teóricas, que centran sus esfuerzos en la redefinición y el esclarecimiento del paradigma de la salud; lo hace posicionándose reflexivamente en la antropología médica en América latina. En este sentido, para Menéndez “los latinoamericanos vivimos dentro de contextos donde lo prioritario e inmediato no pasa por producir salud, sino por describir, explicar y de ser posible solucionar toda una gama de padecimientos, de los cuales una parte muy frecuentemente son fáciles de reducir o eliminar con las tecnologías existentes; mientras que otros implican la necesidad de estudiarlos y pensarlos básicamente en términos de soluciones político-sociales” (p. 467).

Del mismo modo, Menéndez crítica la búsqueda de “cosmovisiones” por parte de la antropología médica, las cuales, afirma, obedecen más a elaboraciones teóricas, “reconstrucciones intelectuales que se caracterizan por su coherencia y racionalidad” que surgen de intelectuales etnicistas, tales como el concepto del “buen vivir” u otras ideas formuladas. Tópicos que están más cerca de la necesidad ideológica de definir lo que los pueblos indígenas entienden por salud, que de “los procesos económico-políticos dominantes que vivimos, y que afectan negativamente sobre todo a los sectores sociales subalternos” (p. 467). Así, Menéndez encuentra razones para abandonar las discusiones en torno a lo que es salud, sin importar el sustrato cultural del que parten, considerando estos debates ajenos a lo realmente urgente: atender los padecimientos que no encuentran explicación ni solución en lo meramente cultural o en la reflexión epistemológica

Para Menéndez las elaboraciones teóricas y culturalistas, substraen el cambio como dimensión constitutiva de los sistemas s-e-a-p indígenas e impiden comprender los “procesos de apropiación que todos los sectores sociales hacen de los saberes biomédicos” (p. 472), es decir, “la capacidad de agencia de los sectores subalternos respecto de los procesos de s/e/a-p ;con la posibilidad de generar organizaciones autónomas y alternativas por parte de la sociedad civil que no sean cooptadas o reorientadas por las fuerzas sociales dominantes” (p. 476).

Bajo este análisis Menéndez cuestiona el uso del poder académico, o incluso, sus reales alcances, a la hora de abordar la problemática sanitaria de las poblaciones subalternas, planteando la “imposibilidad estructural de la biomedicina –y especialmente del Sector Salud– de tomar en cuenta y aplicar determinados aspectos culturales, políticos y subjetivos que inciden en los padeceres, su comprensión y solución” (p. 473). Se desprende de este razonamiento que el paradigma de la salud intercultural, tal y como busca ser desarrollado desde la biomedicina se enfrentaría a problemas de fondo, asociados justamente a la inevitable reproducción de las asimetrías preexistentes entre los sistemas s-e-a-p implicados.

Frente a estos callejones sin salida Menéndez sugiere formas más críticas y comprometidas de hacer antropología médica y, en consecuencia, de pensar la contribución los sectores subalternos a la comprensión de sus propios padeceres; así como, comprender las limitaciones estructurales de la biomedicina para considerar los aportes de los otros sistemas s-e-a-p. Para tal labor, propone que “los antropólogos traten de describir y entender la racionalidad biomédica, tal como han venido haciendo respecto de la racionalidad de los saberes populares”. (p. 474) Es decir que se develen las lógicas subyacentes a un modelo que se presenta como objetivo, pero que, sin embargo, al igual que otros sistemas s-e-a-p, tiene un sesgo propio resultado de las metáforas constitutivas de su racionalidad.

Abordar la subjetividad de la medicina occidental sería imperativo para producir conocimiento antropológico crítico de su propuesta. De igual modo, Menéndez considera importante analizar la viabilidad de un “sistema de salud especial para los pueblos originarios”, así como lo que “ello supone en términos económicos, políticos, biomédicos y, también, raciales” (p.475). Tomando en cuenta que la pertinencia cultural del servicio no resuelve cuestiones de fondo respecto a las desigualdades en el acceso a una salud eficaz que disminuya los altos índices de morbilidad y mortalidad que tienen los PPII respecto a otras poblaciones. Finalmente, Menéndez apunta a la importancia que cobra, bajo la asimetría en las relaciones de poder, “la capacidad de agencia de los sectores subalternos respecto de los procesos de s/e/a- p; con la posibilidad de generar organizaciones autónomas y alternativas por parte de la sociedad civil que no sean cooptadas o reorientadas por las fuerzas sociales dominantes”. Para él, analizar casos donde se consolida un espacio de poder indígena en materia de salud, es fundamental, con el fin de comprender el peso que tienen estas

organizaciones en el proceso de “negociar o incluso imponer propuestas para mejorar o modificar las actividades y políticas de salud que operan en sus territorios” (p. 477). Estas apreciaciones introducen la cuestión del poder en salud, y más precisamente del poder subalterno de las organizaciones que politizan con sus acciones las formas de hacer salud.

Los análisis que realizan Osorio y Menéndez nos hacen considerar horizontes necesarios en las investigaciones que abordan cuestiones de salud intercultural, la necesidad de nuevas perspectivas en el enfoque biomédico y el alcance de la valoración académica que se da a los sistemas s-e-a-p indígenas bajo contextos sociales como los que se encuentran presentes en este caso de estudio.

Ir más allá de la definición tradicionalmente biomédica de salud como ausencia de enfermedad o de enfermedad como un evento mórbido unicausal, sin caer por eso en elaboraciones teóricas que no responden a la realidad de los pueblos en situación de subalternidad, son necesidades reflexivas para la antropología de la salud en Latinoamérica. Esto debiese impulsar investigaciones antropológicas situadas y comprometidas, no sólo con el rigor académico, también con la capacidad de agencia de los sectores subalternos para proponer perspectivas en salud desde su soberanía. Dejando atrás la pretendida neutralidad del investigador como criterio de rigor.

Detrás de esta búsqueda de un sistema de salud que responda al contexto sociocultural y político en el que se encuentran los pueblos indígenas, se debe comprender como se hace presente el poder, incluso en sus formas más veladas, como pasa en la concepción dominante de salud/enfermedad que sostiene las prácticas biomédicas y sus iniciativas hacia la interculturalización de los servicios sanitarios. Hay una coincidencia entre la necesidad de una renovación en el paradigma biomédico para lidiar con los tiempos actuales y en la necesidad de los representantes de los sistemas de salud indígenas de entablar diálogos en los que puedan ocupar un lugar protagónico en la creación de formas y prácticas eficaces de entender la salud de los pueblos subalternos en sus propios contextos sociopolíticos actuales.

2.4.1.2 El pueblo shipibo-konibo y su idea del bienestar

El pueblo shipibo-konibo, perteneciente al grupo lingüístico pano, es una etnia de origen amazónico que lleva ocupando la cuenca del Ucayali más de 1500 años. Según la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios del Mincul (2018), es el segundo pueblo amazónico más numeroso después del asháninka (a nivel nacional), y el de mayor población en la región Ucayali, así como el que cuenta con mayor porcentaje de su población viviendo en espacios urbanizados.

Históricamente, los shipibo-konibo se han asentado en la cuenca del río Ucayali y sus afluentes⁴², en el espacio geográfico conocido como llanura pluvial, lo que los ha llevado a ser conocidos como *panos ribereños*, a diferencia de otros pueblos del mismo grupo lingüístico que viven en zonas interfluviales⁴³. El último censo nacional (INEI, 2018) estima que 34 000 personas se autoidentifican como parte del pueblo shipibo-konibo⁴⁴, de las cuales más de un tercio viven en zonas urbanas de la provincia de Coronel Portillo, y las restantes, en 150 comunidades nativas dispersas a lo largo del Ucayali (López y Cuglievan, 2012).

Las fluctuaciones en el nivel del río en épocas de crecida y de estiaje modelaron un estilo de vida seminómada en el pueblo shipibo, que dependía totalmente de los recursos de la zona y que, además, debía mover sus aldeas en función del aumento o decrecida de las aguas en búsqueda de mejores y más seguras tierras. Debido a este paisaje en constante cambio, los shipibos acumularon mucho conocimiento sobre los lugares donde abundan los recursos y los flujos migratorios de animales y peces. Esto les permitió crear *rutas* de caza y pesca dentro de su propio territorio, así como familiarizarse con lugares convenientes para asentarse en las distintas temporadas. Al respecto, Bergman (1990) afirma que el tiempo dedicado a cada una de las actividades destinadas a proveerse de alimentos obedece a una lógica de máxima eficiencia y menor gasto de energía calórica, asociadas a las sociedades de la abundancia, que suelen florecer en espacios donde el medio provee de gran parte de las

⁴² “El Cushabatay, el Pisqui, el Aguaytía y el Pachitea en la margen izquierda, y el Maquí, el Cashiboya, el Roabillo, el Callería, el Tamaya y el Sheshea, en la derecha” (Santos y Barclay, 1998).

⁴³ “Los otros pueblos de la familia lingüística pano de la Amazonía peruana son los cashinahua, yaminahua, sharanahua, nahua, isconahua, matsés, amahuaca, kakataibo, cashibo y algunos grupos en aislamiento voluntario no identificados. Todos comparten ciertos rasgos culturales con los shipibo-konibo, pero se diferencian por habitar zonas interfluviales y ser de menor población” (Belaunde, 2009).

⁴⁴ Según este censo, serían 34 mil shipibos, mientras que se sabe que son 45 mil o más, ya que este censo no incluyó a la población menor de 12 años para la pregunta de autoidentificación étnica; si se toma en consideración que la mayoría de la población indígena amazónica es menor de edad, la población real es considerablemente mayor.

proteínas, y los hombres y mujeres no necesitan invertir mucho tiempo en cultivar la tierra o acumular alimentos excedentes para épocas donde sea difícil obtener frutos de la tierra.

Muchas familias shipibas cazan o pescan lo suficiente para estar tranquilas por días o semanas. La acumulación de alimentos es sumamente dificultosa en el bosque tropical debido a las altas temperaturas y la humedad en el ambiente, entre otros factores. Así, lo bueno, en materia productiva, es aquello que no excede la capacidad que tiene la misma selva de renovar sus recursos, ya se traten de animales, peces o nutrientes en el suelo. Esta lógica crea reglas que delimitan la economía y plantean las prácticas de *convivencia* entre el pueblo shipibo y todos los seres con los que cohabitan en la Amazonía, así como una cosmovisión que se basa en el *respeto* y *cuidado* por su entorno. Este estilo de vida asegura un equilibrio más amplio, que no solo se limita al bienestar de los *jonibos*⁴⁵.

La idea del *jakon* (bien) en el pensamiento shipibo está asociado a un código ético de buen proceder en las relaciones tróficas con el resto de seres del ecosistema amazónico. Por eso, el *Jakon Nete* (el mundo del bien o del bienestar) es concebido como un lugar gobernado por las nociones de complementariedad y no superposición de la sociedad humana a la sociedad, más grande, de todas esas otredades con las que conviven los shipibos, como son otros grupos humanos, las sociedades animales y de las plantas. Para los shipibos, todos los seres con que cohabitan son sujetos, tienen intención y agencia, por lo que tomar algo tiene que estar siempre mediado por un diálogo simbólico, una intención que se dirige a un interlocutor.

Para los shipibos existen entidades protectoras, conocidas como *ibos* (madres, dueños), que ven por los intereses de cada especie de animales o plantas. Estos *ibos* aparecen en los sueños y en las ceremonias con plantas enteógenas como la ayahuasca, espacios donde pueden comunicarse y manifestarse, incluso con un cuerpo y una personalidad determinada. Es con los *ibos* con quienes tienen que llegar a acuerdos antes de salir a cazar, a pescar, o bien para beneficiarse de los poderes de una planta *rao* (de poder). Estos espíritus castigan a los cazadores que toman más de lo que necesitan, los embrujan e, incluso, los pierden. De este género son las historias populares del *chullachaki* o la *yakuruna*, seres míticos que

⁴⁵ Literalmente, "verdaderos hombres", forma en que se refieren a sí mismos algunos shipibos.

protegen a los animales y peces, y castigan a los hombres que no obran con respeto alterando, en consecuencia, el equilibrio de la selva.

Este panteón de guardianes espirituales evidencia la profunda importancia que le da el shipibo a las relaciones con los seres del bosque. Detrás de estas lógicas, existe una toma de consciencia del lugar que ocupan, donde las fuerzas del río, y todos los seres animales y no animales que habitan el bosque pueden influir positiva o negativamente en la vida humana. Esta forma de concebir el mundo no es privativa del pueblo shipibo. Estudios transculturales han tomado como partida etnografías en distintos pueblos amazónicos y han encontrado regularidades en estas concepciones, llegando a plantearse la idea de un pensamiento *panamazónico* que trasciende las diferencias y peculiaridades de cada pueblo (Viveiros de Castro, 2004).

La forma de pensar esta sociedad, que excede los límites de lo humano, le ha dado el carácter metafísico y sobrenatural, en términos occidentales, a la manera de percibir y concebir el mundo que tienen los shipibos. Es un mundo donde los sitios ancestrales adquieren carácter sagrado, pues, en ellos, habitan seres de otros mundos que influyen en este, y son el fundamento ontológico de la cosmovisión y de su noción de *bienestar*: las buenas relaciones sociales con todos los seres que cohabitan este y otros mundos.



Figura 4:

Lastenia Canayo “Pecon Quena”, artista shipiba que fue atendida por el Comando / Ilustración del ibo de la COVID-19, según Lastenia.

La salud y el bien-estar: el resultado de las buenas relaciones con el mundo. El *bien-estar* depende de las relaciones que los shipibos mantienen con su mundo, que no es el mismo que para los occidentales u otras culturas. Su mundo es un espacio conformado por otras dimensiones más sutiles, dimensiones con que los médicos tradicionales y todas las personas que usan las plantas entran en diálogo al dar curaciones. En estos submundos, habitan muchos de los espíritus, *yoshin*, y dueños, *ibos*⁴⁶, que dañan o *cutipan*⁴⁷ a los hombres. La curación es un *entrar en diálogo, mediación*, con estos seres para que dejen de enfermar a los hombres.

⁴⁶ Para los shipibos, la COVID-19 tiene su *yoshin* o su madre.

⁴⁷ Poseer y perjudicar mediante la posesión. Algunos animales y plantas *cutipan*, y se debe tomar precauciones para evitarlo.

Al respecto, Eli Sánchez (2004, citado en Espino, 2018), profesor de Educación Intercultural Bilingüe (EIB) y de lengua shipiba, brindó, para *Ojo Verde*, una descripción de estos submundos:

- El Jene Nete (mundo de las aguas): espacio donde habitan los peces, los *koshoshka*; el *ronin* (anaconda que se encarga de mantener el nivel del agua); las sirenas; el lobo de río (bajo el mando del *meraya*); la nutria (bajo el mando del brujo); los *jene jonibo* (gente que vive en las profundidades del agua); los *jenen yoshimbo* (diablos de agua que se roban a las personas); el *akoron* (ser que se transforma en lancha y cuida a los peces); el *jene ino* (cuida las cochas vírgenes donde se generan los peces).
- El Non Nete (nuestro mundo): espacio habitado por los shipibos; el *chullachaki* (el dueño de los animales); *mai ronin* (anaconda negra y brillante que cuida los montes, madre de la Tierra); el *nii kaman* y el *mawa kaman* (seres malignos); los *inin jonibo* (también conocidos como *chaikoni*, saben volverse invisibles, ancestros, aparecen en fiestas de los shipibo); las aves; los animales (alimento y seres protegidos por el *chullachaki*); *Ison ewa* (madre de los monos); dueños de cada palo (seres que protegen a cada especie de planta).
- El Panshin Nete (mundo amarillo): espacio habitado por los *boanai jonibo* (seres del espacio, que cuando bajan y tocan a alguien lo enferman); los *yoshinbo* (diablos, todo ser que hace daño); el *shimpira* (se come a los shipibos, es amigo del *meraya*); el *bei* “sombra” (alma de los muertos).
- El Jakon Nete (mundo maravilloso donde está el Sol): espacio donde se encuentran las almas de los muertos que descansan en paz, así como las de los animales y plantas, un mundo de abundancia que los hombres comunes solo visitan después de su muerte. En algunas versiones, es una playa al final del cielo; en otras, un lugar donde hay mucho oro, que algunas abuelas denominan Cusco⁴⁸.

Muchos de los seres que habitan estos espacios incursionan en otros, generando desequilibrios o enfermedades. El *meraya*⁴⁹, curandero de mayor experiencia, es el mediador

⁴⁸ Evidente influencia incaica en el mito, al igual que en muchos otros, donde los incas reemplazan a plantas o seres de estos espacios para darles a los shipibos sabiduría y tecnología. Asociada posiblemente a sucesos históricos de intercambio cultural y sometimiento incorporados al imaginario mítico.

⁴⁹ Que viene del verbo *merati* (encontrar) y *ya* (tener). Literalmente, “el que ha encontrado todo lo bueno y malo” (Pacaya, 2015)

por excelencia entre estos mundos. Él es el único capaz de restituir este equilibrio o solicitar la ayuda de los seres que habitan otros espacios para sanar a su gente.

El *bienestar* dentro de la cosmovisión shipiba implica la relación armónica con estos espacios y sus seres, siendo justamente el *meraya*, como hombre más sabio, el que se relaciona mejor con todos, pues su función es dialogar con los cuatro submundos. De ahí, el *meraya* extrae su capacidad de curar al tener acceso a la sabiduría de distintos planos y poder hacer que sus *amistades*/aliados en estos mundos restituyan por él el equilibrio perturbado. De este modo, en el mundo shipibo, ser sabio, curar, y estar en armonía con todo y todos son equivalentes. Lo mismo sucede para lo antagónico: ser ignorante, haber olvidado el respeto y cuidado por todo lo que se toma, y estar enfermo son entendidos como equivalentes, pues parten de un mismo fenómeno consecuente de “alterar” el orden y las buenas relaciones con la sociedad cósmica.

Al respecto, resulta revelador el hecho de que algunos abuelos y abuelas, en distintas comunidades, afirman que *ya no hay merayas*⁵⁰. Esto da a entender que no hay alguien que pueda restituir el ideal de equilibrio, lo cual quiere decir, en cierto modo, que el equilibrio se ha perdido y no hay alguien lo suficientemente sabio para restituirlo, así como se hizo en los tiempos antiguos. Este desequilibrio sería el resultado de todas las nuevas interacciones con el mundo que ya no guardan una relación de reciprocidad, incluso dentro de los miembros del pueblo shipibo, quienes han *enfermado*, bajo los términos de su propia cosmovisión, al olvidar las normas, los rituales y el respeto a las plantas.

Para Jeiser Suárez Maynas⁵¹, de nombre shipibo Ranin Koshi, los shipibos no tienen la misma noción que los occidentales de salud y enfermedad. Afirma Ranin:

La salud no es solo el dolor, lo físico. **Cuando nosotros hablamos de enfermedad hablamos de la separación del ser humano con la naturaleza.** Al no tener buena pesca, cosecha, es que digo que estoy enfermo. Y definitivamente tengo que encontrarme conmigo mismo a través de las plantas medicinales. Las plantas tienen la función de armonizar, equilibrar. Cuando uno no está bien relacionado se enferma,

⁵⁰ “Desafortunadamente, ya no se encuentran merayas en el pueblo Shipibo, el último de ellos falleció hace treinta años, aproximadamente” (López y Cuglievan, 2012).

⁵¹ Jeiser Suárez es miembro del pueblo shipibo, de profesión técnico en enfermería y especialista en salud pública. También, es comunicador y presidente de la Organización Indígena ARIAP (Asociación Raíces Indígenas Amazónicas Peruanas). Ha dedicado su vida al activismo por los derechos de su pueblo en temas concernientes a la educación intercultural bilingüe y la salud intercultural indígena.

tiene problemas con todas las dimensiones. Las plantas equilibran porque tienen espíritu. Convivimos con ellas. (comunicación personal, 28 de febrero del 2022)

Esta definición de salud sitúa las buenas relaciones como elemento fundamental del bienestar del individuo y, a la enfermedad, como la falta de conductas que involucren el respeto y cuidado por estas *relaciones sociales* que un shipibo mantiene con su mundo. Es, pues, una visión ecológica del bienestar que insta a la persona a situarse como uno más en la sociedad natural. Además, coloca a las plantas como elementos fundamentales en la restitución del equilibrio, revelando que la dimensión vegetalista de la medicina shipiba no se reduce al uso de las plantas como recursos médicos, sino como sujetos que se caracterizan por armonizar al vivir sabiamente en equilibrio con el bosque.

La visión ecológica de la salud dispone que las técnicas de tratamiento incluyan estas cuatro dimensiones: lo físico, lo anímico, lo social y lo espiritual. Estas dimensiones están presentes desde el primer momento, es decir, cuando se tiene que precisar el origen del mal. Es comprensible que, bajo esta mirada, la COVID-19 haya sido entendida como un mal que afecta los cuerpos, las mentes, las relaciones sociales y el espíritu de los hombres.

Especialistas de la salud y la medicina vegetalista shipiba. Si bien existen especialistas de la salud dentro del pueblo shipibo, esto no significa que las familias no tengan un conocimiento propio y básico del uso de diferentes plantas para aliviar males. Los miembros de las comunidades shipibas aprenden a usar las plantas para adquirir destreza y conocimiento sobre las actividades encomendadas para sus géneros. Así, las mujeres se inician en su oficio como artesanas, tejedoras o bordadoras usando *piri piris*⁵², que son puestos por sus madres en los ojos y ombligos en forma de gotas. Esta práctica les permite visionar los *kenés* (diseños) que irán sobre la ropa y otras superficies (Belaunde, 2009). De igual modo, los jóvenes que se inician en la caza y la pesca deben dietar ciertos tipos de *piri piris* para cazar o pescar mejor (Pacaya, 2015).

Así también, los *especialistas* tienen funciones que van más allá de detectar enfermedades y curarlas, ya que también se encargan de officiar rituales o resolver conflictos sociales dentro de las comunidades. A la luz de estos hechos, es importante recordar, una vez más, que la salud para el pueblo shipibo involucra el plano social. Por ello, aprender a vivir

⁵² Así se refieren muchas mujeres shipibas en Yarinacocha a cierto tipo de hierbas *rao* (de poder) usadas con diferentes fines.

bien y hacer que todos vivan bien es fundamental para evitar la aparición de la enfermedad, una labor de la que participan todos en mayor o menor medida. En ese sentido, no es necesario ser un especialista para curar.

Onayas, merayas y yobis: los tres chamanes shipibos. Caruso (2005) exploró estos tres especialistas de la cultura de salud shipiba a través de su trabajo etnográfico. Entrevistó a diferentes *onayas* del pueblo shipibo y encontró que las nociones que los diferencian no son claras y que, muchas veces, obedecen a idealizaciones de los actuales de los *onayas* sobre las figuras de los antiguos *merayas* y *onayas*, como figuras *arquetípicas*. No obstante, Caruso (2005) brinda importantes precisiones sobre las características atribuidas a ellos en el pueblo shipibo en la actualidad y sus funciones sociales.

Ante todo, el shamán shipibo tiene un rol de líder de su pueblo, a quien se le consulta para resolver cualquier problema, organizar a la comunidad, o hacer respetar los rituales y normas de convivencia con la naturaleza. El camino común que une a estos tres personajes, los *onayas*, los *merayas* y los *yobis*, es el de las dietas (*samá*, en shipibo). La iniciación en la adquisición de conocimiento y poder desde las plantas se da mediante este procedimiento.

Estas dietas no solo permiten curar, sino que toman en cuenta la personalidad de la planta como una aliada que permite agudizar los sentidos del curandero, dotándolo de capacidades extrasíquicas para poder leer la mente de las personas sin dificultad, así como diagnosticar y descubrir el origen de la enfermedad más allá de lo que pueda captar con sus ordinarios sentidos. Los *merayas* vendrían a ser quienes terminaron su formación, y lograron establecer relaciones de parentesco y familiaridad con los espíritus del agua y otros mundos, quienes los ayudan a curar. Los *merayas*, además, tendrían a la madre del tabaco como principal aliada. Por otro lado, los *onayas*, de formación incompleta, cumplen las mismas funciones, pero necesitan del apoyo de la *ayahuasca* para officiar. Otra diferencia es que los *onayas*, al visitar otros mundos, lo harían solo de espíritu sin abandonar su cuerpo, mientras que los *merayas* podrían experimentar viajar entre los mundos corpóreamente, volar y desaparecer por días, o sumergirse en las aguas para visitar el *jene nete*, donde, incluso, pueden casarse con seres que habitan ese mundo y tener dos familias.

Los *yobis* son *onayas* que torcieron sus dietas buscando usar el poder de las plantas para su beneficio, o para aplacar la envidia que tienen por los otros; usarían *virotas*, especies de dardos energéticos para hacer el daño. Sin embargo, no toda su presencia es negativa; también tendrían la función de liberar el cuerpo de los afectados de otros *virotas* lanzados por otros brujos. Los *yobis* dietan plantas que no dietan los *onayas* y, en algunas familias, resulta importante la presencia de un familiar *yobi* que inicie a los jóvenes aprendices bajo las artes de los brujos, pues se considera que se les debe dar un lugar en el aprendizaje de los *onayas* a los saberes ocultos del *yobi*.

Para muchos *onayas*, la figura del *meraya* ha desaparecido.

Caruso (2005) argumenta así:

El papel de Meraya no podía inscribirse en ningún proceso de reelaboración de la cultura tradicional que no estuviera en duro contraste con los preceptos cristianos y las creencias “modernas” de la cultura blanca dominante. Si el onaya puede ser considerado un médico, técnicamente concebido, que utiliza los poderes curativos de las plantas, no es posible hacer otro tanto con un hombre que afirma poder volar físicamente o quedarse en el fondo de una laguna por varios días. El Meraya es, pues, un demonio o un impostor. (p. 89)

Esta observación revela que, a pesar de ser nombrados como agentes tradicionales de salud, o pensar que son figuras inmutables en el tiempo, la presencia de los saberes y fines de estos especialistas ha debido adaptarse al encuentro sociocultural con Occidente. En ese sentido, su sobrevivencia ahora depende más del mercado turístico o de personas interesadas en sus saberes, normalmente mestizos o extranjeros, que en su antigua función como líderes comunales y guías espirituales de sus pueblos. Comunidades enteras, al ser evangelizadas, miran con malos ojos las prácticas que se revelan como contrarias a la fe cristiana.

Tobi amis, bakebitis y raomis: sanadores físicos y cuidadores. Fuera de estos personajes más especializados de la medicina shipiba, existen otras categorías más cerca del uso práctico de las plantas y de funciones más asociadas a la salud física, como es el caso de los *tobi amis* o sobadores; las *bakebitis* o parteras; y las *raomis*, sanadoras herbolarias. Estos roles no requieren tantas privaciones y un trabajo espiritual tan estricto como los

mencionados anteriormente, además de estar más relacionados con los cuidados de la vida práctica y las familias. A continuación, la Tabla 2 muestra las principales características de cada especialista.

Tabla 2:

Agentes de salud tradicional.⁵³

NOMBRE	RECURSOS DE ATENCIÓN	FORMACIÓN/INICIACIÓN	TIPO DE ATENCIÓN	ESTATUS
<i>Tobi amis</i> (masajista, quiropráctico)	Plantas <i>rao</i> Preparados, pomadas Habilidades quiroprácticas	El aprendiz dieta, utiliza baños de vapor y practica abstinencia sexual. Suele ser un requisito inicial en la formación de <i>onayas</i> y <i>merayas</i> .	Fracturas, luxaciones, dolores musculares, etc. Si el dolor no cede, acude al <i>onaya</i> y trabaja con él.	Presentes en cada comunidad
<i>Bakebitis</i> (partera)	Plantas <i>rao</i> Conocimiento y rituales propios del proceso de parto	Principalmente mujeres Experimental y vocacional Principal agente de salud tradicional promovido por los servicios de salud intercultural del Estado	Gestación, parto y puerperio cuando hay dificultades. Asesora la dieta, masajea, coloca la criatura, adivina el sexo, hace tratamientos de fertilidad o de control, aplica los <i>wastes</i> o <i>piri piri</i> , entierra la placenta. Si hay hemorragias o complicaciones, acude al servicio de salud biomédica o al <i>onaya</i> .	Importantes y apreciadas en cada comunidad Presentes en todas las comunidades
<i>Rao mis</i> (sanadora herbolario)	Uso de plantas <i>rao</i> . Jarabes, Vaporizaciones, aceites, tinturas. Uso vegetalista, solo la naturaleza material de la planta.	Mayormente, mujeres, pocos hombres Aprendizaje con otros <i>rao mis</i> , no necesitan dietar. La base es la experimentación personal.	Curación de enfermedades naturales, respiratorias, gastrointestinales, y de otros tipos.	Con prestigio en la comunidad, suele haber 2 o 3 en cada comunidad.

⁵³ Elaborada a partir de información recogida de Minsa (2002); Morin (1998); Sánchez-Choy (2015); Nureña (2009); Caruso (2005) y Pacaya (2015).

Gran parte de los voluntarios del Comando Matico, a pesar de desempeñarse en diferentes profesiones y oficios (artistas, docentes EIB, comunicadores), han tenido algún tipo de acercamiento previo a la cultura de salud shipiba, o bien han sido aleccionados sobre el uso de plantas por algún familiar cercano. Este es el caso de Jorge Soria, que aprendió de su suegro y su hermana mayor, o de Mery, que recordaba la forma que su madre curaba a los enfermos en casa. Esto permitió la complementación de sus saberes, los cuales vienen de distintas familias, por lo tanto, de diferentes tradiciones clínicas.

Más allá de la presencia de Rafael García, *onaya*, considerado el “médico tradicional” del colectivo, todos los demás miembros pueden ser considerados *rao mis, tobi amis* u *onayas* con una formación incompleta, iniciados en el uso de las dietas con plantas. Ello revela la importancia que tiene para este pueblo contar con una formación básica en el manejo de plantas y técnicas tradicionales de tratamiento para considerarse un adulto, madre o padre de familia shipibo capaz de cuidar de su familia.

El lugar central que ocupan las dietas y las plantas en la salud shipiba. Es la íntima relación que mantienen los shipibos con su territorio, la fuente del conocimiento profundo que tienen de las plantas locales, así como de los preparados derivados de ellas. Las plantas no son usadas solamente para tratar enfermedades, sino, fundamentalmente, para modelar el comportamiento de los individuos y lograr convertirlos en sujetos competentes del pueblo shipibo. Esto, bajo el entendimiento de la propia sociedad shipiba de lo que debería poder hacer un hombre o una mujer para formar una familia, sostener a su prole y ocupar un lugar en la comunidad. En este sentido, las familias *curan* a los niños y niñas, a los jóvenes; es decir, educan y preparan los sentidos, las emociones y el cuerpo para la vida adulta. Para este trabajo de *curación*, se valen de las plantas, las cuales poseen el poder y conocimiento necesario para inculcar un buen comportamiento, y volver a los hombres y mujeres competentes para las labores de supervivencia y reproducción de la cultura shipiba.

Una persona no *curada* correctamente tendrá conductas reprobables, será colérica, egoísta, floja y poco habilidosa en las actividades encomendadas para la vida. Lo que no *cura* la madre en los hijos, luego, tiene que resolver la esposa o la suegra dando de dietar las plantas que faltaron. El vínculo que se genera con las plantas a través de las dietas es una pieza fundamental en la correcta maduración de las personas. El pueblo shipibo reconoce, en

ese sentido, a las plantas, como hermanos mayores, personas no humanas, transmisoras de los saberes de la cultura del pueblo shipibo. Hacerse shipibo es recibir estos saberes a través de la mediación de los padres, pero siempre son las mismas plantas las que enseñan. Alejarse de las plantas, conlleva, en consecuencia, la aparición de los estilos de vida no tradicionales fuentes de desequilibrios, considerados equivalentes a caer en la ignorancia.

El bosque amazónico es una gran farmacopea natural con una notable cantidad de plantas reconocidas por los shipibos a través de sus usos. Conforman, así, un importante corpus de medicina etnobotánica y un sistema taxonómico indígena con al menos cinco formas clásicas de vida: *shobi* (hierba), *jiwi* (árbol), *nishi* (liana), *nepax* (plantas flotantes), *manish* (grandes plantas herbáceas). Se consideran, además, tres niveles taxonómicos: forma de vida, género popular y especies populares (Tournon et al., 2015).

Además de esta tipología, se encuentran otras formas de clasificación que parten del uso y no de la morfología, como es el caso de las plantas *rao*, “plantas de poder”. La palabra hace referencia a las cualidades materiales y espirituales de estas plantas, que puedan tener un "poder", y ser biológica o culturalmente activas (Arévalo, 1994, citado en Tournon et al., 2015). Las *rao* no solo tienen una estructura material para los shipibos, sino un modo espiritual de ser, que se manifiesta únicamente a quienes las dietan con la finalidad de conocer sus espíritus.

Según Tournon (2002), se estima un total de 350 tipos de plantas que son clasificadas como *rao*. Esta noción de poder en ciertas plantas va más allá del ámbito de la curación. Algunas *rao* pueden servir para *dañar* o manipular; tal es el caso de las *pusangas*, usadas para enamorar bajo encantamiento a alguien a través de rituales de *amarres*⁵⁴, o bien para fortalecer, de forma consensuada, los lazos de pareja ya formados (Hammerschmidt, 2019). Este fenómeno da un claro ejemplo de los usos sociales de las *rao*.

Las plantas, al ser concebidas como personas no humanas, poseen personalidades. Ciertos “palos grandes”, como el *chirisanango* o la *lupuna*, tienen un temperamento dual, y pueden ser usadas para dañar o curar según las intenciones de quien las use. Esta personalidad

⁵⁴ Los *amarres* son rituales que involucran preparados con plantas, (en el caso shipibo, la *pusanga* suele contener tipos de *piri piri*), dietas y brujería (uso mágico de prendas o cabellos de quien se quiere afectar). El objetivo de los amarres es conseguir que la otra persona se enamore o no pueda salir de una relación sentimental con la persona que ha solicitado este trabajo de brujería.

dual de la planta tiene que ser tomada en cuenta por la persona que decide dietarla al momento de acercarse a ella, pues su actitud e intenciones definirán el resultado final de la dieta. No obstante, poco se ha escrito respecto a las dietas o del poder social que implican para los que han transitado por estos procesos de *curación* y protección. Sin embargo, es sabido que las personas con dietas de palos grandes cuentan con “aliados” poderosos que los protegen y convierten en personas influyentes dentro del pueblo shipibo.

Las plantas se dietan: un pueblo que habla con las plantas. El camino tradicional que siguen los shipibos que muestran interés por aprender y relacionarse con las plantas va desde lo material a lo espiritual. Por eso, en la jerarquía de conocimiento y aprendizaje, se encuentran, en la base, a los *raomis*, madres de familia que suelen tener un conocimiento básico sobre las plantas, usándolas para tratar enfermedades simples. No obstante, en la medida en que se profundiza, el interesado en las plantas debe iniciar un trabajo personal, en el que la dieta (*samá*) es fundamental para el desarrollo de sus habilidades curadoras. La dieta tiene una doble función. Por un lado, hace referencia a las prohibiciones que permiten purificar el cuerpo del curandero-shamán: no tener actividad sexual; no comer carne, ni condimentos, como sal, azúcar; tener una dieta basada en pescado e *inguiri* (término en castellano regional para referirse al plátano sancochado); aislamiento de la comunidad y recogimiento; entre otras recomendaciones. Por otro lado, la dieta hace referencia al uso continuo de una planta elegida durante meses, incluso, años, lo cual permite al iniciado captar sus propiedades medicinales químicas y su espíritu.

Este método de aprendizaje se asemeja a la creación de un vínculo familiar con alguien que, en un principio, se presenta como un extraño. A través de la dieta, se socializa con la planta elegida. La planta conoce al dietador y sus intenciones, y el dietador conoce los matices de la personalidad de la planta. Así, los shipibos convierten a las plantas en aliadas de su labor sanadora y protectoras ante cualquier amenaza o agresión. Estos procedimientos no son espontáneos; son mediados por una institución transgeneracional de maestros/abuelos que inician a aprendices, vinculados por relaciones de parentesco, pertenecientes a un mismo clan familiar. Un curandero suele enseñarles a sus hijos el oficio, bien por un llamado en sueños, o incluso por determinación propia. Como lo sostiene Arévalo, curandero shipibo y enfermero, autodenominado *meraya*, para él, *existen* tres modalidades posibles de

transmisión de los poderes shamánicos: por herencia; elección de los espíritus; o elección voluntaria, con o sin ayuda del maestro (citado en Morin, 1998).

Algunas plantas que han sido introducidas posteriormente no forman parte de la botánica autóctona, sin embargo, la cultura vegetalista del pueblo shipibo las ha incorporado y encontrado usos medicinales a sus preparados. Tal es el caso del jengibre, el ajo, la cebolla, el limón, entre otros. Estos elementos foráneos, incorporados por el pueblo shipibo a sus tratamientos, revelan su disposición general a usar plantas de forma medicinal, más allá de su procedencia. Esta ha sido la lógica de uso y la actitud hacia ellas. Más allá de una tradición estática o una memoria de conocimientos ancestrales detenida en el tiempo, revela un método y un reconocimiento de la planta como sujeto social, fuente de poder y conocimiento.

Situación de la medicina shipiba en la actualidad. La trasmisión, reproducción y desarrollo de la cultura de salud del pueblo shipibo lucha con otros procesos que atentan contra su sostenimiento. La depredación de los bosques, los movimientos migratorios, y el reemplazo de las formas de vida comunitaria rural por los estilos de vida que imponen las urbes y la urbanización del espacio amazónico son contrarios a la difusión de la medicina vegetalista. Así también, la monetización de la subsistencia impacta sobre las profesiones médicas tradicionales y hacen que pierdan atractivo, o bien se desarticulen de la población misma, y se dirijan hacia un mercado de turistas en busca de experiencias psicodélicas o espirituales en desmedro de su sentido original: el cuidado del pueblo shipibo.

Los jóvenes eligen, mayoritariamente, carreras técnicas o empleos en las ciudades, lo que les aleja de los abuelos y abuelas sabias, quienes se quedan sin poder transmitir sus conocimientos a las siguientes generaciones. Ello genera un quiebre en la transmisión oral de los conocimientos relativos al uso de plantas, el manejo de dietas y aspectos íntimos en la iniciación de los Onayas. No obstante, esta falta de recambio generacional ha introducido nuevas dinámicas en el mundo del chamanismo shipibo. Son ahora los foráneos, en su papel como clientes, los que han venido a ocupar este vacío. Convirtiendo el uso de plantas, como la ayahuasca, o la iniciación en las dietas, en productos de mercado que responden a la demanda creciente de experiencias psicodélicas; o bien a tratamientos alternativos para problemas psicológicos y psiquiátricos que no encontraron solución bajo tratamientos convencionales.

Muchos de estos usuarios, fascinados por el mundo visionario y la seguridad que dan las plantas, pasan rápidamente de ser pacientes a “shamanes en formación”, convencidos, bajo las promesas de los guías, de que también pueden ser onayas como ellos. Los interesados terminan pagando una formación armada especialmente para este público. La cual termina siendo el producto principal de este mercado turístico shamánico.

Este fenómeno ha acelerado la apertura de centros de retiro y ha transformado el oficio del onaya en un negocio lucrativo y una identidad que muchos foráneos ambicionan adquirir. Todo esto sucede en un circuito que resulta totalmente ajeno a la vida social y a las problemáticas que atraviesan la gran mayoría de shipibos. Consolidando la sustracción de la figura del especialista en medicina tradicional, de su lugar históricamente asignado por la misma cultura shipiba, como elemento fundamental que vela por el bienestar de la comunidad nativa.

No ha sido, si no, hasta la llegada del coronavirus, que se ha generado un fenómeno social de revalorización de la medicina tradicional por parte de las familias shipibas urbanas, quienes habían experimentado la mayor desconexión de los saberes tradicionales en este proceso de migración forzosa y aculturación a las que son sometidas en las ciudades.

La situación de los agentes de salud tradicionales shipibos frente al Estado no es muy distinta. Los especialistas, a pesar de ser reconocidos en los estudios epidemiológicos del Minsa y del Mincul, no pertenecen formalmente al sistema médico público, ni son subvencionados por el Estado. Incluso, son mal vistos en las comunidades que han abrazado la doctrina evangélica, porque los pasan a catalogar como brujos y emisarios del demonio. De hecho, solo las parteras tradicionales han sido incorporadas y tecnificadas en programas experimentales del Minsa a través del Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA), que ha promovido el parto vertical como una alternativa en zonas rurales ante la alta tasa de mortalidad en madres gestantes (Nureña, 2009). A pesar de los esfuerzos, estas iniciativas no tuvieron continuidad ni logran su integración total al sistema de salud público.

Fuera de las iniciativas del Estado peruano, ha habido iniciativas que han partido de las mismas organizaciones indígenas para promover modelos de salud intercultural

amazónica desde su autodeterminación. Al respecto, Cárdenas et al. (2017) realizaron una investigación sobre la formación de Enfermeros en Salud Intercultural Amazónica que promovió AIDSESP en la provincia ucayalina de Atalaya. Este programa educativo tuvo a *onayas* como maestros, y a las dietas de plantas y uso del Ayahuasca, como elementos importantes en la formación de los estudiantes. Ellos tuvieron acceso a un título profesional, y además pasaron por un proceso de revalorización del conocimiento propio y los elementos culturales que los representan. Sin embargo, Pesantes (2014) sostuvo que, pese a la buena voluntad por parte de las organizaciones indígenas, estas iniciativas no trascienden debido a que existen “dinámicas asimétricas entre los dos sistemas médicos” durante la implementación de servicios de salud (p. 232). Para Pesantes, estas propuestas requieren un fuerte apoyo político de las organizaciones indígenas, así como un marco de trabajo administrativo en el Estado, que tenga como precedente un cambio en la percepción que se tiene de los sistemas médicos indígenas desde los especialistas del sistema biomédico.

El desarrollo de la medicina tradicional shipiba, así como la viabilidad de los oficios tradicionales de medicina vegetalista en la actualidad, están sujetos al mercado laboral, y también a la disposición del Estado de reconocer al sistema de salud shipibo y sus representantes. La protección del territorio amazónico, como farmacopea de las culturas de salud amazónicas tradicionales, es un aspecto valioso por tomarse en cuenta para la continuidad de las prácticas de cuidado. Se busca la revalorización de sistemas tan complejos de aprendizaje y tratamiento, como son las *dietas* de plantas que el pueblo shipibo ha desarrollado a través de las relaciones sociales con las plantas locales por miles de años, en su forma particular de cohabitar el territorio amazónico de la cuenca del *Paro*⁵⁵ y sus afluentes.

2.4.2 Desplazamientos, movimientos migratorios y la creación de nuevas formas de ser shipibo

El trato que recibieron los indígenas amazónicos desde la Colonia hasta la República, dio a las diferencias étnicas y culturales un carácter jerárquico, de lucha, sometimiento y tensión, que pretendía ser resuelto por la cultura dominante mediante el genocidio, el sometimiento, la evangelización, o la imposición de nuevos estilos de vida económica y

⁵⁵ Nombre en shipibo dado al río Ucayali

cultural. Este proceso implicó desplazamientos y reducciones de las comunidades clánicas y semi nómades shipibas, pues los religiosos aplicaron la misma lógica seguida con la creación de las comunidades de indios en la sierra, que facilitaban su manejo y control por parte de los colonizadores.

Posterior a este proceso de reducción que dio inicio en el siglo XVIII, el siglo XX ha sido un periodo en el que grandes extensiones de bosques fueron depredadas y se crearon grandes focos urbanos en la Amazonía. Pucallpa es uno de esos enclaves desde el que se expulsaron grandes poblaciones de indígenas, principalmente shipibos, que tenían el dominio de la zona ribereña del sector central del Ucayali. La reducción demográfica resultante fue, además, un factor importante para la cohesión de la identidad Shipibo-Konibo-Xetebo frente a las amenazas externas (Espinosa, 2019b).

Desde entonces, moverse por el Ucayali, para los miembros de este pueblo, ha tomado una significación de adaptación a un contexto amenazante. Sus interlocutores sociales aparecen con intereses ajenos y opuestos a los suyos en dinámicas de relación de poder asimétricas, en las que siempre se han encontrado en la posición subalterna y en el que el territorio ha sido el principal elemento en disputa. Desde esta posición, han tenido que desarrollar estrategias de lucha y sobrevivencia desde la subalternidad.

La destrucción del delicado equilibrio ecológico en el que vivían las comunidades shipibas con su territorio ancestral ha sido otra consecuencia del proceso de *conquista* de la selva. Actividades como la pesca y la caza no son posibles en zonas deforestadas o en los ríos contaminados por la minería ilegal o los desagües de las nuevas urbes amazónicas. Cada vez se pesca y caza menos, y los suelos son menos fértiles, pues no se respetan los periodos de descanso en la agroindustria de palma y otros cultivos. Este desequilibrio de fuerzas entre la sociedad nacional y los pueblos nativos, expresado a través de las actividades productivas extractivistas y la asimilación del indígena a las exigencias de un proyecto nacional monocultural, ha producido un fenómeno de “destribalización”, en el que se ha creado —en el imaginario nacional— la idea del “indígena genérico”, una otredad desprovista de las diferencias culturales y étnicas específicas de cada grupo (Ribeiro, 1973, citado en Espinosa, 2009, p. 50).

Esta cuestión problematiza la identificación étnica de los shipibos en espacios que no son considerados por las leyes como los lugares donde viven tradicionalmente los indígenas (comunidades nativas y caseríos rurales). Ello inviabiliza el proceso de movilidad y migración indígena a las zonas urbanas, que parte de la pérdida de identidad cultural ligada al territorio y los estilos de vida tradicionales⁵⁶. Esta búsqueda de ingreso a la sociedad nacional a través de la migración hacia las ciudades está sometida a un proceso de aculturación, de desaparición de los signos culturales propios en la vida pública y, en muchos casos, hasta en el ámbito familiar, para evitar que los hijos pasen por el mismo proceso de discriminación que los padres migrantes.

El 5 % de la población de Pucallpa se autoidentifica shipiba; el 7 %, en Yarinacocha, distrito con mayor presencia shipiba de la ciudad (INEI, 2018). Todos ellos son jóvenes que buscan una educación que los integre a un modelo de desarrollo hegemónico; padres de familia que quieren insertarse laboralmente en una economía que les permita acceder a recursos que solo pueden ser conseguidos bajo las lógicas del mercado; o madres sosteniendo familias divididas o conquistando su independencia económica bajo el oficio de artesanas en las nuevas comunidades urbano-marginales (Zavala y Bariola, 2007). Así, gran parte de las familias han renunciado a sus antiguas celebraciones y abrazado el cristianismo. Debido a los modos de ser de la cultura mestiza, la herencia cultural del shipibo se encuentra problematizada en este nuevo contexto que les exige mimetizarse y asumir que lo bueno es lo no-indígena y que lo indígena debe ser negociado con los otros en una posición desventajosa siempre (Macahuachi et al., 2019).

Frente a estas tensiones, propias de las ciudades mestizas, es fundamental una estrategia de negociación para la creación de espacios shipibos interculturales dentro de las ciudades de acogida. Espacios que surgen en el ámbito de los asentamientos humanos, en los que la población shipiba urbana mantiene el uso de su lengua y no tiene la necesidad de ocultar su identidad cultural. De igual modo, la organización en torno a una actividad como la artesanía —como el caso de *Maroti xobo*, un centro de artesanas en Yarinacocha— permite

⁵⁶ “la desaparición de los bosques debido a la deforestación y a la sobreexplotación de recursos naturales, así como la migración de los indígenas hacia las ciudades atentaría directamente sobre esta dimensión fundamental de la cosmovisión y la organización social amazónicas” (Espinosa, 2009, p. 50).

que las que ejercen este oficio puedan vender sus productos a precios más justos de los que tendrían que aplicar si no contaran con un espacio y una representatividad institucional.

A pesar de que el pueblo shipibo ha sido sometido, en su proceso de migración y cambio de estilo de vida, a fuerzas que tienden a horadar los fundamentos culturales de su identidad social, es importante comprender que los grupos shipibos que salen de sus comunidades no cortan lazos con sus lugares de origen. De hecho, en lo posible, evitan renunciar a sus formas de organización comunales. Tal es el caso de la comunidad nativa urbana de Cantagallo⁵⁷, en Lima, donde las familias han decidido mantener una organización comunitaria, visibilizar su identidad y exigen ser tratados igualmente como shipibos por el Estado. De igual modo, en los nuevos espacios periurbanos de Pucallpa, hay barrios enteros de shipibos donde existe la necesidad de constituirse como “comunidades interculturales”. Esto se debe a que la organización es el único respaldo que pueden obtener en un contexto donde salir de sus comunidades los invisibiliza como indígenas. Se crean, así, nuevas luchas indígenas en las ciudades con el objetivo de ser reconocidos como ciudadanos con iguales derechos, y no por eso menos indígenas, o menos ligados a su memoria colectiva e identidad étnica.

Esta lucha no sería plausible frente al desequilibrio de fuerzas en las relaciones de poder. Para ello, los indígenas se amparan en momentos históricos de reconocimiento de derechos y de políticas internacionales que protegen a las poblaciones indígenas. Estos hitos han dotado a la estrategia política del pueblo shipibo de herramientas legales para hacer valer su agenda territorial y ciudadana en el marco de una economía de mercado global. En efecto, desde las últimas décadas del siglo XX, se han comenzado a promover políticas de discriminación positiva al reconocer que las poblaciones denominadas indígenas han sido las menos favorecidas —por no decir, las más perjudicadas— del proceso de globalización de la economía y la cultura occidental (Vargas, 2003).

Los movimientos migratorios en el pueblo shipibo tienen una direccionalidad. Implican un flujo que va del espacio rural al urbano, siendo las comunidades el lugar de origen, y las grandes ciudades amazónicas o la capital, Lima, los puntos de llegada. Sin

⁵⁷ “En términos generales, he observado en Cantagallo que los Shipibo-Konibo están viniendo a Lima para buscar oportunidades para mejorar la vida en alguna manera. Un estudiante universitario de Cantagallo me dijo, para nosotros, Lima es una aspiración” (testimonio anónimo de comunero de Cantagallo, citado en Kennedy, 2011, p. 16)

embargo, esto no significa que los migrantes se desliguen totalmente de sus comunidades de origen. Por el contrario, se crean *puentes* migratorios donde la ayuda económica y el apoyo familiar son fundamentales. Muchos de los migrantes vienen y van, creándose la idea de que tienen “dos hogares”. Los familiares van a Lima a recibir educación o trabajar, y vuelven, luego, a las comunidades o a Pucallpa para emplearse o dejar que otro familiar recorra el mismo camino, mientras que ellos asumen el cuidado del hogar original y ejercen un rol de liderazgo en la comunidad.

De igual forma, muchos migrantes regresan a sus comunidades de origen por fiestas o para conseguir los materiales para el trabajo de sus artesanías. Al respecto, Kennedy (2011) observó:

No parece que hay una tendencia de movimiento bien clara adentro la comunidad de Cantagallo, sino que cada migrante shipibo-konibo tiene un ritmo de movimiento distinto. No necesariamente pasan físicamente por cada espacio con frecuencia, pero de una manera, está presente en cada uno. Y cada uno está presente en la mente. (p. 19)

Se demuestra que son las relaciones de parentesco las que permiten soportar a los migrantes las condiciones de riesgo y violencia estructural a las que son sometidos en búsqueda de un mejor estatus social.

Lo que es válido para Cantagallo lo es para el proceso de migración al interior de la región Ucayali. A través de la creación de nuevas comunidades en zonas urbano-marginales, las familias viven hacinadas y con un acceso limitado a servicios básicos. Díaz et al. (2017) estudiaron el proceso de adaptación sociocultural de los migrantes shipibos a la comunidad de Nuevo San Juan en las afueras de Pucallpa. Los autores advierten que la migración está “propiciada por factores de presión como la desigualdad en la distribución de recursos, falta de acceso a la tierra, y la lotización de las tierras comunales destinadas a actividades forestales o plantaciones de coca” (p. 250). Los fundadores de esta comunidad vinieron de la

comunidad de Betel, ubicada en el alto Ucayali, en el año 1984. Ellos fueron los que fundaron Nuevo San Juan⁵⁸ en las zonas marginales del distrito de Yarinacocha.

Según la historia contada por los mismos pobladores, los migrantes, a través de su esfuerzo colectivo, organización y protesta, trajeron servicios básicos como el alumbrado eléctrico y colegios que impartieran educación primaria y secundaria. De cierta forma, ellos mismos modernizaron, poco a poco, un área ignorada por la municipalidad. Así, su propia agencia como migrantes fue lo que impulsó la urbanización de un área rural cercana al casco urbano de Yarinacocha. A pesar de esto, las cifras que arrojan las encuestas en materia laboral indican que muchos de los empleos a los que se dedican los pobladores de Nuevo San Juan son ocupaciones precarias, con poca estabilidad laboral (vendedores ambulantes, obreros, empleados en tiendas), e incluso un 27 % se consideró sin trabajo al momento de realizarse este estudio. Sin embargo, la mayoría de los residentes de Nuevo San Juan consideran que su situación económica ha mejorado en comparación de la comunidad donde residían antes (83.8 % de los encuestados así lo consideran).

A pesar de estos datos, que demuestran que el proceso de migración se sostiene en el acceso a más servicios, mejores posibilidades de desarrollo económico, viviendas de material noble, y educación primaria y secundaria, el 100 % de los encuestados refirieron extrañar el tipo de vida que tenían en la comunidad de origen. Esto plantea seriamente un fenómeno de descontento por lo perdido frente a lo logrado, ya que esa vida que los migrantes extrañan es incompatible con lo que ahora buscan o necesitan en sus nuevas trayectorias de vida. Estos procesos se enmarcan en cambios sociales muchos más grandes e irreversibles, situación que ha hecho que la condición de *pobreza* sea ahora una realidad concreta en estos contextos⁵⁹.

Ante la imposibilidad de vivir de la naturaleza, los comuneros deben subsistir de la compra de alimentos, es decir, de monetizar su subsistencia en un medio en donde el mercado es germinal. Con esto, pierden su autosuficiencia y se vuelven dependientes de su fuerza laboral infravalorada en un mercado informal. Para Kennedy (2011), por estos motivos,

⁵⁸ “De acuerdo a la información recolectada realizada en la comunidad de Nuevo San Juan sobre las razones para migrar desde su antigua comunidad hacia un lugar más cercano a la zona urbana, tenemos que el 27% lo hicieron debido a desastres naturales (inundaciones y contaminación de las aguas principalmente), 32.4% refiere que migraron por estudios y el 21.6% por trabajo.” (Díaz et al., 2017, p. 254).

⁵⁹ “Porque un pobre de la selva no tiene luz, no tiene agua potable, no tiene teléfono, no tiene Internet, no tiene carro. En ese sentido, es pobre. Pero es rico en el sentido de que tiene mucha tierra. Tiene palos, árboles para sacar la leña. Tiene pescado. Tiene plátano. Tiene yuca. En ese sentido, yo considero que no es pobre. Pero en otro sentido, es pobre porque no tiene la tecnología... Son ricos, pero son pobres” (Testimonio de Roger Márquez, comunero shipibo de Cantagallo, citado en Kennedy, 2011, p. 22).

existe una *pobreza móvil* en la población shipiba. Escapando de la nueva situación de pobreza de la vida rural, buscan mejores oportunidades en el espacio urbano y en la capital, pero llegan a ocupar espacios marginales para vivir hacinados y sin servicios básicos.

Fuera del debate en torno a los factores que hacen que se mantenga una situación de pobreza en los movimientos migratorios del pueblo shipibo, ha sido y viene siendo sumamente importante descubrir los espacios de negociación de la identidad al interior de las ciudades. Aquellos shipibos pucallpinos que han logrado adquirir un nivel académico universitario son los que hoy en día lideran movimientos artísticos, dirigen programas radiales, encabezan las organizaciones indígenas y tienen una vida política activa. Los círculos de amistades de los profesionales y activistas se caracterizan por la presencia de artistas, comunicadores shipibos, y docentes. No obstante, estos líderes siguen manteniendo vínculos con sus comunidades de origen, y son considerados miembros importantes de ellas. Por tales motivos, asumen un rol de puentes entre los espacios más íntimos y tradicionales de la sociedad shipiba con las fronteras interculturales que se hacen más evidentes en el espacio urbano y su interacción con la sociedad mestiza.

El rol que juegan los líderes shipibos urbanos hace que sus existencias se introduzcan en la vida pública, ya que, de cierta forma, ellos muestran quienes son —no solo como individuos, sino también como representantes de su pueblo— a los *otros*. Esta representación es fluida, pues sus trayectorias de vida son el resultado de la movilidad entre dos mundos, que bajo su propia experiencia de vida se hacen uno en su manera de representarse en el ámbito privado y público, entre sus paisanos, hacia los mestizos y a los foráneos. Este *lugar* entre las fronteras de su pueblo, y la sociedad de mercado y sus instituciones es lo que, siguiendo el razonamiento de Barth (1976) generaría una estrategia identitaria al representarse como shipibos. De ello depende, también, su capacidad de conseguir una mejor situación para sus familias y para su pueblo, así como ponerse bajo la bandera identitaria para que sus discursos de búsqueda de justicia social adquieran mayor relevancia en espacios no tradicionales. Por ello, a pesar de que el uso de la *cushma*⁶⁰ se haya perdido en la vida cotidiana de la ciudad al adquirir los ropajes occidentales que les permiten mimetizarse y ser uno más en la ciudad, los representantes shipibos eligen usar la *cushma* en eventos formales

⁶⁰ Vestimenta tradicional de una sola pieza usada por el pueblo shipibo y otros pueblos amazónicos

frente a la sociedad nacional y local, ya que así logran notoriedad para hablar sobre las demandas de su pueblo y sus intereses. Del mismo modo, incorporar elementos propios de su cosmovisión los sitúa como interlocutores en un contexto donde se promueve la interculturalidad como un proyecto político y social necesario en una sociedad multicultural como la peruana. En este sentido, representarse estratégicamente —tanto en la performance, como en el discurso de indígenas, shipibos, defensores ambientales, pueblos originarios— es una herramienta política asumida con mucha consciencia por aquellos shipibos que ejercen roles de liderazgo dentro de su pueblo.

2.4.3 El desacuerdo como punto de partida para el análisis de los modelos de salud intercultural

Rancière (1995) introduce la noción de desacuerdo como condición propia del encuentro político, partiendo de entender como política a algo más que “la mera adaptación a las exigencias del mercado mundial y el reparto de costos y beneficios” (p. 6). Para Rancière, la reflexión política es posible al llegar al punto de desacuerdo entre las partes, “situación en el habla: aquella en que uno de los interlocutores entiende y a la vez no entiende lo que dice el otro” (1995, p. 8). Debido a esto, según Rancière, mediar entre las partes de este desacuerdo exige reconocer que las tensiones entre ellas no solo se dan por desconocimiento o imprecisiones, sino que implica considerar que existe una atribución distinta que cada grupo le da a un mismo concepto; durante el diálogo, el concepto en disputa aparece y es “entendido y no entendido” por el otro, que es capaz de “entender claramente lo que dice el otro [pero] no ve el objeto del que el otro habla” (p. 9). Este desacuerdo suele quedar disimulado de forma concertada bajo el dominio de una de las partes. Por lo que es necesario evidenciar esta situación y revelar el desacuerdo, oculto bajo la mesa, como punto de partida para que la política sea posible, es decir, que la disposición de lo justo y el orden social encuentren realmente una coincidencia entre las partes que trascienda la imposición de lo que cada uno postula como lo común.

La descripción que Rancière (1995) hace del *desacuerdo* es sumamente útil para revelar la lógica dominante detrás de la relación entre el Estado y los pueblos indígenas bajo la forma de diálogos interculturales. Estos desacuerdos parten de la complejidad que implica

la relación entre las culturas implicadas (la cultura del Estado peruano y las culturas originarias), y de las relaciones de poder asimétricas, que están impregnadas casi siempre en la mirada estatal de la interculturalidad. Según Rancière (1995), el diálogo real empezaría solo al admitir que, detrás de todos estos mecanismos jurídicos e institucionales que supuestamente aseguran la participación del *otro* indígena en la construcción de las políticas interculturales, el desacuerdo permanece subyacente, puesto que el mismo Estado es incapaz de admitir que su posición hegemónica y dominante no es cuestionada por sus propios mecanismos de diálogo.

Al igual que Rancière (1995), Zúñiga y Ansión (1997) afirman lo siguiente:

Es necesario reconocer y asumir el conflicto cuando se presente, pues éste implica contacto con el otro, condición básica para la construcción de una identidad, sea personal, cultural, o social (...) Si pensamos en la gestación de una identidad nacional, debemos admitir que el conflicto entre los ciudadanos de un país puede ser el germen de un entendimiento. (p. 10)

Diferentes investigadores coinciden en que la interculturalidad como proyecto e ideario que busca políticamente democratizar estados plurinacionales en los que conviven diferentes culturas debe partir del reconocimiento de la interculturalidad de hecho (Tubino, 2005). Esta interculturalidad *de hecho*, en la historia del Perú, se ha caracterizado por “influencias mutuas que se han producido en medio de relaciones sociales jerarquizadas, y de procesos de dominación y explotación (Zúñiga y Ansión, 1997, p. 12).

Bajo este entendimiento previo, la interculturalidad como proyecto sería una invitación a asumir responsabilidades frente a una meta común, es decir, frente a la construcción de un destino elegido por todas las partes. Ello debe involucrar la forma de concebir un desarrollo que sea el resultado del diálogo entre saberes de distintos orígenes culturales, así como de la crítica a los desarrollos impuestos históricamente. Para lograr esto, es necesario contar con la mirada del otro, cultural y políticamente hablando, para interpelar los puntos ciegos del modelo cultural dominante. Por esta razón, pretender sobrellevar el conflicto o el desacuerdo, y asumirlo como superado —ya sea bajo la adquisición de actitudes o “modales” de respeto expresados en procedimientos y manuales técnicos que asegurarían el entendimiento, o, peor aún, imponiendo una mirada vertical y culpando al otro de tener

“barreras culturales” frente a nuestra disposición—, contribuiría a agudizar el conflicto y no a establecer las bases necesarias para abordarlo de forma consciente.

Al llevar estas reflexiones respecto al desacuerdo y la interculturalidad al ámbito de la salud, se puede afirmar que no son solo las diferencias entre los sistemas médicos los que hacen que se produzca este *conflicto intercultural* al momento de querer dialogar, sino también la posición y la legitimización social que cada uno tiene dentro de una sociedad pluricultural, donde las culturas conviven de forma estratificada. En otras palabras, bajo relaciones asimétricas y desiguales. En la salud, esto es evidente con la hegemonía del modelo biomédico y la subalternización/folklorización de los sistemas de salud indígenas. Esta situación limita las iniciativas del Estado por integrar estos sistemas, así como las iniciativas indígenas de salud intercultural (por ejemplo, la del Comando Matico), de ser reconocidas por el Estado y articularse al sistema público sanitario.

La manera de concebir el servicio de salud intercultural tiene diferencias cruciales entre las partes, ya que salud intercultural y salud para los pueblos indígenas son equivalentes para las iniciativas estatales; en cambio, para las iniciativas que parten de la ciudadanía indígena, la salud intercultural ha sido una propuesta válida para toda la población en general. Esto plantea una problemática y desacuerdos específicos entre la democratización de la noción de interculturalidad y su limitación al ámbito de los sujetos racializados dentro de la sociedad nacional.

Se podrá observar que, dentro de los equívocos en salud intercultural, la noción de interculturalidad para el Estado se circunscribe al cumplimiento de una norma hecha para desarrollar políticas de discriminación positiva hacia la población indígena. En cambio, la noción de interculturalidad en salud, que es reapropiada por la población indígena, empodera sus propios sistemas de salud y medicina para posicionarlos como válidos para toda la población en general. Estos aspectos se vehiculizan en la configuración de las propuestas que, finalmente, al expresarse y conocerse, evidencian un desacuerdo que va desde el terreno de los conceptos y las normativas, hasta las estrategias, acciones y alcances. Así, se abre una disputa política respecto a la interculturalidad en salud que no termina de aceptarse en las mesas de diálogo y en la elaboración de las políticas públicas, pues se omite el desacuerdo inicial del debate.

Por tal motivo, Ilizarbe (2019) toma la noción de *desacuerdo de* Rancière y la aplica al ámbito de la interculturalidad. La asume como elemento base del que parte el diálogo intercultural, entendiendo que, si bien las culturas pueden comunicarse, no significa que puedan entenderse o compartir objetivos comunes (muy a pesar de que este sea el deseo implícito en los procesos de concertación). Estos desacuerdos se hacen evidentes en las tensiones presentes entre el plan estratégico propuesto por el Estado y las organizaciones indígenas. En efecto, las organizaciones indígenas han denunciado su descontento, indignación y disidencia respecto de lo que, para el Estado, es una oferta de salud con pertinencia intercultural, pero que, para ellos, que piensan la interculturalidad bajo su propia agencia, no pasa de ser una imposición más a su contexto.

Los antecedentes de estas tensiones se asientan, para Ilizarbe (2019), en el “marco de una desigualdad y exclusión de los grupos indígenas arraigada en el pasado colonial del país” (p. 144). Por ello, para Ilizarbe (2019), los movimientos indígenas encarnan “una disputa con el Estado en torno a la ciudadanía (...) su agenda no sólo incluye demandas socioeconómicas y derechos políticos, sino que también exige una transformación del Estado y la democracia desde dentro” (p. 146). Le da ese tono crítico y de resistencia a las iniciativas de salud intercultural autogestionada por la sociedad civil indígena frente a un Estado amenazante o bien ineficiente. Por tal motivo, iniciativas como la del Comando Matico no se limitan a tratar a los enfermos, sino que, además, denuncian el *desacuerdo*, a pesar de la necesidad de complementarse en la práctica. Con ello, se delimita el marco de las negociaciones y las críticas.

Para Tubino (2018), la interculturalidad se plantearía bajo tres dimensiones: la factual, la normativa y la política. Estas dimensiones, para Ilizarbe (2019), se encuentran en tensión en la realidad nacional. Plantea que, si bien el terreno de la normatividad en salud intercultural está, desde su introducción en el Minsa, en constante actualización y desarrollo, estas no alcanzarían para hacer plenamente efectivas las políticas ciudadanas en esta materia. Esto se debería a que su aplicación desarticulada impide una verdadera transformación de la realidad sociocultural, la cual exige una mayor cuota de poder y participación de la ciudadanía indígena en las políticas destinadas a su propia gente.

La propuesta del Comando Matico revela *la salud intercultural posible* cuando la elaboración de la propuesta está en poder de la ciudadanía indígena, y genera sus propios protocolos y formas de plantear la salud. Esto es hacer política, puesto que, si bien la Diresa y el Comando Matico se refieren al mismo objeto, *le atribuyen significados distintos*, tomando las palabras de Rancière aplicadas por Ilizarbe al contexto de la interculturalidad. Sin embargo, esta salud intercultural posible que elaboró el Comando Matico se dio en un contexto excepcional, porque el poder habitualmente ejercido por el Estado respecto a la salud intercultural no estuvo presente dados su propio colapso y la falta de recursos en pandemia.

Debido a estas consideraciones, Ilizarbe (2019) cree que es importante concebir la interculturalidad como un “proyecto político”, donde no se puede:

asumir una lengua común, unos intereses comunes, unas visiones del mundo comunes o incluso un estatus sociopolítico común. Por el contrario, tiene que partir de estas difíciles condiciones y trabajar de forma creativa y colaborativa para construir un lenguaje e intereses comunes (...) es mejor dar un paso atrás y considerar las raíces del desacuerdo y la desconfianza y trabajar sobre estos factores para diseñar y desarrollar procesos de diálogo que pretendan construir nuevas formas de interacción social y política. (p. 155)

Este *paso atrás* del que habla Ilizarbe (2019) es fundamental para comprender el contexto de desencuentro, y para no asumir que la creación de una propuesta como la del Comando Matico se limita a una construcción interna, espontánea y puntual. Esta parte de una reflexión previa y una toma de postura, que cuenta con años de experiencia teniendo al Estado como interlocutor y a la Diresa como un espacio donde se concibe la salud sin su participación y sin sus ideas. Estas consideraciones van más allá de su posición como usuarios insatisfechos o población más “vulnerable” frente al resto de usuarios del sistema sanitario.

2.4.4 Elementos para la reconstrucción de las bases conceptuales de los modelos de salud intercultural

Como precisa Menéndez (1994), los sistemas de salud se encuentran en un lugar central dentro de cada cultura. Por ello, los sistemas médicos son formas complejas, en constante transformación al interior de las culturas, y con sus propias epistemologías sobre los procesos de salud, enfermedad y atención. Por tal razón, exponer una propuesta de salud intercultural implica “develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud” (Alarcón et al., 2003, p. 1062). Esto pasa necesariamente por brindar mayor comprensión sobre los elementos centrales de cada cultura puestos en juego al ensayar lo intercultural como proyecto. Para tal labor, Alarcón explica que, en el contexto de salud, la dimensión conceptual y material de las culturas “se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad” (Alarcón et al., 2003, p. 1062), así como la credibilidad y el éxito que tienen las prácticas destinadas a la recuperación de los enfermos. En este sentido, esclarecer cómo se hacen presentes estas dimensiones en los protocolos, el tratamiento y las tecnologías de cada modelo será importante para develar los axiomas que sustentan la práctica médica, así como los medios que usa cada propuesta para encontrar validez y legitimidad.

Al respecto, Alarcón et al. (2003) propone como ejemplo la manera en que la biomedicina usa los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos académicos como fuentes de validación de su pensamiento:

...otras culturas aceptarán como fuente de legitimación, los sueños de un shamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias) (p. 1063)

Sin embargo, estas se diferencian en las premisas culturales de las que parten. Encontrar, en este sentido, las premisas culturales y formas de validación será fundamental para entender las diferentes lógicas en el proceder detrás de las intervenciones y tratamientos médicos.

Siguiendo el hilo de estas reflexiones acerca del lugar que ocupa la salud en la cultura, un trabajo etnográfico realizado durante la pandemia por Uffe y Vergara (2021a) abordó el tema del cuidado y el trabajo colaborativo de una comunidad del pueblo Kukama Kukamiria. Las autoras usaron el concepto de *conocimiento autorizado* para hablar sobre el conocimiento que respalda las acciones llevadas a cabo por los comuneros y comuneras Kukama en sus acciones para enfrentar la COVID-19. Estos conocimientos, reconocidos como válidos por su propia colectividad, son transmitidos de una forma íntima y orgánica entre los miembros de la comunidad a través de la vivencia familiar. Sin embargo, a pesar de ser validados y transmitidos por el pueblo Kukama Kukamiria, estos *conocimientos autorizados y situados* se encuentran, a su vez, sujetos a las relaciones de poder con otras estructuras sociales, como las del Estado peruano, que reconoce otro conocimiento, el del enfoque biomédico, desautorizando —implícita y, a veces, explícitamente— a otros sistemas de conocimiento.

No obstante, es importante reconocer que las transformaciones al interior de los grupos existen y que cada cultura es dinámica, receptiva a experimentar transformaciones en sus modelos explicativos; estos *conocimientos autorizados* por cada grupo cultural están sujetos a relaciones de poder. Dependen, también, de los *conocimientos-otros*, que son autorizados cuando hay una disposición al intercambio, la asimilación y elaboración de elementos culturales externos dentro de la cultura propia. Es importante el análisis de la adquisición de recursos terapéuticos de otros grupos humanos para identificar lo *otro cultural*, y el nivel en que está presente lo intercultural, incluso de forma inadvertida en cada modelo.

Las relaciones interculturales en salud se dan entre los sistemas médicos o las culturas, y son entendidas como una cuestión étnica e identitaria; la experiencia del usuario está en función no solo de las acciones de los agentes de salud, sino también de la implícita “credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación” (Alarcón et al., 2003, p. 1063). Esto se debe a que la interculturalidad se da al interior del modelo pensado y puesto en práctica, y a través de la relación *intercultural* entre la cultura del agente de salud y la cultura del usuario. Este es un aspecto fundamental para que los pacientes se adhieran a los tratamientos, ya que, para la eficacia del proceso de tratamiento, es fundamental la correspondencia entre las explicaciones brindadas por los médicos/agentes de salud y los

pacientes/usuarios. Alarcón et al. denomina a estos factores *validación cultural* y *negociación cultural*. El primero busca la legitimidad dentro del contexto cultural en que surge, mientras que el segundo busca puntos de consenso que permitan la cooperación entre pacientes y médicos. Estas nociones conceptuales son fundamentales para verificar la percepción de los usuarios de cada servicio, y su grado de satisfacción e insatisfacción respecto a la atención recibida; tal es el caso de los procesos de validación entre los miembros del Comando Matico respecto a sus propios procedimientos o los choques culturales con pacientes mestizos que puedan haber surgido durante las atenciones como parte de una negociación cultural entre los implicados.

2.4.5 La interculturalidad crítica y decolonial

Tubino (2018) y Walsh (2009) plantean que la interculturalidad no es completa ni horizontal si no se parte de reconocer que las dificultades que se experimenta al plantear lo intercultural desde el Estado, como ciertas problemáticas ligadas a la cuestión étnica y la colonialidad del poder. Por ello, se debe reconocer que la coexistencia cultural no se desarrolla bajo una convivencia armoniosa donde la cuestión étnica está al margen de la política y la construcción de la ciudadanía.

Esto resulta muy importante, además, tomando en cuenta que la población que se considera nativa es minoría en relación a los otros grupos étnicos en todo el continente americano, lo cual es un fenómeno único en comparación con otras áreas culturales (Aguilar-Peña et al., 2020). Este evento estadístico es el resultado de un proceso histórico de colonización y de subalternización del *otro indígena*. Es la consecuencia de un proceso de choque cultural donde una parte subyugada ha debido “adaptarse” a las exigencias culturales, epistemológicas y económicas de la parte invasora. Por tal motivo, la etiqueta de “indígenas”, actualmente, es usada para cohesionar a varios grupos humanos que han compartido un mismo lugar en la historia, y que reclaman los mismos derechos colectivos e individuales bajo una misma bandera: la de la ciudadanía indígena u originaria.

La historia de los indígenas es de resistencia y lucha, así como de asimilación cultural y desindigenización, causantes del abandono de sus prácticas y elementos culturales, requisitos exigidos por la sociedad nacional para que lleguen a alcanzar la ciudadanía. Por eso, conquistas sociales importantes, como el reconocimiento del territorio indígena,

comunal, campesino, han debido darse en un clima de protestas y enfrentamientos, mártires y resistencia (Hall, 2013). La historia del pueblo shipibo no es una excepción a esta comprensión.

En ese sentido, sin la presión social que han ejercido históricamente los movimientos indígenas y campesinos, las reformas a favor de los pueblos originarios al interior de los estados poscoloniales no hubiesen sido puestas en marcha. Estas luchas han sido necesarias para que el Estado peruano haya ampliado su base de reconocimiento ciudadano para incluir a los indígenas, aunque de forma progresiva, dentro de una normatividad especial que da acceso a un reconocimiento parcial de sus identidades y derechos, por más imperfecta que esta sea.

Existe un proceso de homogenización de las identidades para la creación de un estereotipo de ciudadano moderno: urbanizado, mestizo y castellanizado. De este modo, el indígena amazónico, el más alejado del estado criollo fundado en la costa peruana, ha sido el último en tener acceso a su identidad como peruano en un país donde los indígenas de la sierra pasaron a ser campesinos para adquirir el reconocimiento como propietarios colectivos de sus tierras. En ese sentido, lo *indígena* del poblador amazónico autóctono obedece más a su situación respecto a las *otras* identidades nacionales, que a procesos endoculturales. Al respecto, Walsh (2002) bien señala que el tema de la etnicidad no aparece como una cuestión étnica en sí misma, sino que responde a la “subalternización social, política y cultural de los grupos y de los conocimientos” (p. 124).

Debido a estas consideraciones, es importante reconocer que las identidades étnicas están sujetas a la mirada, narrativas y poder del otro, y que la comprensión de lo indígena o lo no indígena en cada individuo obedece a más variables que la afiliación a un grupo cultural o la herencia genética. El tema de las identidades étnicas y lo indígena responde fundamentalmente a una cuestión intercultural y política en la que el poder y sus relaciones en el contexto local deben pasar por estas categorías ante la constatación de un hecho social importante: no hay una separación clara entre el grado de beneficios y oportunidades de desarrollo entre las clases sociales y la valoración social de lo *étnico*. En el Perú, etnia y clase social se mimetizan, y estas categorías se cargan de significados que responden más a la

historia que recorre el poder racializado, que a una herencia cultural o memoria colectiva de grupos étnicos que solo obedezca a procesos endoculturales.

De este modo, las identidades indígenas asumen la rebelión y la resistencia como atributos de sus culturas, como respuesta histórica a la hegemonía y al poder social que monopolizan; ejercen los grupos étnicos dominantes, quienes justifican, bajo explicaciones raciales (étnicas), su posición de privilegios. En el Perú, *lo propio*, culturalmente hablando, es el resultado de la interacción intercultural asimétrica, donde las tensiones propias de una historia de resistencia y dominación han terminado modelando las interioridades al punto de no poder diferenciar la historia de resistencia de la historia cultural de los grupos originarios.

El Perú ha desconocido su plurinacionalidad y multiculturalidad en el terreno político a pesar de afirmarlo en el discurso formal y en la imagen que se ha querido construir del país como una nación con gran diversidad cultural (Méndez, 1996). Fenómenos sociales como la aculturación, el mestizaje, la subordinación cultural y la racialización del poder pueden ser descritos y entendidos bajo el análisis de las relaciones culturales y de poder que hay entre estas culturas al interior de una sociedad en la que estas coexisten. Al respecto, Tubino (2005) afirma que el punto de partida para la elaboración de la interculturalidad como una propuesta político-ética no es la igualdad de condiciones, sino una mala y desigual articulación cultural en la que se generan relaciones de dependencia, subordinación y clientelismo. Estos argumentos están en la misma línea de lo sostenido por Carmen Ilizarbe (2019) respecto al desacuerdo intercultural como punto de partida.

Partiendo del reconocimiento de la interculturalidad como un marco conceptual que permite dar una lectura clara de la coexistencia de culturas hegemónicas y subordinadas dentro del ordenamiento político territorial de los Estados, se plantea (la interculturalidad) como un proyecto, una “reestructuración” de las dinámicas entre culturas y su forma de relacionarse entre sí. Sin embargo, como se ha podido constatar, al ser el Estado el principal garante de políticas interculturales y, al mismo tiempo, una estructura resultante de eventos históricos que han implicado la negación y subordinación de las culturas nativas, la labor encomendada a esta estructura social termina siendo paradójica. Por tal motivo, crear una interculturalidad crítica no es posible sin una reflexión y autocrítica al interior de la cultural

estatal. En suma, se debe empezar por *interculturalizar*, en primer lugar, al Estado, con tradición históricamente monocultural.

Para Tubino (2018), la gran problemática que conlleva la interculturalidad pasa necesariamente por la reforma del Estado, en el sentido de reconocer, en primer lugar, la situación de plurinacionalidad. Sin embargo, el multiculturalismo que da forma a las políticas actuales, a pesar de ser criticado por Tubino como un enfoque insuficiente, es un paso previo y necesario para llegar a la interculturalidad. Esto se debe a que asegura que los interlocutores lleguen al diálogo en igualdad de condiciones gracias a las políticas de discriminación positiva que dan derechos especiales sobre una geografía social donde las desigualdades y lo étnico aún se asocian en la práctica.

No obstante, la interculturalidad no sería posible sin la participación de la sociedad civil, pues no basta la tolerancia entre culturas —aspiración del multiculturalismo—: son las relaciones horizontales las bases para un diálogo auténtico entre las partes. Lograr esta horizontalidad requiere reconocer las consecuencias en la población indígena de “las relaciones de dominio de las repúblicas aristocráticas y del etnocidio colonizador” (Tubino, 2018, p. 55), que crearon una autoimagen negativa de sí mismos a los nativos, y que terminó nutriendo las relaciones asimétricas entre ellos y la imagen del colonizador. Agrega Tubino (2018) que, a pesar de que el Estado promueve la libertad de elección respecto a la identidad étnica, esta elección se ve coaccionada por las consecuencias que implica elegir una u otra opción dentro de una sociedad que sigue reproduciendo los hábitos y comportamientos discriminatorios a través de las oportunidades que brinda o quita, desde sus instituciones, los espacios educativos y los servicios sanitarios a las diferentes etnias del país.

En ese sentido, si bien existe la libertad de autodeterminarse como indígenas, esta decisión alejaría o acercaría a unos y otros del ejercicio pleno de su ciudadanía. Por ello, muchos indígenas siguen viendo la migración hacia centros urbanos, la educación convencional y la salud que promueve el enfoque biomédico como mejores opciones frente a las otras ofertas más “inclusivas” del Estado.

Si uno quiere realmente acceder a los beneficios de la sociedad nacional, debe adherirse a la renuncia de lo propio (la enajenación), y a la adquisición forzosa de un “buen uso de la lengua y de la cultura hegemónicas.” La conceptualización de lo étnico dentro de

los diálogos interculturales con el Estado conduce a caracterizar este problema dentro de los confines territoriales originales y la forma “tradicional” que para el Estado *debe* tener un auténtico indígena. Se asume, desde una posición acrítica, la identidad de su interlocutor desde una mirada esencialista de su cultura. Esto relega a los indígenas a un espacio rural, y niega estos procesos de movilización e intercambio sociocultural, lo que *ruraliza*, al final de cuentas, la agenda de la salud intercultural y el bienestar de la ciudadanía indígena.

En cambio, una observación de las trayectorias de los pueblos indígenas revela todo lo contrario: una cultura viva que se transforma y se reivindica bajo nuevos espacios. Esto demuestra la resistencia y vitalidad de la identidad cultural de formas que escapan totalmente a la caracterización del Estado. A través de su elección y reinterpretación de lo propio en nuevos escenarios, y bajo nuevas relaciones sociales y nuevos proyectos de vida, se alejan de esa narrativa estereotipada en la que su presencia en el imaginario nacional se traduce en un intento de “conservar” o “salvar de su extinción” una memoria histórica detenida en el tiempo.

El protagonismo de los pueblos indígenas en su acceso a la ciudadanía ha roto con esta imagen de ciudadano único, aportando, con su capital cultural y a pesar de su posición de subalternos, al imaginario nacional. Por eso, Tubino, hace énfasis en el hecho de que, si bien el reconocimiento de la diferencia es un factor crucial para la política intercultural, este no puede partir de la cultura hegemónica. En ese sentido, debe haber una reflexión de los propios miembros de las poblaciones indígenas sobre el lugar que ocupan históricamente en el proyecto nacional. Esto es un ejercicio necesario para adquirir la conciencia crítica y la condición de autonomía para participar de la elaboración de las políticas de salud intercultural.

Así, la interculturalidad implicaría radicalizar la democracia, ampliar la ciudadanía o crear “sociedades-otras” con modelos de desarrollo divergentes de los impuestos históricamente. Es esta libertad de crear el futuro lo que motiva el diálogo, más allá de políticas diferenciadas o reclamos concretos. Al respecto, Walsh (2009) estudia la resignificación que han hecho de la interculturalidad las organizaciones indígenas, y cómo este enfoque ha sido incorporado a su comprensión de la lucha por decolonizar las formas que toman el poder y la construcción del conocimiento formal. Para Walsh, “el problema de

fondo de la interculturalidad no es el reconocimiento de las múltiples culturas, sino la racialización del poder” (2009, p. 9).

En el terreno de la salud intercultural, esta problemática se hace presente bajo la forma que son subestimados los saberes y la capacidad de crear soluciones de los pueblos indígenas, así como en la necesidad de los ciudadanos indígenas de conquistar espacios donde el poder crear esté en sus manos, como en la experiencia del Comando Matico. La idea es no solo adherirse, sumarse, sino ser incluidos por proyectos que parten de la mirada hegemónica y los condenan a una subestimación epistemológica de su pensamiento en relación a la salud y la enfermedad.

Para Walsh (2009), comprender o negar estas condiciones determina el carácter “funcional” o “crítico” de las propuestas de políticas de interculturalidad frente al sistema de desigualdad existente. Al limitar el análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas a “lo cultural”, no se estarían tocando las razones estructurales de la asimetría y la desigualdad. En este sentido, la gran preocupación de Walsh es que el sistema neoliberal “neutralice” la diferencia al reconocerla, secuestrando la agenda indígena y evitando que se articule con un cuestionamiento de las condiciones que reproducen el “problema estructural colonial racial”.

Bajo estas reflexiones, la interculturalidad crítica en salud no podría ser entendida solo desde la adecuación y la pertinencia, sino que también debe ser comprendida como la apertura a cambiar las estructuras mirando hacia la creación de nuevas condiciones que parten *desde abajo* y de forma autónoma al Estado. Se debe decolonizar la forma de pensar la salud intercultural, darle carácter crítico. Para ello, es necesario empezar por no definirla antes del encuentro, dejando que la población y las organizaciones que representan a los colectivos subalternos, como los colectivos indígenas y los usuarios, reelaboren lo intercultural en la salud bajo su ejercicio autónomo, incluso contemplando la posibilidad de que rechacen el término mismo de “intercultural” para referirse a sus iniciativas.

Estos planteamientos llegan a ofrecer una crítica a la cultura del Estado moderno, pues, sin replantearse las bases políticas y estructurales en que este se funda, resulta imposible crear un modelo que se construya a partir de la afirmación de la diferencia y lo diverso. Dejar de reproducir las condiciones estructurales que perpetúan una alteridad oprimida, así como cuestionar todas las creencias que han sido impuestas como verdades en

el terreno epistémico, social, político, económico y cultural, forman parte de la labor de cualquier programa intercultural. Este no se debe desarrollar de *arriba hacia abajo*, pues corre el peligro de convertirse en una nueva forma de dominio y en una manera de secuestrar la agencia de los grupos étnicos subalternizados. Para ello, es fundamental, en el plano de la investigación, dirigir la mirada a aquellas iniciativas de la sociedad civil y de los pueblos indígenas que plantean desde el ámbito local y la praxis de sus propios conocimientos autorizados, la crítica a la interculturalidad en salud *desde abajo*. Mirar ambas iniciativas, las que vienen desde arriba y las de abajo, permitiría encontrar ese punto donde los vacíos se convierten en complementos, o bien donde las lógicas subyacentes en cada ejercicio de lo intercultural mantienen la mirada de arriba y abajo, irreconciliables e incompatibles.

2.4.6 La salud de los pueblos indígenas va más allá de lo intercultural

Las reflexiones llevadas a cabo hasta el momento, y consultando a los diferentes investigadores sobre sus ideas de lo intercultural en relación al Estado, los pueblos indígenas y la salud, sugieren que la interculturalidad se da en un clima de desencuentro. O bien se promueve como política estatal, a pesar de que el mismo Estado peruano no ha pasado por una reforma intercultural que reestructure de forma profunda la representatividad del poder, o bien se puede dar el paso a un mayor grado de democracia que permitiría que las políticas en materia intercultural sean realmente efectivas.

Al no considerar a la interculturalidad como elemento central en el debate sobre la salud de los pueblos indígenas, surgen desigualdades socioeconómicas como cuestiones que no pueden ser pasadas por alto. Al respecto, Pesantes (2014), en su tesis doctoral sobre la experiencia de enfermeras/os técnicas/os interculturales indígenas formadas por AIDSESP, llega a la conclusión de que estas propuestas no son trascendentes para las necesidades reales de los pueblos indígenas. Explica que tanto las organizaciones indígenas como el Estado suelen asumir las necesidades del usuario indígena para posicionar el discurso de la interculturalidad a su manera. Esto determina, en gran medida, dificultades para hacer sostenibles y satisfactorias las iniciativas de incorporar alternativas interculturales.

Al respecto, Pesantes (2014) advierte que el énfasis en la idea de que la salud intercultural no debe ser sobredimensionado para no ver la importancia de condiciones socioeconómicas justas y la cobertura de salud pública eficaz para la ciudadanía en general.

La interculturalidad no resuelve las brechas de desigualdad si esta no asume una mirada crítica respecto a otras variables. Por eso, Pensantes (2014) piensa que es sumamente útil no caer en “ideas preconcebidas de lo que necesita la población indígena en el campo” (p. 3).

Agrega:

El uso del reconocimiento cultural de la de la medicina indígena como herramienta central para reducir las disparidades sanitarias puede eclipsar las necesidades sociales y económicas más amplias de los pueblos indígenas, que están en el origen de las disparidades sanitarias. (2014, p. 7)

Por tal motivo, es importante atender, más allá de la interculturalidad, las necesidades de la población indígena y la manera en que las propuestas sanitarias son elaboradas respecto a ellas. Incluso, se debe colocar “entre paréntesis” la salud intercultural para atender las condiciones socioeconómicas que son las que determinan, en gran medida, las tasas altas de mortalidad y morbilidad en población indígena. Esta perspectiva es fundamental si no se quiere “interculturalizar” toda la problemática sanitaria de los pueblos indígenas y de la población en general. ineficiente, principalmente por el costo de la salud y el difícil acceso a ella.

2.4.7 La complementariedad negativa como patología del sistema de salud peruano

Siguiendo la línea de razonamiento que toma Pesantes (2014), Durand y Salcedo (2020) plantearon la “captura del Estado en el sistema de salud” como una problemática institucional que impide la reforma y democratización real de los servicios sanitarios. Los autores señalan que existen “influencias indebidas y excesivas de intereses sobre el Estado. (...) distorsiones en las políticas públicas (recursos, tratamientos, precios) para beneficiar materialmente a élites económicas y político-burocráticas” (p. 50).

Este problema no se restringiría al Perú, sino a todos los países donde el lucro con la salud y la liberalidad del mercado habría hecho que el sector privado de la salud se fortalezca frente a un Estado reducido. Esto, con la introducción de lógicas económicas neoliberales que promueven la idea de ineficiencia estatal y priorizan el desarrollo empresarial, una cuestión que claramente ha sido la tendencia política en la nación peruana desde los años 90, con la promulgación de la Constitución de 1993, y la reducción de las funciones de intervención y regulación del Estado frente a los poderes empresariales.

Estos eventos histórico-políticos en la nación peruana crean oligopolios y monopolios que perjudican directamente al ciudadano y el sector de salud pública. En palabras de Durand et al. (2020):

Si la captura llega a manifestarse con fuerza, e incluso se institucionaliza o normaliza, estamos frente a un problema serio o grave. El efecto mayor recae en los más pobres, quienes son los que más necesitan cobertura y apoyo del Estado”, bajo estas condiciones “la salud de los pobres depende entonces de los dos principales actores del sistema que manejan la oferta: el público y el privado. (p. 51)

En un sistema de salud donde el Estado pudiese brindar una cobertura eficiente, y además regular la oferta de salud privada y el mercado de medicinas, la complementariedad entre ambos sectores, público y privado, sería positiva. Ello favorecería al usuario para que, en situaciones de crisis, como la vivida en pandemia, ambos sectores trabajasen juntos para llegar a más personas y asegurar la atención, tanto de los más pobres, como de la clase media y alta. No obstante, en nuestro sistema de salud, predomina el lucro, el cual entra en conflicto con el interés público en la búsqueda por beneficios privados. Esto genera una *complementariedad negativa* entre el sistema público y privado que perpetua las desigualdades y debilidades institucionales, lo que crea una trama oculta de poder” y genera mafias al interior del Estado.

De esta forma, en toda la jerarquía de poder, se reproduce una “cultura de la transgresión, de no acatamiento de las normas y de aprovechamiento privado de recursos o servicio públicos” (Durand y Salcedo, 2000, p. 60). Esto impide moderar a los actores privados que, como se ha explicado, han priorizado las ganancias por encima de las vidas peruanas.

Bajo esta modalidad, los círculos de funcionarios tendrían una tendencia a “operar con ineficiencias calculadas” o corrupción. Buscan evitar las reformas manteniendo el *statu quo* en los gremios de médicos y la burocracia, y generando, bajo estas lógicas, una resistencia al cambio. Esta no pasa, necesariamente, por la ausencia de una crítica a la interculturalidad funcional a un Estado monocultural, sino por los intereses concretos de ciertos sectores que impiden que el Estado tenga realmente al bien común como su principal

función. Así, se enajenan los mismos fines para los que fue creado y se impide la introducción de cualquier iniciativa que pueda cuestionar este orden impuesto.

A la larga, el poder privado se infiltra cada vez más en el ámbito público, lo que genera que “la línea entre lo privado y público” sea borrada. Según Durand y Salcedo (2000), “se forman cadenas de influencias que comienzan en el proveedor, pasan por el Estado y las clínicas privadas, las farmacias y las boticas públicas y privadas, y terminan en el paciente” (p. 61). Se crea, así, una captura corporativa de toda la estructura, que convierte un ámbito fundamental del bien público, como es la salud, en un sector lucrativo para las élites nacionales y transnacionales.

Concluyen, los mencionados autores, que esta situación de captura impide que ideas de cambio —como la propuesta del Comando Matico durante esta pandemia— sean integradas, debido a que los principales componentes del sector salud refuerzan este orden de complementariedad negativa en oposición a cualquier fuerza de cambio. Iniciativas como las del Comando Matico, que encuentran recursos válidos y gratuitos en las plantas, irían en contra del poder privado basado en la lógica del lucro. Es por esto que, Durand y Salcedo (2020) sugieren que son las organizaciones que surgen de la misma sociedad civil las que parecen tener mayor libertad para pensar y hacer el cambio. Por ello, a pesar de la falta de diálogo y e interés del *statu quo* del sector de salud hacia las iniciativas de la sociedad civil, estas no dejan de ser puntos de vista privilegiados por no estar secuestradas a los intereses privados. Por tal motivo, la reflexión sobre estas iniciativas debería permitir dar una perspectiva que revele los grandes puntos ciegos que el aparato sanitario de la nación no puede ni quiere ver debido a la situación de secuestro por intereses privados que viene atravesando.

2.4.8 Capitalismo gore y necropolítica de la salud

Las condiciones ya descritas del sistema de salud peruano previas a la pandemia, sumadas a las dificultades a las que se enfrenta el proyecto ético-político de la interculturalidad en salud, dejan en evidencia tanto un Estado monocultural, débil y capturado por intereses privados, como un mercado con una lógica del lucro incontrolable que distorsiona el ejercicio mismo de los servidores del Estado. Todo este contexto de poderes ocultos y no tan ocultos se desarrolla en un país donde, a pesar del crecimiento

económico, la riqueza no se ha distribuido; todo lo contrario, se ha concentrado y ha remarcado la desigualdad económica.

Alarco et al. (2019) indicaron que la desigualdad en el Perú era el doble de lo que las cifras oficiales señalaban. Denunciaron que los indicadores de ENAHO no reflejaban la realidad, pues no accedían datos objetivos sobre la concentración de la riqueza en los hogares peruanos. Según cifras que citan los autores de OXFAM:

Para el año 2013, la riqueza e 10 familias ascendía a \$23. 300 millones que eran equivalentes al 11.6% del PBI de este año. Para este mismo año la riqueza de los billonarios peruanos respecto a la riqueza mundial fue superior a la participación del PBI peruano a nivel mundial. (Alarco et al., 2019, p. 150)

Respecto a la desigualdad económica entre los más pobres y lo más ricos del país, concluyeron lo siguiente:

Los ingresos per cápita más recientes del 10 % más pobre de la sociedad peruana es de US\$ 965 anuales, mientras que el 10 % más rico es de US\$ 20.141, lo que evidencia una distancia de 20,9 veces entre los más ricos y más pobres. El 10 % más pobre tiene ingresos similares a Chad, Bangladesh, Kirguistan y Tajikistan. El 10 % más rico tiene ingresos similares a Portugal, República Checa y Eslovaquia. (Alarco et al., 2019, p. 154)

Si bien estos hechos en materia económica y políticas sociales explican, en gran medida, el perfil de país que recibió la pandemia, no necesariamente dan cuenta de las ideologías del poder implícitas. Al respecto, Mbembe (2011), historiador y pensador africano, plantea que, en las realidades de países postcoloniales como el Perú, con Estados que han abrazado el neoliberalismo económico, “existen sujetos invisibles que viven en los márgenes de la sociedad de bienestar” (p. 11). Estos se someten a un poder difuso que no solo es ejercido por el Estado, como entendido bajo el paradigma del biopoder de Foucault, sino también por el “poder privado”, encarnado en el mercado y la industria trasnacional. En estos contextos, los cuerpos se entienden como propiedad del Estado que se encarga de protegerlos o sacrificarlos a la economía. Estos cuerpos son valorados como mercancías y

son susceptibles de ser desechados si lo exige así el estado de emergencia y excepcionalidad bajo el cual se ejerce la autoridad y la soberanía.

La necropolítica hace su aparición en estas realidades a través de “prácticas que cosifican al ser humano” (Mbembe, 2011, p. 14). La soberanía, en estos estados de emergencia, es entendida como “el poder del que disponen los dirigentes de dar vida o muerte” (Mbembe, 2011, p. 13). Se entiende como formas de *contra soberanía* a las acciones de lucha de los sujetos invisibles para resistir al autoritarismo instaurado so pretexto del estado de excepcionalidad. Este ha sido caso del estado de emergencia durante la pandemia, bajo el cual se han limitado la organización y las formas de autodeterminación ciudadana. En estos estados de excepción, se ejerce un control sobre la mortalidad directa o indirectamente. Incluso, la muerte de los “desobedientes” llega a justificarse socialmente. Así, se legitiman formas de dominación que ocultan la desigualdad en la que viven todos aquellos “desobedientes” que no se encuentran seguros ni en sus propias casas, y se ven arrastrados a las calles y al *heroísmo* que implica arriesgarse por su sobrevivencia.

Mbembe (2011) plantea que la narrativa de la “guerra contra el virus” crea las condiciones para que la implementación de estos mecanismos autoritarios halle el respaldo de las masas. Sin embargo, a pesar de que el Estado gana protagonismo, este nunca llega a chocar con el poder privado, en este caso, el mercado farmacéutico y las clínicas de salud. Bajo este control social, la subjetividad e individualidad se subordinan a una lógica impersonal, donde reina el cálculo y la racionalidad instrumental, que se encargan de sacrificar la autodeterminación y la pluralidad. Una muestra de este fenómeno es la censura de formas distintas de concebir y proceder ante la enfermedad, consideradas como antagónicas del “bien común” que provee el Estado. A pesar de no ser considerados, los sujetos se ven empujados por la crisis a obedecer al Estado, o a desobedecer y sobrevivir bajo sus propios riesgos, tomando medidas disidentes a las que se imparten contra sus vidas bajo el contexto del estado de excepción.

Bajo este escenario, es posible explicar la disidencia y el heroísmo de sectores invisibles, que prefieren “la muerte a la servidumbre” en la que viven de forma histórica. Ellos sobreviven a una experiencia inevitablemente vinculada al poder. Lo hacen ante la amenaza viral, pero, sobre todo, lo hacen frente a esa guerra que se lleva a cabo y en la que sus vidas son más prescindibles que las de otros sectores privilegiados de la sociedad. Lo

hacen reconquistado su posición como sujetos que pueden capitalizar su cultura, y encontrar en ella una salida de emergencia ante la imposición del Estado y la crisis social.

Mbembe (2011) agrega que, en estas repúblicas postcoloniales, la ciudadanía se construye aún bajo categorías propias de la colonia “con derechos diferenciales, objetivos diferentes, vinculados al ejercicio de la soberanía” (p. 43). Se crea, de esta forma, una división del espacio en compartimentos: el *lugar de los indígenas*, los *lugares interculturales* y, por contraste, los *lugares no indígenas y no interculturales*. El orden impuesto ejerce un control sobre estos espacios y el tránsito entre ellos. Mbembe (2011) define esto como “el despliegue de límites y fronteras internas” (p. 104). Uno de estos espacios es “la ciudad del colonizado”, “una ciudad hambrienta...agachada, de rodillas. Ahí la soberanía es la capacidad de ejercer quien tiene importancia y quien no la tiene” (p. 46). Estas descripciones calzan claramente con la situación de los asentamientos humanos interculturales, lugares de residencia de los miembros del Comando Matico. En ellos, el hacinamiento y la falta de servicios básicos, así como la imposibilidad económica de curarse, crean las condiciones adversas en las que organizarse para sobrevivir y resistir la violencia forman parte de su *modus vivendi*.

Mbembe, entrevistado por Bercito (2020) a inicios de la pandemia, afirmó que el aislamiento se implementa para proteger a la ciudadanía, pero también para regular “el poder de matar” que tienen todos. Con esto, los cuerpos se convierten en amenazas para los otros, especialmente los cuerpos de los sujetos marginales, los más expuestos. Estos tienen más riesgos de morir o no superar el proceso viral, además de ser percibidos como los más capaces de dañar a los otros. Son los mendigos y las personas en situación de calle los que son vistos como “focos de contagio” en sí mismos. Bajo esta lógica, los enfermos son dejados en las calles a esperar su muerte; los cadáveres son desechados como basura. Ser pobre y vivir dentro de la geografía de pobreza es motivo de sospecha por parte de los que viven en zonas más seguras, quienes usan todos sus recursos para evitar exponerse y estar cerca de estos espacios infecciosos.

La pandemia marcó más las diferencias entre el valor de las vidas de los que pueden vivir una cuarentena bajo techo y con servicios básicos garantizados, y los que debían arriesgarse a salir a la calle, o colaborar entre familias para resolver y atender los cuidados básicos. En la entrevista (Bercito, 2020), Mbembe reflexiona respecto al coronavirus:

En teoría, el coronavirus puede matar a todos. Todos están amenazados. Pero una cosa es estar confinado en un suburbio, en una segunda residencia en una zona rural. Otra cosa es estar en primera línea. Trabajar en un centro de salud sin máscara. Hay una escala en cómo se distribuyen los riesgos hoy.

Valencia (2010) toma las reflexiones de Mbembe (2011) y el concepto de *necropolítica* para desarrollar su planteamiento de *capitalismo gore*. Describe los “bordes” de la civilización moderna en los que viven muchos sujetos y hasta dónde ha llegado el virus para desnudar las desigualdades a través de la enfermedad y el lucro desmedido. Bajo esta línea, la anarquía generada por la muerte y el miedo instaló, en ciudades jóvenes como Pucallpa, un “sálvese quien pueda”, del que la población indígena que vive en los espacios suburbanos solo pudo reponerse articulando su lucha a la de los demás olvidados, y colaborando desde la posición de desventaja para evitar “sacrificar” sus vidas al sistema.

Gestionar la salud o el bien común bajo estas condiciones implicaría tomar una posición política frente a la violencia necropolítica del poder privado y la captura de un débil Estado entregado al capitalismo gore. Esto sitúa a colectivos como el Comando Matico como organizaciones que velan por la salud del pueblo en medio de la crisis, y como colectivos politizados que reconocen, en el concepto de “lucha”, la forma que deben tomar las iniciativas por la supervivencia y el cuidado de sus cuerpos.

Valencia (2010) opina que las luchas sociales en estos contextos, donde la realidad es recrudescida por un “necrocapitalismo” (como lo definiría Mbembe, 2011), no pueden darse desde sectores aislados, ni mucho menos de miradas esencialistas de las identidades de las minorías. Deben manifestarse dentro de una constelación de luchas conjuntas, donde las identidades *devienen* juntas en contra de todas las formas de opresión:

Es necesario que las anudaciones y agenciamientos de los sujetos que buscan ofrecer una crítica y resistencia ante el sistema dominante pasen por la consciencia del devenir mujer, devenir *negr@*, de devenir *indi@*, devenir migrante, devenir *precari@* en lugar de reificar su pertenencia a un único género o a un grupo social para demarcarse dentro de una lucha sectorial; debemos trabajar la resistencia como un proceso que se interrelaciona con otros procesos minoritarios porque la resistencia:

no puede darse aisladamente haciendo abstracción del resto de injusticias sociales y de discriminaciones. (Valencia, 2010. p. 180)

Lo que dice Valencia (2010) cobra importancia dentro del escenario de lucha en el que se desarrolló la propuesta del Comando Matico. Interculturalizar su propuesta, sus iniciativas, respondió más a la necesidad de anudar la agencia de los activistas shipibos con otros sectores que, como ellos, buscaron resistir a la discriminación sanitaria de la que fueron víctimas por vivir en el ámbito urbano marginal. Revelar cómo se produjeron estos anudamientos, esta causa común en la que ellos tuvieron un papel protagónico, debería permitir entender otros aspectos que toma la interculturalidad en salud cuando se produce desde abajo. Las acciones de autocuidado trascienden las diferencias étnicas identitarias de un sector más grande, ese *pueblo* pucallpino del que los mismos activistas del Comando Matico hablan en sus declaraciones bajo la consigna de que “el pueblo ayuda al pueblo”.



3. DETONANTES SOCIALES PARA EL ACTIVISMO INDÍGENA LOCAL

“Las empresas locales se dedicaban a venderle oxígeno a los soldadores y no para los enfermos”

Abelardo Ortiz, sociólogo, funcionario público GOREU⁶¹

“Es mentira que no haya habido presupuesto [para los pueblos indígenas], nosotros tenemos que protestar para recibir ayuda; así ha sido siempre”

Jonas Franco, comunero y líder shipibo, extrabajador de la Diresa Ucayali⁶²

Estas dos declaraciones nos acercan a la coyuntura local desde posiciones distintas, pero terminan revelando una problemática común: el abandono del Mercado y el Estado hacia la sociedad civil. Esto trasciende la llegada del virus de la COVID-19 como explicación única de la crisis, e insta a colocarnos bajo una perspectiva social, política, institucional y económica para entender mejor lo que ocurría en Pucallpa y la región Ucayali durante la primera ola del coronavirus. Espinosa y Fabiano (2022) señalan lo mismo al analizar el impacto de la pandemia en los pueblos indígenas amazónicos resaltando la “dimensión colectiva” del fenómeno para los PP. II. AA., pues “las epidemias no representan solamente un problema médico, sino social” (p. 18).

Las declaraciones de Ortiz, funcionario del Gobierno Regional de Ucayali, hacen referencia a la problemática generada por la Resolución Ministerial N.º 062-2010 del Minsa, emitida en el segundo gobierno de Alan García (La República, 2020)⁶³. Esta elevó el rango de pureza exigido para el oxígeno medicinal, que era de 93 %, al de 99 %: criterio que benefició a las dos únicas empresas, Linde y Air Products, que podían cumplir con estos requerimientos. Durante la pandemia, estas dos empresas transnacionales lucraron con el oxígeno tan requerido para aliviar los síntomas de la COVID-19: llegaron a cobrar 6000 soles por balón de oxígeno. Ortiz señala que, debido a esta restricción, en Pucallpa, durante la primera ola, tenían que “esperar que el oxígeno llegue de Lima o la Oroya, afectando a la

⁶¹ En entrevista concedida el 08 de abril del 2022 de forma presencial en su domicilio

⁶² Durante mesa de discusión entre activistas y extrabajadores de la Diresa realizada el 05 de marzo del 2022

⁶³ “Las compañías de oxígeno medicinal Praxair, Linde y Messer Gases del Perú —que luego sería comprada por Air Products— se encontraban sometidas a un proceso sancionador por parte de Indecopi, cuando el 26 de enero de 2010 el régimen aprista de Alan García emitió una norma que permitió que elevaran sus ventas.” (La República, 2020)

región por un Ley claramente centralista”. Esto se debía a que las empresas locales no podían vender su oxígeno como medicinal, “a pesar de que la OMS claramente recomendó que el mínimo de pureza sea de 93%”, como reveló Ortiz. Este “corsé” legal a la venta de oxígeno recién pudo ser corregido a fines de junio del 2020, cuatro meses después de iniciada la pandemia en Perú, con una nueva ley (Congreso de la República, 2022) que bajó los estándares que atentaban contra el acceso al oxígeno en la población ucayalina. Pudiendo abastecerse con el oxígeno que producían las empresas locales y que cumplían con los estándares de la OMS, tenían que resignarse a hacer largas colas para obtener el preciado oxígeno. Esto creó grandes aglomeraciones y focos de contagio, arriesgando sus vidas para poder acceder a un poco del oxígeno de 99 % de pureza, sobrevaluado por la especulación, que ofrecían los lugares de distribución local de las empresas Linde y Air Products. Muchos ucayalinos se quedaron sin su dotación de oxígeno como consecuencia de estas medidas, ya sea por no poder solventar el costo o porque se agotaba el escaso *stock* del oxígeno que llegaba de la capital, y no se podía cubrir la demanda de la ciudadanía.

Por otro lado, las declaraciones de Franco, comunero shipibo de Amaquiria, se dan en respuesta a los comentarios de funcionarios de la Diresa, que estuvieron a cargo de la estrategia de salud para los PP. II. AA. En entrevistas con el investigador, sostuvo que la falta de presupuesto⁶⁴ impidió la implementación de mejores medidas para la población indígena. Jonas Franco, en cambio, indicó que no hubo acciones eficaces debido al mal uso del presupuesto que sí existió para los PP. II. AA. Para él, ser indígena durante esta pandemia llevó implícita la impronta de tener que protestar para obtener atención para su comunidad:

Tuve que viajar a Pucallpa a fines de marzo para pedir apoyo. Como todo estaba cerrado, escribí mi pancarta: ‘Urgente, visita de brigadas sanitaria a las comunidades. Gobernador Regional, no deje que mueran los indígenas’. Y comencé mi protesta en el frontis del Gobierno Regional. Hice mi plantón solo. En un lapso de 20 minutos, la prensa llegó. Declaré: ‘No hay visitas de brigadas, ni ONG, nada’. Después de una semana, llegó la visita. Si uno que es shipibo no protesta, no te escuchan, no ayudan.

⁶⁴ “El plan amazónico no tuvo presupuesto. El MEF que se encarga de dar el presupuesto a las regiones se demoró en destinar el dinero. Por este mismo motivo no se llegaron a crear los Comandos COVID 19 – indígena...”, declaraciones de Mónica Macedo, funcionaria de la DIRESA encargada de la estrategia de salud intercultural para los pueblos indígenas en entrevista concedida vía Zoom el 29 de abril del 2022.

Y eso que yo soy de la Diresa. Es así, se tiene que llamar la atención para que te miren.

De los 154 puestos de salud en el ámbito rural ucayalino, 149 son de categoría I-1 (SUSALUD, 2024), es decir, postas de salud o consultorios con profesionales de salud no médicos. No hubo ningún puesto de salud con médicos en las comunidades nativas, como Amaquiria, de la que proviene Jonas. Muchos de estos centros, además, se mantuvieron cerrados debido a la ausencia de los técnicos que, al no contar con medidas de bioseguridad básicas, decidieron no arriesgarse a ejercer sus funciones en los centros de atención.

Por esta razón, Jonas Franco corrió el riesgo de salir de su comunidad nativa y fue a Pucallpa a buscar al Estado, encontrando en la protesta la única forma de hacer escuchar sus demandas. Pero Jonas no solo vino a protestar; también, llegó a Pucallpa con una suma de dinero que juntaron entre todos los comuneros de Amaquiria para que pudiesen aprovisionarse de medicinas. Jonas asumió una misión riesgosa, pues sabía que la salud de todos en su comunidad dependía de hacer visible su situación en el ámbito urbano, donde los medios de comunicación podían hacer eco de sus exigencias hacia las autoridades locales.

Al comentarle este relato a Alberto Ortiz, afirmó que, si bien en la ciudad había más posibilidades de contagiarse, “al menos aquí se podía tener acceso a una receta, lo que en las comunidades no se pudo”. Para él, al igual que para Jonas franco, el acceso a las medicinas convencionales fue imprescindible para afrontar el virus. A diferencia de Ortiz, Jonas Franco tuvo que enfrentarse a otros retos para que su comunidad acceda a ellas, al igual que para recibir atención primaria a través de las brigadas médicas, único equipo sanitario que llegaba a las comunidades en esas épocas.

No se combate al COVID solo con las medicinas y la atención médica; de hecho, la economía es fundamental. Para muchos indígenas que viven en el espectro de pobreza y pobreza extrema, los bonos de apoyo social que brindaba el Estado durante la pandemia eran una ayuda que no podían despreciar; cobrarlos implicaba viajar hasta la ciudad y pernoctar a la intemperie para guardar sus sitios en las largas colas las afueras del Banco de la Nación. Estas personas solían ser mujeres shipibas, que iban a cumplir esta arriesgada labor mientras los hombres se encargaban de la caza y pesca en sus comunidades de origen.

Al respecto, Richard Soria⁶⁵ comentó durante una entrevista:

Tan solo para poder cobrar los 760 soles que subsidiaba el gobierno venían de comunidades alejadas, y gran parte de este dinero se iba en cubrir los pasajes de las embarcaciones que los traían y llevaban de sus lugares de origen, que podían estar a más de 4 u 8 horas de viaje.

La necesidad de cobrar el subsidio los obligaba a exponerse, pasar una noche a la intemperie en pleno confinamiento, recostados en pedazos de cartón, unos junto a otros. La ayuda económica estatal irónicamente hacía que saliesen de la seguridad de sus comunidades para acercarse al contexto urbano, donde el índice de contagios y peligros eran mayores. Seguramente, debido a esto, los 760 soles resultaban saliendo “más caros” de los esperado ante la gran probabilidad de que, después de esa noche a la intemperie en la ciudad, llevaran el virus con ellos a sus comunidades y asentamientos humanos. Esta necesidad insatisfecha y generalizada de acceder a atención médica profesional, a medicinas convencionales, al oxígeno medicinal y a recursos económicos para sobrevivir en el confinamiento formó parte de las preocupaciones de muchos indígenas durante la primera ola. Dichas circunstancias precedieron o se dieron a la par de la revalorización de la medicina tradicional y el desarrollo de estrategias alternativas.

El escenario para que gran parte de los indígenas optara por los conocimientos propios no fue espontáneo ni contemplado como una primera respuesta a la crisis. Se formó bajo la confluencia de una serie de factores que los hizo evaluar la crisis y asumir de forma crítica que no contarían con el Estado, ni con el mercado de medicinas convencionales para librarse de la enfermedad y la muerte. En los relatos pandémicos que los informantes clave de este estudio han compartido, se evidencian escenarios, en muchos casos, límites y espeluznantes, donde se entrecruzan la ausencia del Estado, el lucro con la salud y la angustia experimentada al no contar con apoyo, ni recursos económicos necesarios.

Los condicionantes sociales aparecen en las historias de los usuarios indígenas como hilos que tejen realidades donde sus cuerpos se ubican en la posición más desfavorable dentro de la geografía social local. Como sostiene Mbembe (2011), estaban totalmente expuestos a

⁶⁵ Profesor Intercultural bilingüe, activista shipibo del Comando Matico y residente de Yarinacocha

las lógicas del sistema, que, de forma directa o indirecta, por comisión u omisión, determinaron que sus vidas fueran más sacrificables, o bien elogiados por los medios como *sobrevivientes* (p. 66). Con todo en contra, lograron escapar de la muerte, lidiando con las condiciones inhumanas que surgen de la desigualdad estructural, y del poco valor que tienen las vidas indígenas para un Estado neoliberal y monocultural.

Estos testimonios pandémicos también sirven, bajo la mirada de Ilizarbe (2019), para constatar ese desacuerdo intercultural inicial, que funda la política de autodeterminación y autocuidado de los pueblos indígenas, y que se negó a atravesar la pandemia pasivamente en actitud de sumisión y obediencia al poder público del Estado peruano y al poder del mercado privado de la salud. Ante la falta de un real entendimiento de su situación y la imposición de medidas ajenas a su realidad, los indígenas fueron movilizados por el sentimiento de *lo intolerable*. Asumieron la incompreensión como un hecho y las medidas implementadas desde su organización, sus propios valores culturales y los conocimientos autorizados por su pueblo, como el camino más accesible para resistir a la crisis. Los testimonios de los usuarios indígenas, activistas, periodistas, funcionarios públicos, trabajadores y extrabajadores de la Diresa entrevistados, así como el reconocimiento en el campo de las condiciones de vida de los asentamientos humanos y comunidades visitadas, han sido los elementos fundamentales para bosquejar una realidad social donde las condiciones de subsistencia precarias han sido variables determinantes para la aparición de respuestas ciudadanas indígenas, entre ellas las del Comando Matico.

En estos testimonios, es imposible escindir las cuestiones de salud de los condicionantes sociales, la política local y las lógicas culturales que surgieron para hacerle frente a la enfermedad. Palabras como “abandono”, “olvidados”, “resignados”, y expresiones como “no teníamos ayuda”, “ya no nos quedaba de otra”, “teníamos que perderle el miedo al contagio” se repiten en los relatos. Hablan de un ambiente de estrés y tensión constante que tenía que ser gestionado de forma diaria. Por eso, a continuación, se presentan diferentes acercamientos a través de las experiencias relatadas por las distintas voces de los actores sociales implicados y posicionados en el entramado local. Estos relatos revelan, desde su lugar de enunciación, aspectos invisibles o ignorados para los otros actores.

3.1 Santa Marta: tan cerca y tan lejos de la atención sanitaria

“En la puerta del hospital, moría la gente, ya no abastecía ya. Para qué, de ahí tratamiento, mejor que haya el tratamiento en su domicilio más, porque si vas a venir al hospital... ya por uno de dos, te vas a morir en la puerta del hospital o te van a regresar.”

Dionisio Pino, comunero de Santa Marta (Callería)⁶⁶

Estas declaraciones han sido una constante en las entrevistas llevadas a cabo a usuarios indígenas en la comunidad nativa de Santa Marta, donde los hospitales son percibidos como lugares de muerte por la ciudadanía indígena, espacios que, en el mejor de los casos, debían evitarse para buscar la manera de tratar a sus enfermos en el domicilio.

Dionisio Pino, quien brindó sus declaraciones, tuvo la suerte de que su hermana, Silveria Pino, técnica en enfermería, quien vivía al lado suyo, contara con una pequeña botica en su casa, provisionada de antibióticos y otros medicamentos básicos. Ella siguió vendiendo al mismo precio de antes de la pandemia, a pesar del aumento en el costo en las farmacias locales:

Yo tenía medicinas antes de que empiece la pandemia, tenía guardado, porque vendo desde antes. Paracetamol, dolotram. Yo igual vendía a 50 céntimos, porque tenía desde antes, cuando ya se vendía a 5, 10 soles la misma pastilla.⁶⁷

Respecto al papel que jugó su presencia en la comunidad como profesional del sistema biomédico, Silveria comentó: “Mi hijo y yo hemos salvado la vida de todos en mi comunidad, porque no había nada de la Diresa, ¿no? Casi todos acá somos familia, me llamaban: ‘Silveria, ven por favor’. Yo iba, con inyecciones, hemos salvado bastantes vidas”. Con su hijo, también técnico en enfermería, vieron por los enfermos de su comunidad: “Mi hijo me decía ‘no debemos quedarnos mirando, ¿no, mamá? Si podemos hacer algo, hay que ayudar’”.

⁶⁶ Entrevista realizada el 12 de abril del 2022 en el domicilio de Dionisio, comunero de Santa Marta, comunidad nativa a 10 minutos de distancia en motocar del centro de Pucallpa

⁶⁷ Durante la misma visita realizada a la Comunidad de Santa Marta el 12 de abril del 2022

La hermana de Silveria, Nilda Pino Canayo, que también vivía en Santa Marta, se asume como *vegetalista*, ya que usa sus conocimientos sobre el uso de plantas para tratar diferentes enfermedades. Ella afirmó no haber usado ningún medicamento convencional para tratarse: “Solo con mucura y hoja de piñón negro”. Nilda negó tomar pastillas a pesar de que su hermana se las ofreció. Esto evidencia que las diferencias al momento de afrontar la enfermedad pueden ocurrir, incluso, dentro de una misma familia shipiba, dependiendo de la formación de sus miembros, sus creencias, y el acceso y manejo de recursos biomédicos o tradicionales.

Durante mi visita a esta comunidad, tuve la oportunidad de entrevistar a más familiares de Silveria. Ella fue informante clave para acceder a este espacio, además de traducirme las declaraciones en shipibo de los entrevistados/as que no tenían buen manejo del castellano. Pude, en esta visita, conocer las condiciones de vida de los comuneros. Todos ellos vivían en casas con pisos elevados o con pisos de tierra armada, ya que la zona se inunda con las lluvias y las crecidas del río adyacente a las casas. Los hogares contaban con una o dos habitaciones, lo que hacía imposible el aislamiento de un familiar en caso cayera enfermo, ya que normalmente las familias son de cuatro a más personas. Ninguna casa contaba con desagüe ni agua potable, por lo que la indicación de lavarse constantemente las manos sugerida por el Gobierno era inviable. La gran mayoría le compraba agua a una vecina que tenía un pozo en su casa. No había alumbrado eléctrico en las calles ni en las casas; los celulares los cargaban con motores que funcionaban a gasolina. Hasta antes de la llegada de la COVID-19, el dengue y la parasitosis habían sido los principales problemas sanitarios, debido a la proliferación de mosquitos por el agua empozada y la basura.

Aunque cueste imaginarlo, esta realidad, la que se vive en Santa Marta, se da a unos cuantos minutos del centro de Pucallpa, donde las casas sí contaban con los servicios básicos necesarios para afrontar el confinamiento y cumplir con las recomendaciones del Gobierno. El asentamiento humano La Hoyada, el más populoso de Pucallpa, separa Santa Marta del centro urbano. Allí, hay electricidad y alumbrado público en algunos sectores, pero sigue siendo una zona inundable, sin pista y sin desagüe.

Esta situación fue casi la misma en todos los asentamientos humanos pucallpinos. A escasos minutos de los cascos urbanos, se podía notar el hacinamiento, la precariedad y la

falta de acceso a servicios básicos. Queda en evidencia los fuertes contrastes sociales, tal como describe Mbembe (2011) al hablar de las “ciudades poscoloniales”, llenas de hambre y “fronteras internas” que crean geografías humanas donde existen compartimentos de pobreza, en los que las desigualdades se confunden y mimetizan con las identidades raciales.

Santa Marta fue golpeada económicamente por la pandemia, ya que la mayoría de sus habitantes se dedicaba a la artesanía, a trabajos eventuales en las madereras cercanas, o bien al desembarco de productos y bienes en el puerto a pocos minutos de la comunidad. Muchos comuneros de Santa Marta, al no confiar en los hospitales, prefirieron endeudarse pagando los elevados costos de atención y tratamiento de las clínicas, situación que los obligó a vender sus bienes para costear los gastos y endeudamientos. Si bien varios pudieron sobrevivir al virus, reportaron secuelas de salud, tales como dificultades para respirar, fatiga y dolores torácicos. En el caso de Dionisio y del cuñado de Silveria, quedaron con secuelas que les impiden valerse por sí mismos, afectando seriamente su capacidad de trabajo. Situación que ha generado preocupaciones por el futuro de sus familias, provocándoles cuadros depresivos. Lamentablemente, no pudieron ser atendidos debido a que sería un lujo pensar en su salud mental, no contando con la salud física y la alimentación de sus familias resuelta.

Durante el campo, ningún comunero de Santa Marta centró sus quejas en la ausencia de un servicio “intercultural”, o en reclamar por la pertinencia o adecuación de un supuesto servicio sanitario que nunca llegaron a recibir. Para ellos, la discriminación por ser indígenas empezaba con la ausencia de atención médica y acceso a medicinas durante la primera y segunda ola. Respecto a esto, todos los comuneros entrevistados afirmaron que el Estado recién apareció al final de la segunda ola, con las campañas de vacunación y la entrega de víveres. “Acá no entraba la brigada, ni para diagnosticar, la Diresa llega cuando ya estaban sanos, trajeron víveres, así nomás”, declaró Karina Dávila⁶⁸, comunera de Santa Marta. De igual forma, Dionisio Pino, respondió lo siguiente al preguntarle por las brigadas de salud:

La Diresa nunca, pero sí, una vez han venido los que hacen pruebas de... cómo se llama... COVID. También, vinieron ellos, pero, en apoyar en otra forma, después de que han pasado ya. **Después que había varias muertes de personas que perdieron su familia, ya casi después de acabar pandemia [primera ola], casi después de**

⁶⁸ Entrevistada en su domicilio el 12 de abril del 2022, en la comunidad nativa de Santa Marta.

ocho meses, vino eso, ya... solamente han venido a sacar la sangre para ver si tienen COVID o no.

Al parecer, hasta antes de estas primeras intervenciones, las vidas en Santa Marta dependieron totalmente de los mismos comuneros y el apoyo familiar. Ellos usaron plantas para tratarse, al igual que medicinas convencionales que tuvieron al alcance; en muchos casos, se automedicaron. Los comuneros de Santa Marta, además, quemaron llantas para ahuyentar el *yoshin*⁶⁹ de la COVID-19 de sus hogares, pues la narrativa científica de que la enfermedad era provocada por un ser diminuto llamado virus no les era satisfactoria. Ellos concibieron a la COVID-19, al igual que todos los que comparten la cosmovisión shipiba, como un ser con *madre*, con *dueño*; al tratarse de un ser maligno, este *dueño* debía ser un *yoshin*, un demonio, que, para muchos de ellos, aparecía en sus sueños como un ser negro inmenso, con dientes grandes lleno de sangre, y que rondaba por las casas de Santa Marta buscando entrar para alimentarse de las vidas humanas. Debían emprender acciones no solo para aliviar los síntomas físicos y fortalecer los cuerpos, sino también para prevenir espiritualmente el ingreso de este demonio en los hogares y en las mentes de las personas.

Todas estas acciones y formas de afrontar la COVID-19 ocurrieron en total ausencia del Estado y la Diresa durante la primera y segunda ola de la pandemia; los comuneros de Santa Marta se valieron de sus interpretaciones y recursos disponibles. En los cuidados familiares, encontraron en las medicinas convencionales y medicinas ancestrales, medidas improvisadas, formas de resistir sin economía y sin cobertura a pesar de estar a unos minutos de los hospitales, los centros de administrativos del poder local y las farmacias. Resulta importante agregar que los comuneros de Santa Martha asociaron su situación a ser una “población olvidada” o excluida durante la pandemia, no solo por su posición como indígenas, sino por su condición como pobres, pueblo olvidado que vive en los márgenes de Pucallpa. Este conjunto de características sociales es compartido con sus vecinos de La Hoyada, donde tampoco estuvo presente el Estado, y donde conviven población que se autoidentifica como shipiba con mestizos. Ahí, los intereses comunes de una mejor calidad de vida y servicios terminan por crear una “identidad de destino”, donde la causa común se impone a las identidades de origen. Esto permite comprender que el discurso de pueblo

⁶⁹ Demonio.

olvidado se hace presente tanto en todos los espacios donde la adquisición de ciudadanía y saneamiento urbano es la mejor estrategia para salir adelante.

3.2 La estrategia sanitaria para los pueblos indígenas amazónicos de la Diresa

“Éramos solo una cuota.”

Douglas Tangoa, shipibo, psicólogo de las brigadas sanitarias de la Diresa

La ayuda para la región y, en particular, para los pueblos indígenas amazónicos durante la pandemia siguió un orden jerárquico en el sentido burocrático, pero, además, territorial. Esto se debió al centralismo gubernamental, que desarrolló una estrategia nacional única, siguiendo las directivas de la OMS, que apostaba por la prevención y la reducción de contagios. Para tal fin, se implementó una de las cuarentenas más radicales para cumplir con estos objetivos. Esta estrategia, que se creó y salió de Lima, fue adaptada al ordenamiento territorial propio de las comunidades nativas, adecuando la cuarentena domiciliaria a una cuarentena del espacio comunal, y asumiendo que las comunidades eran los únicos espacios reconocidos como indígenas por el Estado. El Mincul se encargó de apoyar con la traducción de la información contenida en *spots*, cartillas y otros materiales de difusión usados para informar sobre el virus y educar a la población indígenas respecto a las medidas de prevención, tales como el distanciamiento social, el lavado de manos y el uso de mascarillas. Así mismo, informó sobre las medidas de confinamiento dispuestas y adecuadas al ámbito comunal por el Gobierno.

La Diresa tuvo como principal estrategia de cobertura a las brigadas de salud, pues no contaba con establecimientos tipo I-1 en funcionamiento, tales como postas de salud u consultorios en las comunidades, y no había podido articular efectivamente los colectivos espontáneos de activistas indígenas que comenzaron a encargarse de cuidar a sus familias. Dichas brigadas eran equipos itinerantes liderados por un médico, y compuestos por licenciados y técnicos en enfermería, así como psicólogos y otros especialistas de la salud. Estas brigadas eran equipos de primera línea gestionados por las micro-redes sanitarias de cada una de las cuatro provincias (Padre abad, Purús, Coronel Portillo y Atalaya).

No hubo brigadas completas especializadas en la atención de población indígena. La normativa dispuso que, al intervenir un espacio reconocido como indígena⁷⁰ (comunidades nativas y centros poblados rurales), las brigadas requerían de mínimo dos miembros indígenas en el equipo, quienes, sin importar su profesión, se encargaban de ser el principal punto de contacto, mediando entre el personal mestizo y los usuarios indígenas. Se reconocía su labor como traductores, y también la cercanía que podían generar al ser indígenas y comprender, a su vez, el lenguaje médico occidental. Esto les permitía asumir un rol que, en algunos casos, era fundamental para interceder por las demandas y necesidades de sus paisanos.

Si bien la normativa establecía un plan de acción en el campo, algunos médicos de forma autónoma permitían que las brigadas se implicaran más o atendieran, incluso, cuestiones no contempladas. Esta fue la experiencia de Douglas Tangoa, shipibo licenciado en Psicología, quien fue contratado para traducir las indicaciones dadas por el personal médico al mestizo, pero que, al encontrar problemas de salud mental, solicitó poder abordarlos. La solicitud fue aceptada por el médico a cargo durante sus intervenciones, quien, según Douglas, “tenía un liderazgo positivo en el equipo, no estaba pegado a la norma, sabía cuándo había que salirse del plan”.

Douglas recordó que tenían que racionar hasta los recursos de bioseguridad disponibles, como los trajes usados por el personal para protegerse del contagio. Por otro lado, agregó que también existían otras razones para no presentarse con todas las medidas de bioseguridad ante las comunidades: “Teníamos que sacarnos los trajes, porque, si llegábamos con todo completo, mascarilla, traje, guantes, los pobladores se asustan ¿no?, hasta para eso uno tenía que ser cuidadoso”. Con esto, dio a entender que seguir literalmente las medidas de bioseguridad generaba miedo y tensión entre los usuarios indígenas, pues asumían que se protegían de los brigadistas. La lógica de evitar el contagio no era suficiente para entender estas precauciones. Douglas, al igual que otros profesionales indígenas, entendieron el razonamiento de los usuarios y asumieron mayores riesgos para generar confianza en sus paisanos. Esta cuestión que, como se verá en el capítulo concerniente a la experiencia del

⁷⁰ “Fue un error no considerar los espacios interculturales”, declaró Mónica Macedo, durante entrevista vía Zoom, en referencia a la falta de intervenciones en asentamientos humanos que tomaran en cuenta la importante presencia indígena en estos espacios periurbanos.

Comando Matico, fue abordada y convertida en protocolo por los activistas del Comando Matico.

Julio Lozano⁷¹, mestizo, licenciado en enfermería, afirmó lo siguiente respecto a las intervenciones de las brigadas en las que participó:

Teníamos que ver otras enfermedades, mucha anemia, problemas de diabetes, dengue, hasta problemas de infecciones de transmisión sexual, eran comunes en las comunidades. No era fácil con nuestros recursos; casi siempre uno termina haciendo más de lo que supuestamente le dicen que tiene que hacer.

Lozano describe, con este comentario, un escenario que corrobora la situación de acumulación epidemiológica que han descrito con anterioridad organismos del Estado sobre la situación de salud en las comunidades nativas. Para los indígenas, incluso durante la pandemia, la COVID-19 era uno de tantos males con los que lidiar. Lo que dice Lozano explica las dificultades y la falta de recursos para atender a esta población, con una gran demanda de atención primaria; a la vez, sus declaraciones, permiten comprender la determinación de los indígenas de tomar su salud en sus propias manos. Aventurarse a encontrar respuestas y un tratamiento efectivo nunca supuso el mismo riesgo que para otros sectores. Al fin y al cabo, el colapso del sistema sanitario no significó la pérdida de un gran aliado frente la lucha contra la COVID-19. La sospecha de que no podían contar con el Estado terminó por convertirse en un hecho en la medida que los contagios y muertes aumentaron.

“En las brigadas de avanzada, siempre acompañaba alguien indígena”, dijo la principal funcionaria encargada de la estrategia sanitaria intercultural para los PP. II. AA. al ser consultada por la implementación del enfoque intercultural durante las acciones de la Diresa en la pandemia. Se ofreció la dimensión exacta de la presencia indígena en las brigadas: una cuota. Este mínimo era cumplido para que la comunicación fuera posible, y para que las comunidades nativas u organizaciones indígenas no pudiesen acusar a la Diresa de no tomar en cuenta la variable intercultural en sus intervenciones. La expresión “*alguien indígena*” coloca la relevancia en lo étnico por encima del aporte profesional, una cuestión que, como se verá más adelante, ha sido un criterio de discriminación interno en la Diresa.

⁷¹ En entrevista presencial realizada el 27 de abril del 201, en el local central de la Diresa Ucayali.

En las entrevistas a los usuarios indígenas, primó la denuncia sobre el desconocimiento y falta de información respecto a conceptos como *salud intercultural* o *estrategia de salud para los pueblos indígenas*. Para ellos, su cultura no fue considerada por el hecho de que había un traductor indígena o de la información les sea entregada en su lengua. Douglas Tangoa, extrabajador shipibo de la Diresa, a quien le relatamos las respuestas de los usuarios, dio la razón a sus paisanos: “Solamente al contratar indígenas ya pensaban que eso convertía la atención en intercultural, éramos como una cuota, lo que demostraba para los documentos y las estadísticas que la intervención era intercultural”.

3.2.1 La cuestión presupuestal en el plan de la Diresa

Los presupuestos asignados para la Diresa fueron resueltos por el Gobierno Central. El MEF fue el organismo encargado de aprobar lo requerido por el Minsa, que destinaba presupuesto a los gobiernos regionales, y estos, a su vez, a las Diresas.

En el caso, de Ucayali, la Diresa estuvo organizada bajo cuatro microrredes, una por cada provincia (Coronel Portillo, Atalaya, Purús y Padre Abad). Se destinaron 4 millones de soles, que fueron repartidos en estas cuatro microrredes. Al respecto, Douglas Tangoa (DT), psicólogo que participó de las acciones del plan amazónico durante la primera ola, aclaró el tema de las microrredes y la administración del presupuesto durante una entrevista:

E: Ustedes tenían que ir a cada municipalidad...

DT: Claro. Para que pueda... inclusive hablar con red de cada salud. Red Coronel Portillo, Red Atalaya. Así, ¿no?

E: Acá había redes, ¿no? O microrredes

DT: Sí, hasta ahora funcionan las microrredes

E: Hay una red, creo, que por cada provincia.

DT: Sí. Padre Abad también es otra red. Entonces, los presupuestos que llegó, cuatro millones para Ucayali.

E: ¿Un millón para cada microrred? ¿En cuál trabajabas tú?

DT: Para cada microrred. Yo para Coronel Portillo, **le tocó un millón con cien creo. De ahí el presupuesto para población indígena era como... solo treinta mil. Pero creo que de ahí aumentaron a ochenta mil soles.**

E: O sea, treinta mil más ochenta mil, como ciento diez, algo así.

DT: Sí. Y atender a esa población de las comunidades, **habían crecido, pues.** En el Plan de Planificación de la Diresa, está ahí todo el presupuesto que pasó por la COVID. Porque **después hubo apoyo de la USAID, eso ya no sabemos mucho ya.** Actualmente, hay apoyo de USAID, pero anteriormente hubo presupuesto directo del mismo Estado.

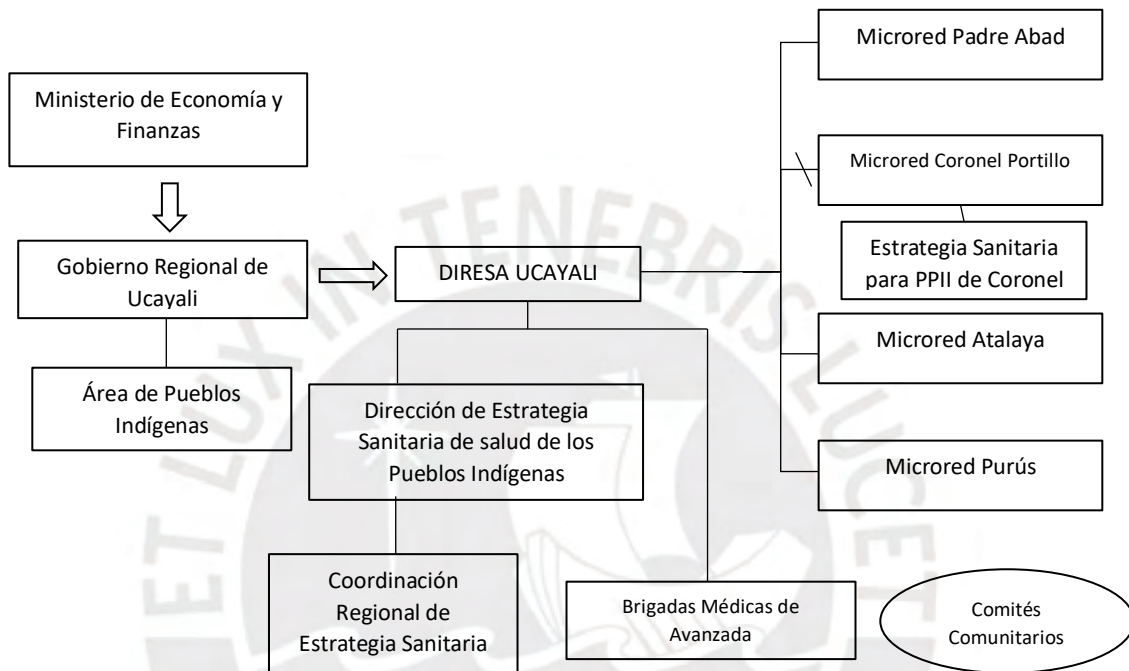


Figura 5: *Organigrama del flujo presupuestal de la Diresa UCAYALI*⁷²

El dinero destinado a los PP. II. AA. tuvo que pasar por diferentes instancias para terminar siendo administrado por cada microrred, que eran las que organizaban a las brigadas de salud. En cada instancia, el uso de este presupuesto fue disminuyendo y destinado a gastos administrativos. De tal forma, la tan requerida articulación entre el Estado y las organizaciones de base indígena no pudo darse bajo un financiamiento efectivo de los activistas.

Mónica Macedo, al ser consultada por el financiamiento de los comités comunitarios, afirmó que “durante el 2020 y 2021, había comités comunitarios formados. No se han financiado, son voluntarios, pero les han dotado de algunos kits en algunos lugares, como

⁷² Coronel Portillo administra, actualmente, de forma directa y autónoma su presupuesto sin recibir la intermediación de la administración central, debido a que, según declaraciones de los mismos trabajadores, se cansaron del gasto burocrático que implicaba ser subsidiaria de la administración central.

pulsímetros, mascarillas, alcohol gel”. Esto significa que la articulación nunca se llegó a dar en el plano del financiamiento de los equipos de voluntarios indígenas. Para ellos, recibir estos “kits” no compensaba la falta de medicinas. Era irreal pensar que, con estos elementos de cuidado, pudieran afrontar una enfermedad que estaba causando muertes. Por ello, casi siempre, según Julio Lozano, enfermero licenciado de la Diresa, “estas intervenciones que se desarrollaban eran tensas; los hermanos indígenas siempre pedían medicinas y les parecía muy poco lo que se les daba”.

Un total de 5 millones de soles fueron destinados para el plan amazónico, estrategia sanitaria para la Amazonía, según declaraciones de Rocío Plaza, responsable del área de Pueblos Indígenas del GOREU. Del total, 80 000 fueron usados para los PP. II. AA. En la práctica, esto se tradujo, durante la primera y segunda ola, en las contrataciones de personal sanitario de origen indígena.

Por este motivo, la articulación de las prácticas de salud indígenas quedó fuera del plan, y solo fueron respetadas o tomadas en consideración durante el llenado de las historias clínicas por parte de los técnicos de las postas o brigadas de avanzada, según lo indicado por la funcionaria actual encargada de la estrategia de salud para los PP. II. AA. Para Rocío Plaza, las quejas de los usuarios se debieron más a la incomprensión que tenían ellos de la limitación en el presupuesto de la Diresa; a la falta de empatía de los usuarios indígenas por la crisis sanitaria generalizada⁷³; y al factor individual de algunos trabajadores que no sentían una “verdadera motivación o pasión” de trabajar con PP.II.AA, pero que se veían “obligados” a hacerlo por el pago.

En cambio, los usuarios y trabajadores indígenas denunciaron mal uso del presupuesto asignado y discriminación de sus culturas por parte del plan de salud para los PP. II. AA. Al respecto, el discurso oficial de la cabeza de la estrategia sanitaria en el GOREU y la Diresa afirmó que no hubo mal manejo, sino una falta de presupuesto y una inclusión de la variable indígena a través la contratación de “alguien indígena” para cada brigada de avanzada. Esto evidencia un claro desacuerdo respecto a la implementación y resultados de

⁷³ “Yo también me he enfermado, todos han estado mal. No solo ellos han estado así”, declaró la funcionaria.

la intervención de la Diresa, donde los trabajadores shipibos y los usuarios indígenas comparten un mismo punto de vista, contrario al de los funcionarios.

3.2.2 *Desacuerdo intercultural entre población indígena y agentes de salud*

La percepción recogida por los usuarios y extrabajadores shipibos respecto a *lo intercultural* en las intervenciones sanitarias problematiza la posición del Estado que asume la *adecuación y pertinencia* como los pilares de su modelo de interculturalidad en relación a los servicios sanitarios para los pueblos indígenas amazónicos. Revela que las cifras, así sean presentadas como favorables por los funcionarios, se relacionan poco con la satisfacción real del usuario, e incluso con la percepción de los mismos trabajadores indígenas que fueron contratados para esta labor. Estos últimos sintieron que fueron incorporados para cumplir con una “cuota étnica”, y no tanto por sus capacidades y formación especializada en salud.

Durante la mesa de articulación que se realizó en la etapa final de este estudio, los especialistas en medicina tradicional shipiba se indignaron al escuchar a los funcionarios de la Diresa usar expresiones como “respetamos el uso de sus plantitas” o “denos su conocimiento en un PDF para nosotros incorporarlo a la normativa”, al consultárseles sobre su posición respecto a la medicina vegetalista shipiba. Estas declaraciones fueron percibidas como una subestimación hacia su medicina, así como de la compleja formación por la que pasan los *onayas*, especialistas médicos tradicionales, quienes se someten a duros procesos de dietas de más de 10 años para poder comenzar a atender a los enfermos.

Esto generó un malestar durante la mesa, que llevó a la parte de la sociedad civil indígena a asumir una actitud de desconfianza respecto a los representantes del modelo biomédico; con sus declaraciones, dejaban en evidencia su poco conocimiento y subestimación del sistema médico tradicional shipibo. Esto se tradujo, durante el trabajo de precisión de conceptos, en un rechazo de la parte shipiba al término “intercultural”. Durante una exposición en que cada parte debía compartir su propia valoración de este concepto, denunciaron que esta era “una palabra impuesta por los antropólogos” para invisibilizar la situación de desigualdad entre ambos sistemas médicos (el biomédico y los sistemas indígenas de salud). Para los representantes de la medicina indígena, el diálogo no fue posible, pues no había un reconocimiento auténtico del valor de la medicina shipiba y su contribución fundamental a salvar vidas indígenas y no indígenas durante la pandemia. A la

luz de estos hechos, la palabra “intercultural” se convertía en un concepto que no podía albergar el significado de su experiencia, y mucho menos tender un puente real entre ambos modelos.

A diferencia de otros espacios de diálogo, donde el Estado es juez y parte, es decir, representa al modelo biomédico y hace las veces de mediador, en esta mesa, al ser propuesta por una organización no gubernamental y contar con la mediación de investigadores independientes, se permitió el desacuerdo entre las partes. Los indígenas se vieron instados a usar el término intercultural para poder legitimar su presencia, sus demandas y su lucha frente al Estado con el objetivo de exigir servicios educativos, sanitarios y de justicia que contemplaran sus lenguas y cultura. Este uso fue estratégico y político, mas no refleja el verdadero sentir y el juicio que tienen los indígenas respecto a su uso.

De forma paradójica, estos equívocos han creado las condiciones para que los mismos usuarios se apropien del término y le den nuevos significados en la práctica. Se enriquece el término con su praxis haciendo posible crear una interculturalidad-*otra*, que realmente recoja sus necesidades y sus ideas de cómo es posible construir propuestas de salud colaborativas entre ambos sistemas médicos, y que no terminen por subordinar o instrumentalizar los conocimientos propios a la mirada hegemónica del pensamiento biomédico.

Bajo los términos usados por Alarcón et al. (2003), respecto al lugar que ocupan los sistemas médicos en cada cultura, la *validación* normativa y técnica que imponen los agentes de salud y funcionarios de la Diresa para la conceptualización de lo que implicaría una intervención que considerase el enfoque intercultural en las prácticas de salud para los pueblos indígenas habría sido rechazada en el proceso de *negociación* con los mismos usuarios indígenas. La reflexión en un espacio de diálogo, donde los conceptos asumidos son puestos en discusión, deja en claro que existe un proceso de imposición del mismo término, que incluso podría invisibilizar la lucha de los agentes de salud indígenas por la revalorización de la medicina shipiba.

Este análisis permite constatar las dimensiones del desacuerdo intercultural. Se ven implicadas las prácticas de salud denominadas “interculturales”; el poder para imponer una conceptualización de lo “intercultural”; e, incluso, un perfil étnico y cultural de quienes sostienen la mirada funcional y quienes plantean la mirada crítica. Esto estaría en la misma

línea del razonamiento seguido por Walsh (2002) respecto a la colonialidad del poder y cómo el tema de fondo sobre las cuestiones étnicas para la agencia de los pueblos indígenas no son cuestiones culturales en sí mismas, sino la racialización del poder en las sociedades nacionales, en consecuencia, la lucha constante por decolonizar y apropiarse, desde los lugares subalternos, de los términos impuestos. En este sentido, para los activistas, “descartar la interculturalidad” no es descartarla en sí misma, sino rechazar el poder y la manera en que es usada por los agentes del Estado y el modelo biomédico. Esta es una posición política asumida en un espacio donde no hay un consenso, lo que da la oportunidad de posicionarse y debatir más allá de las prácticas, desde el ámbito epistémico y ontológico de esta palabra, usada para enmarcar los diálogos y conflictos entre culturas con relaciones asimétricas de poder.

Al comentar este suceso acaecido en las mesas de diálogo, a Alberto Ortiz, sociólogo y funcionario del GOREU, durante una entrevista para este trabajo de investigación señalo desde una posición crítica: “El modelo biomédico siempre impone y, si dialoga, es para imponerse mejor.”

Esto es cierto para los activistas indígenas de la salud intercultural y los representantes de la medicina shipiba, y también lo es para todo aquel que tenga una mirada reflexiva sobre el carácter instrumental que ha tenido la interculturalidad en salud durante las estrategias sanitarias modeladas por los agentes del enfoque biomédico en la pandemia. Tanto Mónica Macedo como Jaqueline Bartra, encargada de la estrategia sanitaria para los PP. II. AA. de la provincia de Coronel Portillo, coincidieron en alabar las virtudes que el “diálogo intercultural” había tenido durante las campañas de vacunación dirigidas a la PIA. Macedo afirmó que “considerar sus creencias culturales ha sido importante para que dejen de oponerse a la vacuna, al principio no se hicieron bien las cosas, querían imponerles, pero ahora los escuchamos y al final terminan vacunándose, porque entienden los beneficios de hacerlo”. No obstante, los usuarios indígenas entrevistados mencionaron como las principales razones para vacunarse la necesidad de hacer trámites, no perder sus trabajos (en el caso de los docentes EIB) y poder transportarse sin impedimentos. Casi ninguno refirió que lo haría porque valoraba la vacuna como una medida sanitaria útil y eficaz ante la COVID-19; incluso, comentaron que muchos falsificaron sus certificados de vacunación para

poder seguir con sus vidas laborales sin ser afectados por los impedimentos sociales que conllevaba no recibir la vacuna.

Francisco Ochavano, residente shipibo del Asentamiento Humano Intercultural “La Nevera”, en Yarinacocha, comentó respecto a la vacunación: “Me he vacunado, pues. Soy profesor, tengo que hacerlo. Si me va a hacer daño, ya no me importa, porque ya estoy mal yo, igual me voy a morir”.⁷⁴ Se confirma que las razones sanitarias son secundarias a las razones sociales de no ser excluido o afectado laboralmente. Una vez más, los funcionarios del Estado eligen creer algo y los indígenas, por otro lado, evalúan qué posición pública es conveniente asumir frente a la imposición del Estado. Mientras tanto, en sus espacios *intraculturales*, el discurso de rechazo y desconfianza sigue presente.

Vacunarse o no vacunarse, para gran parte de la población shipiba, fue más una decisión política estratégica frente a las restricciones que la sociedad nacional imponía a los que se negaban a hacerlo, que una elección dada por convicción respecto a las virtudes de la vacuna y la lógica seguida por el modelo biomédico para luchar contra el coronavirus. No hay un acuerdo real respecto a la salud y las formas válidas de cuidarla, pero sí concesiones políticas, estrategias desde la subalternidad para dialogar con ese gran Otro, que es el Estado peruano. Los indígenas, al sentirse en confianza o al encontrarse en un espacio para ser realmente tomados en cuenta frente a su contraparte estatal, suelen cuestionar los intereses reales de su interlocutor. Para muchos de ellos, no es cierto que el Estado vele por su bienestar y sus intereses; a lo mucho, es una presencia ineludible con la que están obligados, históricamente, a negociar en desigualdad de condiciones.

3.2.3 Discriminación social y cultural al interior de la Diresa

Durante las entrevistas realizadas a los extrabajadores shipibos del Plan Amazónico, una técnica enfermera que trabajó durante el 2019 en la Diresa comentó que fue maltratada por la encargada de la Diresa para Pueblos Indígenas. Según la técnica, afirmaba que ella “no era nada” y, por tal motivo, le negaba ir a reuniones de coordinación con el GOREU, a pesar de que llegaban invitaciones institucionales solicitando su presencia como profesional

⁷⁴ En entrevista realizada durante visita domiciliaria del Comando Matico realizada el 09 de abril del 2022

shipiba encargada de ver cuestiones relacionadas a la estrategia de salud intercultural. Esto vendría a ser un caso de discriminación laboral.

De igual modo, en un diálogo⁷⁵ sostenido con extrabajadores shipibos de la Diresa, en el que estaban presentes un administrador y especialista en derecho indígena, un psicólogo que estuvo en las brigadas de salud compartió las siguientes experiencias:

Cuando nosotros ingresamos, había atropellos para el personal técnico sanitario de población indígena... Porque **un personal técnico no tenía ni derecho de hablar a un superior como de hacer contra.**” “...Eso pasó en un caso, yo no sabía nada porque estaba entrando recién. Y vino la jefa de salud indígena y me gritó: **‘¡Oie, tú no tienes derecho de hablarme porque tú no eres...!’ O sea ‘¡No tienes el grado que yo tengo!’ universitario. ‘Así que cállate’ Así le dijo al técnico que era shipibo. Y yo me sorprendí ¿No? _luego yo ya tenía que enfrenar, hablar por ellos, porque yo tenía un grado universitario.** (Lic. Douglas Tangoa)

Entre los equipos de salud de la Diresa para la PIA, se coincide en que los técnicos, que son de menor rango que los licenciados y los médicos, suelen ser shipibos. Por ello, existe una superposición entre el grado académico y cuestiones étnicas en la distribución de cargos y rangos. Douglas Tangoa, licenciado en Psicología, explica que tenía que “hablar por ellos”. Los técnicos eran maltratados y ninguneados por la jefa del área, quien se justificaba en su grado universitario para hacerlo y, de forma indirecta, establecía una relación de poder autoritaria, legitimada por la jerarquía del cargo y el grado académico, para discriminar al personal shipibo.

Tangoa agrega:

Entonces, lo que yo hacía era como hablar con la misma jefa, a veces como discusiones fuertes ¿No? Y, en un momento, en una discusión fuerte, ella me dijo_‘... **demasiado estás quejándote, hablando tonterías, te voy a rescindir tu contrato’.** **Me dijo ‘Te voy a cancelar tu contrato’, Y yo le dije ‘Hazlo ahorita, rescinde el contrato’ Y no lo hizo, ¿Sabes por qué? Porque no hay ni un psicólogo que lo va**

⁷⁵ Conversación realizada en la sobremesa del “Taller participativo: Hacia un Protocolo de Salud Intercultural para los Pueblos Indígenas Amazónicos”, llevado a cabo el 12 de mayo del 2022

a respaldar, al contrario, lo voy a criticar porque no está haciendo bien las cosas. Y yo le dije también **‘Te voy a investigar, porque no estás haciendo bien para el pueblo.’ ‘Yo no he venido por el sueldo, yo he venido para el pueblo’ ‘Yo estoy por mi gente’ ... al final la botaron a esa señora. Porque la investigación periodística sacó que hizo malversación de fondos. ¡Treinta años en el cargo estuvo esa señora!**

Esta anécdota termina con la separación de la funcionaria en mención debido a temas de corrupción, y a las actitudes discriminatorias y uso indebido de su posición de poder. En este caso, el cuestionamiento y protesta por parte de Tangoa fueron fundamentales para introducir un equilibrio de fuerzas, amparándose en su rango universitario para hacerse escuchar bajo la lógica de poder que manejaba en su discurso la funcionaria en mención.

Silveria Pino, técnica en enfermería, refirió lo siguiente:

Mira, hay mucha discriminación, peor en pueblos indígenas. Porque, cuando estaba ahí en la Diresa también pasaba eso. Acá cuando estaba el COVID, ¿qué van a atender a shipibo? A veces los médicos, a veces las enfermeras. ¿qué se van a preguntar cómo es? [refiriéndose a atender población shipiba]... a veces no pueden pronunciar, a veces no explican. Por eso algunos no quieren ir hospital. Pero no es que no quieren ir, tienen miedo con el médico, tienen miedo de las enfermeras, mis colegas, que a veces no atienden bien. (Técnica en enfermería, atendió en el hospital amazónico durante la pandemia)

Lo que menciona Silveria sugiere la presencia de actitudes poco empáticas hacia las dificultades idiomáticas a las que se enfrentaron los usuarios indígenas, quienes prefirieron evitar exponerse a malos tratos en los centros de atención del Estado. Ellos eligen renunciar a un derecho, como es ser atendidos en el sistema de salud pública, para no tener que sentirse agredidos. Silveria comenta al respecto:

Es por eso que muchos de mis paisanos prefieren ir a la clínica, aunque cobren, porque piensan que ahí nos le van a maltratar, porque están haciendo un pago. Yo, cuando están mal, les digo ‘tienes SIS, anda al hospital para que te diagnostiquen’, ¿no? Pero no quieren, clínica nomás, así piensan mis paisanos.

Estas declaraciones revelan actos de discriminación y abuso de poder, así como la necesidad de estrategias de protesta y resistencia para que las voces de los trabajadores sean escuchadas el interior de la Diresa o en el GOREU. Los profesionales shipibos saben que su inclusión y consideración dentro del sistema público depende de su capacidad de negociación y resistencia, así como de la presencia de shipibos con poder en instancias de toma de decisiones. Al respecto, mencionaron que fue gracias a las gestiones de Silvio Valles, alcalde shipibo de Masisea que murió durante la pandemia y que antes tuvo un cargo como funcionario del Gobierno Regional, que pudieron entrar muchos de ellos a plazas en la Diresa.

Además del hallazgo de esta esta problemática interna entre trabajadores de la salud shipibos y funcionarios mestizos, muchos reportes de la Defensoría del pueblo (2015, 2020, 2008) y trabajos de campo del Centro de Epidemiología del Minsa corroboran la existencia de casos de discriminación como parte de las quejas más comunes de los usuarios indígenas de los servicios sanitarios estatales. Los usuarios indígenas perciben los espacios de atención hospitalarios y las postas como lugares ajenos a su cultura, sitios ambiguos, donde, por un lado, existe la posibilidad de ser atendidos, pero también la de ser discriminados o participar de un desencuentro. Esto fue ratificado por los usuarios indígenas entrevistados, quienes afirmaron haberse sentido discriminados en estos espacios por su vestimenta⁷⁶, su forma de hablar español o por su apariencia.

Esto demuestra que, detrás de la desconfianza hacia los espacios médicos, está el miedo a ser discriminados, y que, detrás de los casos de abuso de poder y maltrato laboral, existen lógicas jerárquicas donde el poder se asocia a un grado académico. Finalmente, debido a las condiciones de desigualdad en acceso a oportunidades educativas, se asocia a cuestiones étnicas. Esto plantea el tema de la discriminación y abuso de poder como una problemática que se vive tanto dentro de la institución (la Diresa) como fuera, entre los usuarios y los servidores sanitarios, situación que lleva incluso a romper la *negociación cultural* que debe existir entre ambas partes con el fin de que se concrete la atención médica.

⁷⁶ Mery Fasabi, activista shipiba del Comando Matico, comentó en una entrevista: “Una vez fui al hospital a que me atendiesen como mi vestimenta de shipiba, mi shitonti (falda) y mi blusa. ¿Tú crees que me han atendido bien? Poco más me ignoran. Por eso en otra vez, fui vestida como mestiza, vieras que diferente. Igual es en los bancos, en la muni, en todos sitios que una tiene que verse mestiza para ser respetada.”

Al respecto se abordó el tema con la Lic. Rocío Plaza, funcionaria del GOREU, responsable del área de Pueblos indígenas, quien declaró:

Sí, la discriminación es uno de los problemas más latentes que aún existen. Tratamos de recoger sus quejas. En el diálogo intercultural, no se está considerando 'su nivel cultural', su cultura; **la mayoría de quejas son más en salud que en educación, por la tensión constante que hay, no son atendidos [los usuarios indígenas] de parte del servidor público utilizando un enfoque intercultural.** No se toman en cuenta sus pensamientos, su mente.

Cuando Plaza se refiere al "nivel cultural" de los usuarios, evidentemente, no hace referencia a su cultura en sí misma, como su identidad, sino al manejo y acceso que los usuarios tienen respecto al capital cultural mestizo, como el manejo del castellano y el grado de estudios. Lo dicho muestra un nivel de reconocimiento de la problemática; a su vez, como se observa en el mismo discurso, evidencia el prejuicio que asume que las desigualdades educativas son el resultado de las diferencias culturales, y no la consecuencia del lugar subalterno que ocupan los sujetos racializados y marginalizados dentro de la sociedad nacional por su origen nativo.

En una conversación íntima con Rafael García, shipibo, *onaya* y activista del Comando Matico, respondió a la pregunta *¿qué es para ti ser indígena?* de la siguiente forma: "Seguramente es porque mis ancestros no tenían estudios, y no sabían mucho, que eran ignorantes, entonces, seguro por eso comenzaron a decir que son indígenas". Rafael asoció ser indígena a no contar con capital social y cultural mestizo para ser visto como un igual, un ciudadano más. Al igual que Plaza, asocia la discriminación de los usuarios indígenas a su "nivel cultural", donde la condición de indígena se presenta como equivalente a menor ciudadanía e ignorancia. Son ellos, los indígenas, los que tienen que adquirir una lengua, los códigos y formas mestizas para que pueda darse el diálogo y su consecuente inclusión. Este discurso se mantiene latente en ambas partes (mestizos e indígenas), independientemente de los movimientos por la revaloración de las culturas indígenas o el reconocimiento de los derechos de la población nativa.

Hay muchos factores que confluyen detrás de la discriminación, más allá de la etnia. Sin embargo, estos factores, como el nivel académico, el manejo del castellano o la situación

económica, terminan asociándose a lo identitario en una ciudad fundada por mestizos para explotar recursos de la Amazonía. Ciudad donde los indígenas se convirtieron en migrantes en sus propias tierras. Configurando una sociedad donde la violencia simbólica genera espacios excluyentes, estratificándola y creando una mirada racializada de la posición social y el poder de cada grupo al interior de la sociedad pucallpina.

Al realizarse la misma consulta por los temas de discriminación y la colaboración de los trabajadores indígenas a la Lic. Mónica Macedo, actual encargada de la Dirección Estratégica para los PP. II. AA. de la Diresa, sostuvo lo siguiente:

Se han perdido de vista las zonas interétnicas. En la pandemia, ha salido a relucir que no había personal en zonas alejadas, sólo había un personal técnico, que hace las veces de todo, porque **tenemos mucha escasez de personal intercultural**, no hay casi para contratar. (...) el agente comunitario aparece cuando la figura del técnico no está. El personal no respeta lo que el usuario indígena quiere, el personal prefiere su propia comodidad sobre la comodidad del paciente, es un tema de personas. Los que están en zonas indígenas muchas veces están más por una necesidad de trabajo que porque les guste estar ahí⁷⁷. Los indígenas no entendían los procesos burocráticos a los que están sujetos los presupuestos. **No hay presupuesto específico para poblaciones indígenas.**

La funcionaria sostiene que la discriminación “es un tema de personas” que podría ser resuelto reemplazando a los que están en falta, o haciéndoles entender a los usuarios indígenas que no había un presupuesto destinado específicamente para ellos. Con esto, da un discurso sujeto a su posición como pieza fundamental de una estructura que, a pesar de la evidencia avasallante y cuantiosa de casos de discriminación, insiste en apuntar a los sujetos y no a la cultura institucional de la Diresa. Esta cultura institucional revela un mal uso del poder que se ejerce de forma jerárquica, desde los altos mandos hacia los trabajadores, y de los trabajadores a los usuarios. Así también, apelar a la ignorancia de los usuarios sobre temas burocráticos para desmerecer sus reclamos por un mejor servicio para su gente instrumentaliza esta narrativa social que asocia los conflictos a simples malos entendidos

⁷⁷ Haciendo referencia a los serumistas que son enviados a estas zonas

debido a la “falta de cultura” de los indígenas, en este caso, su falta de conocimientos sobre la cultura burocrática del Estado.

Esto suprime el legítimo *desacuerdo intercultural*; disimula el desacuerdo, en términos de Rancière (1995). Es decir, evita, a través de una maniobra lingüística discursiva, que se haga política a partir de un hecho social: la protesta por la reproducción estructural de las formas culturales de discriminación que se encuentran interiorizadas como un mal ‘endémico’ en las prácticas y los discursos del personal del sistema sanitario nacional, muy a pesar de las normativas que pretenden luchar contra ellas.

Debido a las brechas de desigualdad educativas que obedecen a las condiciones socioeconómicas desfavorables de las familias indígenas, la población shipiba no suele contar con las mismas oportunidades que la mestiza y blanca al competir en carreras de salud. Usualmente, es la población blanca y mestiza la que accede a estudios universitarios, y la indígena, la que logra, con esfuerzo, acceder a estudios técnicos, en su gran mayoría. Esta desigualdad en oportunidades educativas se convierte en los espacios de trabajo de la salud en el patrón de distribución étnica de los trabajadores. Bajo esta lógica, suelen ser los profesionales blancos y mestizos los que tienen posiciones de mayor poder y los indígenas los que normalmente ocupan puestos técnicos al final de la cadena jerárquica de roles organizacionales. Por esta razón, se confunden y mezclan los rangos académicos y posiciones en el organigrama de la Diresa con cuestiones raciales. Esto lleva, incluso, a que puestos claves para la población indígena en el GOREU y la Diresa sean ocupados por profesionales mestizos. La falta de oportunidades profesionales evita que los indígenas se encuentren calificados, bajo el criterio estatal, de asumir estos puestos que sí tienen capacidad de decisión en la estructura organizacional.

Así como los usuarios indígenas son ubicados en un lugar subalterno, también sucede con el lugar que logran “conquistar” los trabajadores indígenas en la estructura jerárquica de la Diresa. Los tratos entre los diferentes rangos implican situaciones de microrracismos, pues, sin decirlo abiertamente, se subestima y acalla la voz de los trabajadores shipibos por cuestiones que aparentemente no tocan lo étnico. Estos trabajadores, que participaron del plan amazónico, fueron contratados para cumplir una labor, la de ser traductores de la estrategia única nacional, pero fueron ubicados en el último rango dentro de la jerarquía de

poder. Como afirmó una alta funcionaria de la Diresa, el agente comunitario, que es un indígena encargado de ser el puente local entre el Estado y su comunidad, aparece si no está el técnico. Este agente ya no merece un pago y es voluntario, bajo la lógica de jerarquías étnico-profesionales del sector salud. Por más que su labor fuera fundamental y haya estado en primera línea atendiendo a los enfermos, considerar que pueda acceder a una retribución por sus labores está fuera de discusión.

Sin embargo, son los mismos trabajadores shipibos quienes problematizan este lugar que se les pretende dar, a un paso del usuario y por debajo de toda la cadena de mandos. A pesar de los límites que pone la estructura a su presencia, aprovechan su rol para cuestionar el orden interno y para “salirse del libreto” asignado para ellos. Esto sucede ya sea a través de medidas de protestas, haciendo la diferencia en el trato hacia sus paisanos, o representando los intereses de sus colegas trabajadores de menores rangos frente a rangos más altos.

3.3 Automedicación y experimentación con los propios cuerpos

“Era experimento de ellos por querer salvar la vida porque no había ningún tipo de medicina, decían. Esto es bueno, en su imaginación, decían”

Jonas Franco, comunero de Amaquiria

Esto fue lo que dijo Jonas Franco cuando se le preguntó por el proceso de buscar alternativas de tratamiento ante la sobrevaluación y desabastecimiento de medicamentos convencionales. Cuando Jonas habló de “experimentos”, hizo referencia a todas las personas que, ante la desesperación y sabiendo que sus vidas estaban sometidas a mayores riesgos, comenzaron a probar con “todo”.

Durante las entrevistas hechas a usuarios indígenas de asentamientos humanos interculturales y de la comunidad de Santa Marta, se descubrió que no solo habían dirigido su esperanza hacia las plantas. De hecho, toda clase de insumos fueron probados para frenar a la COVID-19. Entre ellos, los más llamativos fueron el creso (desinfectante industrial), las gotas de gasolina, el aguardiente y el cloro. Si notaban que alguno de estos experimentos tenía aparentemente un efecto positivo, lo recomendaban, *se pasaban la voz*, tal y como lo decían.

Dentro de los presupuestos metodológicos de la medicina shipiba, se sabe que muchos elementos son usados para ciertos males bajo un principio de similitud, es decir, porque podrían tener un efecto parecido o similar sobre una enfermedad, ya sea por su forma o por su función. Esto explicaría la experimentación con desinfectantes que podrían limpiar el interior, o combustibles que podrían ‘quemar el virus’. A su vez, estos elementos estaban más al alcance de los bolsillos que los medicamentos convencionales, lo que explicaría la apertura a experimentar con ellos a pesar de los riesgos claros para la salud que muchos de ellos conllevan.

Esta observación permite determinar los tres factores presentes en todo intento de búsqueda de tratamiento por parte de la población indígena durante la pandemia: *la efectividad, la similitud y la accesibilidad*. (1) Lo efectivo como aquello que fue comprobado por otros, y que es compartido como un hallazgo de boca en boca, es decir, legitimado a través del uso. (2) Lo similar surge como algo que pudiese reemplazar una medicina inaccesible, como son los antibióticos, los anticoagulantes o el oxígeno, que fueron reemplazados por plantas usadas para combatir procesos infecciones, como el matico, o anticoagulantes naturales, como el kion, hasta desinfectantes, bajo la lógica de que harían lo mismo que hacen con las superficies externas en el interior del cuerpo. Finalmente, (3) lo accesible es lo que está al alcance, económicamente, y dentro de las prácticas culturales o dentro de los elementos familiares propios de un círculo específico. Este es el caso de los curanderos que usaban el *ambiri*, resina que queda en el cachimbo (pipa tradicional) para purgarse introduciéndolo en la garganta, o el *reputi*⁷⁸, usado por algunas familias shipibas de curanderos y parteras que cuentan con prácticas vegetalistas distintas a la de familias que no practican estos oficios.

En una visita a San Francisco, Rawa Muñoz, hijo del difundo Senen Pani, *onaya* que falleció debido la COVID-19, comentó lo siguiente:

La desesperación era grande. Antes del Comando Matico, ya había comandos de todo tipo, comando dexametasona, comando kion, comando ivermectina. Pucha, Humpi⁷⁹,

⁷⁸ Líquido extraído de la raíz de mucura mezclado con el tabaco que los onayas preferían a otras plantas. Este fue usado por los organizadores del Tsinkiti, (encuentro) de onayas promovido por Oni Xobo, organización shipiba de medicina tradicional, al que asistí en calidad de invitado el 13,14 y 15 de mayo del 2021. Todos los días, en la entrada, era obligatorio dejar que coloquen este líquido en la nariz y absorberlo para protegerse del contagio.

⁷⁹ Forma afectuosa de referirse a los que se llaman Humberto en espacios shipibos

yo me iba no más cuando teníamos inyectables, sin saber, he aplicado, con miedo, felizmente funcionaba. Siempre hemos usado planta, matico, mucura, eucalipto, ajo sachá, pero, cuando la cosa ya se ponía brava, inyectable, era lo único. Nosotros mismos aplicábamos, no había enfermera, nada.⁸⁰

Esto demuestra que cada grupo depositaba su fe en un hallazgo a través de un proceso de experimentación y riesgos que los pobladores mismos asumían sobre sus cuerpos. No había una garantía ni un método más que el ensayo y error, o la forma en que cada grupo iba *autorizando* ciertos conocimientos a través de los resultados obtenidos por el uso. Las consecuencias de este proceso no fueron siempre positivas. Al respecto, Alberto Ortiz, funcionario del GOREU, declaró lo siguiente:

La estrategia [pública] estuvo mal diseñada, porque todo el trabajo se concentró en los hospitales y no en el primer nivel de salud, las postas se cerraron y el personal fue a reforzar los hospitales. Esto estuvo mal, el primer nivel tuvo que ser el cinturón de contención para que la población afectada no acabe en el hospital, contar con medicinas básicas y personal capaz de recetar en las postas. Los usuarios solo deben llegar por necesitar un especialista al hospital. Eso ha hecho que la gente cometiera errores tomando todo lo que ha encontrado a su paso. Fue la incertidumbre de un país que no está preparado para asumir emergencia, lo que hizo que las personas tomaran esos riesgos. Al final, llegaban personas a emergencias por envenenamientos, aumentando la demanda de atención.

A pesar de estos riesgos, la experimentación con los propios cuerpos era una mejor opción para la población indígena que esperar la aparición de un médico mientras caían enfermos. Caso a caso, fueron perfeccionando y descartando ciertos métodos, reconociendo de forma empírica el comportamiento de la enfermedad en cada paciente y generando sus propios diagnósticos. Estos iban más allá de la sintomatología física, pues el estado de ánimo y los sueños jugaban un papel fundamental en el pronóstico como criterios de culturales de evaluación del curso del mal.

⁸⁰ Entrevista realizada de forma presencial el 14 de junio del 2021 en el domicilio de Rawa Muñoz en la comunidad nativa de San Francisco de Yarinacocha.

Para Jonas Franco, que atendió a muchos de sus paisanos, la persona podía haber superado la enfermedad física, pero su mente “aún estaba en UCI”, ya que el miedo persistía como una secuela del proceso viral. Cuando Franco se refiere al estado mental de sus paisanos, observa la existencia de una sintomatología psicopatológica posterior a la enfermedad propiamente física. Esta cuestión, como veremos más adelante, ha sido un aporte al entendimiento de la COVID-19 del pensamiento holístico indígena, que no dejó de ver, en esta enfermedad, desencadenantes, y consecuencias psicológicas, sociales y espirituales.

La eficacia, similitud y accesibilidad que guían la implementación de ciertas prácticas de autocuidado terminan de entenderse bajo lo que Pesantes (2014) denomina como “las estructuras sociales que reproducen la discriminación económica, social y cultural de la población indígena” (p. 2). Son ellas las que generan las necesidades desatendidas que están en el origen de las desigualdades sanitarias, y que direccionaron este vector social de búsqueda de alternativas dentro de las colectividades indígenas, así como la interculturalidad *práctica* de colectivos como el Comando Matico. Estas iniciativas colectivas comenzaron a crear tratamientos mixtos, guiados por la eficacia de ensayos previos y la accesibilidad de estos tratamientos a las economías familiares.

Dichas apreciaciones permiten entender estas acciones como una interculturalidad en el tratamiento que se da sobre la marcha, subordinada a las condiciones críticas de sobrevivencia. Son, en cierta forma, respuestas a las que llegan los pobladores shipibos bajo su propia agencia y *conocimiento autorizado*, y respuestas a la que llegan como población discriminada estructuralmente dentro del sistema sanitario “regular”. En su condición como sujetos marginales, están dispuestos a ensayar, en sus cuerpos, posibles curas en un contexto donde la prevención que recomienda el Estado y la cautela frente a curas improvisadas, “fuera de lo estipulado” por los especialistas, eran equivalentes a una espera bajo condiciones de muerte.

3.4 Crisis sanitaria, necroprácticas y búsqueda de alternativas

En las brigadas de salud que intervenían en “zonas indígenas”, los equipos de avanzada del Estado tenían que racionar los medicamentos que la Diresa adquirió bajo

precios sobrevaluados⁸¹. Esto derivó en el uso de criterios de emergencia para priorizar unas vidas sobre otras. Los principales fueron la edad y la esperanza de que el enfermo superase el proceso viral, usualmente en función de otras enfermedades asociadas que podían empeorar el curso y pronóstico de atención. Esta cuestión entró en abierto conflicto con el valor que se les asigna a los adultos mayores en la cultura shipiba. Por el papel que cumplen los ancianos como transmisores de la cultura y guardianes de la memoria colectiva, son considerados miembros importantes del pueblo y la cultura. Debido a este conflicto, técnicos y profesionales shipibos que integraban estas brigadas ejercieron presión en ciertos casos para que sus pares mestizos atendiesen a ancianos de su pueblo que eran evaluados, bajo la economía médica, como vidas más sacrificables respecto a otras bajo la lógica del racionamiento. Al respecto, Douglas Tangoa, psicólogo shipibo que conformó una de estas brigadas, relató la siguiente experiencia:

A veces había casos muy graves, y el médico decidía no usar una medicina para salvar vida, pues tenían que decidir bien. ¿No? Otro podía servir más. Una vez, un anciano shipibo necesitaba y el médico no quería darle, pues. ¿No? A nosotros [equipo shipibo de la brigada] nos afectó mucho, como era nuestro paisano. Metíamos presión para que use la medicina el médico, y decíamos ‘nosotros asumimos si pasa algo’. Para nosotros era imposible dejar morir así a un abuelo.⁸²

Este caso no fue un hecho aislado. Jorge Soria, presidente del Comando Matico, al contar cómo fueron las primeras acciones que emprendió, comentó que a su suegro lo habían desahuciado en el hospital amazónico debido a su edad y complicaciones médicas que tenía, por lo que priorizaron atender otros pacientes. Debido a esto, tuvieron que llevarse “para no dejarlo morir en la entrada del hospital”, como refirió Soria. Salvarlo sin recursos económicos para comprar medicinas convencionales u oxígeno fue el reto que asumió Jorge, su yerno en ese momento, y halló la respuesta al tratamiento en el uso del matico a través del

⁸¹ “El tratamiento consistía en sertrazona hasta 2 gr, y dexametasona en dosis altas, y condicional metamizol, algunos también han usado anticoagulantes, pero eso era también viendo la economía de la persona, los pobladores que tenían la economía y podían comprar la enoxaparina, pero había poblaciones que no, entonces indicaba que se usen más antibióticos en la terapia. El problema es que cuando se inicia la pandemia la enoxaparina se había sobrevalorado demasiado, estamos hablando que una sola ampolla te costaba hasta 350 soles la unidad, lo que costaba normalmente 22 soles. La Diresa hizo compras directas a los laboratorios, pero no hubo una regulación del mercado, así que no pudieron adquirirla en su precio anterior a la pandemia.” Declaraciones de Julio Lozano, licenciado en enfermería y parte del equipo de la estrategia sanitaria para pueblos indígenas, en entrevista presencial realizada el 27 de abril del 201, en el local central de la Diresa Ucayali.

⁸² En segunda entrevista realizada a Tangoa, el 10 de mayo del 2022, llevada a cabo en forma presencial en un café en Yarinacocha.

té y las vaporizaciones. Esta respuesta, como veremos más adelante, fue proporcionada por el mismo paciente, el suegro de Jorge Soria, un adulto mayor shipibo con conocimientos necesarios para recomendar a los menores qué planta usar para el mal desconocido que estaba atravesando, una planta que, por sus propiedades antibióticas, es usada popularmente en toda la Amazonía para tratar distintos males.

Mónica Macedo, encargada de la estrategia sanitaria intercultural para los pueblos indígenas de la Diresa, confiesa:

En el momento de la pandemia, todo faltaba, y todo [los medicamentos] se había sobrevaluado, el oxígeno se disparó, no había paracetamol, la ivermectina, que en algún momento se usó mucho, la exoparina, ¡eso se elevó terriblemente! Que es para evitar que se coagule la sangre en los pulmones y no colapse. **Justamente ahí las plantas medicinales jugaron un papel importante, se comenzaron a usar, sean mestizos o indígenas.**

Silveria Pino, enfermera shipiba que durante la primera y segunda ola trabajaba en el hospital amazónico, informó que, ante la falta de antibióticos para ser usados de forma preventiva por el personal que atendía en el área COVID-19, el médico a cargo del área indicó que todos tomaran té de matico, como agua de tiempo durante sus guardias, igualmente para los pacientes internados⁸³. Declaraciones de Alberto Ortiz, funcionario del GOREU, van en la misma línea: “Los médicos regionales sí saben usar sus plantas, es un saber popular aquí, la población mestiza también usa, no es sólo algo de los shipibos”.

Estas declaraciones refuerzan la teoría de que la escasez de medicinas hizo activar los conocimientos populares, indígenas y no indígenas, sobre el uso terapéutico de plantas como el matico. En una ciudad como Pucallpa, cada familia migrante de distintos lugares de la Amazonía ha llegado con sus conocimientos propios respecto al uso de plantas, un sistema alternativo al sistema formal biomédico. Al respecto, Menéndez (1994) afirma sobre la sobrevivencia de estos conocimientos al margen del sistema biomédico lo siguiente: “Estos sistemas [los dominantes], que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales (...) no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y

⁸³ En entrevista realizada el 07 de abril del 2022 de forma presencial en el local de la ONG Alianza Arkana en Yarinacocha.

representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad. (p. 72). Agrega, respecto a las razones detrás de la implementación de la medicina indígena al interior de las prácticas biomédicas, que “el recurso médico tradicional resulta mucho más barato que cualquier otro recurso asistencial” (p. 79).

Sin embargo, el uso de plantas para reemplazar antibióticos tuvo sus límites, pues, ante las grandes emergencias, antibióticos más fuertes, anticoagulantes u oxígeno escaseaban hasta en los hospitales. No era posible salvar las vidas en peligro con plantas, que son efectivas, pero bajo tratamientos prolongados, no inmediatamente. Por eso, a pesar de contar con el uso complementario de plantas, los médicos se veían obligados a elegir a quiénes dar prioridad para administrar un medicamento más caro y escaso, o manejar la economía de las camas UCI, teniendo que dejar a muchas personas desahuciadas.

En este proceso, muchas personas morían en las colas esperando por ser atendidas. Al respecto, Alexander Shimpukat, activista del Comando Matico, comentó lo siguiente:

El local del Comando [Matico] está a una cuadra del hospital amazónico. Nosotros a veces veíamos la desesperación de los familiares, sus enfermos morían en la entrada del hospital, era terrible. Todos los días era lo mismo, tenías que tener mucha suerte para lograr conseguir cama. A veces, los traían así ya casi muriendo al Comando.⁸⁴

Esta economía de las medicinas y los recursos que tuvieron que acatar pragmáticamente los agentes de salud, quienes no tuvieron más opción que racionar los recursos disponibles, tuvo, en su origen, problemas en las compras corporativas del Minsa. Al respecto, Abelardo Ortiz compartió la siguiente información:

Cenares⁸⁵ es la institución que es la logística de todo el sistema de salud, hace compras corporativas para distribuir a las regiones. Y, como no tiene una capacidad logística de compra, no distribuye oportunamente las medicinas a las regiones. Eso es un problema del centralismo, que ha afectado la disponibilidad de medicinas. La región, con su propia plata, tiene que hacer una modificación presupuestal para cubrir

⁸⁴ En entrevista realizada de forma presencial el 27 de mayo del 2021 en el local de la ONG Alianza Arkana, ubicada en Yarinacocha

⁸⁵ Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos

lo que el Cenares no manda. Ahí es donde se generan los negociados. Luego, cuando recién llegan los medicamentos de Cenares, se tienen que mandar al depósito; es por eso que tenemos un alto índice de vencimiento y escasez de medicinas.

Al preguntarle a Ortiz a qué se refería con “negociados”, precisó que a la corrupción: “Una cuestión concertada entre el adquiriente y vendedor, que es ilícito, porque va en contra del bien público, se crean *seudoempresas* en el entorno del gobernante, quien es la cabeza de todo esto, por él pasa todo”. Al pedirle mayor precisión sobre las “seudoempresas”, comentó que “todos los proveedores que tiene el Estado son parte del gobierno. La corrupción es generalizada; al final de cuentas, **lo que se ha logrado descentralizar con la asignación de presupuestos a las regiones es la corrupción.**”

Las declaraciones de Ortiz llevan la problemática de los medicamentos a otro nivel. Por un lado, se trata de la sobrevaluación de los costos de un mercado farmacéutico desregulado por un Estado neoliberal débil que tiene prohibido poner límites al lucro desmedido, o la formación y oligopolios. Por otro lado, va más allá de la ineficiencia en el gasto y distribución de los recursos debido al aún fuerte centralismo dentro la gestión pública de la salud. Se trata, además, de un *modus operandi* que escapa de la legalidad, donde las cabezas políticas conforman las argollas público-privadas que aprovechan la ineficiencia y la falta de fiscalización para lucrar con el bien público, incluso en plena crisis sanitaria. Esta cuestión será abordada a mayor profundidad en el siguiente apartado.

A partir de estos relatos, se puede ver cómo las acciones de emergencia, como la reactivación de la medicina vegetalista, la automedicación experimental y las necroprácticas de los agentes médicos, derivaron, en cierta medida, de una problemática común: la escasez de recursos médicos. Esta, a su vez, deriva de una mala gestión pública, donde la falta de cobertura sanitaria y la falta de regulación de precios dieron pie a las acciones de resistencia entre los usuarios indígenas tanto en las comunidades y asentamientos. Ante la ausencia y abandono, encontraron un espacio para organizarse y ensayar sus propias soluciones. Estas alternativas, a pesar de sus limitaciones y riesgos, fueron vistas por las poblaciones indígenas como prácticas más humanas y comprometidas con el bien común que las medidas médicas.

3.5 Corrupción generalizada: una crisis no tan oculta

“La corrupción es uniforme en el Perú, no existe quien es más ladrón. La corrupción se ha descentralizado con la descentralización del presupuesto.”

Abelardo Ortiz, sociólogo y funcionario del GOREU

Esto fue lo que contesto Ortiz al consultarle por las cifras alarmantes de corrupción en la región Ucayali, situación que obligó a la Contraloría General de la República a intervenir los municipios y el Gobierno Regional durante el 2022. Ciertamente, la pandemia no ha servido para que los políticos a nivel nacional ni local asumieran una actitud correcta ante la gestión del bien público. Un claro ejemplo, a nivel nacional, es el escándalo en que estuvo envuelto el presidente Vizcarra, quien, junto a otros funcionarios, se vacunaron a espaldas de la población haciendo un mal uso de su poder (BBC, 2022). La situación no varía en Ucayali. Rocío Plaza, socióloga encargada del área de pueblos indígenas en el GOREU, declaró lo siguiente:

Había mucho reclamo, atacaban al Gobierno Regional. No hubo mucha articulación, malos manejos presupuestales de la Diresa, inflación de precios, **han encontrado irregularidades. Gente procesada, eso es real.** Decepciona que las autoridades en las que el pueblo confía hayan fallado en un momento crucial. **Los reclamos sí son justificados, y somos conscientes”** “Los decisores desde la cabeza, que ven el presupuesto, los que pueden hacer las gestiones desde arriba. Cambiando a cada rato de gerentes, hubo una situación inestable en el Gobierno Regional a nivel político, eso perjudica el verdadero trabajo que pueden hacer los sectores. Faltó desarrollar ¿Qué es salud intercultural? Para involucrar a los agentes comunitarios, se necesitaba pagarles.⁸⁶ (Rocío Plaza, responsable del Área de Pueblos Indígenas del GOREU)

Las declaraciones de Plaza respaldan el argumento de la demora en ejecución del presupuesto; también, llaman la atención sobre un tema sumamente sensible: la corrupción en la Diresa en plena pandemia. No se trata solamente de que el presupuesto no era suficiente: el presupuesto era mal usado. Como es sabido por los mismos trabajadores shipibos que

⁸⁶ Entrevistada realizada vía telefónica el 22 de abril del 2022

estuvieron durante la gestión del plan amazónico, hubo actos de corrupción que hicieron que la encargada de la Dirección de Estrategia para los Pueblos Indígenas de ese momento, Juana Montoya, fuera separada por malversación de fondos. Esto fue corroborado por tres extrabajadores shipibos, quienes acusaron a la encargada en cuestión, además, por malos tratos y discriminación hacia los trabajadores shipibos.

La información recogida en las entrevistas a los funcionarios y extrabajadores asevera que el problema en la implementación de la estrategia sanitaria para pueblos indígenas se debió a la demora del MEF, y a malos manejos presupuestales por parte de las autoridades y gerencias. Esto motivó a dirigir las indagaciones a otro tipo de informantes clave que pudieran tener una mirada imparcial de estos hechos. En los periodistas locales, se encontró una perspectiva objetiva frente a estas denuncias, quienes, al brindar declaraciones para este estudio, permitieron confirmarlas y, a su vez, dieron mayor información sobre el panorama político y social en Pucallpa durante la pandemia. Gracias a una entrevista concedida por un periodista y escritor local, que prefirió guardar el anonimato para evitar cualquier tipo de en señamiento contra su persona, pude acceder a información complementaria que terminó por confirmar lo aseverado por los anteriores informantes. El periodista afirmó lo siguiente:

El grado de corrupción durante la pandemia fue tal que, debido a las investigaciones y denuncias, actualmente, el gobernador regional de aquella época se encuentra con prisión preventiva⁸⁷, 36 meses le han dado, por presunta organización criminal, peculado y asociación ilícita para delinquir, entre otros delitos que se le imputan. Lo mismo con la alcaldesa de Yarinacocha⁸⁸, que en ese momento gobernaba en ese distrito, también con 36 meses de prisión preventiva por asociación para delinquir. No me sorprende que hayan retirado a la encargada de pueblos indígenas de la Diresa. **Hay todo un grupo de funcionarios y autoridades que actualmente están en juicio o presos por hacer mal uso del dinero que se destinó para la pandemia.**

El periodista agregó, respecto a la situación que se vivía en Pucallpa durante la primera ola:

⁸⁷ La medida comprometería, además, al gerente general y otros allegados del Gobernador. “La Fiscalía Provincial Especializada en Delitos de Corrupción de Funcionarios de Ucayali, logró que el Segundo Juzgado de Investigación Preparatoria, declare fundado el requerimiento de 36 meses de prisión preventiva contra el gobernador regional de Ucayali, Francisco Pezo Torres, como presunto líder de una organización criminal, denominada “Los Panchos Villa”, que operaba en el Gobierno Regional de Ucayali.” (Gobierno del Perú, 2022).

⁸⁸ “Ucayali: Al menos 30 detenidos en mega operativo contra presunta red criminal liderada por alcaldesa de Yarinacocha. La presunta red criminal ‘Los fantasmas de Ucayali’ habría desfalcado a la municipalidad de Yarinacocha por unos 20 millones de soles.” (RPP, 2021)

La gente estaba desesperada, probaba con todo, hasta cloro han tomado. Y, en medio de la inacción de las instituciones públicas y la corrupción, también aparecieron personas valientes dispuestas a arriesgarse y hacerse cargo de la crisis a pesar del miedo. Alguien tiene que hacerlo ¿no? Un ejemplo de esto es la labor del Ing. Cristóbal Nolasco⁸⁹ ⁹⁰, que fue jefe del Equipo Humanitario de levantamiento de cadáveres. Un empleo que estoy segura nadie quisiera ejercer. Iban a las casas a sacar los cadáveres, para llevarlos al cementerio que se creó en pandemia, los enterraban y ponían un código arriba de la cruz, para poder identificar a los muertos.⁹¹

En otra entrevista concedida, la periodista Verónica Pinedo dio la siguiente información respecto a la situación interna de la Diresa.

Los escándalos de corrupción han afectado de tal forma que no hay día en que los trabajadores nombrados no protesten en el mismo local y pidan la regularización de sus sueldos, que ya fueron por ley aprobados en el Minsa, pero que la Diresa aún no ejecuta. Es una situación sumamente injusta. Otra consecuencia es que **la microrred de Coronel Portillo, debido a la malversación de fondos, decidió separarse y recibir el presupuesto directamente del Gobierno [Regional] sin tener que pasar por la administración general y evitar que el dinero se quede en manos de la administración general** antes de llegar a la microrred de Coronel Portillo.

Es evidente el contraste que se genera entre la mirada periodística, más cercana a los hechos y la problemática real que se vive en las instituciones regionales, frente a la mirada de los funcionarios de la Diresa y los trabajadores que evitan hablar abiertamente de los escándalos de corrupción. Se marcan evidentes vacíos y silencios en la narrativa oficial de

⁸⁹ “Sobreponerse a ver de 45 a 50 muertos todos los días no es fácil, amanecíamos en el trabajo levantando cadáveres, almorzábamos entre muerto y muerto y llegaba a casa con esa carga” “Desde el 10 de abril hemos levantado más de 1750 cadáveres”, afirma; “en junio llegamos a dos cuerpos en un día, creíamos que ya estaba pasando esto, sin embargo, desde el 15 de julio volvió a incrementarse, esta última semana de nuevo estamos entre 13 y 15 al día, y la tendencia es al alza”. Declaró Héctor Cristóbal, en una entrevista titulada “Héctor Nolasco, de alcalde a recoger cadáveres covid-19”. (Caretas, 2020)

⁹⁰ El señor Nolasco fue alcalde por el distrito de Tournavista (Huánuco) al que actualmente está volviendo a postular capitalizando el prestigio público que ganó con su importante labor durante la pandemia.

⁹¹ El trabajo humanitario del levantamiento de cadáveres fue fundamental no solo para evitar focos de infección mayores, pues los cadáveres, como declaran muchos, eran sacados a las calles y abandonados por los familiares ante el temor del contagio. También, fue fundamental para obtener cifras más realistas que las que arrojaba el MINSA desde Lima, las cuales representaban la quinta parte de las cifras que daba el equipo de levantamiento de cadáveres y las estadísticas de decesos de la Diresa de Ucayali. Estas imprecisiones no solo se dieron con la mortandad; también, con el registro de indígenas viviendo en las comunidades. Así, lo denunció un trabajador shipibo de las brigadas, quien aseveró que las cifras del censo del 2017 fueron poco útiles en el campo, debido a la migración, el aumento población y el cambio de residencia.

sus informaciones. Este contraste demuestra que, a pesar del gran problema que supone la separación y encarcelamiento de autoridades, no existe una apertura a la autocrítica institucional. Hablar de la corrupción es tema tabú y los nuevos cargos eligen mantenerse al margen de los anteriores escándalos. Esta crisis institucional en Ucayali ha llevado a que sea considerada una de las regiones más corruptas del Perú. Por ello, organismos del Estado, como la Contraloría, han debido intervenir a través de megaoperativos que han iniciado procesos de fiscalización a múltiples organismos regionales (Gestión, 2020).

Un ejemplo claro de la forma en que la corrupción ha afectado la cobertura de salud de los pucallpinos es la obra inconclusa y paralizada del nuevo Hospital Regional, el cual no pudo ser usado durante la pandemia, y que hubiera sido de gran ayuda para aliviar la demanda de camas UCI y el colapso que se vivió en el Hospital de EsSalud y el Hospital Amazónico. Recientemente, durante la campaña electoral del presente año para las elecciones regionales, el exgobernador regional Manuel Gambini Rupay, quien estuvo a cargo de esta obra inconclusa, declaró a los medios locales: “Yo no ofrecí terminar el hospital, yo ofrecí empezar la ejecución” (Diario Ímpetu, 2020). Con ello, generó una profunda indignación en la población ucayalina que, a pesar de esto, lo volvió a reelegir como presidente del Gobierno Regional de Ucayali. Gambini tiene juicios abiertos, pues es acusado de tráfico ilícito de tierras, al igual que el anterior gobernante, que cumple prisión preventiva por liderar una organización ilícita para delinquir.

Al tocarle el tema a Alberto Ortiz, funcionario del GOREU, de Francisco Pezo, mencionado exgobernador con prisión preventiva, reveló que, efectivamente, está preso en la gran mayoría de casos que se le imputa. Precisó que “por esos presupuestos que llegaron para la pandemia, la ley facultaba poder hacer compras directas, usando el mecanismo de la emergencia, puedes designar al dedo a quien vas a comprar”. Esto significa que las facilidades que brindó el Gobierno Central para poder ejecutar con prontitud el presupuesto para la emergencia, priorizando la atención pronta de las necesidades de la población, fueron usadas por el exgobernante y su círculo de confianza de funcionarios con los que operaba para inflar los requerimientos de licitaciones. Estos eran una pantalla para acuerdos previos con proveedores que se comprometían a dar una comisión de las transacciones a los operadores públicos encabezados por el exgobernador.

Algo muy similar ocurrió en el caso de la alcaldesa de Yarinacocha, Yerli Díaz, que fue detenida junto a 30 funcionarios de la Municipalidad: desfalcaron presuntamente 20 millones de soles la municipalidad de Yarinacocha. Esta fue la misma autoridad que le prometió un local nuevo al Comando Matico (Belaunde, 2020)⁹² para que pudiesen continuar sus acciones y tener un centro propio donde desarrollasen un “Instituto de Medicina Intercultural”.

En vista de todas estas informaciones, es imprescindible preguntarnos: ¿por qué resulta importante para los objetivos de esta investigación haber profundizado en los casos de corrupción en el Gobierno Regional y la Municipalidad de Yarinacocha, distrito donde desarrolló sus acciones el Comando Matico?

Bajo el mismo razonamiento seguido por Durand et. al. (2020), es fundamental comprender la captura del Estado por el poder privado, el cual se hace presente a través de las redes de lucro ilícito. Esto genera patologías burocráticas y políticas en el sistema de salud peruano que terminan afectando al usuario final de estos servicios, es decir, a la ciudadanía. Contrario a lo que la funcionaria de la Diresa, encargada de la estrategia sanitaria para los pueblos indígenas, indica sobre la falta de presupuesto para articular a los colectivos ciudadanos formados en las comunidades y asentamientos de forma espontánea durante la pandemia. Estos hechos delictivos revelan que, por lo menos, no podemos determinar objetivamente si esto es así, puesto que el robo sistemático del presupuesto para la emergencia sanitaria lleva a preguntarse si hubiera sido posible financiar, sostener y surtir de recursos médicos iniciativas como las del Comando Matico, quienes, a pesar de sus acciones voluntarias, no dejaron de exigir el apoyo de las autoridades.

La “*complementariedad negativa*” (Durand et. al., 2020) entre el sector privado y público impide la apertura al cambio y a la integración de iniciativas de la sociedad civil, pues la burocracia tiende a mantener el *statu quo*. Como un efecto dominó, la fragilidad institucional ha entorpecido y limitado más de lo esperado la respuesta del sistema de salud y la implementación de una propuesta de salud intercultural articulada a la sociedad civil

⁹² “El Comando Matico COVID-19 cuenta con el apoyo de la alcaldesa de Yarinacocha, Yerly Díaz Chota, pero sin un cambio de actitud por parte de las autoridades de los gobiernos regional y central, sus esfuerzos no tendrán los cimientos para un crecimiento duradero. No solo se trata de encontrar un suelo y un techo nuevos, sino de hacer realidad la visión que las plantas medicinales les han inspirado: crear un Instituto de Medicina Intercultural en Pucallpa.” Escribía Belaunde (2020) para La Mula.

indígena. Ni lo sugerido por el Plan Amazónico ni por las resoluciones el Minsa, que apostaron por la articulación de los agentes comunitarios, pudieron ser logrados debido a estas irregularidades de fondo, que, en cada instancia, generaron una merma considerable del presupuesto.

3.6 Creados dentro y en respuesta a todo “esto”

“Lo que el Estado no estaba atendiendo en la ciudad, nosotros hemos podido llenar ese vacío.”

Mery Fasabi⁹³

“Esto va a ser peor que Wuhan.” (Favaron y Bensho, 2022). Esta fue la respuesta que le dio Pedro Favaron a su esposa, la artista shipiba Chonon Bensho, cuando vio el caos y la aglomeración de las personas en el mercado de Bellavista, donde no se respetaban las medidas de seguridad e higiene. Por este lugar, pasó en uno de los pocos viajes que realizó desde la Comunidad Nativa de San José, donde viven, a la ciudad de Pucallpa, con el fin de proveerse de alimentos. La expresión de Favaron resalta el caos, las aglomeraciones y la insalubridad de Pucallpa, condiciones que hicieron impracticables gran parte de las medidas de aislamiento social pautadas por el Estado.

Mery Fasabi, activista del Comando Matico, que vive en uno de los tantos populosos asentamientos humanos interculturales de Yarinacocha, Bena Jema, declaró para que no acató la cuarentena debido a que, desde antes de su inicio, ya se encontraba atendiendo familiares en su vecindario. Como ella misma menciona, con esta labor solidaria, estaba llenando un vacío de atención y cuidados; para ella, estas acciones tenían mucha mayor relevancia que mantenerse a salvo en su casa, como dispuso el Gobierno Central en ese momento.

Mery tenía que sobrevivir “en todo esto”, en un ambiente donde las medidas de distanciamiento y la prevención del contagio eran prácticamente imposible de practicar, tomando en cuenta el hacinamiento, el desorden y la necesidad de la población de interactuar

⁹³ Docente EIB, mujer shipiba y activista del Comando Matico

y salir a las calles, ya sea para ir a los mercados a comprar alimentos o lograr algún eventual ingreso para seguir sobreviviendo.

Yarinacocha tiene 190 asentamientos humanos. Esto representa el 60 % de su área urbana. Todos los miembros del Comando Matico viven en estos asentamientos, específicamente en los denominados “asentamientos interculturales”, barrios que cuentan con importante población shipiba que convive con migrantes mestizos y de otros grupos étnicos. Estos asentamientos han tomado la decisión de visibilizar la situación intercultural que los caracteriza, con el fin de tener un respaldo en la obtención de servicios educativos, de salud y legales que contemplen la adecuación y pertinencia de dichos servicios a sus culturas indígenas, aun fuera los espacios tradicionales, como las comunidades nativas. A diferencia de los barrios cercanos al casco de Yarinacocha, están asentados en terrenos que son inundables durante la estación de lluvias. Por eso, tienen pisos elevados en muchos casos. Sus hogares no pasan de tener tres habitaciones: normalmente, un espacio común, la cocina, y una habitación grande donde suelen dormir todos juntos.

En dichos asentamientos, no es posible cultivar los alimentos como en las comunidades, y tampoco hay seguridad ciudadana como en el casco urbano. La Perla, donde vive Jorge Soria, presidente del Comando Matico, es considerada una zona peligrosa de Yarinacocha. El casco urbano de Yarinacocha se extiende unas cuatro cuadras a la redonda de la plaza principal, o a un par de cuadras de la pista principal, la Av. Yarinacocha. Fuera de estos confines, la tierra, el barro y las casas destartadas de madera con pisos altos son parte de un paisaje que se extiende por todas partes, generando un gran contraste con el minúsculo centro urbano.

Ser migrante shipibo en la ciudad cambia mucho respecto al estilo de vida que mantienen los shipibos que viven en las comunidades de forma más tradicional. El manejo del español, la formación profesional y el roce social que tienen con los mestizos forman parte de las características presentes en todos los activistas del Comando Matico, así como la interiorización de una identidad como yarinenses, pucallpinos, parte del *pueblo joven* de migrantes que es Pucallpa. Desde esta posición dentro de la urbanidad, pero al mismo tiempo en la periferia, los shipibos desarrollan estrategias de subsistencia y organización propias de una ciudadanía activa en búsqueda de desarrollo y superación constante.

Los miembros del Comando Matico, en su gran parte residentes yarinenses han presenciado el colapso del Hospital Amazónico durante la primera ola y, al igual que todos los yarinenses que viven en los asentamientos humanos, se quedaron sin recursos económicos suficientes para pagar las medicinas convencionales sobrevaluadas de las farmacias locales. Ninguno de los miembros del Comando Matico cuenta con acceso a internet en sus hogares, pero sí con celulares que recargan para obtener datos y poder conectarse a las redes sociales. También, tienen acceso a señal telefónica gracias a que viven en espacios donde llega la cobertura de las antenas, a diferencia de las comunidades donde no hay conexión la mayoría de veces.

En la ciudad, los miembros del Comando han aprendido a protestar, a reclamar y dialogar con distintos interlocutores, como son las municipalidades, el Gobierno Regional, los mestizos o las ONG dedicadas a financiar proyectos sociales para los pueblos indígenas. Su participación en las organizaciones indígenas, los sindicatos de docentes EIB, las redes de comunicadores indígenas, así como en los círculos de arte, turismo local y talleres de teatro les ha permitido desarrollar una postura política crítica, estrategias performativas y discursos que incorporan el lenguaje del derecho internacional. Estos discursos les permiten exigir y reivindicar la interculturalidad, la ciudadanía indígena y sus derechos colectivos; citar el convenio 169 de la OIT; referirse al neocolonialismo como uno de los causantes de su lugar de desventaja y la precarización de sus estilos de vida; hablar de la OMS y sus políticas sanitarias ajenas a su realidad; e, incluso, posicionarse políticamente como clase popular y trabajadora en conjunto con todos los migrantes que buscan mejores condiciones de vida y desarrollo en la ciudad.

Cuando el Comando Matico habla de plantas, se refieren a su medicina ancestral y, cuando hablan de sus acciones, las indican como *medidas de lucha*. Al proporcionar información sobre sus métodos de atención y organización como colectivo, mencionan las *políticas internas* del Comando Matico y, al referirse a las personas que los han apoyado, se refieren a ellas como *redes de aliados*. Les están muy agradecidos, pero nunca les cederían el rumbo de su propia organización, ya que son conscientes que tanto su autonomía como su situación de activistas indígenas en espacios urbanos son elementos diferenciales de su propuesta de salud, así como variables cruciales que dan ese carácter distintivo a su iniciativa.

Desde el inicio del campo en Yarinacocha, fue posible constatar cómo los activistas del Comando Matico tomaron posición en cada contienda electoral, haciendo política en las redes, presentándose en mítines y negociando sus agendas con la de los candidatos. Saben que la política requiere de consensos y son conscientes de que su apoyo, como líderes indígenas, también es apreciado por los candidatos mestizos. Esto les da una estrategia para colocar la agenda indígena dentro de las propuestas políticas nacionales y locales.

Por eso, los miembros del Comando Matico son precavidos al dar su tiempo a investigadores y siempre exigen reciprocidad. Denuncian el “extractivismo cultural” al que son sometidos por académicos para llevarse sus saberes y experiencias, publicar algún *artículo* o elaborar una tesis sobre su pueblo. Sobre esto hicieron énfasis desde el inicio de la investigación, determinando que la presencia del investigador sea negociada en relación a sus propios intereses y la contribución que pueda realizar a su causa como un especialista del saber occidental.

Los maticos, como les dicen popular y afectuosamente a los miembros del Comando Matico en Pucallpa, no solo defienden la salud; también, están presentes en luchas por los derechos territoriales, y saben dar discursos apasionados y proselitistas cada vez que una autoridad del Gobierno llega a Ucayali y necesitan aprovechar estratégicamente este momento. Los miembros del Comando Matico saben perfectamente que los activistas no solo viven de ideales. En ese sentido, su posicionamiento en la vida pública del pueblo shipibo les ha permitido ocupar puestos políticos dentro de organizaciones indígenas, acceder a becas para formarse como defensores indígenas, viajar y contar con amigos de su causa en todas partes.

Al igual que sus paisanos, los miembros del Comando Matico sufren la violencia estructural a la que son sometidos todos los shipibos bajo la racialización del poder y las limitaciones a sus oportunidades de desarrollo que les impone su lugar en la geografía social. Sin embargo, a diferencia de muchos de sus paisanos que viven en el ámbito rural, han aprendido a expresar sus reclamos en castellano, usando las palabras y categorías que los *nawas* usan. Han aprendido los modos mestizos de hacer política y relacionarse, sin por eso asumirse *menos shipibos* o mestizos. Ellos saben qué discursos usar para dialogar con políticos de izquierda y de derecha, con los “gringos”, con sus propios paisanos, con el Estado

y con los medios locales e internacionales. Saben cuándo presentarse con *cushma* y cuándo usar vestimentas mestizas, cuándo posicionar el discurso intercultural y cuándo dejarlo de lado para darle espacio al discurso de la medicina ancestral.

Los maticos conocen los prejuicios de los antropólogos y otros curiosos intelectuales que llegan a ellos buscando inconscientemente idealizarlos. Usan esto a su favor para mantener sus iniciativas a flote a pesar de las adversidades. Saben aparentar lo que los amantes del “buen indígena” quieren ver en ellos, pero también saben que ese “buen indígena” no es más que una puesta en escena muy lejana de lo que realmente son en su día a día.

En el Comando Matico, saben romper el hielo y tomarse una cerveza mientras hablan sobre sus gustos por la trova cubana, su fanatismo por Alianza Lima, el rock de los 80, o dan su opinión sobre los políticos limeños y la corrupción de las autoridades locales. En suma, el Comando Matico no solo es el resultado de la eficacia en el uso de plantas para aliviar los síntomas de la COVID-19 o la creación de una propuesta de salud intercultural diferente; es el resultado de todo lo que les ha tocado vivir en la ciudad a sus miembros. Esto los empodera y les da una capacidad de gestionar su agencia, de mediatizarse y visibilizar sus exigencias de una manera que no he observado en otros colectivos indígenas. Cada uno a su manera es estrategia.

Para Jorge, al igual que para el resto de miembros del Comando Matico, ser shipibos no obedece solo a lo tradicional, la lengua o la memoria de un pasado común; autoidentificarse como tales es *shipibizar* todas sus acciones, por usar un término acuñado por Néstor Paiva⁹⁴. Como sostiene Valencia (2010), ellos *devienen* shipibos respecto a la forma que deben tomar las luchas de las minorías en el contexto del capitalismo contemporáneo. Este *devenir* no entra en conflictos con todos los elementos culturales aparentemente ajenos con los que ellos han construido sus personalidades y de los cuales se valen en un medio adverso, pues han encontrado la forma de mimetizarse hábilmente sin desconocer sus raíces. En palabras de Tubino (2005):

Las culturas no son lo que son, son lo que devienen; no poseen una esencia atemporal que hay que “salvar” de las influencias externas. Son realidades procesuales,

⁹⁴ Activista del Comando Matico, artista y comunicador indígena

cambiantes, temporales: el cambio es su esencia. (...) las culturas se conservan cambiando. El conservacionismo cultural presupone esencias atemporales inexistentes. (p.88).

El Comando Matico es todo menos una propuesta que pueda ser leída satisfactoriamente por ese “conservacionismo cultural” del que habla Tubino.

En este sentido, esta sección, que cierra con el capítulo III: “Detonantes sociales para el activismo indígena local”, es un preámbulo al capítulo IV: “El Comando Matico COVID-19”. Ha sido incluida con la finalidad de lanzar una advertencia al lector y, a la vez, recordarle al mismo investigador que tanto la iniciativa del Comando Matico como sus artífices están imbuidos en esta compleja realidad urbana, nacional y global, donde el Estado, la pandemia, el mercado, los agentes de salud, las ONG, la sociedad nacional, y hasta los mismos medios de comunicación e investigadores interesados en recopilar su experiencia, son interlocutores que los mismos sujetos interpelan, reinterpretan y perciben desde su propia agencia y estrategia política.

De ninguna forma, su identidad étnica los mantiene al margen o “los preserva”; por el contrario, es desde su identidad que instrumentalizan los recursos médicos, humanos, políticos, culturales y sociales y, a la vez, se ponen en riesgo bajo actos de resistencia o se someten al juicio de los otros. La manera en que recrean su identidad en la ciudad ha determinado el carácter único⁹⁵ de su colectivo.

⁹⁵ Muy a pesar de formar parte de un fenómeno más grande de respuesta social de los pueblos indígenas.

4. EL COMANDO MATICO-COVID-19

4.1 Los mitos y las historias de creación del Comando Matico

La historia del Comando no comienza con un *meraya*, tampoco en un espacio “tradicional”, como son consideradas las comunidades nativas por el Gobierno ni en la espesura del bosque sagrado para el pueblo shipibo. En los mitos, los hombres más sabios de este pueblo se han internado para recibir el auxilio de los *chaikoni*, espíritus de sus ancestros que ayudaron al *jonikon* (el pueblo) cuando la aparición de una enfermedad o la amenaza de gente extraña llegando a sus tierras implicó un peligro para la continuidad de su cultura. La historia del Comando Matico, en cambio, inicia en la urbe, en el *jonikon* de la ciudad, compuesto por hombres y mujeres muy distintos a sus ancestros que, a falta de *merayas*, médicos occidentales y medicinas convencionales que los salven de esta nueva enfermedad, decidieron buscar una solución en la medicina natural, tanto de sus familias como de los conocimientos que se pueden encontrar en cualquier mujer u hombre amazónico que no ha perdido el vínculo con la sabiduría de las plantas que integran la *sociedad del bosque amazónico*.

Estos conocimientos, como menciona Jorge Soria, presidente del Comando Matico, siempre fueron vistos de pequeños, cuando sus madres y abuelas les curaban las heridas, las enfermedades, o la ociosidad y el mal humor. Se valían de plantas que crecían en y cerca de las huertas, como comenta Willian Barbaran⁹⁶: “La madre tiene que saber sobre plantas para proteger a sus hijos; por eso es que, antes, todo el mundo, donde vivía, atrás tenía todo [plantas medicinales], pero no necesariamente; por eso, comparte con otro clan, cada familia tiene sus secretos ahí”. Revela un aspecto crucial sobre el conocimiento de las plantas en el pueblo shipibo: no todas las familias manejan las mismas plantas; no hay tal cosa como un conocimiento integrado y esotérico a disposición de todos. El conocimiento se maneja de forma celosa por cada familia, es esotérico, y llegar a él requiere grados de apertura y confianza.

No obstante, esta memoria del uso no aseguró la continuidad de la práctica por parte de los hijos de esas madres, que, al migrar a Pucallpa, no siguieron cultivando estas

⁹⁶ Comunicador shipibo y activista del Comando Matico, entrevistado de forma presencial en el local de FECONAU el 06 de mayo del 2022

costumbres en sus nuevos hogares, donde las pastillas de las farmacias comenzaron a reemplazar progresivamente las plantas, con su efectividad y disponibilidad en espacios donde imperaba *la cultura del cemento* en oposición a la vieja cultura que donaron las plantas al pueblo shipibo.

Esta nueva cultura citadina horadó las antiguas prácticas con el proceso de adquisición de un nuevo estilo de vida, donde los alimentos y las medicinas se consiguen con dinero en las farmacias y los mercados. Las actividades laborales dentro de una economía de mercado emergente fueron reemplazando las actividades de subsistencia, como la caza y la pesca, que vinculaban a los hombres y mujeres con las *rao*, plantas de poder, usadas para curar males y adiestrar los cuerpos para las labores propias del estilo de vida frugal del pueblo shipibo que se adaptó por milenios a la ingobernable selva.

Las familias del Comando Matico, a diferencia de las familias de las que provienen muchos de los *onayas* modernos, que encontraron en el turismo shamánico un mercado lucrativo a sus prácticas ancestrales de medicina vegetalista dentro del mercado turístico, tuvieron que encontrarse en una situación de salud y económica crítica para volver la mirada hacia las plantas. Así, reivindicaron las enseñanzas de los mayores para ponerlas en práctica como una forma eficaz de resistencia al golpe del coronavirus, y al desregulado mercado de medicinas convencionales que especuló con los precios y que se tornó inaccesible para las frágiles economías de estas familias.

Por tal motivo, el acercamiento a las plantas no se da desde un plano espiritual o desde una vivencia sostenida de *dietas*, como ocurre en las familias de *onayas*. Por el contrario, se da desde el más mundano de los asuntos: la salud física y la precariedad económica. Es un acercamiento pragmático al conocimiento autorizado por su pueblo, que buscó no solo valerse de él para sanar a sus familias, sino, además, difundirlo abiertamente, democratizarlo para todos, indígenas y no indígenas. Bajo una forma de enseñanza del uso de las plantas que no es *esencialmente* shipiba, pero que sí obedece a la nueva posición de los shipibos migrantes como clase popular urbana que se encuentra unida a una identidad más grande: la del pueblo migrante pucallpino.

De la necesidad de solidarizarse con sus conocimientos, surge esta acción considerada como el evento fundacional del Comando Matico: la convocatoria del 15 de mayo del 2020,

hecha por Alexander Shimpukat a sus compañeros (Néstor Paiva, Rafael García y Jorge Soria) con el fin de recolectar hojas de matico para enviar a sus familiares enfermos en Cantagallo, Lima. Este acto aunó, en un solo gesto, la acción política como desobediencia civil de las restricciones de la cuarentena; la acción de salud solidaria al recurrir al *matico* para ayudar a sus familiares; y, finalmente, la acción simbólica de retorno a los conocimientos autorizados de su cultura, a los viejos aliados, las plantas, que son concebidas en el pueblo shipibo como ancestros o hermanas mayores.

El Comando Matico se hizo en el camino como una confluencia de los diferentes activismos de sus miembros, quienes ya se encontraban atendiendo a sus familiares más cercanos. Por tal motivo, se han podido rastrear dos historias que relatan los sucesos previos a la conformación de este colectivo: la contada por Jorge Soria, presidente del Comando Matico, y la de Mery Fasabi, la “doctora matico”. Estas historias dan cuenta de cómo fue el camino para llegar al Comando Matico desde su propia trinchera activista y serán útiles para entender los móviles detrás de sus primeras acciones.

Historia 1

Jorge Soria contó:

(...) hemos aplicado la medicina tradicional con el conocimiento de nuestros ancestros. Desde que empezamos con nuestra actividad como Comando el día 15 de mayo⁹⁷, pero hemos apoyado a muchísimas personas con COVID, mucho más antes. El primer paciente que atendí fue mi suegro, que no lo habían aceptado en el hospital. Lo habían dejado a su suerte. Es así que yo le traigo a mi casa. Al principio mi esposa, su propia hija estaba en contra, me decía ‘Jorge, nos vas a hacer morir a todos’. Pero yo le dije, ‘mira, **tenemos tres opciones, o lo dejo a tu papá afuera y dejamos que se muera, o lo atiendo, fallo, y nos morimos todos, o encontramos la forma que se salve y nos salvamos todos**’.

Estas últimas líneas hacen énfasis sobre la antinomia que plantea Mbembe (2011) a los seres marginales del capitalismo poscolonial, la aceptación del *sacrificio* o la elección del

⁹⁷ Fue el día que Alexander Shimpukat, Jorge Soria, Néstor Paiva y Rafael García se citaron para salir a recolectar hojas de matico para mandar a Cantagallo, comunidad shipiba en Lima, donde se encontraba una de las hermanas de Jorge, Jessica Soria, quien falleció por COVID-19 durante la pandemia, a pesar de los esfuerzos realizados para los activistas y familiares.

heroísmo, sin términos medios, donde sobrevivir implica ver de cara a la muerte. Jorge actúa desde una posición de orfandad; él y su familia están solos, “desahuciados”. Pero por eso no está dispuesto a desentenderse de la condición crítica de su suegro, tomando la elección de sobrevivir, aislando a su suegro y dándole la espalda a los valores propios del pueblo shipibo. No le queda más que intentar salvar al suegro y ser coherente desde su pensamiento, por más que eso le pueda costar la vida a todos en su familia.

Y así fue, salvamos a su papá, a mi suegro. Él mismo nos dijo que usáramos matico. Con las evaporizaciones, se ha ido sintiendo cada vez mejor, de noches ya nada más se ponía mal, siempre al caer la tarde así se ponen mal. El COVID a esa hora trae los malos espíritus y es donde más atento se tiene que estar.

Jorge habla de los malos espíritus, íntimamente ligado a la forma que tienen de concebir los shipibos la enfermedad. No es solamente el resultado de un proceso viral, como se asegura bajo la narrativa binaria de *causa y efecto* propia del modelo biomédico; la COVID-19 tiene una dimensión metafísica para los shipibos. Es, bajo los términos que usa Viveiros de Castro (2004), una *persona* no humana, que tiene una agencia, personalidad y hasta un cuerpo, el cual se revela en los sueños de los enfermos.

Así encontramos en el matico la solución. Y comenzamos a pasar la voz que con el matico nos podemos salvar, más las pastillas. **Mi hermana Haydee también enfermó, y mi sobrino, a todos hemos ido a sus domicilios, con lluvia y todo para atenderles (...)** También nos ha motivado a seguir con el trabajo la muerte repentina del hermano Silvio Valles Lomas que fuera el alcalde de Masisea, porque **el teniendo todas las posibilidades económicas como alcalde, sin embargo, le había faltado oxígeno, y eso no podía seguir (...)** y ya eso era la preocupación masiva de la población indígena en querer salvarse como se pueda. Allí es ya donde conformamos el Comando Matico.

Este pasaje revela otro aspecto fundamental: la actitud que asumieron los activistas ante el hallazgo del matico como forma de tratamiento eficaz y gratuita. Esto permitió la rápida difusión del saber a través del cuidado a la familia y a lo más cercanos, lo que sería un gesto previo a la posterior democratización de estos saberes mediante sus redes sociales. La gratuidad del uso de la planta contrasta con lo que Jorge comentó respecto a Silvio Valles

al referirse a su muerte, aún “teniendo todas las posibilidades económicas”. Está claro que la dimensión económica y la escasez de recursos médicos convencionales estuvo presente desde el primer momento. El hallazgo de un tratamiento alternativo basado en el uso tradicional de las plantas revela un poder insospechado, que no se basa en el posicionamiento dentro de la sociedad nacional o la capacidad adquisitiva, sino en los saberes colectivos, olvidados por ellos mismos en su paso por la ciudad.

Finalmente, Jorge concluye su relato:

(...) este Comando Matico que hicimos fue una rebelación frente al Estado que no cumplía con los pueblos indígenas. Y esto nos ha servido de luchar con valentía y compromiso, con mucha responsabilidad de salvar vidas a los hermanos indígenas y a la población vulnerable que no podía seguir muriendo con esta pandemia.

Jorge habla de “rebelación” en el sentido de rebelarse, es decir, de tomar una actitud disidente respecto a las medidas instauradas por el poder público estatal. Existe una reflexividad sobre lo que está pasando en sus declaraciones respecto al papel que venía cumpliendo el Estado. Esto generó una mirada crítica que les sirvió, a los miembros del Comando Matico, para *luchar con valentía y compromiso*, pues sabían que estaban asumiendo necesidades desatendidas por el sistema de salud nacional, necesidades presentes tanto en su pueblo como en otras etnias. Este compromiso involucró un riesgo alto para ellos y todos los involucrados.

En el pasaje, además, se puede notar una mirada de la interculturalidad que sería el germen de su política de salud interna: la medicina indígena y la salud intercultural no son solamente para los PP. II. AA. Es una propuesta que sirve para democratizar de verdad la oferta de salud para toda la población local, en especial a la que quedó marginada por la sobrevaluación de medicamentos y el colapso del sistema de salud. Los maticos se solidarizan con sus vecinos mestizos en la misma situación que ellos; la interculturalidad adquiere un signo de clase para ellos. Pueden encontrar un punto de diálogo y convergencia en la medida que reconocen un mismo sufrimiento y las mismas dificultades que combatir. Bajo ese razonamiento, los aportes de los otros trascienden las diferencias identitarias.

Pasamos a dar revisión a la segunda historia, compartida por Mery Fasabi, quien venía, al igual que Jorge, atendiendo a sus familiares.

Historia 2

Mery Fasabi relató:

(...) mi hija ha sido la primera acá en la región Ucayali la primera indígena infectada. A partir de ahí, lloré mucho al saber que tenía COVID. Eso ocurrió al finalizar el mes de abril. No tomó pastillas convencionales, solo usó kion, té de matico y masajes; le atendí yo, yo tuve que ir a atender a mi hija. No le hemos hecho el aislamiento; nosotros **hemos podido ayudar a mi hija sin encerrarle en su cuarto (...) este, su esposo le ha hecho en aislamiento un día, de ahí se dio cuenta que estaba mal.**

El paso a la acción no solo depende de una decisión racional o la consciencia de contar con recursos terapéuticos en las plantas. Existe una experiencia sentimental de la enfermedad entre la afectación de los propios. La aparición de este sentimiento moviliza a Mery bajo la reivindicación de un valor colectivo en el pueblo shipibo: el acompañamiento de los enfermos.

Desde la misma perspectiva en la que Jorge entendía que estaba mal dejar morir a su suegro que su yerno, reconoce que estaba mal dejar aislada a su esposa enferma. Esto se logra a partir del reconocimiento de un dilema moral: si bien acercarse a los enfermos es una forma de exponerse a la muerte y enfermar, no acercarse a ellos es ir en contra de estos sentimientos que traen a colación los valores colectivos y los vínculos familiares. A la luz de ellos, no acercarse equivale a abandonar, dejar morir. Esto no solo se limita a un sentimiento de culpa, pues, desde la concepción shipiba de la enfermedad, el mal parte de la dimensión moral que siempre está presente en el desequilibrio que genera una nueva enfermedad. Solidarizarse es, en este sentido, una actitud hacia el bien, hacia la búsqueda consciente de restituir el bienestar en medio de la enfermedad. Por ello, normalizar el aislamiento sería, en sí mismo y bajo esta lógica cultural shipiba, fuente que determina la reproducción de la enfermedad. Entender que enfrentarse a la COVID-19, trascendiendo el miedo a contagiarse y morirse, es una forma de “descubrir” los intereses de esta enfermedad: lograr que los unos se alejen de los otros, que el egoísmo se superponga a la solidaridad.

Desde que yo era pequeña, veíamos a niños con problemas respiratorios, siempre mi abuela le daba té de matico, o si no le calentaba su hojita le ponía en su espalda, yo

todo eso veía eso, entonces dijimos que eso funcionaba, y realmente ha funcionado (...) mi primo me llamó y me dijo que su hermano está bien mal, ‘tú sabes curar, puedes venir a mi casa’ y fui en toda la lluvia. **Ahí tenía un poquito de miedo, me dije ‘entro o no entro’, pero de ahí opté por entrar y dije ‘a partir de ahora empezaré a atender a la gente así, de frente a frente’.**

En este pasaje, Mery confirma que el conocimiento que posee proviene de un aprendizaje empírico familiar, donde los cuidados y el afecto constituyen la memoria de estos saberes. Posteriormente, al igual que con la historia de Jorge, son los familiares los primeros en ser atendidos y solicitar su apoyo. La acción de atender y curar va apartando el miedo a la muerte de forma progresiva. Lidiar con la enfermedad les enseña a tratarla y tratarse frente a ella. Se convierte en un “enemigo íntimo”, usando una expresión de Belaunde (2020) para referirse al proceso por el que prevenir, atender y curar forman parte de la cotidianidad de los miembros del Comando Matico. Se familiarizan con la COVID-19 y son capaces de reconocer su comportamiento, dejando de ser una enfermedad extraña para ellos.

Mery culmina su relato, diciendo:

Me decía [a sí misma] de cómo hago para formar un grupo, **para poder conversar con el gobernador, para que nos pueda ceder una posta que no funciona para nuestros paisanos o la gente que quiera recibir el jarabe, la evaporización,** hasta que un día vi la publicación de los jóvenes de Comando Matico, hice un comentario que yo quería pertenecer al Comando Matico, en una me aceptaron los chicos, me invitaron, yo ya les conocía antes, me fui a la reunión, las cosas sucedieron rápido, **ese día filme un tutorial de cómo se hacia la evaporización. Ese día estaba un periodista, a él le hice la evaporización,** de ahí empezamos a funcionar

Estas dos historias se sitúan en espacios diferentes de Yarinacocha, pero en momentos paralelos. Mery se encontraba en Bena Jema⁹⁸ atendiendo a su hija y comenzaba a acercarse a los hogares de sus otros familiares para tratarlos “frente a frente”, como ella misma dice. Jorge se encontraba en La Perla, otro barrio de Yarinacocha, atendiendo a su suegro y, posteriormente, difundiendo el uso del matico como tratamiento eficaz para la COVID-19 entre el resto de sus familiares. Es importante observar las dimensiones que cobra el activismo

⁹⁸ El nombre de este asentamiento huma intercultural se traduciría como “Comunidad nueva” en shipibo.

en ambas historias, pues para Mery esta necesidad de ayuda parte de una actitud humanista, mientras que para Jorge supone la toma de una posición política frente a la crisis sanitaria. En su historia, la mención del deceso del líder shipibo Silvio Valles sirve para explicar cómo un hombre shipibo con poder (poder que obtiene al ocupar un cargo político en la sociedad nacional) dentro de la estructura de gobierno local no le es suficiente para salvarse. De este modo, lo que denuncia Jorge Soria es que ni los shipibos mejor posicionados, con capacidad de acceder a mejores servicios o denunciar el abandono, estuvieron a salvo. Además, en otros diálogos, Jorge Soria, comentó que el Comando Matico atendió al presidente de AIDSESP, Lizardo Cauper; a un comunicador de FECONAU, Carlos Franco (quien accedió a ser entrevistado); y a otros líderes importantes del pueblo shipibo, quienes acudieron al Comando Matico, y no a los hospitales o clínicas.

Esta información complementaria revela dos aspectos del activismo del Comando Matico: la propuesta de atención sanitaria intercultural-popular y el posicionamiento político de los activistas a través de personas influyentes de su pueblo que fueron atendidos en su centro. El Comando politizó la salud a través del uso de la denuncia y sus *formas-otras* de proceder ante la COVID-19 en abierta disidencia con el Estado. Para Soria, quien tuvo roles importantes en organizaciones como FECONAU⁹⁹ u OJIRU¹⁰⁰ y, por lo tanto, toda una trayectoria como político indígena, es importante señalar que ni la clase dirigenal de su pueblo, los más visibles, se encontraban a salvo. Por lo tanto, lo que hizo el Comando Matico es humanitario. Los activistas lograron ponerse al frente en la crisis sanitaria y ocuparon el lugar de un nuevo liderazgo, que no tuvo la cuestión territorial como foco ni la situación de las comunidades nativas, sino la salud de los pobladores indígenas de los asentamientos humanos interculturales de Yarinacocha. Ocuparon no solo un vacío dejado por Estado, sino también uno dejado por la clase política del pueblo shipibo y las organizaciones indígenas.

Por otro lado, ambas historias muestran situaciones límites, donde la vida de los familiares y la propia están en juego. Lo que Jorge Soria le dice a su esposa ejemplifica muy bien esto: “O nos salvamos todos, o nos morimos todos”. Esta disyuntiva no la crea Jorge; surge del día a día de la población pucallpina, que tuvo que afrontar solidariamente la crisis. Mery habla del miedo que sintió al entrar a atender a su primer paciente que no era familiar

⁹⁹ Federación de Comunidades Nativas de Ucayali y Afluentes.

¹⁰⁰ Organización de Jóvenes Indígenas de la Región Ucayali.

directo. Tuvo que evaluar en ese momento: su vida o la del paciente. Redescubriendo en su elección, al igual que Jorge Soria, el *nosotros*, la colectividad de cuidados que ha sido fundamental en la acción del Comando Matico.

El miedo retrocedió con la aparición de una posibilidad de curación en coherencia con los valores de solidaridad de su gente. El conocimiento que guardan sobre las plantas no solo sirvió para curar. También, sirvió para que los activistas sintieran cada vez mayor seguridad de su propia propuesta, a pesar de que esta rompía directamente con lo que el Estado había dispuesto: el confinamiento y la distancia social para prevenir el contagio de este desconocido virus.

Finalmente, la rapidez con que se contactaron los diferentes activismos para confluir en la conformación del núcleo del Comando Matico se dio gracias a las redes sociales. Duffó (2022) plantea que fueron usadas como una plataforma política para posicionar el discurso y las acciones del colectivo. Esto les dio una pronta notoriedad, que acompañó todo el proceso. El registro audiovisual estuvo a cargo de Gabriela Delgado, voluntaria mestiza que se sumó a las filas del Comando el mismo día que Mery grabó el primer tutorial de tratamiento con vaporizaciones. Delgado formaba parte de ACAPE (la Asociación de Cineastas de la Amazonía Peruana), de la que también formaba parte Néstor Paiva, miembro shipibo del Comando Matico. Como podemos observar, la socialidad y posicionamiento de los miembros shipibos en la sociedad pucallpina fue una fortaleza desde la misma gestación del colectivo.

4.2 Superar el miedo para aprender a cuidarnos

La necesidad de cuidar a sus enfermos y sus familias motivó a que Mery, Jorge y Alexander decidan desobedecer el confinamiento, el distanciamiento social y, finalmente, su posición como sujetos pasivos a la espera de un tratamiento para esta enfermedad desconocida. Existe un momento de reflexión interna en el que el aislamiento de los enfermos que recomienda la salud pública, el Gobierno y la OMS resulta insostenible e intolerable para Jorge y Mery, de tal forma que el deseo de solidarizarse con sus seres queridos, no dejarlos solos y salvarlos termina pesando más que la norma y la falta de recursos económicos¹⁰¹.

¹⁰¹ "Estaba pensando más de una semana en cómo ayudar a los demás, por el otro lado la económico no tenía, entonces veía de qué forma ayudar a personas como amigos y familias que pasaban momentos difíciles, sin tener dinero." Alexander Shimpukat, al hablar de este momento de reflexión previa a la toma de acción.



Figura 6: *Activistas del Comando Matico recolectando plantas para uso medicinal. Puños en alto en señal de que esta acción es parte de una lucha.*

Los activistas toman una decisión que coloca la solidaridad por encima del control del contagio. Este *salto de fe* en un momento crítico involucra un pensamiento que para los activistas es un rasgo distintivo de su pueblo. Según Jorge Soria:

El patrón o nuestra forma de pensar no va con lo que puede decir la política del Estado. **No me pueden aislar de una persona a quien amo mucho, ósea, tengo un sentimiento, que es mi padre, que es mi hermano, yo no lo puedo dejar a él luchar solo, tenemos que luchar juntos.** Y eso es lo que se ha hecho en el Comando, luchar juntos.

Bajo la misma línea, Rafael García, médico tradicional del grupo, comenta sobre este momento de quiebre: “Si mis paisanos, los shipibos, están muriendo, ¿para qué voy a estar [en casa]? Si yo soy uno de los que ayudo con las plantas medicinales, ¿por qué voy a estar acá metido de miedo, así?”

Esta actitud solidaria ha requerido la superación del miedo, miedo que fue considerado como parte del cuadro de COVID-19 por los activistas. Su superación es,

también, una victoria frente a la enfermedad y la reafirmación de los valores comunitarios que forman parte del mismo concepto de salud colectiva del pueblo shipibo frente a una enfermedad social: la propagación de la enfermedad y la indiferencia/miedo hacia los enfermos.

Mbembe (2011) señala respecto al confinamiento en esta pandemia que, si bien aparenta ser una medida para proteger a la población, en realidad, es una forma de controlar el “poder de matar” que, con el coronavirus, se ha democratizado. Este razonamiento se complementa con la idea que tienen los miembros del Comando de superar el miedo para curar y curarse, que es, en el fondo, superar el miedo a que el otro te mate. Al respecto, Mary Araujo, odontóloga mestiza y miembro del Comando Matico, comentó lo siguiente respecto a las medidas de bioseguridad usadas por el personal médico:

Yo creo que el Estado también ha querido con esos protocolos cuidar más a la gente, ¿no? Pero más cuidar a la gente que trabaja en salud que a los mismos enfermos, porque si hubiesen sido al revés, creo hubiese muerto menos gente que lo que han fallecido...

Agregó respecto al miedo de los enfermos y su influencia en la manera de afrontar la enfermedad:

Los pacientes vienen con traumas, tienen miedo y psicológicamente estarán afectados. Ellos, a veces, no pueden dormir porque tienen miedo y piensan que van a morir, les pregunto yo: ‘piensas que vas a morir’ y me dicen que sí. Entonces es eso, los pacientes se ponen a estar pensando y su ritmo cardiaco aumenta, sus pulsaciones son más fuertes y eso no les deja dormir al paciente, porque cuando estas asustado no podrás dormir.

Lo que hace Mary es una descripción del cuadro psicológico co-mórbido de la COVID-19, que afecta a los pacientes con coronavirus, entendido en la praxis misma de la atención. Indica, incluso, cómo el miedo se somatiza y repercute en el sueño y los signos vitales. Frente a este síndrome psicológico, Mary planteaba, a sus pacientes, lo siguiente:

Tiene que estar calmado, relajado, para este relajamiento se tiene que conversar con la persona, tranquilo, confiado, que aquí va a salir bien, yo hablo con ellos, **trato de hacerles reír, es un trato personalizado**, trato que la persona ría, y ahí también

empiezo a conocer familiares, cada paciente esta con su familia. **El paciente esta con COVID, es probable que la persona que esté cerca de él este con COVID y es probable que en unos días este con síntomas de COVID.**

Para encarnar este discurso frente a los pacientes, Mary tenía que ser y no solo parecer. Debía demostrar con su lenguaje corporal, su tono de voz y su acercamiento hacia los enfermos que no había nada que temer. Pero ¿cómo demostrar que no hay nada que temer?

Como se puede entender, el trato requiere una condición previa: la superación del miedo. Esta superación no es meramente simbólica. Se traduce de forma concreta en aceptar que el contagio es una eventualidad contemplada bajo las condiciones en que se realizaba el cuidado de los enfermos: *compartir la enfermedad*. Convivir con el coronavirus y descubrir que el cuerpo puede desarrollar defensas y tolerarlo fue necesario para que la valentía y la confianza estuvieran en la base de las prácticas y los discursos usados con los pacientes y familiares. En palabras de Jonas Franco, comunero de Amaquiria, que decidió apoyar a su comunidad al igual que el Comando Matico, “si alguien está muriendo a tu lado y no lo salvas, es que aún estas con miedo”.

El hallazgo de las hojas del matico, como un elemento importante en los inicios del tratamiento experimental frente a la COVID-19, nutrió la seguridad de los activistas de seguir atendiendo e ir perdiéndole el miedo al contagio. Se sumó la esperanza de los enfermos, quienes, a pesar de no haber encontrado solución en la salud pública y no poder acceder a los costosos tratamientos convencionales, recibían una estrategia de sobrevivencia, gratuita y humanitaria. La superación del miedo y la seguridad conseguida con el hallazgo de un tratamiento eficaz iniciaron una primera etapa del Comando Matico, la móvil, donde los miembros iban a las casas a atender a los enfermos, y a instruir sobre el cuidado y los tratamientos caseros a los familiares. De igual modo, la seguridad ganada animó a los activistas a difundir sus tratamientos a través de diferentes medios. Shimpukat acotó al respecto:

Se pasaban la voz, se decían, ‘oye, esa planta es buena’, eso era el mejoramiento del señor por la planta, no por las pastillas ni antibióticos. Eso ha sido un efecto rápido que hizo las plantas, entonces con mucha razón ya empezábamos a difundir esta información, lo difundíamos por celular, llamando, o estando entre amigos... de ahí

ya vimos mejoramiento, ya era entre la familia, era algo novedoso, de ahí de una semana era un *boom* de las noticias.

Esto posicionó a los activistas como sujetos de saber en el medio local. El conocimiento de su pueblo fue puesto a prueba por la enfermedad y los mismos usuarios, que dieron una valoración positiva, afirmaron su efectividad en este proceso de negociación y validación cultural de sus procedimientos (Alarcón et al., 2003). La validación precedió al *acuerdo* intercultural entre los usuarios, en muchos casos mestizos, y los agentes de salud del Comando Matico.

Una experiencia respecto de este posicionamiento popular la tuve en mi primer día en Pucallpa. Al subirme a un motocar para ir a Yarinacocha (ya había pasado la primera ola y el Comando Matico llevaba 8 meses de actividades), le pregunté al motocarista: “Aquí, cuando uno se enferma con COVID-19, ¿a dónde va a atenderse? El chofer respondió con una sonrisa: “A donde el Comando Matico, pues”.

4.3 Las visitas domiciliarias son visitas familiares

Los primeros pacientes fueron *rarebo* (familiares) y *kaibo* (paisanos). Por eso, las visitas a los domicilios fueron a la vez, visitas familiares, incluso con los paisanos. Los shipibos tienen tratos familiares entre sí, ya que asumen que hay un parentesco más profundo que la familia nuclear o el apellido que llevan que los une. Esto les dio un matiz totalmente distinto a las visitas que realizaban los *comandos*, frente a las visitas de rutina que hizo el personal de salud de la Diresa o las intervenciones comunales de las brigadas de salud. Los miembros del Comando Matico llegaban con los insumos y los medicamentos para atender a los enfermos en casa. Además de los procedimientos enmarcados dentro del tratamiento, el diálogo y la convivencia propia de un encuentro entre familia estuvo muy presente en todas las visitas en las que pude estar de observador. Comparto, para lograr un mayor acercamiento a esta realidad, una nota de campo que describe una típica visita domiciliaria del Comando Matico:

Los espacios de la casa en los que transcurre la visita son el mosquitero del paciente y la cocina, donde se preparan de forma casera los jarabes, las infusiones y las vaporizaciones. Los voluntarios y familiares hablan muy cordialmente en shipibo mientras se cortan algunas cebollas, ajos y kiones con que el dueño de casa contaba,

mientras el ajosacha, la mucura y el matico que trajeron los voluntarios se lavan para ponerse en la olla con el resto de insumos. Esta casa, además, cuenta con un jardín, que Rafael García explora para darse con la sorpresa de que hay un árbol de achiote, cosecha unas cuantas hojas y semillas mientras sopla tabaco solemnemente sobre la planta, como una forma ritual que toma el diálogo con quien toma el recurso medicinal y el dueño espiritual de la planta, algo que el mismo Rafael me precisa. Agregando, Rafael, que el achiote lo pondrá en la vaporización pues es una planta protectora de los malos espíritus. Mientras tanto Silveria, técnica enfermera, toma los signos vitales de la paciente. El hijo menor de la paciente está un poco intranquilo, así que Rafael aprovecha para jugar con él un momento para que no interrumpa la atención de su madre. Son muy amables, y la visita transcurre entre risas. Ambas partes cooperan para crear un clima cálido, en un ambiente donde los protocolos de distanciamiento, e incluso las medidas mínimas, como el uso de mascarillas, se relajan si no se está en la misma habitación con el enfermo. Incluso, se da la sugerencia de que el investigador se baje la mascarilla para poder compartir el caimito que la familia nos ofrece muy amablemente a todos los presentes. Al no poder rechazar tal ofrecimiento, como una forma simbólica de entrar en confianza y ser bienvenidos, finalmente decidí bajarme la mascarilla.



Figura 7: Mery Fasabi durante visita domiciliaria prepara vaporización en la cocina de la familia del paciente. De igual forma, toca y dialoga con el paciente mientras le toma sus signos vitales.

Estas visitas solían durar más de una hora, por la importancia que llega a tener el diálogo como elemento psicoterapéutico hacia el paciente y con el resto de la familia. Frases como “no tengas miedo; si yo he podido superar esto, tú también”, o recomendaciones a los familiares, como “no le hablen de problemas o *jakoma shinan* (malos pensamientos) al enfermo”, son dadas por parte del equipo. Muchas veces la calma y seguridad de los voluntarios contrastan con la preocupación y el temor que se observa en los enfermos y familiares. Está claro que el Comando Matico no solo trataba la COVID-19 como un mal físico, sino que también enfrentaban la crisis emocional que había generado la enfermedad en la familia.

Rafael García, al realizar esta visita, llevada a cabo a fines de la segunda ola, evocó una primera visita realizada con Jorge Soria durante la primera ola en época de lluvias:

Humpi, antes no era tan tranquilo, salíamos con Jorge, en su moto, los dos, con lluvia y todo. Recuerdo que fuimos a la casa de un señor en Bena Jema. Sus hijas estaban desesperadas, comenzamos a atenderlo, y el señor se desmayó. ¡Asu!, una de sus hijas se puso a gritar, **mientras yo atendía a su papá, Jorge tenía que tranquilizar a su hija**, le decía ‘tranquila, ya va a despertar, tienes que ser fuerte’, todo era un caos, Humpi, he recordado eso que sentía, en el pecho, fuerte.

Esta experiencia relatada por Rafael refleja el ambiente que encontraban muchas veces los miembros del Comando Matico en los hogares. Tenían que lidiar con la crisis emocional, ser médicos y psicólogos a la vez; no podían ignorar las reacciones y limitarse a los procedimientos pautados. Las familias afrontaban la enfermedad de sus parientes sin recibir auxilio hasta el momento de la visita. La llegada de los activistas era el primer contacto, en muchos casos, con alguien externo al hogar. Los activistas entraban a la cocina a preparar la vaporización y los jarabes; a las habitaciones, para ver, dialogar y masajear a los enfermos. Hablaban con los familiares, enseñaban las recetas; los familiares compartían sus propias recetas para que los activistas dieran su punto de vista. No había un posicionamiento de los activistas como “especialistas”, ni tampoco la necesidad de colocar a los familiares en una posición de no saber y pasividad. Esta actitud horizontal entre visitantes y familia fue una condición previa para la democratización de todos los saberes que pudiesen servir para tratar esta enfermedad.

Muchas familias atendidas, al no tener recursos económicos y buscar una forma de ser cordiales y agradecidos, invitaban frutas o comida a los comandos. Ese solía ser el momento en que bajaban sus mascarillas y comían; era más importante aceptar el gesto que mantener el cuidado de las mascarillas. Era una demostración más de lo importante que eran los rituales de reciprocidad, de reconocer entre los atendidos y los que atienden a una comunidad de sentimientos que trascendía el momento pandémico.

Otra visita domiciliaria de rutina describe los mismos códigos relacionales durante la estancia del Comando en la casa de una familia shipiba en Bena Jema:

Salimos a las 11 a. m. en el motocar del Comando, del Centro de atención ubicado en la parroquia de Yarinacocha a en el motocar del comando, manejado por Darío Sánchez, esposo de Mery, para dirigirnos al hogar de una paciente. Atrás íbamos Mery, Mary y yo. Llegamos al hogar preguntando a los vecinos, pues era difícil de dar con la casa ubicada en un populoso asentamiento humano. Todas las conversaciones se dieron en shipibo, pues este es un asentamiento intercultural de shipibos en la zona periurbana de Yarinacocha. Al entrar nos recibió el esposo de la paciente, no llevaba mascarilla. Con Mery nos dirigimos a la cocina para preparar la vaporización, mientras Mary iba al cuarto a tomar los signos vitales y entrevistar a la paciente para saber cómo había estado todos estos días. Respondía que tenía dolores en la espalda y ‘toseaba’ aún, pero que ya podía respirar mejor, aunque con cierta debilidad. Mientras Mery preparaba la vaporización en una olla de la familia, buscaba cebollas y ajos en la despensa para agregar al preparado. La casa de madera con pilones era rústica y la cocina era abierta a lo que parecía ser una ciénaga, pues estábamos en zona inundable. En un momento el dueño de casa nos invitó mandarinas, las cuales aceptamos y comenzamos a comer, bajando nuestras mascarillas. Luego nos invitó un remedio que el mismo había preparado, macerando kion en aguardiente. Cada uno tomamos un vasito, y Mery comentó que ‘era un buen remedio’. A la media hora, llegó Richard a la casa, y esperó que la paciente acabara con sus vaporizaciones para empezar a sobarla (masajearla) para aliviar sus dolores corporales y sentir como estaba a través de sus manos. La visita duró más de una hora. Todo fue muy cordial, hubo momentos de humor incluso. Y fuimos despedidos con mucho agradecimiento por el esposo de la paciente.

Los cuidados dados entre las familias atendidas y los activistas del Comando pueden ser entendidos bajo la idea de *conocimientos situados y autorizados* de los que hablan Ulfe y Vergara (2021a) para investigar las acciones de colaboración y cuidado que se dieron en la comunidad nativa Kukama Kukamiria de Cuminico, en la región Loreto durante las crisis pandémica. Los mismos comuneros de Cuminico definieron sus acciones como *cuidados que les permitieron sobrevivir y resistir en comunidad*. Estos cuidados implicaron experiencias donde los afectos y la cercanía ocupaban un lugar importante en los procedimientos de atención del enfermo y la orientación a la familia.



Figura 8: Richard Soria realizando sobación a paciente/Rafael García ishanguando (frotando con ishanga) a paciente con COVID-19. (visitas domiciliarias, 2021)

En las visitas domiciliarias del Comando, las acciones orientadas estrictamente al tratamiento ocupaban menos del 20 % de las interacciones, mientras que el 80 % eran diálogos usados para establecer un *nosotros*, sin jerarquía entre el cuidador y el cuidado. Había un *compartir* y reafirmación de los vínculos que los comprometían con las familias. Estos códigos fueron importantes para establecer el clima propicio para los métodos de tratamientos, una prioridad frente al mantenimiento de medidas de bioseguridad que el modelo biomédico marcó para la COVID-19. No participar de estos códigos, como investigador, me habría autoexcluido de su comunidad de sentimientos por mantenerme a la defensiva de ser contagiado por alguno de ellos, lo que posiblemente hubiera cambiado el

trato hacia mi persona e interferido con el funcionamiento habitual de estas visitas en el espacio familiar.

4.4 Recuperar el *nosotros* shipibo aun en la ciudad

Al tratarse solo de paisanos sin tener una familiaridad mayor, era usual que los miembros del Comando preguntaran por la comunidad de origen de los enfermos, o por el nombre del padre o la madre, buscando algún posible vínculo de parentesco que les permitiera reconocer en los paisanos a familiares lejanos. Al respecto, Richard Soria afirma que, para los shipibos la familia no puede tener como referencia solo los apellidos, ya que estos, al igual que los nombres, son *prestados*, es decir, impuestos como parte del proceso de esclavización de las etnias amazónicas. Por eso, el primer encuentro entre shipibos que no se han conocido aún está mediado por conversaciones de reconocimiento. ¿De qué comunidad vienes?, ¿quiénes son tus padres?, ¿río abajo o río arriba? son preguntas comunes en estas conversaciones.

Los múltiples diálogos de este tipo que ha sostenido Richard Soria lo han llevado a considerar hasta 900 miembros en su árbol genealógico, muchos de los cuales no podrían ser rastreados por el apellido. De igual modo, William Barbarán, comunicador shipibo y activista del Comando Matico, para explicarnos la importancia del establecimiento de algún tipo de familiaridad con los usuarios, relató que, cuando un shipibo cruzaba el río en su balsa, era inmediatamente reconocido por su vestimenta y la forma achatada del cráneo, a lo que era invitado con la expresión “*Joe, Natoshoko xesai paranta chachishoko*” (¡Ven a tomar chapito!). Ya al encontrarse en tierra, el primer tema de conversación solía iniciar con las preguntas de reconocimiento del parentesco.

Estos diálogos de reconocimiento se siguen dando hoy en día, y han estado presentes en las visitas a paisanos, o al incorporar nuevos voluntarios shipibos al Comando Matico. Así fue el caso de la enfermera Silveria Pino Canayo, quien fue plenamente “aceptada” por el grupo en el momento en que Jorge mencionó, en un compartir frente a todos, que ella vendría a ser su tía, según información brindada por su hermano Richard. Esta fue su manera de darle la bienvenida al Comando Matico. Lo mismo pasó con el deseo de Jorge Soria, de decirme *wetsako*, hermano, al ya sentir que no soy un extraño entre su círculo social. Familiarizarse, como veremos más adelante, es una cuestión que va más allá de las relaciones sociales con

personas. Es un requisito, para el shipibo, establecer familiaridad con las mismas plantas para usarlas de forma más efectiva. Familiarizarse es construir alianzas en todos los planos.

Douglas Tangoa, psicólogo y *onaya*, cercano al Comando Matico, al contarle este aspecto de las visitas domiciliarias, comento:

Hay formas de cómo tratar a las personas, normalmente en la nación shipibo se conocen entre todos, por eso hay esa conexión familiar, pero no necesariamente sanguínea, es más un “trato familiar”, dicen tío o primo, pero no es necesariamente que haya una relación directa, pero es más porque la nación shipiba es alegre y social.

Sin embargo, Marcos Urquía, comunero de Rao Nete, al hacerle mención del mismo aspecto, afirmó algo distinto:

En el mundo shipibo todos son una familia, pueden ser primo lejano, tío lejano, sobrino lejano... viene a encontrarse la familia porque el mundo es chiquito... siempre se preguntan quiénes son sus padres, al investigar, ven ese árbol para ver si hay coincidencia. Las familias se separan cuando vienen a pasear del alto Ucayali y se quedan porque encuentra a su mujer, pero luego se reencuentran.

No hay un consenso sobre si todos son familia, o si tienen un trato familiar al compartir un mismo territorio, lengua y cultura. Lo cierto es que las conversaciones que giran en torno al esclarecimiento del origen familiar del otro es parte del hábito que tienen al encontrarse dos paisanos que aparentemente no reconocen posibles lazos de parentesco inicialmente. Al respecto, resulta importante señalar que tanto Mery Fasabi como los Soria llegan a Yarinacocha de la Comunidad Nativa Panaillo. Al igual que la gran mayoría de shipibos, han seguido el mismo patrón de migración a la ciudad, llegando a ocupar terrenos en el espacio periurbano sin cortar sus vínculos con sus comunidades de origen y manteniendo vínculos de convivencia con los otros shipibos en la ciudad. Como menciona Douglas Tangoa, “llegan con todo, no solo con sus costumbres, hablan en shipibo por el alto parlante, en Nueva Era, en Bena Jema y otros asentamientos”.

Todos se reconocen en la ciudad y saben de qué comunidades vienen, si son del alto, medio o bajo Ucayali. Sus lazos no se disuelven en el mestizaje cultural urbano y, en la pandemia, la identidad étnica y el *nosotros shipibo* se hizo presente a través de los lazos de solidaridad vigentes en la ciudad.

Una de las narrativas presentes para explicar este fenómeno de movilidad y cohesión, aun en la dispersión de los migrantes shipibos, es que ellos viven sobre territorio que fue controlado por su gente antes de la llegada de los europeos, la fundación de Pucallpa y las posteriores migraciones. Bajo la perspectiva de Richard Soria, docente y masajista del Comando, los shipibos no han migrado en sentido estricto a Pucallpa: “Nosotros siempre nos hemos movido en este territorio, venido a pescar y cazar a esta cocha [Yarinacocha], incluso antes de que existiese Pucallpa, mis abuelos ya venían aquí”. Esta ancestral forma de ocupar el espacio territorial, movilizándose por los *bajiales*, las *tahuampas* y tierras altas, contribuyó a la dispersión de los *panos* ribereños, pero, al mismo tiempo, a una cohesión en esta dispersión, que hizo posible el mantenimiento de los rasgos distintivos de su grupo, y a la memoria que tienen de sus lugares de origen y sus ancestros (López y Cuglievan, 2012) Esto permite que, en un medio distinto al considerado “tradicional”, como lo es la ciudad de Pucallpa, las relaciones sociales entre shipibos estén más cerca del trato de familia que del trato que se dan los migrantes mestizos entre sí. Este trato familiar ha sido un factor protector para el pueblo shipibo viviendo en la ciudad.

Lo familiar se superpone al temor a la muerte. No podemos afirmar que esto solo pase entre shipibos, pues el vínculo entre padres e hijos, o entre hermanos, es lo suficientemente fuerte en diferentes culturas como para que, en muchas familias, se hayan roto los protocolos de distanciamiento y no aislar a sus enfermos. Sin embargo, el espacio familiar adquiere mayor importancia cuando posiblemente sólo son tus familiares los que pueden hacerse cargo de ti al caer enfermo, en contexto de colapso del sistema de salud. Es por eso que acercarse al otro afectado cambió de significado durante la pandemia, pasó de ser un acto solidario sin mayor complicación a convertirse en un peligro para la salud propia.

No obstante, también es cierto que esta tendencia a cuidar de la familia en los shipibos es más fuerte por la herencia cultural de la convivencia entre clanes en las comunidades nativas. Antes, todos dormían juntos en grandes *malokas*.

Durante mi estancia de campo en Pucallpa, tuve la oportunidad de conocer asentamientos humanos “no interculturales”, donde entendí la importancia de poder vivir entre shipibos aún en la ciudad, en espacios barriales donde se pueda expresar abiertamente la cultura propia.

Existe un gran contraste entre los migrantes de origen shipibo que viven en los asentamientos interculturales, como Bena Jema, donde las reuniones vecinales se dan en su propia lengua y el orgullo étnico se observa en los murales que uno se encuentra por las calles y el espacio público; frente a la situación que se viven en espacios como La Hoyada, donde los shipibos y migrantes indígenas de otras etnias amazónicas deciden *ocultarse*, evitando el uso de su lengua de forma pública o autoidentificarse como nativos. En estos espacios, identificarse como mestizo y negar cualquier rastro de indigeneidad es más provechoso en un contexto hostil, donde ser shipibo no implica un soporte colectivo. A estos shipibos que niegan su filiación étnica, Jorge Soria los llama *hipercontactados*, de forma irónica, haciendo referencia a los llamados *no contactados* PIACI (Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial), que eligen vivir sin entrar en contacto con la sociedad nacional por temor a las amenazas que podrían conllevar para su cultura.

El temor a que los lazos sean disueltos y la cultura sea reemplazada es una realidad para aquellos que, en su proceso de migración, no han podido movilizarse en conjunto y conservar sus lazos familiares/comunales en la ciudad. Esto indica que, si bien existe una memoria, ésta no se expresa por inercia: debe ser elegida como conveniente para el desarrollo y bienestar por los mismos migrantes. Algo que depende también de la apropiación del territorio urbano. De la posibilidad de *shipibizar* el espacio público existente entre las familias para no ser devorados culturalmente por el mestizaje que impone la ciudad.

Entender estas cuestiones fue fundamental para comprender el sentido de las acciones de los miembros del Comando Matico durante las visitas domiciliarias, que iban más allá de los procedimientos técnicos y la atención sanitaria. Son elementos culturales que dan forma a la atención y que estuvieron presentes desde que rompieron el confinamiento. Están situados en el origen de sus acciones, y son elegidos por ellos mismos bajo la suma de valores, actitudes y formas de relacionarse que ellos identifican como su “ser shipibo”. Esto es elegido en cada acción en un contexto donde es posible renunciar a él debido a la presión que ejerce la ciudad sobre las identidades.



Figura 9: *Dionisia Canayo, enfermera técnica shipiba que, al finalizar una jornada de visitas domiciliarias, durante la reunión de balance con los investigadores, descubrió que era tía de Jorge Soria, presidente del Comando Matico.*

4.5 Consolidación de la propuesta

Las acciones descritas en los anteriores apartados de este capítulo se dieron de manera itinerante, como lo comentó Francisco Ochavano, paciente del Comando Matico, entrevistado para este estudio: “El comando iba a donde les llamaban, por eso, mis paisanos

están tan agradecidos”. Ellos se movían por la ciudad en sus motos lineales antes de contar con los dos motocar que pudieron adquirir gracias a una rifa profundos. Atendían en los domicilios y gran parte de sus métodos de tratamiento se podían elaborar en las cocinas de las familias atendidas. Sin embargo, esta modalidad no les permitía realizar un acompañamiento continuo a sus pacientes, y tampoco controlar los casos más graves. Por tal motivo, decidieron buscar un local donde pudieran ir a centralizar sus atenciones e internar a los pacientes para un mejor seguimiento de sus casos. Esto abrió la puerta a nuevas metodologías y al desarrollo de políticas internas de salud que fueron posibles con un espacio administrado por ellos mismos.

4.5.1 El centro de atención Comando Matico COVID-19

Un paso fundamental para la consolidación de la propuesta del Comando Matico fue conseguir un local para atender a los enfermos, organizarse, tener una farmacia, y ser un punto de referencia ubicado en un espacio céntrico accesible, donde pudieran ir las personas necesitadas de ayuda. Este local fue obtenido gracias al apoyo del obispo, que medió por ellos y le pidió al párroco de Yarinacocha que les entregue el espacio que usaban para la catequesis antes de la pandemia. Así, podrían realizar sus atenciones allí y no “estar de gitanos de un lado para otro”, como declaró un diácono de la parroquia.



Figura 10: *Logo original del Comando Matico que visibiliza el carácter intercultural de su propuesta de salud. Fue pintado por el artista pucallpino Benny Ríos. El logo se encontraba a la entrada del centro de atención del colectivo, en la parroquia de Yarinacocha.*

El espacio que se le entregó al Comando Matico se encontraba a media cuadra de la plaza central de Yarinacocha, al lado de la nave principal de la parroquia “Nuestra Señora de Lourdes”, entre el jirón Aguaytía y 2 de mayo, de pistas asfaltadas. Esta es una zona conocida por todos en Pucallpa y Yarinacocha. El espacio contaba con una nave principal hecha de madera, separada en dos por una pared de triplex. De un lado, estaban las camas para los enfermos internados y, del otro, la recepción, la farmacia, un espacio para los insumos, la cocina y camillas para los masajes. Al lado izquierdo de esta nave principal, una maloca, que servía de espacio para realizar el triaje de los pacientes que llegaban. El espacio también fue un punto de reunión del equipo, ideal para las campañas de despistaje de COVID que realizaba cada cierto tiempo la Diresa en coordinación con el Comando Matico. A la derecha, contaban con un espacio para guardar los dos motocar que pudieron comprar gracias a una rifa profundos y las motos lineales de los activistas; detrás, otra área descampada servía para que los familiares puedan quedarse acampando en la época de mayor demanda de atención, con una pequeña zona usada como segunda cocina al aire libre. Recordemos que las vaporizaciones, jarabes e infusiones, que eran los principales métodos caseros de tratamiento, requerían de una cocina para prepararse.

Los espacios de atención, internamiento y reunión no estaban aislados con elementos de bioseguridad como en los hospitales. Los activistas trataban, en lo posible, de mantener los espacios ventilados, pero el contagio por la convivencia y la cercanía era inevitable en el centro. En la época de mayor atención, los activistas se quedaban a pernoctar en el centro en turno de madrugada, por lo que dormían en las camillas usadas para los masajes o, a veces, en colchonetas. La imagen de un espacio donde estaban activistas, enfermos y familiares en la época de mayor contagio es clara.

El centro contaba con agua potable, servicios higiénicos, luz eléctrica, lo que daba condiciones mínimas para que los activistas pudieran realizar sus jornadas de día y noche, así como limpiar sus implementos y mantener la importante higiene del lugar. Una pancarta con el logo del Comando Matico y el eslogan “El pueblo ayuda al pueblo” recibía a los visitantes. El logo del Comando Matico era un rostro: una mitad representaba a un médico occidental cubriendo su boca con una mascarilla y la otra mitad, un médico tradicional shipibo cubriendo su boca con hojas de matico. Se daba a conocer, con este símbolo, que en

este lugar la propuesta era intercultural tanto en las medicinas como en la participación de conoedores de ambos modelos.

Durante mi estancia, pude realizar un croquis del centro (Figura 10), que luego digitalicé para mostrar la disposición de lo que fue el Centro de Atención del Comando Matico COVID 19 de Yarinacocha:



PLANO DEL CENTRO DE ATENCIÓN COMANDO MATICO COVID-19



Figura 10: Croquis del Centro de Atención Comando Matico COVID-19

Resulta importante aclarar que el uso del espacio no fue siempre el mismo. Estas son palabras de Gabriela Delgado, activista del CM, quien participó en la elaboración de este plano:

No siempre fue como los estamos graficando, al principio no había camas solo colchonetas, y no se usaba todo este espacio [señalando la nave principal], sólo la mitad, en la medida que aumentaron los pacientes, el comando también fue ocupando cada vez más espacio, llegaron las camas que fueron donadas. En el momento de mayor atención en el pico de la primera ola, había camas hasta afuera, los familiares se acomodaban donde podían y el equipo del comando también.

Un territorio autónomo en la ciudad, en el que fue posible decolonizar la salud intercultural. El Centro de Atención del Comando Matico fue totalmente administrado con autonomía de las autoridades eclesiásticas. La Iglesia no interfirió ni quiso imponer un orden. Esta situación, totalmente atípica, en la que se deja un espacio eclesiástico en manos de un colectivo indígena en medio de la ciudad, se generó, en gran parte, debido a que coadministrar el espacio era correr un gran riesgo para el arzobispado, así que la confianza depositada en el Comando Matico también fue una forma de no exponer al cuerpo eclesiástico. Dejar en manos de los activistas este espacio fue lo que hizo posible, en gran suma, la realización de una propuesta bajo otro equilibrio de fuerzas, un equilibrio donde los activistas shipibos y sus ideas llevaban la batuta de la construcción intercultural de las políticas de salud y los tratamientos al interior del centro. Un hecho extraordinario que cuestiona la idea tradicional de *territorialidad* en relación a los pueblos indígenas, pues demuestra que la autonomía indígena también se puede dar en el espacio urbano, si no hay fuerzas contrarias que obstaculicen su autodeterminación.

El espacio se convirtió en una zona liberada de la mirada biomédica, y los sujetos subalternizados fueron los que definieron las reglas y la manera de gestionarlo. Este suceso puede ser leído desde las ideas de Walsh (2009) sobre lo que exige una proyecto de *interculturalidad crítica* en relación a la colonialidad y racialización del poder como razones de fondo que impiden una verdadera apropiación epistémica de la interculturalidad por los movimientos indígenas. Adaptando estas ideas al sector salud y el lugar hegemónico que ocupa el modelo biomédico en la sociedad, se puede decir que el rostro de la autoridad

sanitaria es la del médico blanco. En el mejor de los casos, este acepta los otros sistemas de salud subalternos en tanto complementan la centralidad de las acciones o reducen los costos de implementar una cobertura en zonas alejadas. Este poder se ejerce, también, a través de los espacios administrados por los agentes del modelo biomédico, como los hospitales, las postas y las farmacias, donde las políticas de salud y las jerarquías se confunden con cuestiones étnicas y de rangos profesionales. A su vez, reproduce la misma mirada jerarquizada a los usuarios, que son tratados como sujetos sin saber, que deben ser “pacientes” y obedecer al especialista.

El espacio del Comando Matico era un lugar donde la manera de pensar la salud y la enfermedad, así como las relaciones se realizó desde el poder conquistado por los activistas, quienes, así hayan aceptado toda clase de ayudas y sugerencias, tenían claro que, en este lugar, mandaban ellos. Este poder fue ejercido en beneficio de su causa, y les permitió experimentar y consolidar lo que al inicio fue una respuesta espontánea en una propuesta disidente de salud intercultural.

Los *maticos* colocaron los presupuestos de salud de su pueblo, los valores colectivos y la agenda de los sectores populares durante la pandemia en el centro de su propuesta. Alcanzaron, así, esa dimensión que es prácticamente inaccesible para los pueblos indígenas en los espacios de interculturalidad promovidos desde el modelo biomédico o en las mesas de diálogo del Estado: las políticas y los presupuestos ideológicos que sostienen y modelan las prácticas sanitarias. *Decolonizaron*, a través del poder ejercido desde su posición, las formas hegemónicas de salud intercultural. Consideraron sus conocimientos, y reconocieron el aporte de la medicina convencional y la colaboración de distintos profesionales del modelo biomédico en sus acciones.

En la propuesta del Comando Matico, lo shipibo fue protagónico, principal y, también, moderno, ya que todas sus recetas y sus métodos fueron perfeccionados desde la práctica y bajo un aprendizaje progresivo de la enfermedad desde sus propias concepciones de la naturaleza patógena. No fue una situación de horizontalidad ficticia entre las partes, sino una voluntad de hacer las cosas desde lo propio lo que permitió que el diálogo con la biomedicina no sujete sus formas propias de cuidado, trato y tratamiento, o terminen siendo subordinados los activistas e instrumentalizadas sus prácticas a lo que los especialistas biomédicos plantearan que debía hacerse.

En este centro, recibieron a la ministra de la Mujer cuando llegó para dar donativos. A la puerta de entrada, se encadenó Jorge Soria como forma de protesta para exigir apoyo a las autoridades, a lo que acudió la prensa nacional e internacional interesada en conocer al Comando Matico. Ahí recibieron al equipo del Colegio de Médicos que fue a dar capacitaciones al equipo de voluntarios. En Navidad, se realizó, en el área verde, una chocolatada solidaria, espacio que figura como escenario de muchas fotografías y videos sobre la labor del Comando Matico. Se evidenció que el equipo de voluntarios tomó total posesión del espacio y que lo convirtieron en el lugar que los ubicaba en el mapa local, nacional e internacional, ya sea para atender, articular o protestar.

4.5.2 Política de Salud Intercultural

Con una mirada global de toda la estrategia de salud desplegada por el Comando Matico, uno llega a entender que ha existido un trabajo de explicitación y sistematización de muchas prácticas relacionadas con el cuidado que se suelen dar en otros espacios indígenas de forma implícita y espontánea. Esto hace posible diferenciar sus componentes y la manera que estos han interactuado en la práctica; esta interacción es el resultado de necesidades de la propia coyuntura sanitaria en el colectivo y de cómo han decidido gestionarlas bajo sus propias lógicas y estrategias. Entre estas necesidades, se identifican las siguientes:

- La necesidad de saber diagnosticar y reconocer el cuadro de cada enfermo
- La necesidad de suplir medicamentos por plantas
- La necesidad de incorporar y perfeccionar procedimientos técnicos
- La necesidad de intensificar el tratamiento en casos graves
- La necesidad de abordar la dimensión psicológica y espiritual de los enfermos
- La necesidad de que la población no dependa de ellos para tratar a sus enfermos en casa
- La necesidad de socializar los procedimientos de atención entre los activistas para que todos puedan brindar cuidados mínimos durante sus turnos
- La necesidad de posicionarse frente a la Diresa, las autoridades locales y el gobierno nacional
- La necesidad de aprovisionarse de medicinas, alimentos y otros recursos fundamentales para sus actividades

Cada una de estas necesidades fueron gestionadas tomando decisiones y creando lo que los mismos activistas han denominado “las políticas internas” del Comando Matico.

El protocolo de acompañamiento. Los activistas del Comando Matico fueron capaces de percibir y reconocer la necesidad de los enfermos de no ser aislados o tratados como amenazas a la salud de los otros. El enfermo de COVID-19 cargó con un estigma: ser el culpable, debido a posibles negligencias, de contagiar a los demás. En esta posición, los enfermos atravesaban cuadros de ansiedad, miedo y depresión, sentimientos de culpa e ideas de muerte que afectaban directamente su sistema inmunológico y, en consecuencia, la manera en que atravesaban el proceso viral, llegando incluso a aislarse para no perjudicar a los otros.

Por otro lado, el aislamiento de un familiar era vivido en los hogares como un conflicto, pues era sumamente complicado dejar de acompañar al pariente enfermo o aliviar su angustia, como se hace habitualmente con el contacto físico y las muestras de afecto. La propaganda del Estado y los medios difundían, a su vez, las terribles consecuencias de no mantener el confinamiento: el contagio de los seres queridos más vulnerables, como los adultos mayores, y su consecuente muerte. Las empresas de telefonía enviaban mensajes y audios que recordaban a los usuarios mantener la distancia y evitar el contacto. Se creó una equivalencia entre irresponsabilidad y la necesidad de mantener la cercanía. Estas medidas obedecieron a una lógica de la prevención; sin embargo, bajo ciertas situaciones límites como las experimentadas por las familias shipibas, tomaban un matiz inhumano que decidieron rechazar para poder atender a sus enfermos.

La vida social se suspendió para ser restringida de forma controlada a los límites de las casas, que se convirtieron en islas de seguridad frente a un espacio público amenazante, pues el enemigo invisible, el virus de la COVID-19, estaba en todas partes y, a la vez, no se lo podía ver en ninguna. Su presencia invisible impregnaba el espacio público de temores y convertía las interacciones con los otros como amenazantes. Esta dicotomía entre espacio privado seguro y espacio público amenazante no se vivió igual en todas partes, ya que las personas que vivían bajo condiciones precarias en sus propios hogares y barrios no podían delimitar este espacio seguro en las fronteras de sus hogares y/o permanecer en ellos mucho tiempo. Esta situación las obligó a salir de sus hogares y considerar, desde su crisis económica, el distanciamiento y confinamiento como medidas imprácticas y obstáculos para

su subsistencia. No solo fueron considerados como negativos desde la identidad cultural de los activistas del *comando*, sino también desde su situación económica y social.

A esta iniciativa, en abierta oposición al protocolo de distanciamiento, los activistas del Comando Matico decidieron llamar *protocolo de acompañamiento* para dejar en claro que esa es la forma correcta de proceder ante la enfermedad entre los que comulgaban con su propuesta de tratamiento. Acompañarse como equipo, acompañar a los enfermos y sus procesos virales, incluso si eso suponía el contagio, era claramente una política interna.



Figura 11: Gabriela Delgado, Mery Fasabi, Alexander Shimpukat, Mary Araujo, Néstor Paiva y William Barbarán, parte del equipo del Comando Matico en el espacio común del centro de atención. Se pueden observar los medicamentos, un tanque de oxígeno y las ollas donde se realizaban las vaporizaciones.

Esta disposición fue cuestionada dentro de la misma organización. Técnicos y licenciados en enfermería que apoyaban las acciones del Comando rechazaban las licencias que se daban los activistas shipibos en sus prácticas de atención a los enfermos, pues rompían, “de ser necesario”, los protocolos de bioseguridad. Instalando un conflicto interno en el equipo intercultural.

Al respecto, Jorge Soria comentó una anécdota:

Había un licenciado que había dicho que uno de los miembros del Comando Matico había salido positivo y que ya no le tocaba ayudar a los pacientes en la parroquia. Pero, sin embargo, el médico se iba a la 1 de la tarde, y a esa hora me decían ‘bueno, ya se ha ido el médico, ven ya’. Y así hacíamos, seguíamos el tratamiento. Después dijimos ya finalmente

‘Acá el médico no aplica, acá lo que va a mandar es el coordinador de Comando y acá tenemos nuestros propios protocolos’. Finalmente, entendió el licenciado, y salimos nuevamente, ¿no?

Las sugerencias de los profesionales del modelo biomédico entraron en directa contradicción con la lógica de atención del Comando Matico, que no buscaba evitar el contagio, pero sí superar el miedo a ser contagiados o a perder la batalla contra el virus. En conformidad con esta lógica, implementaron el protocolo de acompañamiento que, incluso, estaba por encima de los posibles contagios entre los miembros del comando, quienes solo dejaban de asistir al centro cuando se encontraban gravemente enfermos. Al respecto, Rafael García contó:

Un día fuerte me ha dado, llamé diciendo que no podía ir ¿no?, me quedé en mi casa, pero el equipo no me dejó abandonado, vino Richard a sobarme, traer jarabes y dejarme alimentos. **Así somos, el equipo es lo más importante.**

Mientras que para el médico occidental, lo lógico era evitar el contagio ante una enfermedad virulenta desconocida; para los miembros del Comando Matico, lo lógico era la superación y la pérdida del miedo a la enfermedad, algo que estaba presente en el discurso de acompañamiento que tenían hacia los pacientes¹⁰². Mary Araujo, odontóloga y jefa del equipo de medicina convencional del Comando Matico, acotó al respecto:

No tenía miedo en contagiarme, lo importante es que el paciente en ese momento se sentía bien. Si el paciente le faltaba el oxígeno, nosotros estábamos ayudándole con masajes... como sea, tratar de revivir al paciente, aunque sea encima del paciente o dentro de su cama, lo importante es que el paciente tenía que salir de la crisis que se

¹⁰² “Mira, vamos a salir de esto, y vas a regresar a tu casita más tranquilo con toda la familia”, le decía Alexander Shimpukat a uno de los enfermos al verlo asustado.

encontraba, y no tenía miedo que me iba a contagiar, pero ahora se ha dado y estoy con el tratamiento, no me siento mal.

La lógica de salud detrás de esta política ha sido: lo correcto frente a la enfermedad es estar unidos, y no separarse o separar al enfermo. Del mismo modo, familiarizarse con la enfermedad es una forma colectiva de perderle el miedo. Los que caían enfermos eran iniciados en este proceso, cuidados por los que ya pasaron por esto. Se crea, así, una comunidad de saber que parte de la exposición y el cuidado. Esta actitud podría considerarse suicida si no fuera por la alta tasa de recuperación, tanto de los pacientes como de los miembros del Comando Matico, en comparación con las tasas de los hospitales.

El Comando Matico tuvo plena consciencia de que las disposiciones defendidas por los profesionales del modelo biomédico seguían una jerarquía política que conducía a la OMS. Al respecto, Jorge Soria comentó que, entre ellos, reafirmaban su decisión: “Aquí no manda la OMS; aquí mandamos nosotros”. Se muestra que sí existían tensiones y se problematizaban las medidas de bioseguridad frente a los propios criterios que manejaban los activistas de cuidado y atención. Esto derivaba en una rebelión ante el enfermero voluntario, y ante la lógica y el paradigma del modelo biomédico que él representaba. En este sentido, hasta en estas decisiones internas, la salud no estaba divorciada de la política y de la necesidad de establecer una posición clara que confrontaba los criterios hegemónicos de atención que partieron desde la OMS pasando por el Gobierno Central, la Diresa y, finalmente, los actores de la salud local.

El protocolo de acompañamiento podría ser clasificado bajo las siguientes dimensiones:

- ***Diálogo motivador y cercano.*** Los activistas buscaban mantener buen pensamiento en los pacientes y familiares, pues el *jakoma akin shinan* (pensamiento malo) forma parte del cuadro de la COVID-19, según su forma de entender esta enfermedad. Por eso, motivar un pensamiento bueno, *jakon akin shinan*, era una labor de acompañamiento importante. Esto pasaba por dar palabras de aliento, de calma, como “si yo pude, tú también vas a poder vencer el virus”, “te vas a recuperar y vas a estar en casa con tu familia”, “tienes que superar el miedo”. De igual forma, las bromas y el buen humor eran fundamentales para reducir la tensión en el ambiente, lo que hacían de forma muy natural los activistas, pues reconocían que las risas aliviaban

momentáneamente el clima de preocupación. Estas prácticas se centran en el elemento cognitivo detrás de la COVID-19. Sugestionarse frente a lo desconocido, ante la posibilidad de morir, exigía a los activistas estar atentos al contenido de los pensamientos de los pacientes y familiares, una labor que, dentro de la ciencia biomédica, hubiera requerido de un especialista en salud mental para notarlo.

- **Contacto físico.** Los miembros del Comando Matico se daban cuenta del impacto que tenía sobre el cuerpo el reposo, la quietud, así como la falta de contacto físico. Normalmente, los pacientes estaban contracturados y acumulaban tensión en puntos clave. Tocarlos, a través de los masajes o las bolsas con agua caliente que pasaban sobre sus cuerpos, eran técnicas usadas para aliviar estos síntomas, que obedecían a parte del acompañamiento. Del mismo modo, reconocer estos puntos de tensión era una cuestión íntimamente ligada a la medicina shipiba, a la idea de que el daño se encuentra alojado en el cuerpo, al igual que el miedo y otras dolencias que tienen un carácter espiritual o metafísico.
- **Comensalidad.** Comer juntos y compartir los alimentos eran momentos que surgían siempre tanto durante las visitas domiciliarias como en cada jornada en el Centro del Comando Matico. Para los activistas shipibos, era lo más natural y obvio compartir lo que había. Mary, activista mestiza del equipo, comentó al respecto: “Con el Comando, aprendí a compartir la comida. Los shipibos me enseñaron a compartir. Para muchas familias mestizas que eran atendidas, eso no era algo obvio, lo que los activistas tomaban de forma negativa cuando sucedía”. Había una ética del compartir los alimentos. Al igual que para los activistas aislar a alguien era inhumano, también lo era excluir a alguien de la repartición de los alimentos o rechazar alimentos que les eran ofrecidos.
- **Capacitación de familiares.** Los familiares tenían que apoyar en el tratamiento de sus parientes enfermos: en el cuidado; alimentación; en la preparación de las vaporizaciones y jarabes durante los tratamientos ambulatorios; o, incluso, en el mismo centro, cuando los activistas no se daban abasto con todos los pacientes. Los comandos transmitían sus saberes a los familiares, cumpliendo una labor de empoderamiento importante de las familias hacia la gestión de su propia salud.



Figura 12: *Paciente internado en el Centro de Salud del Comando Matico, junto a sus familiares. El acompañamiento a los enfermos fue parte del trato promovido por los activistas.*

Interculturalidad práctica. Lo intercultural en el Comando Matico nace de la necesidad de cooperar, pero no de una reflexión o un equilibrio de poderes entre los enfoques, como lo pretenden los teóricos del diálogo intercultural. Todo se hizo “sobre la marcha” y bajo la urgencia que los animó a estar abiertos a las sugerencias y atentos a las correcciones. Ellos no se posicionaron nunca en el lugar del saber absoluto; por lo contrario, la falta de conocimientos especializados los hizo receptivos y abiertos a la mejora constante de sus métodos. Sin embargo, estas tensiones internas entre los modelos muestran que el espacio de intercambio no justificó una posible “complementariedad” de modelos, pero sí la necesidad de colaborar bajo una mirada pragmática entre ambas propuestas. Esta colaboración se dio en la praxis misma de la urgencia sanitaria, y respondió a la necesidad de crear un tratamiento efectivo que pudiese afrontar la diversidad de casos que llegaban al centro del comando con de distintos tipos de gravedades.

Esta interculturalidad se dio en cuatro niveles:

Interetnicidad del equipo. El equipo del Comando Matico incluyó a voluntarios mestizos que se ofrecieron a apoyarlos en sus acciones. La participación de estos voluntarios fue fundamental para incorporar estrategias del modelo biomédico, pero también para desarrollar la estrategia de comunicaciones, que estuvo liderada por Gabriela Delgado, cineasta y productora audiovisual que se encargó de las redes sociales, los videos tutoriales y la presentación final de los pronunciamientos.

Se podría decir que los voluntarios mestizos eran puentes hacia la cultura mestiza, pues acercaban dos cuestiones fundamentales a la propuesta: el aspecto mediático y el enfoque biomédico. De estos aspectos complementarios dependían la visibilización de sus acciones, así como los métodos que reforzaban el tratamiento vegetalista.

Participación de profesionales del modelo biomédico. Por el Comando Matico, pasaron varios técnicos y licenciados en Enfermería, así como médicos aliados a su causa, que visitaban el centro cada cierto tiempo a verificar la situación del equipo y los pacientes. Al respecto, Mery Fasabi comentó lo siguiente:

Nosotros no estamos trabajando solos en el Comando Matico, hay profesionales aliados que trabajan con nosotros. Cuando el médico está de turno del SAMU, el doctor Montoya, siempre nos está apoyando con su señora, la Dra. Rivas, que es nuestra aliada. Nos apoyan bastante. Cuando el doctor no está de turno, les llamamos a otros doctores, nunca vienen al Comando Matico. En cambio, [Montoya y Rivas] nos ponen en su lista, sus técnicos también, pero los otros nos ponen en la lista de espera y nunca aparecen.

Esta información muestra que el apoyo médico que recibieron no fue un convenio formal interinstitucional entre la Diresa y el Comando Matico, sino que obedeció a la voluntad y simpatía de algunos médicos, licenciados y técnicos con su causa. Las comunicaciones eran directas con los médicos y la ayuda dependía mucho de quien estaba ‘de turno’. La presencia de estos profesionales era útil por el conocimiento con el que contaban y su respaldo daba credibilidad al equipo del Comando Matico frente a las autoridades. Los médicos, técnicos y licenciados eran los “garantes sociales y legales” de la

propuesta ante cualquier eventualidad. Por ejemplo, la posibilidad de perder una vida — tuvieron 4 personas en total que fallecieron— podía colocarlos en problemas legales al no contar con especialistas del modelo biomédico, considerados por el Estado como los únicos competentes para tratar esta enfermedad.

Estos profesionales aliados, muchos de ellos pucallpinos, conocían también sobre el uso de plantas; en algunos casos, se comunicaban con el equipo de voluntarios para dar precisiones sobre la pertinencia de usar ciertos tratamientos y los posibles efectos contraproducentes. Todas estas recomendaciones eran recogidas por el equipo sin oposición alguna. Incluso, afirmaron que la fórmula final de la vaporización a la que llegaron después de muchas pruebas fue gracias a los ajustes que el equipo de voluntarios hacía. Así, complementaron sus conocimientos familiares sobre plantas con el conocimiento de especialistas médicos que daban pautas sobre las cantidades. Jorge Soria dijo al respecto:

Mery estaba por un lado ya aplicando el Matico, pero no la fórmula actual, la fórmula actual llegó a través de las llamadas telefónicas, a mí me llamó un médico farmacéutico y me dijo las propiedades y me mando un documento con esa información, me dijo ‘Jorge si vas a hacer la vaporización mete todas las plantas, pero en la infusión sólo la hoja de Matico’, ‘cuando el paciente toma las pastillas, sólo es té de matico, no hay otra, porque no hay contraindicación de matico, no te altera al tomar con pastillas’. **‘La información ha sido nuestro conocimiento y el conocimiento científico, ellos nos ayudaron con las proporciones, esta cantidad si, esta cantidad no. Cuando salimos en las redes se enteraron, y nos llamaron, yo ni siquiera sabía quién era. Pero me dijo esto si esto no, entonces yo comencé a escribir, pero inicialmente aplicaba en los pacientes para ver cómo evoluciona, probando, ajustando, y de ahí escribimos la receta final, esto es.**

Los comentarios de Jorge llaman la atención sobre los muchos aliados del modelo biomédico con su causa, que, a pesar de no estar en el centro, se comunicaban para apoyarlos. Sus aportes no tocan la autodeterminación de sus políticas de salud, pero si son bien recibidas

en el terreno práctico, en el que sirvieron para perfeccionar y modelar, incluso, los tratamientos vegetalista.



Figura 13: Jornada de despistaje de COVID-19 realizada por la brigada de la Diresa en el local del Comando Matico en Yarinacocha

Triage y diagnóstico clínico. Cada paciente que era recibido en el centro de atención del Comando Matico pasaba por el triaje necesario para categorizar su caso como leve, moderado o grave. Los miembros del equipo derivaban los casos graves, pues reconocían las limitaciones de sus recursos y pericia. En el triaje, se tomaban los signos vitales y se realizaba una entrevista clínica con el objetivo de llegar a un diagnóstico, pues no contaban con pruebas rápidas y resultaba más confiable llegar a diagnosticar mediante la exploración clínica de los síntomas. Al respecto, Mary Araujo comentó:

Primero el paciente hace un triaje, se toma los datos, se toma los síntomas de que tiene el paciente luego mediante esos síntomas, se saca un diagnóstico que se diga entre nosotros, y vemos más o menos que es...si es COVID o puede ser una enfermedad alterna.

Esta labor la solía hacer Mary o los enfermeros que, a veces, realizaban turnos. Sin embargo, con el tiempo, el método fue socializado y gran parte de los voluntarios shipibos asumieron esta responsabilidad cuando les tocaba hacer turno en el centro de atención. Posterior a este proceso, Rafael García, *onaya* del colectivo, *mapacheaba* (soplaba mapacho), palpaba los cuerpos y cantaba ícaros de protección. De esta forma, realizaba un diagnóstico que revelaba la situación espiritual y mental del paciente.

Uso de medicinas alopáticas y oxígeno. Luego de muchas entrevistas a los miembros del Comando, se supo que también usaron pastillas, inyectables y oxígeno para tratar a pacientes con saturación baja. Las pastillas eran antibióticos, antifebriles y anticoagulantes, principalmente. Estos últimos, los más escasos y caros, normalmente eran reemplazados por preparados de kion, de propiedades anticoagulantes. Estas medicinas acompañaban el tratamiento vegetalista y, en casos graves, los antibióticos inyectables servían para reanimar al paciente. El oxígeno era racionado, pues la vaporización servía como sucedáneo. Al respecto, Jorge Soria decía que “la vaporización es incluso mejor que el oxígeno, porque el oxígeno no tiene nada, es aire, no tiene medicina, en cambio el vapor si tiene medicina.”

Era difícil mantener la farmacia surtida, pues dependían mucho de las donaciones. Los medicamentos alopáticos tenían que ser comprados, a diferencia de las plantas, que podían ser recolectadas o proporcionadas por familiares solidarios. Al respecto, una anotación que realicé en el campo el 17 de abril, ejemplifica esta situación:

Mery informa que **ya no tienen algunos insumos para realizar el tratamiento completo: kion, cebolla, limón, ajo, manzanilla.** “porque las otras plantitas si podemos conseguir nosotros... Y más los medicamentos, porque también estamos usando las convencionales. Porque **ahorita la farmacia de Matico ya no hay, está vacío. No tenemos dexametasona, metamisol, diclofenaco...noxaparina para que no se coagule la sangre** que damos aparte del jarabe de kion que también es anticoagulante, previa orientación del doctor.

Los miembros del Comando Matico pedían, justamente, medicinas y oxígeno, lo que más escaseaba, pues ni los familiares contaban con los medios para conseguir los medicamentos farmacológicos.

Democratización de los saberes. Douglas Tangoa, psicólogo y *onaya* shipibo, comentó que no es habitual que las familias shipibas hablen abiertamente de sus conocimientos sobre plantas, como lo hacían en el Comando Matico.

Los shipibos no son como los occidentales, que hacen todo público, si tú vienes y quieres saber, te van a decir lo que puedes leer en los libros, te van a repetir lo mismo. [risas] Pero no te van a contar todo, hay muchas cosas que no se saben del conocimiento del pueblo shipibo. Los abuelos antes, no decían, nada. Los merayas son muy humildes, nunca dicen ‘yo sé’, solo cuando ya alguien está mal dicen ‘ah sí..., yo tengo una planta para esto’ y curan. Pero si no, no, no andan diciendo lo que saben. Tienes que tener mucha confianza con ellos para que te cuenten. Y las familias guardan sus conocimientos y sus plantas de los de otras familias. Así funciona en mi pueblo.

En otra oportunidad, al asistir a un *tsinkiti* [reunión importante, encuentro] de *onayas*, por invitación de Rafael García, miembro del comando y *onaya*, le pregunté: “¿Y por qué no se juntan todos los curanderos que están a tomar ayahuasca, ¿no sería eso bueno?”. A lo que Rafael me respondió riéndose: “Eso sería un caos, cada uno tiene sus propias dietas de plantas, se chocarían, muchas dietas, muchas plantas, sería un desastre”.

Estos dos comentarios abren la comprensión de los modos tradicionales de aprendizaje e incorporación del conocimiento sobre las plantas y sus usos. Los especialistas médicos shipibos no aprenden lo que saben en una escuela de curanderos; son sus padres los que les enseñan el saber de su propia familia, el cual resguardan con mucho recelo. Esto lo aprenden a través de dietas rigurosas que confieren a sus cuerpos del poder de estas plantas, muchas de las cuales pueden entrar en conflicto con otras dietas incorporadas en otros cuerpos bajo la enseñanza de otros linajes familiares. En ese sentido, se puede caracterizar el conocimiento sobre las plantas *rao* [de poder] como un conocimiento esotérico, es decir, oculto, al que solo se puede acceder con una iniciación y perteneciendo al clan familiar que cultiva el conocimiento en relación a un conjunto de plantas y hasta a un conjunto de *ícaros* (cantos medicinales que surgen en las dietas como una comunicación de las plantas).

Sin embargo, el caso del Comando Matico, como ya se ha mencionado, no es el de una familia de curanderos ni de un conjunto de especialistas de la medicina tradicional. Son

familias urbanas que, incluso, experimentaron un alejamiento de los saberes médicos tradicionales del uso de las plantas. Esta necesidad práctica los hizo retornar a ellas y encontrar una salida a la enfermedad, al considerarlas un recurso gratuito y conocido por la memoria familiar. Los integrantes del Comando Matico no realizaban dietas estrictas hasta antes de la pandemia. Sus familias, a pesar de contar con este conocimiento sobre las plantas para tratar enfermedades, no se ubicaba en el mapa social de Pucallpa como familias de curanderos, sino de otros rubros, como el activismo político, la docencia y el arte. Por esta razón, no estuvieron tan sujetos a las exigencias propias de los linajes shamánicos. La misma coyuntura pandémica animó a priorizar la difusión del conocimiento para que más personas pudieran acceder a él y sanarse. Su posición hacia el aprendizaje fue, en oposición al esoterismo shamánico, exotérica, es decir hacer común, accesible a todos, promoviendo la difusión de los saberes necesarios para lidiar con la COVID-19.

El objetivo de los miembros del Comando era que sus recetas llegaran a la mayor cantidad de personas. Su satisfacción no estaba en la posesión de un conocimiento preciado, sino en convertirse en los mayores difusores de estos conocimientos que podían salvar vidas. Para ello, crearon videos tutoriales, escribieron sus recetas, enseñaron a los familiares a tratar a sus enfermos, y nunca mostraron ningún recelo en hablar sobre los ingredientes en sus vaporizaciones a los investigadores o periodistas. De este modo, asumieron una posición hacia los chamanes frente a quienes tuvieron una posición crítica por no haberse solidarizado en la pandemia, según ellos, con la gente más necesitada. Rafael García, *onaya* que apoyó al Comando Matico, comentó lo siguiente respecto a sus colegas:

¿Dónde están los hermanos médicos chamanes que viajan a otros países, también?
¿Dónde está su participación? Porque nosotros somos jóvenes y conocedores de las plantas medicinales. Nadie, nadie... Y, cuando yo he salido con ellos, era como que 'ah, ese va a estar contagiado, él va a morir, porque está contagiado, ya. No había de otros chamanes que son de más edad, tenemos chamanes que son fuertes, conocidos, y que tienen su albergue turista que llegan bastante, muchas gentes, y no salieron.

El Comando Matico apostó por lo popular frente a lo especializado, por lo exotérico frente a lo esotérico, por la receptividad ante los otros conocimientos prácticos frente al logocentrismo del modelo biomédico. Esto generó un empoderamiento de las familias, así como de las comunidades nativas e, incluso, de otros pueblos amazónicos, quienes tomaron la experiencia del Comando Matico como un ejemplo.



Figura 14: *Comando Matico compartiendo plantas medicinales para uso contra la COVID-19/ Familiar tomando apuntes de las recetas proporcionadas por el Comando Matico para el tratamiento de su esposa.*

Pude comprobar, en mi viaje a Yamino y a Santa Rosa de Pisqui, que ambos lugares conocían al Comando Matico. Este había servido de inspiración a sus propios colectivos ciudadanos, que también encontraron, en las plantas, una salida a la enfermedad. Al respecto, Marly Rojas, comunicadora que trabajó durante la pandemia con el pueblo aguajún, refirió lo siguiente:

En la comunidad en la que me quedé trabajando, los aguajún veían muy mal la brujería, y era castigada, por lo que no hablaban mucho del uso de plantas, ya que se asocia a esta

práctica; sin embargo, la noticia del Comando Matico hizo que los comuneros se empoderen y dejen a un lado esta estigmatización de los saberes ancestrales. El Comando reivindicó el uso de las plantas no solo para su gente¹⁰³.

Si esta actitud que democratiza de los conocimientos propios de sus familias no es una actitud propia del pueblo shipibo, ¿a qué se debe esta actitud de apertura a compartir lo que saben? En una ocasión, Mery Fasabi dijo:

Si nosotros hubiéramos querido, ya hubiésemos hecho nuestra clínica y comenzado a cobrar. O, como hacen nuestros paisanos chamanes, pensando sólo en los turistas, pero no, nosotros queremos ayudar, que se reconozca nuestro aporte a la salud. **Que el pueblo pueda curarse.**

Estas declaraciones desvelan una reflexión política respecto a la salud como bien común, y a los saberes respecto a las plantas como un conocimiento que puede ayudar a los que no tienen cómo pagar un servicio privado de salud. Los *maticos* se posicionaron reflexivamente, siendo conscientes tanto de los vicios propios de la salud privada y el mercado, así como de la desnaturalización de los roles de los curanderos frente a su propia gente, que se apartaron para insertarse en un mercado shamánico turístico.

4.5.3 Diagnóstico y tratamiento

A continuación, se presenta una tabla que detalla las funciones de cada uno de los equipos de salud del Comando Matico, el equipo de salud tradicional y el equipo de salud convencional. Estos están divididos solamente por el liderazgo que ejercen los especialistas de cada campo, encabezados por Rafael García, médico tradicional y Mary Araujo, odontóloga, mas no por los equipos, pues muchos de los voluntarios tuvieron que aprender a manejar tanto los procedimientos tradicionales como los procedimientos del modelo biomédico.

¹⁰³ En entrevista concedida para el presente trabajo en febrero del 2022

FUNCIONES EQUIPO DE ENFOQUE BIOMÉDICO	FUNCIONES EQUIPO ENFOQUE VEGETALISTA SHIPIBO
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clínico: a través del chequeo de los signos vitales: pulsación, saturación y temperatura y síntomas. ○ De laboratorio: a través de pruebas rápidas y moleculares de descarte de COVID-19. • Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de pastillas: paracetamol, asitalopram, exoparina. ○ Inyectables: <ul style="list-style-type: none"> Administración de antibióticos: dexametasona principalmente. ○ Suero: administrado con otros medicamentos según el caso y consejo del personal médico a través de vía intravenosa. ○ Oxígeno medicinal: usado cuando hay dificultades serias para respirar y la vaporización no ayuda o el enfermo está con fiebre. ○ Acompañamiento psicológico: Llevado a cabo con el objetivo de abordar la ansiedad, el miedo y orientar a los familiares sobre el apoyo a sus enfermos. • Coordinar derivaciones y actividades de despistaje con la Diresa. • Manejo del lenguaje técnico médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: a través del mapacho, los ícaros y los sentidos: el tacto (masajes) la vista (ver la conducta y el ánimo del paciente) • Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vaporización: con el objetivo de limpiar los pulmones y mejorar la respiración (contraindicado para pacientes con fiebre) ○ Preparación de jarabes: usados para expectorar, fortalecer las defensas y evitar la coagulación de la sangre. ○ Masajes: para aliviar el dolor corporal, curar lisiados, calentar el cuerpo. Se usan pomadas de ají y eucalipto. También botellas con agua caliente. ○ Baños con plantas: Usados por el equipo al terminar la jornada, antes de entrar a sus hogares. (ajo sacha, rosa sisa, hoja de ayahuasca, piñón colorado). • Protección y limpia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sahumar: se queman hojas secas de plantas fuertes (ayahuasca, ojé, capirona, ajo sacha) con el objetivo de proteger y limpiar el espacio, así como al equipo que labora en él. ○ Mapachear: Uso del tabaco para calmar el <i>manchari</i> (miedo). ○ Icaros o <i>bewa</i>: acompañan el uso del tabaco, son cantos medicina que reciben los médicos tradicionales al dietar plantas, son usados para alinear/curar el <i>kené</i> (diseño) del paciente. Es un procedimiento energético – espiritual.

Tabla 3: *Funciones de los equipos de salud*

Debido a la forma de funcionamiento y las limitaciones de personal, el Comando Matico promovió la socialización y aprendizaje de conocimientos, así como la automatización de procedimientos. Prueba de ello es que, incluso, las recetas para las vaporizaciones y jarabes estaban pegadas en el local para que cualquiera, incluso los familiares, pudiesen apoyar al equipo.

Si bien había voluntarios con mayor conocimiento de plantas medicinales, o de procedimientos y medicinas convencionales, en la práctica, no había una jerarquía o división

clara en las funciones. Para poder atender a todos los pacientes en los diferentes turnos, cada voluntario debía ser capaz de aplicar las vaporizaciones, preparar el té, o bien tomar el pulso y poner un inyectable. De esta forma, se dio inicio a un compartir de saberes entre los voluntarios que partió de la necesidad misma de no depender del otro ante una emergencia.

La COVID-19 es más que un virus. Durante las jornadas y las visitas domiciliarias, uno va entendiendo que los procedimientos de atención no se limitan a tratar los síntomas físicos. Las prácticas de atención del Comando Matico parten de una forma propia de concebir la COVID-19, donde la narrativa viral del modelo biomédico resulta insuficiente para comprender el alcance que ha tenido esta enfermedad. Los activistas del comando no ignoraron las consecuencias psicológicas de la pandemia e, incluso, en coherencia con su concepción de las entidades que habitan el mundo, le confirieron agencia, personalidad y persona a la COVID-19. Estos aspectos se volvían evidentes para ellos en el terreno de los sueños, o al caer la noche y al observar el pensamiento de la gente. Desde este entendimiento, los únicos enfermos no eran los que habían sido contagiados, sino también los que cargaban con el miedo a serlo, y los que dejaban que la indiferencia ante el sufrimiento humano prevalezca.

Los miembros del Comando Matico, *onayas*, comuneros y pobladores shipibos de los asentamientos humanos tuvieron un consenso sobre la COVID-19: se trataba de un virus nuevo, como señaló la ciencia médica, pero también fue entendida desde los propios presupuestos ontológicos de la cultura shipiba. Los shipibos, como ya hemos visto, asocian las enfermedades a un desequilibrio que se genera entre la forma de vivir de los seres humanos y su impacto en un entorno vivo, pleno de consciencia y social como la Amazonía, entorno que es capaz, a través de sus entidades, de responder ante un mal comportamiento humano. Dicho razonamiento puede coincidir con las miradas occidentales ecologistas que analizan las consecuencias de vivir en pleno *antropoceno* en una sociedad global que ha roto el equilibrio con los ecosistemas.

Para los shipibos, este desequilibrio llegó desde lejos hasta la región amazónica. Por lo tanto, es un mal extraño, que está de paso, una enfermedad creada y traída, así como las anteriores epidemias que vivieron y les tocó afrontar, epidemias que diesmaron su población de forma conveniente para los invasores. Para los PP. II. AA., las enfermedades traídas desde

lejos siempre fueron un arma más del colonialismo y resistir a ellas, una forma que tomó la lucha por no ser sometidos. Al respecto, Rafael García comentó que una de las visiones que tuvo en ayahuasca de la COVID-19 fue la de “un viento fuerte, que no puede ser detenido ni contralado por nadie, y que se lleva las almas débiles. Es un viento oscuro, que tiene su *yoshin*, su espíritu, que es grande y tiene sangre”. Esto no pasaría de ser una interpretación curiosa y metafórica de la enfermedad propia de la subjetividad de Rafael si no fuera porque, para los shipibos, los sueños y las visiones tienen el estatus de mensajes y realidades igualmente válidas que las que viven despiertos. De hecho, las descripciones que hicieron sobre sus sueños más de uno de los indígenas entrevistados tenían aspectos similares.

Los pobladores de Santa Marta convinieron en que, efectivamente, había “un demonio grande, con dientes filudos y sangre”, por lo que ellos comenzaron a quemar llantas y hojas secas para ahuyentarlos de las casas; en sus sueños, este demonio se aparecía como un gigante que buscaba entrar a las casas. Como comentó Silveria Pino, venía “acompañado de hombrecitos chiquitos, que son el dengue”. Ciertamente, hubo casos de COVID-19 con dengue entre los afectados durante la pandemia.

Mery Fasabi comentó que muchos pacientes llegaban con daño, además de COVID. Jonas Franco, comunero de Amaquiria, afirmó:

El tema del COVID fue los malos espíritus, ¿pero esto valoran los médicos, científicos? No. Pero en concreto esto era como decía un amigo: el COVID *yoshin*. Algunos que cuando tenían COVID, después de todo el proceso ya no *toseaba* mucho, ya no tenía fiebre, pero a partir de la 1 o 3 de la tarde, agarraba esa debilidad, y cuando viene el *chamán* a hacer ceremonia saca todo el susto, el *manchari*, la persona que estaba con COVID le dejaba un gran susto. ¿Y ese susto te va a curar un médico, un cirujano, de la ciencia médica?

Dejando de lado el debate sobre la validez o no de estas aseveraciones, bajo las nociones de sentido común occidentales, resulta importante preguntarse por la *función* cultural de esta conceptualización del mal. ¿Para qué ha sido útil pensar así la enfermedad y no limitarse a aceptar la versión científica occidental? Para los shipibos, la enfermedad es el resultado del desequilibrio, pero no solo del aspecto material o biológico en el sentido de la alteración del metabolismo o de una explicación naturalista etiológica. El desequilibrio es

evidente en el plano físico y tiene su origen en el mundo espiritual, en el plano sutil, que solo es evidente en los sueños. Por eso, la salud es también el resultado de una forma de manejarse conductualmente, de una moral, una mentalidad y una espiritualidad que busca estar atenta a las relaciones del individuo con los mundos con que interactúa. En ese sentido, la enfermedad es la observación directa de todos los síntomas del individuo, tanto físicos, mentales, como espirituales. El proceso de enfermedad de la COVID-19 presenta síntomas psicológicos y espirituales que no han sido tan obvios para el enfoque biomédico, pero que sí han estado presentes. Los síntomas anímicos, al no ser atendidos o al ser exacerbados por las medidas de bioseguridad, han desgastado más el organismo de quienes los padecían: el miedo, la ansiedad, el estrés, la angustia, los pensamientos de muerte, la falta de afecto y contacto humano. Estos cuadros psicológicos, a la luz del pensamiento shipibo, son vistos como males espirituales que, por lo tanto, son producidos por *yoshinbo* o espíritus malos.

De esta forma, el trato y el tratamiento de los enfermos ha involucrado procedimientos no sólo destinados a aliviar los males físicos, además, estuvo presente todo un abordaje centrado en aliviar el malestar psicológico y espiritual. Por eso se habla en términos de *protección y limpia*. Así como del cuidado del enfermo, bajo la prerrogativa de no dejarlo solo, a merced de los malos espíritus. Esta es la problemática que encontró Douglas Tangoa en muchos pacientes: “Muchas personas que estaban muy afectados emocionalmente, con mucho miedo, angustia, depresión y algunos con, ya con suicidio, queriendo suicidarse, ¿no?”.

Para la medicina occidental, la espiritualidad ha sido totalmente absorbida, como dimensión, por la idea de mente. Es decir, para este paradigma el funcionamiento mental individual no pueden ser otra cosa que natural, biológica. En cambio, para la perspectiva de las sociedades amazónicas, la mente no se limita a la actividad cerebral; como menciona Richard Soria, “además, hay conexiones con otros planos”. No hay una división clara entre mente, entendida como contenido propio y espiritualidad. Decir que la COVID-19 es un *yoshin* es una manera de advertir sobre “los problemas mentales y sociales” que, bajo el lenguaje normativo biomédico, pasan desapercibidos.

Bajo esta lógica, los activistas han usado plantas no solo para el malestar físico, sino también para aliviar el malestar mental y espiritual, e incluso para limpiar y proteger el

espacio que se habita. Estos tratamientos son fuente de seguridad y calma mental para los shipibos, que han visto las medidas como parte del sentido común ante un demonio desconocido traído desde lejos.

La plantas en el tratamiento: aliadas y recursos. El uso de las plantas en el Comando Matico ha sido fundamental en su estrategia de tratamiento. Como afirmó Nestor Paiva, “fue una explosión de saberes sobre las plantas” lo que se vivió en el Comando Matico, refiriéndose a la socialización de los saberes que cada uno de los miembros del colectivo aportó a las estrategias de tratamiento. La presencia de los recursos vegetales se puede entender bajo una doble lectura:

- a. La mirada propia de la cosmovisión shipiba: las plantas son aliadas, pues no son solamente objetos, sino sujetos con agencia propia y conocimiento. Depende del vínculo con ellas y las intenciones con las que uno las toma para que curen a los enfermos.
- b. La mirada popular y pragmática: las plantas son recursos que reemplazan las medicinas sobrevaluadas del mercado, son una farmacia viva, la solución que está en la huerta al alcance de los que no tiene recursos económicos. “El matico reemplaza los antibióticos; las vaporizaciones de plantas, el oxígeno; y el kion, los anticoagulantes” ,según Mery Fasabi.

Para desarrollar esta sección, considerando ambas lecturas, han participado, con sus conocimientos y comentarios, Rafael García y Richard Soria, con quienes se elaboró el siguiente cuadro (Tabla 4) de las plantas usadas en el Comando Matico.

Tabla 4: *Plantas usadas en el Comando Matico*

Nombre de Planta	Nombre en shipibo	Usos	Técnica	Observación
Matico hembra (<i>Piper aduncum</i>) Se usan las hojas de la corona	<i>Shiatani</i>	- Calmar el dolor del cuerpo - Antibiótico	- Vaporizaciones - Té de matico - Humear (quemado con otras plantas)	Ibo: hombrecitos con trajes de médico y estetoscopios
Ajo sacha (<i>Mansoa alliacea</i>) Hojas	<i>Shansque boains</i>	- El olor aleja malos espíritus (protege) - “es veneno de los espíritus malos” - Alivia la tos	- Vaporización (6 hojas) - Té de ajo sacho (1 hoja) - Humear (con otras plantas)	Ibo: Persona que siempre se viste de <i>cushma</i> blanca, muy aromática.
Mucura (<i>Petiveria alliacea</i>) Hojas Tallo	<i>Bana Boains</i>	- Ayuda a despertar, fortalecer, abre, protege. - Fortalece el sistema inmunológico.	- Vaporización (6 hojas) - Té de <i>mucura</i> - <i>Reputi</i> (líquido por la nariz, usado más por el equipo de voluntarios)	Ibo: Persona baja, aromática, con <i>cushma</i> , fuerte.
Achiote (<i>Bixa Orellana</i>) Hoja Semillas	<i>Mazxe</i>	- Alejar malos espíritus. - Evitar el daño.	- Vaporización (8 hojas)	Es rojo, no les gusta a los espíritus el rojo por el color sangre.
Eucalipto (<i>Eucaliptus globulus</i>)		- El olor levantaba el ánimo. - Mejora la respiración. - Broncodilatador	- Vaporización - Humear	No saben cómo es, por no ser planta amazónica.
Ojé (<i>Ficus insipida</i>) (hojas secas)	<i>Xomi</i>	- Veneno para espíritus malos. - Planta de poder.	- Solo para humear	Árboles más fuertes Ibo: Bajo, muy gordo, muy fuerte, se viste de <i>cushma</i> blanca. (porque sus resinas son blancas)
Capirona (<i>Calucophyllum spruceanum</i>) (hojas)	<i>Axo</i>	- Veneno para espíritus malos	- Solo para humear	Palos grandes Ibo: Personas coloradas muy altas, robustas.
Ayahuma (<i>Couroupita guianensis</i>)	<i>Inua Xatan</i>	- Protección de los malos pensamientos.	- Solo para humear	Ibo: Persona muy blanco, pero no tiene cabeza, tiene boca en el pecho. Muy fuerte.
Catahua (<i>Hura crepitans</i>) (hojas secas)	<i>Aná</i>	- Protección	- Solo para humear	Resina blanca, <i>cushma</i> blanca
Tabaco		- Soplar e Icarear, dar ánimo a los pacientes	- Mapachear: si soñaban con	

<i>(Nicotiana rustica)</i> (Mapacho)		que estaban con mala gana. - Calmar, sacar el susto.	espíritus de enfermedad, a veces pedían, - Si eran evangélicos no querían ser mapacheados. Conflicto con planta espiritual	
Huesos de tortuga /de lagarto / cuero de tigre		- Proteger,	- Humear	- Nuestros animales son muy fuertes y luchadores y por eso quemábamos para que los espíritus se alejen.
Ajo <i>(Allium sativum)</i>		- Complementa en la vaporización, protege el sistema respiratorio, desinflamante.	- Vaporización	-
Cebolla <i>(Allium cepa)</i>		- Complemento en la vaporización - Preparada en jarabes con otros insumos. -	- Vaporización - Jarabes	
Kion <i>(Zingiber officinale)</i>		- Anticoagulante, para la tos	- Jarabe	No tiene
Manzanilla <i>(Chamaemelum nobile)</i>		- Calmante.	- Vaporización y té	No tiene
Miel de abeja		- Fortalece el sistema inmunológico	- Jarabe	No tiene
Limón <i>(Citrus limón)</i>		- Fortalece el sistema respiratorio	- Jarabe - Té	No tiene
Hierba luisa <i>(Aloysia citrodora)</i>		- Calmante	- Té	No tiene
Ishanga <i>(Laportea aestuans)</i> (hojas)		- Te quita el dolor, anestésico natural.	- Masajes	- En el cuerpo cualquier parte.

Plantas: ¿Algo o alguien?. Para entender el lugar que han ocupado las plantas en la cultura shipiba, es necesario situarse en el plano del pensamiento ontológico de los pueblos indígenas amazónicos. Esto implica partir de los presupuestos cognoscitivos con que elaboran su

realidad social, los que, al parecer, no son evidentes para los *nawas*. Este tema es otra fuente de equívocos y desacuerdos interculturales que los profesionales del enfoque biomédico suelen pasar desapercibidos al intentar integrar las plantas como recursos médicos.

Para explicar esta diferencia ontológica en la concepción de *planta*, se va a usar un suceso anecdótico que se dio en el contexto de una mesa de diálogo entre representantes de la Diresa y representantes de la sociedad civil shipiba. En un momento en que la tarea era definir conceptos fundamentales para el desarrollo de un protocolo de salud intercultural para los PP. II. AA., uno de los conceptos a definirse fue el de “plantas”. Respecto a ello, uno de los integrantes del grupo shipibo mencionó que “una característica de las *plantas* es que tienen *madre*”, a lo que otro compañero, del mismo grupo, respondió diciendo que eso era obvio y que no era necesario colocarlo en la definición que se iba a compartir con los funcionarios y trabajadores de la Diresa. Sin embargo, esta respuesta fue replicada por el primero, mencionando que “**si bien es obvio para nosotros, para ellos no lo es**”, respuesta con la que todo el grupo estuvo finalmente de acuerdo.

¿Qué quiso decir con que “si bien es obvio para nosotros, para ellos no lo es”? ¿Qué implicancias tiene asumir que las plantas tienen *madres* dentro de la cosmovisión shipiba? Para seguir entendiendo un poco más esta cuestión fundamental, una revisión de los comentarios sobre el uso de plantas, así como de las definiciones que compartió el grupo de la Diresa son útiles para entender a esta contra parte. “**Respetamos el uso de sus plantitas**, siempre que las usen les pedimos a los enfermeros que registren su uso en la historia clínica”. “Son **recursos** forestales”. “Ser vivo con diferentes **funciones**: medicinal, espiritual, artesanía, construcción, vestimenta, alimentación”. Son algunas de las declaraciones dadas por funcionarios y trabajadores del Estado durante esta mesa de diálogo.

En oposición a estas definiciones de corte más funcionalista, el grupo de la sociedad civil indígena definió plantas durante la exposición como “ser vivo que **tiene poder, dueño**, y que brinda oxígeno y alimentación”. En esta definición, el concepto de *madre* se transforma en *dueño*. En shipibo, la palabra *ibo* une estos dos términos, ya que la *madre*, además de proteger y cuidar a sus hijos, es a la vez su *dueño*, es decir, el origen de su poder. Por eso, para este grupo, la planta tiene poder antes de tener funciones. No es solo un *recurso*; es un ser con *madre*, es decir, con agencia propia, un sujeto.

Cuando la funcionaria de la Diresa dijo que “respetamos el uso de sus plantitas”, asume el discurso de que las plantas les pertenecen a los indígenas, de que son suyas. Ese *respeto* del que ella habla es una palabra usada constantemente en los *diálogos interculturales* y en los documentos oficiales que tocan el tema de la medicina tradicional de las culturas indígenas. Pero esta palabra encubre un profundo desconocimiento sobre los presupuestos ontológicos del pueblo shipibo en relación a lo que ellos entienden por plantas. ¿Se puede respetar algo sin comprenderlo realmente?

Al respecto, Néstor Paiva, activista del Comando Matico opinó:

No hay respeto, es igual que ‘diálogo intercultural’ ‘yo respeto tu cosmovisión, tu costumbre’, pero ese respeto no sale de acá [de la mesa de diálogo], no es verdadero, es falso discurso eso de respetar para mí, de parte de los funcionarios es mentira. Yo tengo 35 años, en 35 años, no han podido dar una buena atención a los pueblos indígenas, peor, una buena educación, esto va a seguir, está estructurado, no hay respeto hacia nuestras plantas y deidades, esa es la realidad.

El análisis del discurso es fundamental para comprender las tensiones entre ambas perspectivas respecto al tema de las plantas, el cual, en el fondo, es la tensión entre los presupuestos ontológicos, y la posibilidad de considerar la noción de que las plantas tienen espíritu, madre, dueño, lenguaje, es decir, un mundo social propio. Estas consideraciones son fundamentales en el plano discursivo y, como dice Néstor, también en la valoración de la medicina shipiba, que parte de estas cogniciones que fundan su mundo y la forma milenaria que han tenido de aprender de las plantas. Douglas Tangoa ejemplifica esta cuestión tomando de referencia al piñón colorado, planta que se dieta en la tradición shipiba:

Una planta es un mundo, tiene como varios tipos de seres, por ejemplo, planta piñón, no es una persona, sino una persona muy bajo, y ese piñón tiene su propio mundo, cada planta tiene su propio mundo. Porque te hace conocer su forma, o podría ser como una ciudad. Y el mundo de las plantas más pequeñas las personas son muy bajas, de baja estatura. **Cada planta tiene su espíritu y su mundo, porque también tiene su forma de gobernar.** Y así funciona en la ley de las plantas naturales, **tienen su forma de estar gestionados, no es que están regados, hay una persona que dirige.** Las plantas tienen uno que gobierna, y de ahí tienen su gente, su guardia. Los

delfines son la guardia indígena del río, la patrulla por todo lado, al servicio del *ronin*, su función es cuidar y proteger, como las pirañas, por eso es que algunos peces están bravos, igual es con las plantas, cada una se encarga de algo.

Esta mirada del bosque revela el entendimiento de la interconexión entre los seres que habitan la Amazonía y la noción del hombre como un cohabitante más que puede enfermarse y enfermar si desconoce la agencia de los otros seres, o sanarse y sanar si reconoce que todo está unido por el diseño, el *kené*. Esto exige un entendimiento del orden social de las relaciones entre todos los seres, una sociedad que, además, cuenta con jerarquías.

La confianza en las plantas es fundamentalmente la confianza en un aliado, una deidad, un sujeto de saber, un especialista. La planta sabe, enseña, recomienda, diagnostica y revela lo que no es evidente para los ojos humanos. Recurrir a ellas ha sido un recordar cómo ellas, en el pasado, han salvaguardado la salud de su pueblo frente a otras amenazas, permitiendo el desarrollo de su cultura. Son ellas las que dotan de conocimiento al shipibo.

Cuando los entrevistados se referían a ellas, usaron variadas definiciones para evocar su vínculo profundo con la sociedad vegetal:

- “Las plantas tienen madre”, “tienen dueño”, “tienen *yoshin* (espíritu)”.
- “Las plantas son nuestros hermanos mayores, como los *chaikkoni*”, “son nuestros ancestros”.
- “Las plantas tienen su deidad”.
- “Las plantas tienen sus propias jerarquías sociales, hay palos grandes, medianos y pequeños”.
- “Las plantas tienen su *ibo* (persona), se aparecen en los sueños”.
- “El bosque es un mundo de cultura, uno no sabe, pero aprende, hay plantas intelectuales, estudiantes, graduados, todo tipo de gente, pintores, artistas...”



Figura 15: *Rafael García, médico tradicional shipibo y activista del Comando Matico siempre entra en un diálogo con las plantas que cosecha para usos terapéuticos.*

Todas estas expresiones remiten a que las plantas son entendidas de forma distinta desde la concepción misma de su ser. Por eso, la fe en ellas, como aliadas del pueblo shipibo, no es la fe en algo solamente, es la fe en alguien, en *otro*, en el sentido existencial y ontológico del término. El bosque es percibido como el espacio social de las plantas. Al respecto, Marcos Urquía, padre de familia del asentamiento humano intercultural Rao Nate, se refirió a un incendio forestal como “un genocidio de médicos”, agregando que su padre, cuando él era pequeño y salía a talar árboles, solo sacaba lo necesario, puesto que “los espíritus de las *lupunas* que cortaba lo paleaban, y regresaba muy cansado a casa, ya que los espíritus de los árboles sufren y se defienden al ser cortados”.

El matico. Un caso que merece una mención especial es la planta que le da el nombre al colectivo. No hay una sola historia, sino muchas, sobre la incorporación del matico a los tratamientos, así como diferentes posiciones dentro de los especialistas shipibos que no han usado esta planta para tratarse, privilegiando otras de uso más tradicional en sus familias. Al respecto, se rescatan estas declaraciones de activistas del Comando Matico y otros entendidos del tema:

- La historia del origen *nawa* – mestizo: Jorge Soria contó la historia de un sanmartinense mestizo que trabajaba para su suegro pintando, quien, al preguntarle

por el estado de salud de su suegro, a quien ya no veía, le sugirió usar el matico para curarlo de la COVID-19.

- La historia de Mery Fasabi: Mery afirma que es a través del conocimiento de su abuela que ella llega a usar el matico, ya que era usado para resfriados y heridas.
- Declaraciones de Delia Mahua, *bakebiti*¹⁰⁴ y *raomi*¹⁰⁵ shipiba: “No usamos matico para el sobrepardo¹⁰⁶, uso otras plantas, tampoco para la COVID-19”.
- Declaraciones de Nilda Pino Canayo, *raomi*: “Yo solo con *mucura*, en baño, *repote*¹⁰⁷, me he curado, no he tenido secuelas, no he usado pastillas ni inyecciones”.
- Marcos Urquía, comunero shipibo y especialista en agroforestería: “Yo sí considero que el matico es un *rao*¹⁰⁸, porque cura, pero se ha sabido recién ahora en pandemia, antes no he sabido de su uso en mi familia y mi comunidad, pero sé la historia de que un soldado se curó su herida con matico en una guerra”
- Declaraciones de Douglas Tangoa, *onaya*: “El matico sí es *rao*, *abokoman noi rao*, hay varios tipos, si te bañas con unos, tienes varias esposas. El de hoja redonda se ha usado para el COVID en mi comunidad, junto con el kion, para la tos y dolores del cuerpo, porque, en mi comunidad, hay bastantes bosques de matico”.

Como se puede observar, no hay un consenso. El matico es una planta que crece en la Amazonía y en otros espacios geográficos, y el conocimiento sobre sus propiedades terapéuticas es de dominio público, un saber popular que pasa de boca en boca. Además, hay más de un tipo de matico, que los locales saben diferenciar por diferentes criterios: sexo (matico macho y matico hembra), y forma de la hoja (hoja redonda y hoja alargada), cada tipo con usos distintos. Se considera, además, que el matico tiene *ibo*, dueños¹⁰⁹ que aparecieron en los sueños de los activistas shipibos como médicos occidentales con bata y aparatos¹¹⁰. Seguramente, bajo ese razonamiento, el matico, al ser una planta silvestre, debe tener “alguien que lo cuide y le dé el poder de curar”, mismo razonamiento que se sigue con los animales y las plantas del bosque, a diferencia de los vegetales cultivados que se usan en

¹⁰⁴ Partera

¹⁰⁵ Experta en plantas de poder, de curación

¹⁰⁶ Muchos informantes sugieren el uso de matico para el “sobrepardo”, detener hemorragias después de dar a luz.

¹⁰⁷ Procedimiento tradicional shipibo: se inhala un líquido por la nariz que se obtiene de la ralladura de la corteza del tallo y la raíz de la planta.

¹⁰⁸ Planta de poder, con cualidades curativas, con *dueño (ibo)*.

¹⁰⁹ Así lo consideran los activistas del Comando Matico, e incluso la artista shipiba Lastenia Canayo, que se especializa en dibujar *ibos*.

¹¹⁰ Así lo sostienen Rafael García y Jorge Soria.

los preparados, quienes dependen totalmente de la gente que los cultiva. Tampoco se observa un consenso respecto al uso del matico para la COVID-19 u otros males, ya que plantas más *familiares* para algunos shipibos han sido usadas para los mismos fines. Tal es el caso de la *mucura* hembra o *boins*¹¹¹, así como el *chuchuhuasi*^o, o el tabaco *mapacho*, plantas recomendadas y usadas por los especialistas vegetalistas shipibos para este mal.

Estas diferencias en las declaraciones refuerzan la idea del origen popular y no especializado de la propuesta de tratamiento del Comando Matico. Una planta que llegó a los activistas de muchas fuentes y que además de aliviar los síntomas físicos dio la seguridad a los voluntarios y a los enfermos de haber encontrado una respuesta, un remedio gratuito para poder hacerle frente a esta nueva enfermedad. Finalmente, cabría agregar que, el matico, a pesar de ser una especie que crece casi en toda la geografía peruana, no solo en la Amazonia, posee características particulares en la selva baja. Según el saber popular de los pucallpinos, le daría mayores propiedades curativas, en este caso, para la COVID-19, como antibiótico. Por eso, durante la pandemia, se extrajeron muchas hojas de matico amazónico para llevar a la costa y la sierra. Basándose en sus propiedades especiales y terapéuticas. Estas distinciones no han sido estudiadas aún a cabalidad por la etnobotánica, pero es sabido que las mismas especies de plantas pueden tener concentraciones diferentes de ciertos elementos activos según el suelo y la geografía en la que se desarrollan.

¹¹¹ Durante un *tsinkiti* de *onayas*, realizado el 2021 por la organización indígena Oni Xobo, todos los asistentes tuvieron que “curarse” con *ruputi* de *mucura* antes de ingresar al encuentro. Una vez adentro, se repartieron *mapachos*, que fueron fumados por todos los curanderos asistentes para evitar los malos espíritus (entre ellos, el del COVID-19). Esas fueron “las medidas de bioseguridad” seguidas por los organizadores del evento.



Figura 16: *Secado de hojas de matico y otras plantas para su uso terapéutico en el Centro de Atención primaria del Comando Matico COVID-19*

4.5.4 Ejes estratégicos del funcionamiento del Comando Matico

Al ser el Comando Matico un colectivo de voluntarios que no cuentan con financiamiento para sus labores de servicio, tuvieron que desarrollar un método para poder acceder a recursos que permitiesen la continuidad de sus acciones durante la pandemia. Jugó a su favor el perfil multidisciplinario del equipo, compuesto por comunicadores sociales y activistas políticos, además de docentes y especialistas de la salud. A partir de esto, se puede afirmar que la interculturalidad práctica del Comando Matico no solo se limitó a la cooperación en el plano sanitario, sino que también estuvo presente en la Estrategia de Comunicaciones y de Relaciones Públicas. En ambos casos, estuvo presente el intercambio y la cooperación con el fin de crear productos audiovisuales que difundieran acciones y los procedimientos caseros de uso de plantas, así como elaborar discursos para la participación de eventos públicos donde los activistas compartieron mesas con instituciones, políticos y personas influyentes de la sociedad mestiza.

En ese sentido, el elemento principal para visibilizarse fueron las acciones de atención sanitaria. Esto funcionó como un engranaje que daba material a los comunicadores que actuaban en función de las necesidades del equipo sanitario: la difusión de la vaporización y el uso del matico, el requerimiento de medicinas convencionales y oxígeno, la búsqueda de

mayor apoyo especializado, y la denuncia de la falta de apoyo del Estado y las instituciones locales. Las habilidades de cada miembro se complementaban, y su posicionamiento profesional y mediático previo servía para informar y llegar a más personas. Una muestra de ello fue la presencia en programas radiales del accionar del Comando Matico, que llegó incluso a tener un programa propio: *El Comando Matico informa*, dirigido por Dario Sánchez y Néstor Paiva.

Por otro lado, los comunicadores no fueron necesariamente los que manejaron mejor el discurso político o los aspectos simbólicos necesarios para ser la imagen pública del Comando Matico. Desde esta necesidad, surgieron los liderazgos de Jorge Soria y Alexander Shimpukat Soria. El histrionismo y el manejo del escenario de Jorge Soria es notable, toda una vida como activista de las causas indígenas, de lucha contra las empresas extractivistas y participación en organizaciones de base indígena lo han curtido y preparado para saber cómo hablar ante cada público, ya sea el Gobierno y sus representantes, las ONG, la prensa local e internacional, o bien a los académicos interesados en investigar la experiencia del Comando Matico. Jorge recoge la sugerencias del equipo y de los aliados, reconoce que no lo sabe todo, y se muestra como un estratega cuando tiene la oportunidad de intervenir públicamente en algún evento. Reúne a todos, escucha y pide apoyo para la escritura de un discurso sólido que lo convierta a él, como representante de los intereses del colectivo, en el protagonista de ese momento. En más de una ocasión, pude observar cómo Jorge Soria se alistaba para salir “a escena”, produciéndose y usando una *chushma* para resaltar el factor identitario de su causa. Llamaba a los medios, se encadenaba a la entrada del local del Comando en protesta por la falta de apoyo del Estado a las Comunidades Nativas y a los pueblos indígenas. Buscaba alianzas con facciones de la política mestiza y generaba cartas de compromiso de personas públicas con cargos importantes en beneficio del Comando Matico.

Jorge supo usar las “palabras clave” en sus discursos, aunque muchas veces, para alguien que seguía el accionar del Comando Matico de cerca, podían parecer contradictorias. Así, sucedió con el uso del término “salud intercultural” frente al de “centro de medicina ancestral”. Estos términos fueron usados frente a distintos interlocutores, sabiendo que hay públicos que gustan de unos u otros términos. Considero que este no es un tema de mala fe,

pues es habitual que los indígenas preparen sus discursos para lograr el apoyo de quienes tienen al frente. Las palabras, muchas veces *nawas*, es decir, palabras que impone el otro para caracterizar lo que ellos están haciendo, no son tan importantes como sus acciones y lo que les permiten lograr para su causa.

Este tema resulta claro cuando uno conoce de cerca la historia de las luchas políticas de los indígenas amazónicos, que han debido adaptarse a los discursos hegemónicos de la sociedad nacional y global para ser considerados en las grandes agendas políticas de cambio. Así, han sabido adaptarse a los actores y movimientos sociales que han actuado en cada época como aliados de la causa de su gente. De este modo, los discursos de izquierda marxistas estaban muy presentes en la generación anterior a la de Jorge, como su padre y hermanos mayores. Ellos encontraron un aliado en el gobierno revolucionario de la Fuerzas Armadas que crearon las comunidades nativas, y fortalecieron las organizaciones de base mediante el Sinamos en los años 60 y 70. Esto generó que incorporen la narrativa de lucha de clases y una postura política como clase popular en sus disertaciones.

Posteriormente, la llegada de la política internacional pro derechos humanos y derechos indígenas los hizo recurrir a su capital étnico y a su visibilización, ya no solo como clase, sino como pueblos indígenas. Últimamente, con el *boom* del turismo shamánico, han comenzado a usar el término *medicina ancestral*; por otro lado, con el posicionamiento del paradigma de la interculturalidad en la educación, el derecho y la salud, han incorporado el término *intercultural* en sus discursos. Otro ejemplo de esta apropiación de narrativas externas para su beneficio es la identificación como *indígenas* que, hasta hace algunas décadas, era peyorativo. Hoy en día, gracias al paquete de derechos a los que acceden los pueblos originarios desde el convenio 169 de la OIT, ha cambiado de signo y es una forma de posicionarse de los activistas shipibos en las arenas de discusión pública.

Por otro lado, la trayectoria de Alexander Shimpukat, sobrino de Jorge Soria, está mucho más vinculada a la vena artística de la familia Soria. Su madre Miriam Soria y su hermano Frank Soria, al igual que él, son reconocidos artistas shipibos. El arte shipibo de las pinturas, las cerámicas y los kenés son valorados por un público amplio, desde académicos hasta coleccionistas. Esto le ha permitido a Alexander hacer contacto con personas

influyentes en diferentes esferas, así como desarrollar un discurso reivindicativo que le ha permitido cierto roce en el mundo mestizo.



Figura 17: La participación de Jorge Soria y otros activistas del Comando Matico en la política shipiba y local, ha sido fundamental para darle sostenibilidad al colectivo durante la pandemia. En esta foto, observamos a Jorge Soria participando del debate abierto durante las elecciones de Coshikox (Yarinacocha, 2022).

Tanto Alexander como Jorge son conscientes de las relaciones de poder y la necesidad de un discurso estratégico que convierta su posición de subalternidad en una conveniente para sus demandas. Por eso, han sabido representar muy bien los intereses del Comando. De este modo, han podido juntar fondos a través de rifas, conciertos, participación en concursos nacionales, apoyo de cooperantes extranjeros y la simpatía de académicos influyentes con su causa. El equipo de atención sanitaria sabe que, mientras unos atienden a los enfermos, otros están elaborando productos audiovisuales o difundiendo las labores del Comando en los medios. Dialogan y buscan recursos “haciendo política”, como lo expresa con claridad Jorge Soria cada vez que se le consulta sobre sus actividades fuera del Comando Matico.



Figura 18 : *Ejes estratégicos*

4.6 Ser atendido en el Comando Matico

La siguiente sección es diferente en su redacción a las anteriores, pues no obedece tanto a la observación participante o una labor analítica como investigador, sino a mi vivencia personal como paciente del Comando Matico, quienes me atendieron durante mi proceso viral por COVID-19. Las siguientes líneas son extraídas, en su gran mayoría, de mi diario de campo y comparten el relato de estos difíciles días en los que decidí poner en manos del Comando Matico mi proceso viral. Este texto relata la forma íntima y comprometida en la que un paciente es acompañado por los activistas hasta en aspectos impensados, como la alimentación y el buen humor que se debe tener para fortalecer el ánimo durante la enfermedad.

4.6.1 *Los días previos*

Cuando llegué a Pucallpa, estábamos entrando en la segunda ola y, a diferencia de en Lima, las calles no lucían tan desoladas. Era usual encontrarse a personas en la calle sin mascarilla y rompiendo el distanciamiento establecido por el Estado. La situación no era tan distinta al llegar a la zona urbana de Yarinacocha, donde se encontraba el local del Comando Matico. En Yarina, como le dicen los locales, era común encontrar personas comiendo sin distanciamiento en los restaurantes, servicios aceptando a clientes sin mascarillas, todos

conviviendo bajo cierta complicidad, bajo un acuerdo implícito donde nadie exigía el cumplimiento de las medidas dictadas por el Gobierno Central. Esta realidad fue chocante al principio para mí, que venía de Lima y donde salir a la calle sin mascarilla era motivo de reprobación social, razón suficiente para ser visto por los demás como un infractor y alguien que pone en riesgo la vida de todos. Aquí, en cambio, había un relajamiento de las normas pandémicas. Aunque esta situación no obedecía a la lógica de salud del Estado, no podía evitar sentir que, en las calles y entre los yarinenses, se vivía un clima menos tenso del que viví en las calles de Lima. Esto fue agradable, a pesar de los reparos que tenía como foráneo ante esta situación, en el que incluso participaban las autoridades, pues ni un policía o serenazgo exigía o detenía a los pobladores por incumplir las reglas.

Estando en Yarinacocha, decidí hospedarme en El Delfín, un hospedaje que conocía de mi anterior viaje junto a la delegación del Colegio de Médicos. Este lugar se encuentra a unas cuatro cuadras del local del Comando Matico, por lo que me era muy conveniente. Las personas que se quedaban en el mismo hospedaje eran todos extranjeros y podría afirmar que, en su totalidad, habían llegado a Yarinacocha para tratarse con chamanes, ya sea para combatir un mal físico o espiritual, o para iniciar un “camino espiritual” como sanadores. Así lo pude comprobar en las conversaciones espontáneas que sostenía con cada uno de ellos en la mañana o noche, después de regresar del campo. Solían decirme que la medicina en sus países, sea de médicos, psicólogos o psiquiatras, no había podido ayudarlos, y que habían venido a la Amazonía a buscar en los tratamientos vegetalistas una cura. Ellos rechazaban, además, el uso de mascarillas y algunos no creían en la existencia del virus de la COVID-19, o bien afirmaban que no era tan peligroso como los medios y las autoridades decían que era.

Luego, me enteré, por locales y amistades shipibas, que estos personajes eran conocidos popularmente como “dieteros”, una categoría popular usada para aquellos extranjeros que llegaban a dietar plantas y tomar ayahuasca. En el transcurso de este proceso, desarrollaban toda una ideología y hasta una personalidad que enaltecía la cosmovisión de los nativos frente a un rechazo de la medicina occidental como elemento central de una civilización que —sentían ellos— era la razón de su malestar. La selva, sus plantas y la medicina shipiba, en oposición, eran una forma de curarse de ese estilo de vida.

Durante estos primeros días, observé que la percepción que tenían de mí variaba con cada uno de mis interlocutores. Para los yarinenses, yo era un limeño de paso, quizás, un turista; no constituía una amenaza por venir de fuera. Mis cuidados eran mayores que los de ellos, así que muchas veces surgían conversaciones sobre el uso de la mascarilla, el peligro del contagio o el origen del virus. En estos diálogos, los yarinenses solían mostrarse escépticos del discurso oficial de la OMS o de lo que decían los medios sobre la naturaleza mortal del virus. Muchos creían en la efectividad de la ivermectina y el dióxido de cloro. Consideraban que estar bien alimentados y no sugestionarse con las noticias era más importante que cumplir a rajatabla con el distanciamiento social. Frente a ellos, me convertía en alguien que tomaba demasiadas precauciones y que estaba muy adoctrinado por el discurso oficial.

Con esas mismas precauciones y discurso, llegué al local del Comando Matico, protegido con una mascarilla N95 y un protector facial. Asumí que las diferencias entre su centro y el de una IPRES del Estado se reducirían al uso de plantas en el tratamiento, y que tendrían igual cuidado por la bioseguridad, aun con sus limitaciones en recursos e infraestructura. Pero me encontré con un manejo del contacto o cercanía que estaba subordinado a las acciones necesarias para el cuidado. Las mascarillas bajaban durante las vaporizaciones y al ingerir alimentos juntos; las manos tocaban durante los masajes. Estas prácticas me hicieron sentir *un bicho raro* al inicio.

Para los activistas, yo era visto, más que como un investigador, como un aliado de su causa, alguien a quien tenían una consideración debido a los recursos culturales con que contaba como profesional de la salud occidental y como mestizo capaz de acercar las ideas del colectivo a espacios a los que ellos no accedían, espacios en los que podían conseguir donaciones y financiamiento. Sin embargo, para involucrarme, yo debía dejar de lado ciertas creencias; relajar mis medidas de bioseguridad era un paso importante para comulgar con sus ideas y formas de proceder ante esta enfermedad. Si no, seguiría siendo un extraño, un extractor cultural, alguien que no está dispuesto a “mojarse” como ellos; debía probar, como en un rito de iniciación, que estaba dispuesto a ingresar en su mundo, en sus condiciones y en sus razonamientos.

Durante los días que bajaba al local del Comando Matico, comencé a prestar más atención al trato de los activistas más allá del tratamiento. Este trato hacia los pacientes y a otros miembros del equipo no obedecía a la lógica biomédica de evitar el contagio como principal forma de prevención frente a una enfermedad desconocida y altamente virulenta. Si bien esta lógica no era totalmente rechazada, existían otros criterios para interactuar, y uno de ellos era la importancia de transmitir confianza, familiaridad y cercanía al otro, por decirlo en una sola palabra: empatía. Esto podría ser expresado bajo palabras de Gabriela Delgado, miembro activista del Comando Matico, como la necesidad de “quitar la idea de la cabeza de los otros, de que te vas a morir si te contagias de COVID-19”. Por ello, si bien había estrategias de prevención tanto en materia de bioseguridad como en el uso de plantas para fortalecer el sistema inmunológico y respiratorio, la principal labor era demostrar que esta enfermedad podía ser superada con las herramientas y procedimientos con los que contaban. Elementos como guantes y mascarillas podían ser retirados en momentos cruciales para establecer un vínculo de confianza con el paciente. Era una demostración de que lo más importante no era evitar el contagio, sino dejar en claro que el virus es manejable por todos. Evidentemente, esto tenía un costo. Al momento que llegué a hacer mi trabajo de campo, no había ni un solo miembro del equipo que no se hubiese enfermado una o dos veces con COVID-19. Sin embargo, estos procesos virales habían sido superados, en su gran mayoría, sin complicaciones en compañía y bajo el apoyo del resto del equipo, que también visitaba a los compañeros que caían enfermos.

4.6.2 La decisión

El 22 de abril, al pasar una semana asistiendo a las jornadas de atención y las visitas domiciliarias, comencé a sentirme anímicamente débil. Experimenté un decaimiento en mis energías y decidí parar un poco para recuperarme. Al principio, asumí que podría estar sintiéndome mal debido a las tensiones y mis múltiples responsabilidades, por lo que me tomé el día libre y fui a la laguna de Yarinacocha a tomar algunas fotos para relajarme. A la hora del almuerzo, mi sorpresa fue grande; cuando me trajeron el plato de comida, un cebiche de doncella, me di con la sorpresa de que no podía percibir casi ningún sabor ni olor, solo una leve sensación jabonosa. Recordé que la pérdida del sentido del gusto era uno de los síntomas de la COVID-19, lo que encendió mi preocupación. Inmediatamente, decidí

regresar al hospedaje para descansar un poco y aislarme. No podía dejar de pensar que la falta de gusto y reducción de la capacidad olfativa eran síntomas claros del coronavirus. Informé por teléfono de esta situación a Mery Fasabi, una de las activistas, quien me pidió tranquilidad y que me acercase al siguiente día al Comando Matico a primera hora para que me vieran. Fue, entonces, que experimenté el miedo, ya que, hasta el momento, no me había contagiado desde que inició la pandemia. Experimentar la COVID-19 en mi cuerpo era algo totalmente nuevo.

Me recriminaba haber decidido, en plena crisis sanitaria, estar lejos de mi familia, lejos de casa y de mi círculo más cercano para ir a realizar mi trabajo de campo en medio de la Amazonía, en una ciudad desconocida, donde no tenía a nadie más que a los activistas del Comando Matico, a quienes recién estaba conociendo. Me sentí profundamente solo y tuve que tomar la decisión más importante. ¿Cómo afrontaría la enfermedad en estas condiciones? ¿Acudiría a una clínica privada sabiendo que los hospitales estaban abarrotados de gente? ¿Intentaría manejarlo por mi cuenta o recurriría al grupo de activistas con los que estaba realizando mi investigación? Fue, entonces, que me di cuenta de que, a pesar del temor, ser atendido en el Comando Matico era una gran oportunidad de vivenciar su propuesta de primera mano, y entender qué significa ser atendido por ellos tanto desde el punto de vista del tratamiento “mixto” que realizaban entre plantas y medicamentos, como de experimentar depender de una propuesta de resistencia y sobrevivencia de los que menos recursos tienen. Elegirlos era una forma de estar sujeto a las vicisitudes y las posibilidades de atención que brindaban ellos. Era una invitación a ser coherente con mis ánimos de que esta propuesta sea reconocida como válida en otras latitudes.

Esta respuesta, además, fue reforzada por el hecho de que, desde el primer momento en que les informe de mi situación, decidieron apoyarme incondicionalmente; así como atendían a los locales, también estaban dispuestos a tenderme a mí. Pasé de la posición del investigador foráneo que provenía de Lima y de una situación de privilegios durante la pandemia, a ser un paciente más, experimentando en primera persona el trato y el tratamiento, así como las condiciones bajo las que estas acciones eran dadas. Este paso también fue fundamental para que confiaran en que, detrás de mis intereses académicos, existía un interés

auténtico en su causa, una fe de que lo que ellos hacían era válido, incluso para alguien tan ajeno a su realidad.

4.6.3 El primer día de tratamiento

Esta noche, sudé muchísimo, seguramente por la fiebre. Al despertar al siguiente día, el 23 de abril, estaba muy fatigado. Ponerme la ropa para salir rumbo al Centro del Comando Matico fue sumamente tedioso. Llegar al local a 4 cuadras de mi alojamiento significó un gran esfuerzo. Al llegar, se encontraban Mery Fasabi y Mary Araujo, dos de las voluntarias más activas. Mary, la odontóloga, era de Huánuco, no shipiba, pero me contó que llegó al Comando Matico por su amiga Mery, que conocía desde la época en que Mary trabajaba de secretaria en FECONAU, organización indígena de Ucayali. Mary inició mi atención haciendo una breve entrevista con preguntas de rutina con el fin de reconocer mi cuadro y los síntomas. Me preguntaba si tosía, si tuve fiebre, decaimiento general, si había sudado durante la noche, si tenía dolor en el pecho o en otras partes del cuerpo. Respondí casi con un invariable sí a todas las preguntas, detallando el tiempo de aparición de los síntomas.

Mientras Mary me entrevistaba, Fasabi me ponía un pequeño aparato en el dedo para medir el índice de saturación de oxígeno, así como mi pulsación; de igual modo, un termómetro en mi axila para medir mi temperatura. Mi índice de saturación de oxígeno estaba dentro de lo normal, 95; mi temperatura, 36. No llegaba a hacer fiebre, pero mis pulsaciones eran de 120, lo que indicaba que estaba con taquicardia y eso explicaba en gran parte mi fatiga. El diagnóstico clínico indicaba que, con gran probabilidad, se trataba de COVID-19; además, la aparición de los síntomas coincidía con el tiempo de incubación del virus, ya que, desde mi llegada al Comando, el 15 de abril, habían pasado siete días. Ambas me tranquilizaron; una vez más, me dijeron que no me asuste, que probablemente mi taquicardia era por eso, por mis miedos, y que me iban a curar, así como han curado a tantas personas ellas mismas.

La vaporización. Antes de que llegara, ellas habían puesto una olla con agua a calentar en la cocina que tenían. En esta olla, pusieron hojas de matico, eucalipto, ajosacha, achiote, cebollas, ajo y kion. Tuve el interés por preguntar la función de cada uno de estos ingredientes. Para mi sorpresa, Mery me dijo que el ajosacha y achiote eran “para protegerme”; su función no era como la del matico o el eucalipto, usados para combatir el

virus y descongestionarme. Estas plantas eran usadas para proteger de los malos espíritus, de los *yoshin*, que siempre venían con la COVID-19. La vaporización trataba el mal físico y el espiritual. Una vez lista la olla, me pidieron que me quite la camisa y el polo para dejar mi tórax descubierto, así como la mascarilla para poder inhalar el vapor. Sentado en una silla, me pusieron la olla hirviente tapada justo debajo de mis piernas y me cubrieron con una sábana y una frazada, creando un espacio cerrado para que el vapor se mantenga adentro, como en una especie de sauna. El vapor que salía de la olla era caliente, pero controlado por Mery, que regulaba la salida del vapor con la tapa cada cierto tiempo. Durante el proceso, Mery me iba preguntando si el calor era soportable, y me daba la indicación de que respire profundo y me relaje.

Si bien, al principio, era algo difícil de soportar por lo caliente, poco a poco, fui sintiendo que mis músculos se relajaban y que me era más fácil respirar. Mery acotó, en ese momento, que no me hubieran podido vaporizar si hubiera llegado con fiebre, ya que es contraproducente practicar esta técnica en estos casos. “Calor con calor no va”, afirmó, mientras que, cuando uno está “con el frío”, sí es conveniente calentar. Ese era mi caso. Al terminar la vaporización, que duró como unos 15 minutos, no me dejaron ponerme aún la ropa; quedé cubierto con una de las mantas hasta que me atemperé. Durante este tiempo, había llegado al local Richard Soria, especialista en realizar sobaciones.

Sobación. Una vez que pasaron cinco minutos de reposo, Richard Soria me pidió que pase a la camilla y me recostara boca abajo para empezar con los masajes. Richard me esperaba mientras untaba sus manos con una pomada hecha por el mismo, que contenía muchas hierbas; entre estas, estaba el ají, que, según Richard, era bueno, porque permitía que el calor penetre durante las sobaciones. Estaba a punto de recibir masajes; es decir, iba a ser tocado aun estando con COVID-19. Todo esto para mí era sorprendente desde la perspectiva del paciente, pues no había escuchado nunca de esta clase de cuidados hacia las personas con COVID-19. Rompía con todo el distanciamiento, pero pasar por esto me permitió entender por qué el tacto, el contacto corporal humano era tan importante para afrontar esta enfermedad. Tenía la espalda contracturada y había acumulado mucha tensión en diferentes puntos de mi cuerpo. La técnica de Richard no se limitaba a masajear como si solo se tratase de amasar mis músculos para liberarlos de esta tensión. Era una exploración de mi estado

anímico a través del contacto con mi cuerpo. Los shipibos llaman a esto “realizar una sobación”, “curar un lisiado”. Richard me iba dando una retroalimentación de lo que él iba notando en mí mientras masajeara.

En un momento, al hacer presión en la zona de mi barriga, comencé a experimentar dolor. Richard me dijo: “Ves, eso es porque tienes miedo acumulado, está en tu barriga, te has asustado. Así vienen varios cuando tienen COVID”. Los olores de las hierbas de la pomada eran de un aroma envolvente. Gracias a la pomada, Richard podía generar mayor calor y, con sus manos, hacer presión de forma continua en las áreas afectadas que él iba identificando para “aflojar” o “liberar” de nudos y dolores. Esto generaba, de forma sincrónica, reacciones en mi vivencia interna, específicamente en mis pensamientos; durante todo este proceso, ya no pensaba en la enfermedad, en mi malestar ni en todos los temores que me invadían. Inicié reflexiones internas sobre lo que estaba sucediendo, sobre las virtudes del masaje y la atención que estaba recibiendo en un momento de tanta vulnerabilidad. Se podría decir que mi mente se relajó tanto como mi cuerpo. Al igual que con la vaporización, las sobaciones no se limitan al campo de los síntomas físicos. No hay una separación real entre el estado mental, y la disposición del cuerpo y sus dolencias; ambas técnicas partían de una mirada más holística de la atención. Este masaje me hizo pasar de un estado de ansiedad y tensión a uno de relajación, confianza y bienestar tanto física como psíquicamente.

Posteriormente, en conversaciones con Richard, me enteré de que, para dedicarse a esto, los shipibos tienen que iniciar dietas con plantas, ya que, al masajear uno alivia y, también, diagnostica. Son las plantas aliadas que se han quedado en el *cano* (diseño propio) las que hacen su aparición para revelar al sobador la dolencia, el daño y la enfermedad. Al terminar su intervención, Richard me invitó a estar echado un rato más en la camilla y, sin darme cuenta, me quedé dormido unos minutos. Desperté un poco avergonzado y me puse mi mascarilla, lo que causó gracia a los que estaban ahí.

4.6.4 Indicaciones finales y tratamiento domiciliario

Debido a que mi proceso no era tan grave, me comunicaron que mi atención sería ambulatoria, por lo que tendría que acercarme al local a recibir las vaporizaciones y los masajes, mientras que el resto del tiempo debería guardar reposo, tomar paracetamol y no bañarme. Mery Fasabi me había preparado un termo con té de matico, el cual debía tomar

como agua de tiempo durante todo el día, y un jarabe de kion con ajo, de sabor muy astringente, para tomar en las mañanas y antes de irme a dormir. Mientras Mery me daba estas indicaciones, Mary empezaba su ronda, revisaba el suero de uno de los pacientes internados y le hacía preguntas, mientras la hija de este paciente, un señor mayor, le daba de comer en la boca a su padre. Eso fue todo. Al terminar mi atención, habían pasado tres horas, por lo menos, desde que había llegado. Entre cada atención, había espacios de conversación, los miembros del equipo se contaban chistes, creaban un ambiente distendido, muy diferente al que se podría tener en un espacio hospitalario destinado a la atención de casos COVID-19.

Para una persona como yo, acostumbrada a los tratamientos con pastillas y los exámenes médicos, fue difícil adaptarme al ritmo del tratamiento con plantas. Muchas veces, me olvidaba de tomar a lo largo del día, como me indicaron, el té de matico. Como me comentaría Miriam Soria (hermana de Jorge) en una reunión por su cumpleaños: “Las plantas curan, pero lento, a su ritmo”. No es una cura inmediata, y requiere de una participación más activa del paciente que el tomar una pastilla tres veces al día.

Debido a mis propias limitaciones como paciente, a la falta de constancia en el tratamiento domiciliario y a la apatía propia de la enfermedad, me resultó más aprovechable el tratamiento que recibía en el centro del Comando Matico que los jarabes y tés que debía consumir en el hospedaje. Muchas veces, debo confesar también, aparecían muchas dudas y temores de que estos brebajes no fueran suficientes para vencer al virus. Fui entendiendo que este escepticismo era el resultado de haber crecido en un ambiente familiar rodeado de profesionales del modelo biomédico: mi madre es bióloga; mi padre, epidemiólogo; un tío es médico; mi abuela era obstetriz. Los tratamientos en casa siempre fueron con pastillas, y los tratamientos con plantas eran rechazados y tildados de medicina de “gente no educada”. Ciertamente, no había desarrollado mucha confianza de forma previa a las plantas. Esto era un choque que mi mente resolvía con un olvido aparentemente involuntario o inconsciente de tomar los jarabes y el té durante el día.

4.6.5 Ser tratado como uno más: el acompañamiento del Comando Matico

Los siguientes días tuvieron rutinas muy parecidas. Despertaba a las 8 y juntaba fuerzas para ir al Comando Matico a que me atendiesen. Mi tratamiento terminaba casi siempre al mediodía, cuando me retiraba a almorzar; sin embargo, uno de estos días, Jorge

llegó con algunos ingredientes para preparar una sopa de pollo para el equipo y, al terminar mi tratamiento, me invitó a almorzar con ellos. En una mesa pequeña, entramos apretados: Mery Fasabi, Mary Araujo, Darío Macedo, Jorge Soria y yo. Insistieron en que compartiera con ellos a pesar de mi estado. Mientras almorzábamos, me sentía muy afortunado de poder contar con ellos, pues no había tenido hambre más de dos días. Estaba inapetente y comer acompañado, en cierta forma, me obligó a hacerlo, lo cual era importante para recuperar fuerzas. Ellos buscaban, durante el almuerzo, contarme anécdotas para distraerme; me animaban y conversaban en confianza sobre su día a día, a veces en shipibo y otras en castellano para que pudiera entenderlos.

El tercer día de reposo, Gabriela Delgado, voluntaria tacneña del Comando Matico, a quien había entrevistado por videollamada antes de venir a este viaje, me ofreció comprar víveres para tener en el hospedaje y cocinarme. Ella fue al mercado de Yarinacocha, y me trajo huevos, aceite, fideos, pescado, entre otros insumos. Me preguntó cómo seguía y pasó a retirarse. Estos gestos de sostén emocional y material que recibí de los miembros del Comando Matico, que iban más allá del tratamiento en sí para la COVID-19, fueron sumamente positivos para mi estado anímico, que recaía constantemente entre el encierro y la enfermedad, gestos que muy difícilmente podría haber obtenido de otras personas. A veces, debido a mi cansancio, me recogían en el motocar o me regresaban para dejarme en la puerta del hospedaje, con mi termo de matico y mi jarabe. También, en su local, a los tres días de iniciado mi proceso viral (el 25 de abril), pude tomarme la prueba molecular, debido a una intervención que hizo la Diresa en el espacio de la maloca del Comando Matico. Así confirmé mi diagnóstico. Junto a otros pucallpinos, shipibos y no shipibos que acudieron a esta campaña gratuita, accedí a este servicio de forma totalmente gratuita. Al entrevistar al enfermero a cargo de esta intervención sanitaria, me enteré de que esta jornada había sido a solicitud expresa de los miembros del Comando Matico, quienes apoyaban con el espacio y como traductores a las personas shipibas sin dominio de castellano que venían a ser atendidas, apoyo que pude observar ese mismo día. Esto convertía al espacio del Comando Matico en un lugar amigable para la población indígena que requería atención del sistema de salud público, ya que los activistas shipibos con su labor añadían pertinencia cultural a las acciones del personal de la Diresa, quienes aprovechaban esta ayuda para realizar sus intervenciones.

4.6.6 *El buen trato y el tratamiento no fueron suficientes*

Con el paso de los días, me costaba mantener la calma ante la fatiga y, cada vez más, me preocupaba mi corazón, ya que leí sobre posibles cardiopatías asociadas a la COVID-19. Como vengo de una familia con tendencia a tener problemas cardiacos, llegué a pensar que ese era mi punto más débil ante el virus. Atemorizado por la idea de un infarto o quedar con una secuela cardiaca, decidí, en el sexto día de tratamiento, pedir ayuda a un médico. Me comuniqué con un médico psiquiatra aliado del Comando Matico, que formó parte de la delegación del Colegio Médico con que llegué por primera vez a Pucallpa. Esta idea de recurrir a un médico fue respaldada por los miembros del Comando, que no se negaron a que consulte con alguien externo.

Describí mi cuadro por llamada al médico y confirmó que era COVID-19. Me preguntó qué había estado tomando y, de forma inmediata, me recetó dos antibióticos más fuertes y, en caso de emergencia, un inyectable. Los miembros del Comando Matico estuvieron de acuerdo con las indicaciones. Jorge Soria, el coordinador, me acotó que siempre necesitan de apoyo, que durante la primera ola estuvieron asesorados por médicos aliados, a quienes llamaban cuando no podían manejar ciertas situaciones. Afortunadamente, esta decisión fue crucial para que supere la taquicardia y la fatiga. Los antibióticos recetados tuvieron un efecto inmediato, pues, al siguiente día, desperté con muy poca fatiga. Durante los tres días de tratamiento que siguieron, recibí vaporizaciones, masajes, té de matico y antibióticos, lo que me permitió sentirme mucho mejor a los ocho días de tratamiento. Pude, finalmente, retomar la mayor parte de mis actividades a los 12 días de iniciado el proceso viral.

4.6.7 *Balance de mi tratamiento*

Mi proceso de atención con el Comando Matico y la manera en que lidié con la enfermedad estando en Pucallpa fueron eventos valiosos para entender el alcance del servicio brindado por el Comando Matico. Este no se restringió a protocolos de atención puntuales, sino a un acompañamiento que tuvo un efecto positivo en mi estado de ánimo y mi alimentación, así como de otros aspectos que para mí eran ignorados, como la dimensión espiritual, para ellos fundamental en el tratamiento. La importancia que tomó sentirme cuidado y querido por otros durante mi enfermedad, más allá de los “procedimientos” de

rutina, me permitió vivir en carne propia esa gran diferencia entre ser aislado, tratado como un vector de contagio, y ser recibido, considerado por los otros, a pesar del riesgo que implicaba mi condición en esos duros momentos. Durante mi tratamiento, no me sentí como un agente de contagio que tenía que ser mantenido en aislamiento estricto; por el contrario, me sentí parte de un círculo de personas para las que mi vida y la garantía de que superara la enfermedad se sobreponían a los temores.

Creo, con seguridad, que el golpe anímico de atravesar la enfermedad aislado hubiera tenido un mayor impacto negativo sobre mi salud. Al conversar con los activistas del CM sobre el rol que jugaron en mi mejoría, me comentaron que, en algunas ocasiones, “el temor de los mestizos era tan grande que, muchas veces, dejaban al enfermo en la puerta del Comando o en la entrada de los hospitales, y desaparecían”. En muchos casos, ellos eran los únicos que acompañaban a los enfermos que eran abandonados por sus familiares a su suerte en el Comando Matico. En este sentido, los activistas terminaban “adoptándolos”; por eso, la cercanía del equipo de voluntarios fue algo invaluable, que ningún otro servicio sanitario ofrecería a los pacientes.

Sin embargo, es importante reconocer que el tratamiento con las plantas, en cierto punto, fue insuficiente para mi caso, al igual que el paracetamol. Mi cuerpo requería de medicinas más fuertes para contrarrestar el malestar, medicinas que no encontraba en la farmacia el Comando Matico y que tuve que adquirir por mi cuenta. Esta información solo la pude obtener gracias a la intervención de un médico que prácticamente me atendió en línea para recetarme las pastillas, un privilegio que estoy seguro no podría haber tenido la gran mayoría de pucallpinos durante la pandemia. Los miembros del Comando hacen lo que pueden con las medicinas, plantas e insumos que tienen a su disposición, pero no podría idealizar su tratamiento y afirmar que era suficiente para todos los casos, o incluso que pudiera asegurar la superación de un proceso viral sin complicaciones posteriores. Los riesgos eran reales y, al parecer, en el caso de los voluntarios, fue la inmunización por el contagio y no la prevención lo que terminó fortaleciéndolos frente al virus y posibles nuevos contagios.

Las acciones en el Comando Matico se realizaban asumiendo todas las limitaciones económicas tanto de sus usuarios como de los activistas. Uno tenía que ser paciente, “las

plantas curan, pero se demoran un poco más...”, como dice Miriam Soria, hermana de Jorge. Al final, la fe en las plantas no era la fe en un tratamiento efectivo o en una certeza de curación para los usuarios del Centro del Comando Matico. Era la fe en un recurso al alcance de todos, en una posibilidad en medio de la crisis y el abandono de la que podían valerse en un lugar donde no estaban bajo el yugo del modelo biomédico que, durante la pandemia, desautorizó y subestimó todos los conocimientos y tratamientos alternativos que se apartaban de su paradigma o cuestionaban las lógicas de prevención, atención y tratamiento del virus.

Las condiciones bajo las que atendían limitaban su eficacia, pero, a la vez, eran la razón por la que ellos estaban a cargo de este espacio: nadie más de la ciudadanía pucallpina se atrevió a hacer lo que ellos hicieron. Lo que ellos hicieron al tratarme fue una forma de humanitarismo que trascendía las barreras culturales, la mirada hacia mí como un otro o un aliado estratégico. Solo al dejar la posición de investigador, pude captar, desde mi vulnerabilidad, los niveles de apoyo que brindan estos activistas. El uso de plantas, como una novedad inicial que me atrajo a ellos, pasó a segundo plano con el trato que recibí. Este trato me permitió comprender el trasfondo de sus acciones, la contribución totalmente excepcional de su propuesta al tratamiento de enfermedades como la COVID-19, que esconden una dimensión totalmente insospechada para el ojo biomédico: la afectación psicológica, social y espiritual que recae como un virus igualmente invisible, pero que está ahí, que afecta a todos, y que se recrea en el miedo al mal y el aislamiento de los enfermos.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación toma el caso del Comando Matico y su contexto (geográfico, cultural, social, económico y político) para analizar desde una mirada amplia las condiciones bajo las que se ha gestionado la salud de quienes fueron invisibilizados, marginados e, incluso, subestimados por un Estado que durante la pandemia falló en su estrategia sanitaria centrada en la prevención del contagio de la COVID-19. El Comando Matico, como colectivo liderado por ciudadanos shipibos en el ámbito urbano, creó desde su mirada crítica y sus actos de insubordinación hacia las medidas de cuarentena y distanciamiento social, una propuesta de salud intercultural totalmente disidente de las directivas dadas por la OMS y el modelo biomédico frente a este desconocido virus, colocando el cuidado y el acompañamiento de los enfermos, a toda costa, en el centro de su estrategia.

Los miembros fundadores de este colectivo se reconocen como shipibos que viven en la ciudad. Migrantes amazónicos que se adhieren a la noción de “pueblo”, que une sus destinos al de otras familias mestizas que, como ellos, dependieron totalmente de la cooperación y la solidaridad para atender a sus enfermos. Al igual que los activistas del Comando, muchas familias pucallpinas viven bajo condiciones materiales precarias en los grandes asentamientos humanos que conforman más de dos tercios de esta joven ciudad. Son estas familias, indígenas y no indígenas, las que buscaron soluciones alternativas para salvar las vidas de sus familiares.

Sin embargo, el factor diferencial que permitió que la iniciativa de Comando Matico COVID-19 se consolide como una respuesta ciudadana ante la COVID-19 en Pucallpa fue la capacidad de los activistas de organizarse en torno a su cultura, aun en un contexto urbano. Mejor dicho, de encontrar la forma de potenciar sus oportunidades de sobrevivencia, complementando su capital cultural shipibo con el capital cultural mestizo adquirido en la ciudad. Los miembros del Comando Matico saben hablar dos idiomas, moverse en y entre dos mundos. Saben estar en contacto con la experiencia que une sus vidas a la Amazonía, a la historia milenaria de su pueblo, que desarrolló un entendimiento profundo y complejo del bienestar del que se derivan las nociones de salud y medicina shipiba, su comprensión de la enfermedad y el uso de plantas con fines terapéuticos. De igual forma, estos activistas, saben aprovechar los conocimientos y herramientas que han adquirido en este proyecto

intergeneracional que los ha llevado a Pucallpa, donde se han convertido en profesionales, artistas y miembros influyentes de su pueblo en la sociedad local al frente de organizaciones indígenas y con otros interlocutores político-sociales.

Considero que los miembros del Comando Matico apuestan por construir una ciudadanía intercultural, donde sus identidades originarias no se diluyen bajo la presión de la sociedad mestiza, pero tampoco son desaprovechadas las ventajas y oportunidades que su vida en la ciudad les brinda. En estas circunstancias urbanas, sus cuerpos y sus discursos se han politizado, lo que les ha permitido hacer visibles sus luchas a través de una multiplicidad de medios y nuevas posicionalidades.

Así como ellos, el centro de atención primaria que crearon en pandemia fue un espacio intercultural donde el pensamiento shipibo dio forma a una propuesta de salud que complementó recursos vegetalista propios de su pueblo, con estrategias populares y recursos biomédicos para hacerle frente a la COVID-19. Quizás el primer reconocimiento de una interculturalidad de hecho en el contexto pandémico, fue comprender que, a pesar de las diferencias culturales, compartían el mismo destino de abandono y condiciones adversas junto a otras familias no shipibas en la ciudad de Pucallpa. Sus vidas estaban sujetas a las mismas dificultades, y eso animaba la necesidad de colaborar y trascender sus identidades de origen.

De este modo, convirtieron los cuidados interpersonales en una cuestión política de clase, no sólo étnica identitaria, en tiempos de pandemia. Transformaron, así, su derecho a una salud intercultural en una acción colectiva decolonial y crítica que demostró que la mirada shipiba de la salud es capaz de captar y atender cuestiones invisibles para el sistema de salud hegemónico: la dimensión psico-socio-espiritual del mal pandémico.

Las acciones del Comando Matico no solo revelan la autonomía con la que actuaron. Asimismo, dejan en evidencia la interdependencia en la que se desarrollaron todas las acciones de resistencia. Esta interdependencia se gestiona desde el colapso del sistema sanitario y llevó a los activistas a articularse con otros actores sociales, revalorando no solo la medicina vegetalista, sino también la noción de “pueblo”, como conjunto de intereses subalternos que, organizado, ha sido capaz de devolver la esperanza a muchas personas en un ambiente crítico que parecía promover el egoísmo como único medio de salvación en el

caos. Nadie se salvó solo. El Comando Matico democratizó los saberes conquistados para combatir a la COVID-19 sobre la marcha, devolviéndoles a los enfermos y familiares agencia sobre su propia salud. En un contexto donde el no saber cómo tratarse con los recursos disponibles era equivalente a una condena, generaron una sinergia que tendió puentes de auténtica práctica intercultural entre la población shipiba y mestiza.

Vidas sacrificables para el Estado y el Mercado

Este trabajo ha puesto sobre la mesa el origen estructural de la posición desventajosa durante la coyuntura pandémica que compartieron los indígenas urbanos, como minoría, con todos los migrantes que residen en los asentamientos humanos de Yarinacocha. En este capitalismo *gore*, tal y como lo entiende Valencia (2010), el lucro impera sobre el bien común bajo la permisividad —y hasta complicidad— de un Estado enano y débil que protege los intereses del poder privado, además de valerse del estado de excepción para justificar actos de corrupción que perjudican directamente la salud de los sectores más vulnerables.

Para Mbembe (2011), esto no es solo el resultado de una negligencia, sino una forma de decidir del poder privado-público. Esta decisión determina quienes viven y mueren en la guerra contra la enfermedad, valiéndose, incluso, como se ha podido notar en el discurso de los funcionarios del Estado, de la narrativa de los recursos limitados para ocultar las diferencias que se hacen a la hora de valorar las vidas y obtener irregulares beneficios de los presupuestos públicos. La pandemia convirtió las vidas de los pobres e indígenas en más sacrificables que otras. Estas vidas sacrificables son las que tuvieron que realizar actos heroicos que luego fueron alabados por los medios nacionales e internacionales, así como por los gobiernos locales y el poder central, sin visibilizar las condiciones inhumanitarias de desigualdad y discriminación estructural que convirtieron la heroicidad en una forma de sobrevivir al desamparo. Como afirmó Rafael García en una de las conversaciones para este estudio: “Mirábamos que el Gobierno nos está aislando para que ‘ya, cada uno que se vaya a morir’ ¿no?”.

Los detonantes sociales que empujaron a los miembros del comando a tomar una posición activa confirman las conclusiones a las que llegan Durand et al. (2020) respecto a la captura del sistema de salud peruano por el poder económico privado, y la *complementariedad negativa* entre funcionarios públicos y las empresas con las que se crean redes ocultas de poder que se valen del liderazgo político para robar el presupuesto público.

En este caso, el dinero que debió ser usado para articular iniciativas de la sociedad civil, como la del Comando Matico, a la estrategia sanitaria de la Diresa.

En este sentido, las respuestas de los activistas son el reverso, no solo de las falencias de la estrategia sanitaria intercultural para los PP. II. AA., sino también de toda la fragilidad institucional y voracidad de un mercado desregulado. Esto se debe a que los ciudadanos tuvieron que asumir el bien público colectivamente ante la pérdida de norte en las autoridades y la estructura social. Demostraron que la posibilidad de un cambio se encuentra de forma germinal presente en la sociedad civil, más que en las empresas, los colegios profesionales y las superestructuras sociales, tal y como concluyen Durand et al. (2020). Las organizaciones como el Comando Matico son la clase de iniciativas ciudadanas que tienen la perspectiva crítica necesaria para mostrar las patologías burocráticas e ideológicas del sistema de salud, pero, paradójicamente, son las menos escuchadas por las autoridades coludidas que tienen la necesidad de mantener el *statu quo* y rechazar las propuestas de cambio.

Las muertes indígenas no solo han sido fatalidades de la pandemia; han sido la consecuencia de una economía de los recursos limitados y del robo de los fondos públicos destinados a su atención. Esta economía se basó en los criterios que tuvieron que usar los agentes del modelo biomédico para elegir a quiénes tratar y a quiénes dejar morir. Eso significa que la cantidad de muertes son, en buena parte, la cuota que se ha pagado bajo la *necropolítica sanitaria* practicada en esta pandemia. La enfermedad viral generó una enfermedad moral, un conflicto ético entre los valores de cooperación y solidaridad frente a los del cuidado individual y el aprovechamiento económico de la tragedia, un fenómeno de desequilibrio social que fue claramente identificado por los activistas indígenas como un síntoma más de la COVID-19.

La disidencia política ciudadana en el origen de la propuesta

Tomar la salud en las propias manos en un contexto urbano como lo es Pucallpa ha sido, para los activistas shipibos del Comando Matico, una experiencia distinta en comparación de la seguida por sus paisanos shipibos y otros colectivos indígenas que se organizaron al interior de las comunidades nativas en un entorno rural.

La ciudad, incluso en sus márgenes, impone un orden social dictado por la cultura dominante, mestiza y criolla. Este orden se debilitó durante la emergencia sanitaria, dejando

grandes sectores, como los asentamientos interculturales de Yarinacocha, sin presencia institucional. Las brigadas de salud estuvieron ausentes durante gran parte de la primera y segunda ola. El hospital amazónico colapsó ante la demanda de atención. Las fuerzas del orden dejaron de recorrer los barrios. La iglesia dejó su labor evangelizadora, cerrando sus puertas ante el peligroso virus. Por su parte, el Estado aparecía en los medios de comunicación exigiendo medidas de bioseguridad sin ser capaz de estar presente para garantizarlas. Pretendía obligar a la población a cumplirlas, es decir, a ejercer su poder sobre ella, a pesar de que ese poder se había retirado de muchas formas, convirtiendo a los asentamientos en *tierra de nadie*.

En este sentido, reconquistar la soberanía sobre su salud fue una lucha que dio inicio rompiendo el confinamiento. Ellos tuvieron una lectura de la crisis que los llevó a posicionarse y a romper el acuerdo social respecto a lo que implicaba *cuidarse* de la COVID-19 bajo el enfoque promovido por el Estado y la estrategia oficial de la OMS frente al coronavirus. Instalando el *equivoco*, es decir, un entendimiento totalmente distinto y disidente de la forma de proceder ante esta desconocida enfermedad. Esto introdujo una cuestión de orden político en la salud, bajo el entendimiento de Ranciere (1995), de lo que es el desacuerdo como origen de una real política ciudadana, y no sólo de una imposición con apariencia de entendimiento entre las partes. El Estado les pedía obedecer las disposiciones de emergencia sin garantizar su salud ni la protección de sus vidas. Salir a recolectar plantas puso el desacuerdo intercultural (Ilizarbe, 2019) *sobre la mesa*. Si sus vidas no estaban garantizadas, tampoco la obediencia.

Por tal motivo, esta investigación califica su propuesta de salud intercultural como crítica, en el sentido que le da Tubino (2018), además de *disidente*, debido a que hubiera sido imposible para los miembros del Comando Matico plantear una propuesta alternativa y eficaz como la que desarrollaron desde sus conocimientos y saberes culturales sin confrontar y rebelarse al aislamiento y el distanciamiento social. Las múltiples declaraciones de los miembros del Comando Matico revelan que la crítica y lo disidente estuvo presente, no sólo en el sentido y posicionamiento de sus acciones, también en su discurso. Así es posible comprobarlo en los diálogos, entrevistas y relatos que dejan en evidencia las tensiones presentes con sus interlocutores (la Diresa, los municipios, representantes del gobierno

central), así como con la presencia de agentes del modelo biomédico dentro del Comando Matico. “Aquí no manda la OMS, aquí manda el Comando Matico” es una expresión que resume el necesario posicionamiento ante esas tensiones que caracterizo su propuesta intercultural: colaborar con otros sin por eso sacrificar la soberanía sobre sus acciones.

No solo negaron lo dispuesto por el poder estatal, sino que afirmaron, en su lugar, una lógica totalmente distinta de cuidados del otro. Los miembros del Comando Matico se rebelaron al poder del Estado y frente al poder biomédico. Este desacuerdo se convirtió en ruptura de la *validación* y el proceso de *negociación* que son necesarios, según Alarcón et al. (2003), para garantizar la legitimidad que dan los usuarios al servicio de salud que reciben. Desde su reflexividad, los activistas rechazaron la lógica que coloca el bienestar del individuo en el centro de la atención sanitaria, así como el criterio unicausal que pretendía explicar y limitar la pandemia al efecto del virus de la COVID-19 y sus síntomas físicos. Se afirmó, en su lugar, una mirada centrada en los cuidados y valores colectivos, donde los afectos y la cercanía cumplen un rol fundamental en el tratamiento (Ulfe y Vergara, 2021).

Las plantas y la COVID-19 son sujetos

Tanto para los activistas del Comando Matico, como para la población indígena en general, la conceptualización de la COVID-19 que hizo el modelo biomédico, afirmando que es un virus, les fue insuficiente para explicar satisfactoriamente todo lo que observaban que hacía esta enfermedad *en* y *entre* las personas. La enfermedad producía síntomas físicos, anímicos, alteraciones sociales y hasta espirituales. Observaciones empíricas que pasaron desapercibidas por los agentes de salud convencional o simplemente fueron consideradas irrelevantes frente a la estrategia de tratamiento y control de contagio que siguieron frente al coronavirus.

En cambio, para los shipibos, que consideraron el desequilibrio psicológico y social que venía generando la pandemia como componentes importantes de la COVID-19, esta enfermedad estaba más cerca de ser un espíritu maligno, un *yoshin* importado y creado por occidente, que ser una mutación imperceptible de una familia de virus. El colocar a la COVID-19 en el plano espiritual no impedía entender sus efectos sobre el cuerpo, sino que posibilitaba incluir todos estos aspectos olvidados por la mirada occidental.

Darle *persona* a la COVID-19, permitió que los activistas se plantearan una pregunta fundamental para dirigir sus acciones: *¿Qué quiere/busca el coronavirus?* Ciertamente, la respuesta a esta pregunta no podría solo incluir la sintomatología física, era necesario contemplar otros elementos como el miedo, el egoísmo, la disolución de los lazos de solidaridad, en suma, todo el desequilibrio generado.

Desde este entendimiento propio, crearon un tratamiento y un modelo de acompañamiento de la enfermedad que atendió lo que fue *invisible* para los especialistas biomédicos y los políticos criollos: el miedo, la pérdida de la esperanza colectiva y la apatía social.

Estas consideraciones me llevan a retomar las ideas de Menéndez (1994) respecto al lugar central que ocupa la salud en cada cultura. Solo viendo más allá de las prácticas o los recursos herbolarios podemos captar las cuestiones ontológicas, el pensamiento y los razonamientos propios de la mirada shipiba que ha sabido entender una enfermedad nueva para todo el mundo desde sus propios presupuestos, justamente, por sacar al individuo del centro y colocar a la colectividad en su lugar. Esta colectividad trasciende la idea de que solo existen relaciones sociales entre humanos. Además, admite, en el origen de la enfermedad, un sujeto, el *yoshin* de la COVID-19, que parece encarnar como intereses propios el desequilibrio mismo de la sociedad global y la civilización occidental. Esta “enfermedad venida desde muy lejos” es, en cierta forma, la esencia de esa otredad que los indígenas amazónicos conocen desde los márgenes. No sólo es un virus, es la enfermedad de occidente, su *yoshin*, su aspecto sombrío convertido en un ente que contagia los antivalores que corroen el bien común, promoviendo el sálvese quien pueda y el aprovechamiento sin escrúpulos en medio del caos.

Los miembros del Comando Matico retomaron el uso medicinal de ciertas plantas considerándolas como recursos y aliadas. Los activistas siempre hablaban de ellas como familiares olvidados, hermanos mayores a las que habían regresado para solicitar ayuda. Por eso, cada vez que extraían partes de alguna planta, se dirigían a ellas como a un alguien a quien debían pedir permiso y ayuda antes de tomar lo que necesitaran de ellas.

En cierta forma, bajo la lógica shipiba, el desequilibrio¹¹² generado por la COVID-19 ha podido ser contrarrestado gracias al fortalecimiento de los vínculos con las plantas y las relaciones comunales. Estos vínculos, en primer lugar, habían sido descuidados con la adquisición progresiva de los estilos de vida propios de la ciudad. Retomar el uso medicinal de los recursos herbolarios despertó afectos y memorias familiares, dándole sentido a sus acciones de cuidado: recordar lo que implica ser shipibos en esta gran farmacopea viva que es la Amazonía, aun en la ciudad, aun bajo la gran amenaza del coronavirus. Los miembros del Comando Matico salieron de sus núcleos familiares para reestablecer esas redes de cuidado, para compartir los conocimientos y recursos que los unió, alguna vez, en sus comunidades de origen.

Se podría decir que los activistas del Comando establecieron un diálogo con la enfermedad, al mismo tiempo que retomaban el diálogo con las plantas. La socialidad shipiba convirtió la lucha contra la COVID-19 en una batalla en la que contaban con las plantas como aliadas, frente a un enemigo que fue siendo comprendido en sus intenciones, en la medida, que lo hacían parte de sus vidas y se posicionaban antagónicamente a sus intereses.

El espacio del Comando Matico: enclave territorial shipibo para decolonizar la salud en la ciudad.

Un hecho fundamental en la consolidación de la propuesta del Comando Matico fue la adquisición de un espacio que fue totalmente administrado por los miembros del colectivo. Este evento posibilitó que una respuesta germinal se convirtiese en una propuesta efectiva que llegó a aspirar a convertirse en un modelo piloto de salud intercultural indígena en Pucallpa. Tener un espacio céntrico situó sus acciones itinerantes en un lugar donde fue posible invertir las relaciones de poder que existen normalmente entre la medicina tradicional y el modelo biomédico. En cierto modo, el centro de salud del Comando Matico se convirtió en *territorio* shipibo dentro de la ciudad, pues se constituyó bajo la soberanía administrativa y la elaboración de políticas que surgieron del poder organizado del núcleo del colectivo. Problematizando la noción estatal que restringe la territorialidad indígena al ámbito rural.

¹¹² Recordemos que la noción de enfermedad y mal está íntimamente ligada a la de desequilibrio en la cosmovisión shipiba.

Este suceso sentó las condiciones necesarias para desarrollar *políticas internas*, es decir, una estructuración formal e institucional de sus prácticas que fueron el resultado de la deliberación interna del colectivo. De este modo, los activistas pudieron delegar roles, establecer procedimientos e, incluso, resolver conflictos internos que surgieron entre el personal del modelo biomédico y el núcleo indígena. El poder ejercido por el colectivo en el centro de atención salvaguardó la iniciativa del intrusismo del paternalismo estatal y biomédico. Esto moduló las colaboraciones para que la presencia de recursos y especialistas biomédicos no se hagan presentes desde el poder y autoridad vertical de la que habitualmente están revestidos en los espacios interculturales frente a los especialistas de la medicina indígena.

Los discursos y disposiciones de la directiva del Comando Matico fueron asumidas como parte del funcionamiento regular de un establecimiento de salud de atención primaria en pleno centro urbano de Yarinacocha. Ahí, acudían tanto población indígena como no indígena, personas que estaban de paso por Pucallpa, así como investigadores y medios interesados en tan diferente propuesta. Algo que ayudó al ejercicio de cierta soberanía en el espacio del Comando Matico, fue el retroceso de quienes suelen ser los actores sociales que disputarían desde un lugar ventajoso la primacía del poder de este tipo de iniciativas en un medio urbano. No hubo una disputa, sino un relevo, la historia dio la oportunidad a los activistas de ser protagonistas y no decepcionaron al pueblo. Estuvieron en primera línea, como los médicos, y demostraron que su forma de hacer las cosas puede ser competente y efectiva aún en un contexto urbano, fuera de las comunidades a las que el Estado los relega para reconocer su identidad como indígenas.

Este evento puede ser entendido como un proceso de decolonización del poder biomédico dentro de la salud intercultural, en el sentido que le da Walsh (2009) a los movimientos insurgentes de la ciudadanía indígena en su proyecto de democratizar la sociedad nacional hacia formas-*otras* de concebir la realidad compartida. Así, para afirmar sus presupuestos ontológicos y éticos respecto a la salud, ha sido necesario luchar, incluso de forma interna, con las ideas de los agentes de salud convencional que sirvieron como voluntarios. Este doble movimiento, el de negar la imposición y afirmar lo propio en un espacio liberado, ha hecho posible que puedan reapropiarse de la *interculturalidad* bajo sus

propios términos, fuera de la agenda monocultural y neoliberal de la sociedad nacional. En consecuencia, han podido generar *nuevos diálogos* entre su sistema salud–enfermedad–atención y el sistema biomédico, el cual tuvo un lugar complementario para ellos, lugar que es habitualmente reservado para los “modelos alternativos de salud”, es decir, para los sistemas de salud indígenas. Esta situación es atípica en la construcción de la salud intercultural en el Perú y, más aún, en la gestión de la salud en ámbitos urbanos.

La propuesta de salud intercultural del Comando Matico se dirige a todo el *pueblo*, a esa “masa indiferenciada de quienes no tienen ningún título positivo, pero que, no obstante, ven que se les reconoce la misma libertad que a quienes los poseen” (Rancière, 1995). Es decir, a los ciudadanos pobres con los que compartieron una misma posición desventajosa en esta pandemia y que, al igual que ellos, necesitaron una propuesta que democratizara la salud frente a un mercado insensible de las carencias, que especuló con el oxígeno y las medicinas, convirtiendo la salud en un bien exclusivo.

La interculturalidad para el Comando Matico

Para el Estado, la salud intercultural es un aspecto más de la salud de los pueblos indígenas; si bien en el plano normativo, la pertinencia y transversalización de la interculturalidad en el sistema de salud busca integrar la medicina indígena, en la práctica las asimetrías de poder que sostienen el trato jerárquico hacia los usuarios y agentes de salud indígena, impiden la incorporación y el reconocimiento real de ese gran *otro*, que constituyen los intereses, saberes y representación de la multiplicidad de pueblos indígenas que habitan a lo largo y ancho de esta nación, *otredad* que carga con la memoria histórica de la discriminación y marginación de un Estado monocultural. A esto se suma que, las diferencias se convierten en desigualdades, no sólo por razones culturales, pues la calidad de la oferta de servicios de salud que se ofrece a la población rural e indígena es atravesada por otras problemáticas, tales como el pobre presupuesto, la falta de recursos humanos, las deficiencias en la infraestructura y la ausencia de un equipamiento adecuado en los centros de salud en estos espacios de salud destinados a la población indígena (Yon, 2017).

Esta situación debería animar la participación de iniciativas de salud intercultural originadas desde abajo, por las mismas organizaciones indígenas, sin embargo, existe una negativa de parte del Estado a reconocer los aportes de los practicantes de la medicina shipiba

e indígena amazónica, a pesar de que han demostrado comprender de mejor forma la manera de proceder frente al coronavirus en contextos donde la interculturalidad de hecho se hace presente, así como revelar puntos ciegos en la estrategia de atención y tratamiento promovida por el sistema de salud oficial, incluso en espacios considerados no indígenas por el Estado: las ciudades.

El sistema de salud público peruano arrastra el prejuicio propio de la lógica con que la OMS incorporó la “medicina tradicional” a los sistemas de salud de los Estados, valorando más sus aportes como una alternativa en aquellos lugares donde los médicos y otros especialistas del modelo biomédico no pueden llegar. Esto convierte el conocimiento indígena y a sus practicantes en meras prótesis del sistema “oficial”, recursos de bajo costo que se ubican siempre en el lugar más recóndito, en la última escala, alejados de los espacios donde se piensa la salud y se deciden las políticas sanitarias para todos.

La interculturalidad en salud, para el Estado, se vive en los márgenes civilizatorios. A pesar de la movilidad y migración de grandes sectores indígenas a las ciudades y distintos centros urbanos, la presencia de lo indígena se ha circunscrito legalmente a las comunidades en zonas rurales. De esta forma, interculturalizar la salud para quienes viven en territorios indígenas se ha convertido en una forma de salvar las distancias culturales entre un Estado que habla en castellano, piensa occidentalmente y actúa según las reglas del mercado, frente a un sector poblacional que se encuentra a medio camino entre el aislamiento y su inclusión ciudadana en el proyecto nacional.

Así, la interculturalidad en salud toma la forma de una “interfaz” que adapta los servicios de salud del modelo biomédico para acercarse a los usuarios indígenas. Es de esperarse, entonces, que esta interfaz roce los márgenes de la cultura del usuario, que apenas considere su lengua como el idioma al que debe ser traducida la estrategia sanitaria general, o que reconozca el valor de sus “plantitas”, como diría una funcionaria de la Diresa, para no caer en esa vieja fantasía colonial de que los indígenas no tienen formas propias de curarse.

Cuando los encargados de la interculturalidad en salud del Estado o los funcionarios de salud para los PP. II. AA. de la Diresa Ucayali tienen la oportunidad de conocer el pensamiento ontológico detrás del sistema de salud shipibo, pareciera que están ante un mundo de fantasía, que “respetan”, pero que no pueden tomar en serio. Eso implicaría, con

certeza, dejar entre paréntesis por un momento sus propios presupuestos ontológicos y epistemológicos. Pero, para que eso ocurra, deberían dejar a un lado el poder que nubla su entendimiento del otro, poder, que lo convirtió en un otro caracterizado por lo distinto, una distinción basada en el desconocimiento antes que en la comprensión de las diferencias. Estas diferencias se encuentran en la forma misma de comprender el mundo y de proceder frente a lo enfermo. De esta forma, la interculturalidad se transforma en una forma de ejercer el poder hegemónico de una forma velada, que disimula las distancias y las asimetrías. Y que, además, condena el proyecto intercultural en materia de salud a no tocar cuestiones de fondo entre el modelo biomédico y los sistemas de salud indígenas.

En cambio, para los miembros del Comando Matico, la interculturalidad ha tenido otros fines. Ha sido una herramienta para conectar sus recursos con los de otros, de tejer puentes para desarrollar una medicina popular, basada en los conocimientos pluriculturales propios de un país multiétnico. Para ellos, potenciar su tratamiento ha sido una cuestión fundamental que ha propiciado las colaboraciones con el modelo biomédico. Esto ha sido un proceso de ensayos constantes, de ajustes en las recetas de vaporizaciones, y de incorporación de procedimientos de evaluación biomédicos para llegar a diagnósticos cada vez más precisos.

Los miembros del Comando Matico hablan en shipibo y en castellano, tienen este doble acercamiento hacia el otro. No necesitan una “interfaz” intercultural para darse a entender. Su doble condición como indígenas y migrantes les permite moverse entre mestizos y paisanos. Se relacionan con otros migrantes, pucallpinos como ellos, con quienes comparten las mismas condiciones materiales en la ciudad, como iguales. Para ellos, esto es el “pueblo”, la igualdad en el desamparo y en la lucha por mayores oportunidades en la urbe. En ese sentido, lo intercultural del método es transcultural en la acción; se dirige a todos los que necesitan cooperar para lograr su supervivencia. Reconocen que el poder curativo de las plantas es un bien que debe dejar de ser folklorizado o restringido al ámbito de los pueblos indígenas. Las plantas son un bien común de la población amazónica, uno que debe ser investigado, difundido e integrado.

La interculturalidad que promueve el Comando Matico es distinta, no solo por sus ideas o prácticas, lo es fundamentalmente por la forma de posicionarse frente al poder de sus interlocutores, por no sacrificar su soberanía en pro de la adquisición de recursos.

Este posicionamiento ataca, justamente, aspectos postergados por la interculturalidad funcional del Estado y otras iniciativas. Pues problematizan la forma que toma el poder en la salud, reconocen que detrás de las prácticas y cuidados hay decisiones políticas, y detrás de esas decisiones, ideologías que marcan una línea de pensamiento.

Al pasar de la desconfianza a la reflexión, lo que han logrado los miembros del Comando Matico es *subjetivar* los presupuestos que son presentados ante ellos como un conocimiento objetivo y, a la vez, como un mandato, “la forma correcta de proceder ante la COVID-19”. Cuando Mary Araujo, voluntaria del Comando Matico, menciona que el aislamiento de los enfermos termina siendo una medida pensada para cuidar a los médicos más que a los que padecen la enfermedad, está quitándole el halo de incuestionables a los protocolos establecidos por el enfoque biomédico frente al coronavirus. Así, fue posible elegir que aportes y actitudes de la cultura biomédica eran admisibles en el espacio de atención y cuales quedaban excluidos por considerarse antagónicos a las lógicas seguidas por el colectivo.

Esta desconfianza de ciertas prácticas biomédicas seguidas en pandemia, no es una mera reacción a la discriminación histórica, pasa por una reflexión y una toma de consciencia, un agenciamiento que responde afirmando algo totalmente distinto al lugar que se les propone tener desde la mirada hegemónica. Ellos no son lo que el Estado espera que sean, y es justamente por eso que pueden llegar a nuevas respuestas colocándose a sí mismos bajo el liderazgo de un espacio donde los subalternos son los agentes del modelo biomédico, agentes que decidieron aceptar las políticas internas del Comando Matico para establecer alianzas con el colectivo en beneficio de los usuarios de este servicio.

La interculturalidad se problematiza en espacios indígenas

La mirada de la salud shipiba, ubicada en los márgenes del Estado, del capitalismo y de la globalización del modelo biomédico, tiene mucho que enseñar al modelo global de civilización respecto a lo que está enfermo y en desequilibrio, bajo su entendimiento holístico

de la salud. Los shipibos entienden la aparición de la COVID-19 como un síntoma más de una crisis social de larga data que se ha presentado como colonialismo, invasión, desplazamiento; es una manifestación más de las relaciones de poder asimétricas entre las culturas sobrevivientes y el poder colonizador. Este desequilibrio se configura como desacuerdo intercultural. Atender a los enfermos de COVID-19, sin importar su procedencia o su identificación étnica, fue una acción política frente a este desacuerdo impuesto. De esta forma, la salud, la enfermedad, el trato y el tratamiento al ingresar en las lógicas de pensamiento del Comando Matico revelan ese intrincado camino lleno de puentes entre lo político, la salud, lo intercultural y lo que trasciende las divisiones: la solidaridad entre los iguales.

En relación a esto, cabe preguntarnos: ¿para quién es la salud intercultural?, ¿para los indígenas solamente?, ¿el diálogo entre los conocimientos de salud de distintas culturas solo es beneficioso para una de ellas?, ¿qué impide al Estado pensar la salud intercultural más allá de la pertinencia y adecuación de los servicios sanitarios para la población indígena?, ¿por qué el Comando Matico ha tenido un reconocimiento simbólico en el discurso de representantes del gobierno local y regional, pero no han sido considerados como una experiencia útil para elaborar un plan piloto de salud intercultural popular para la ciudadanía amazónica? Estas preguntas tocan justo en los *espacios de desacuerdo*, en el escotoma político y epistémico de la cultura dominante.

Falta mucho para que llegue el momento en que un *onaya* y un médico convencional puedan sentarse a discutir la salud y la interculturalidad en espacios hegemónicos de la salud sin que la dominancia que ejercen los representantes del modelo biomédico termine imponiéndose y omitiendo la disidencia. Son necesarias aún muchas reformas en el sistema de salud para que las familias que practican una medicina popular amazónica, como las que pertenecen los miembros del Comando, puedan profesionalizar sus acciones y recibir una retribución económica que les permita dedicarse a desarrollar más su propuesta.

Es necesaria una reforma del Estado para que las decisiones políticas en el tema sanitario puedan tener una cuota de poder y representatividad de los especialistas en salud de los pueblos amazónicos a todas las escalas. Para esto, es importante crear espacios de intercambio donde el poder recaiga más sobre los que siempre son “los invitados” a

colaborar, es decir, sobre los mismos ciudadanos indígenas. Para que esto sea posible, es crucial la autocrítica institucional y un reconocimiento, no solo simbólico, sino fundamentalmente en la distribución del poder en el sistema de salud, que posicione los liderazgos indígenas en materia de salud en el lugar donde se elaboran las políticas sanitarias para la población indígena y para todos los peruanos.

Sin embargo, estas sugerencias no son nuevas, lo que indica que existe una resistencia de la clase política criolla a soltar el poder que detentan en todas las esferas. El rechazo al poder indígena es latente; por esta razón, la convulsión y el estallido social que ha precedido a la pandemia en estos últimos años ha tenido un matiz identitario. Los indígenas migrantes, como los activistas del Comando Matico, que son invisibilizados en las ciudades por el Estado peruano, saben que el único capital cultural con el que cuentan está en sus cuerpos y saberes, los cuales se politizan y se convierten en formas de resistencia y disidencia.

Debido a esto, muchos activistas shipibos reconocen la importancia de la afirmación de la identidad y de los saberes propios. El fortalecimiento y reconocimiento de su sistema de salud y de su cultura es un paso previo sin el cual los llamados diálogos interculturales servirían solo para invisibilizar la situación de subalternidad y las relaciones asimétricas de poder bajo las que se desarrollan esos encuentros. Al respecto, Willian Barbarán, miembro del Comando Matico es muy elocuente:

Ese término, salud intercultural, de interculturalidad no tiene nada, en términos de gestión pública. Igual educación intercultural bilingüe. ¿Por qué no podemos hablar de salud indígena o de salud shipibo en vez de salud intercultural? Que no es nada malo sólo que la salud indígena fortalecería nuestra medicina ancestral para dar en el segundo nivel el paso a una relación o una salud intercultural. Hay que fortalecer la salud indígena, hay que interiorizar, fluir entre nosotros [dirigiéndose a los participantes indígenas de la mesa de diálogo]. Estamos hablando intercultural, pero en el interior somos vacío, ósea en términos de salud indígena.

Para Barbarán, la interculturalidad, tal y como se plantea actualmente, es *vacía*; requeriría fortalecer la parte indígena de forma previa ante cualquier intento de complementación. Frente a esto, Barbarán invita a sus paisanos a organizarse *entre nosotros*, es decir, unir fuerzas y crear organizaciones en el ámbito de la salud que respondan a los

intereses indígenas y que sean capaces de ser interlocutores del Estado, así como mantenerse firmes en cuestiones de fondo. Lo intercultural aparece como un componente en el discurso frente al otro, que enmarca las interacciones y coloca la negociación entre las partes bajo la noción de relación entre culturas distintas, bajo la consciencia de que las diferencias culturales deben ser resaltadas para evitar entrar en una interacción monoculturalizada. Estas relaciones de poder asimétricas entre una cultura y otra instan a la cultura más débil a ocultar su identidad y a adoptar las formas hegemónicas de la dominante. Sin embargo, no son las culturas en sí mismas las que interactúan como entidades abstractas en los diálogos interculturales. Son las personas y, de forma más precisa, los representantes culturales investidos de poder simbólico quienes se sientan a dialogar y negociar. La historia de poder que ha determinado la dominación de una cultura por la otra precede a cada uno de estos representantes, una historia que no puede ser dejada de lado a través de gestos diplomáticos o medidas legales. Esta historia confiere o quita poder, y termina “inclinando la mesa” siempre del lado hegemónico. No se trata, entonces, de que el Estado o la biomedicina le “den el poder” o “algo de poder”, incluyendo a los subalternos, a los especialistas y activistas indígenas, en sus mesas de trabajo. El primer movimiento debería ser reconocer que ha habido una sustracción de soberanía, de autodeterminación, de los pueblos indígenas ante el teatro del mundo y de la sociedad nacional. *No es un dar, sino un devolver.* Para los indígenas, este devolver no puede ser posible bajo una supuesta “horizontalidad” o un “respeto mutuo”, ni mucho menos bajo una adecuación o pertinencia intercultural. Los miembros del Comando Matico son plenamente conscientes de que pueden y deben liderar espacios para así introducir nuevas perspectivas en la salud intercultural.

El ejercicio del poder: una variable ineludible en la construcción de formas alternativas de salud

La experiencia del Comando Matico tuvo como fin atender a los enfermos por COVID-19 valiéndose de un tratamiento mixto (plantas y medicamentos convencionales), y un trato familiar que es parte de la concepción misma que tiene el pueblo shipibo de los cuidados y el restablecimiento de la salud como un proceso que involucra a todos en la comunidad. Sin embargo, nada de esto habría sido posible si las acciones del Comando Matico se hubieran concentrado solo en los cuidados hacia los enfermos y en la creación de

una propuesta intercultural en salud. En ese sentido, han sido claves las estrategias de los activistas para lograr acuerdos con los interlocutores sociales en la ciudad y para visibilizar sus acciones en los medios. Este orden de acciones ha sido considerado por el mismo Jorge Soria, presidente del Comando Matico, como “hacer política”.

Gracias a esta política, el Comando Matico consiguió un local en una zona céntrica de Yarinacocha. También, recibió donaciones que llegaron gracias a la gestión del colectivo frente a las ONG; simpatizantes académicos de sus causas; e instituciones, como Movistar, que terminaron apoyando y simpatizando con su causa. Estas acciones políticas generaron una red de aliados que ha conectado a los activistas del Comando Matico con espacios capaces de responder a su pedido de ayuda durante la pandemia y, a falta de un verdadero compromiso del Estado, con quienes los diálogos interculturales en beneficio de su causa han sido efectivos.

Si rastreamos el origen de esta actitud positiva hacia el intercambio y la colaboración, podemos encontrar, en los mismos mitos shipibos de creación de la cultura, la idea de que todo el conocimiento para subsistir en la Amazonía ha sido donado a los shipibos por otros. Estas donaciones forman parte de la capacidad de establecer relaciones sociales con las plantas, los animales, los espíritus y otros pueblos, quienes los ayudaron a aprender todo lo necesario para vivir bien en la selva.

De igual forma, las acciones políticas del Comando Matico parten del reconocimiento de que el otro puede ser un aliado, una actitud que encuentra respuesta tanto en los orígenes míticos pueblo shipibo, así como en la condición subalterna actual que ocupan los migrantes indígenas en las periferias de la ciudad. Para sobrevivir, es necesario colaborar y aprender de los otros, así como ofrecer lo propio para crear lazos de cooperación y ayuda mutua.

Los miembros del Comando Matico democratizan lo que saben y no buscan ocultar sus conocimientos como las familias de *onayas*. Esto los ha llevado, incluso, a ser criticados por sectores más tradicionalistas de la medicina shipiba, que consideran que los activistas no cumplen con los requisitos para compartir tratamientos con plantas. Otros shipibos, que viven en comunidades nativas, tienen críticas hacia los miembros del Comando Matico, ya que consideran que sus estilos de vida, ciudadanos y permeados por el mestizaje, les quita autoridad para hablar de medicina o, incluso, para autoidentificarse como “indígenas”. Sin embargo,

es esta apertura a los otros, así como a compartir sus conocimientos, lo que ha posibilitado su supervivencia en un medio tan adverso como lo ha sido la periferia urbana durante la pandemia.

Los miembros del Comando Matico saben que el intercambio no tendría por qué quitarles su esencia ni perjudicarlos si ellos no están dispuestos a ceder el poder de su liderazgo. Saben sentarse con quien sea y negociar, sin ceder, por eso, su perspectiva. Todas sus luchas fuera y dentro de la ciudad los han curtido respecto a los intereses de los otros; su alejamiento geográfico de los grandes escenarios del mundo no les impide tener una consciencia de ellos y de ser autoconscientes de su posición en la sociedad global.

No existió contradicción entre el ánimo de ser protagonistas de su propuesta y crear alianzas beneficiosas para su causa. Una frase que resume este posicionamiento fue la exclamación de Jorge Soria, presidente del Comando Matico: “¡Aquí manda el Comando Matico!; ¡no, la OMS!”. Palabras que usó Jorge para dirigirse al resto de sus compañeros del colectivo, cuando un enfermero quiso que separen a un activista shipibo por haber contraído el virus. La exclamación de Jorge se sitúa en el ámbito del poder, y no por eso deja de estar en el terreno de la salud y la crisis de la COVID-19. *Mandar* es el ejercicio del poder en un espacio y un grupo humano, es ocupar el rol de liderazgo y saber, a la vez, imponerse en una disputa. Pero ¿Qué respalda este poder de *mandar* para el presidente del Comando Matico? Es fundamentalmente el acuerdo interno respecto a la posición del Comando Matico, una posición que además contó con un territorio: el centro de atención en Yarinacocha. Gobernarse a sí mismos fue lo que lograron a través del uso de la política para la consecución de sus fines en materia de salud.

Ejercer el poder de autodeterminarse, aun en una situación de colaboración intercultural, ha sido fundamental en la formación del carácter colectivo del Comando Matico. Esto no buscó plantear una situación artificial de horizontalidad, donde ambas partes se complementarían bajo un ideal simétrico; por el contrario, fue expresado para dejar en claro que la máxima autoridad en este espacio les pertenecía a los activistas shipibos, incluso, oponiéndola a la que pudiera tener la OMS a través de los representantes del modelo biomédico presentes.

Jorge Soria entiende que el enfermero que cuestiona la presencia del activista enfermo no solo es un especialista del modelo biomédico o un aliado; hay otros niveles fuera del ámbito local que se están considerando. También, es un “representante” de la OMS, una organización que ejerce una política propia en el campo de la salud, desde el ámbito internacional. Regula, desde un lugar central en el mundo, todas las acciones sanitarias para luchar contra la COVID-19, incluso, lo pretende hacer en el centro de atención primaria del Comando Matico, en los márgenes mismos de la globalidad.

Las declaraciones de Soria no esconden ninguna ingenuidad. Lo que está defendiendo son las políticas internas y los protocolos de acompañamiento del enfermo, los cuales no se limitan a los pacientes, porque también se aplican a los miembros del equipo. Defiende la postura institucional disidente, que no enfatiza la evitación del contagio, sino la superación de la enfermedad. Incluso, defiende el método que han seguido en la adquisición de un saber sobre la COVID-19, *familiarizándose* con el mal, siguiendo la misma lógica que los shipibos han usado ancestralmente para entender el comportamiento, la naturaleza y la *personalidad* de otras entidades desde su pensamiento perspectivista.

El impacto de las acciones del Comando Matico, como una propuesta *sui generis* en salud, ha requerido de una inversión en las relaciones de poder que existen entre los indígenas y los mestizos al momento de colaborar de cara a un objetivo. Los mestizos que conformaron parte del Comando Matico sumaron de forma técnica, ya sea como comunicadores, enfermeras, o incluso médico, no fueron los protagonistas ideológicos de las acciones, sino que ayudaron desde su capital cultural a acercar la propuesta a espacios no indígenas o bien a perfeccionar sus procedimientos de atención a los enfermos. Esta inversión en los roles fue posible gracias al repliegue de las fuerzas estatales y de otras instituciones ante el virus. Sin embargo, fue el saber legitimado en la práctica, descubrir formas efectivas y alternativas de tratar la COVID-19 lo que hizo valer el liderazgo shipibo en “tierra de nadie, es decir, su eficacia para ocupar lo desatendido les dio la legitimidad necesaria para que las familias confiaran en ellos y siguieran sus métodos de tratamiento *casero*, para los que contar con una cocina y las plantas propias de la zona era suficiente para atender los principales síntomas del coronavirus.

El Comando Matico no quiso disimular bajo un discurso de horizontalidad la necesidad de liderar ellos la construcción de la interculturalidad. Al fin y al cabo, son ellos los que pusieron el cuerpo y sus vidas en riesgo al ensayar una respuesta en medio del caos y el abandono. Su experiencia afirma, en oposición a la mirada de supuesto respeto y horizontalidad entre las culturas que propone la interculturalidad funcional del Estado, que los indígenas pueden y deben ocupar un lugar central, incluso con mayor poder que los especialistas del modelo biomédico para que se lleguen a desarrollar formas-*otras* de concebir la salud para todos y todas.

Estas formas-*otras* tienen, en su germen, el uso de plantas o algunos recursos médicos alternativos como anteriores iniciativas interculturales promovidas desde el Estado; sin embargo, es la lucha “por lo invisible”: el pensamiento y las lógicas propias de un sistema de salud indígena que tiene otros presupuestos ontológicos y sociales para determinar qué es lo enfermo, cómo abordarlo y de qué manera complementarse con modelos aliados el principal capital cultural, político y epistemológico defendido por el Comando Matico. Los aspectos inmateriales, que se ubican en el núcleo del paradigma de bienestar en el shipibo, son los que han logrado adquirir estatus de protocolo sanitario, estrategia intercultural y posicionamiento mediático del Comando Matico.

Esto nos enseña que el Estado peruano y las instancias públicas deben dejar de pensar la complementariedad entre sistemas de salud solo en el nivel de los recursos herbolarios y la articulación de los agentes de salud indígenas, los indígenas merecen un lugar protagónico al momento de re-pensar la salud y ofrecer críticas a las distintas suposiciones culturales de las que parte el modelo biomédico.

La propia historia demuestra que, para el desarrollo de un sistema de salud público, el modelo biomédico ha necesitado ejercer un poder vertical hacia los sistemas alternativos de medicina y, así, promover la expansión y su articulación con especialistas de la medicina tradicional. ¿Por qué tendría que ser distinto si queremos crear formas-*otras* de salud que puedan partir de razonamientos culturales distintos? Perderle el miedo o la desconfianza a la dominancia indígena en los procesos de creación de modelos interculturales de salud parece ser una conclusión importante de la experiencia del Comando Matico: dejarse atender e instruir, es decir, ocupar el lugar receptivo y hacerse a un lado para que el otro lideré. Proveer

de los recursos materiales, y dejar que surjan experiencias de intercambio donde los razonamientos sean dados bajo las lógicas-*otras* que dan forma a las prácticas y el saber médico de la medicina indígena amazónica son actitudes necesarias para que los indígenas comiencen a tomar en serio y darle legitimidad real a las intenciones de los agentes de salud del modelo biomédico y a los representantes del Estado peruano.

Así, sería posible replicar las condiciones que hicieron posible el surgimiento de una propuesta de estas características. Este vacío en el poder estatal y la cultura biomédica debido a la incapacidad de respuesta y crisis sanitaria durante la emergencia sanitaria constituyó paradójicamente una oportunidad para activistas, como los del Comando Matico, que al hacerse cargo y tomar la salud en sus manos, tuvieron la posibilidad de organizar, incluso en la ciudad, un espacio hostil hacia lo indígena, una iniciativa de resistencia ciudadana.

Siendo el poder hegemónico el que se replegó y no sólo la estructura, quedaron recursos que, a falta de un representante del orden acostumbrado, pasaron a ser aprovechados por quienes estuvieron dispuestos a habitarlos y por lo tanto a administrarlos. Uno de estos poderes, el de la iglesia católica, que ha cumplido un rol importante en la dominación indígena a través de la evangelización, fue el que dejó que el grupo de activistas shipibas hiciera uso de un lugar clave y estratégico para su iniciativa. El arzobispado de Pucallpa reconoció en este caso, el poder emergente que se venía organizando, dando paso a nuevos protagonismos que, ya posicionados en el campo de la atención, defendieron su liderazgo para hacer prevalecer sus planteamientos.

El repliegue del poder hegemónico ya no puede darse tal y como se dio en un estado de excepción; debe surgir de la reflexión y del reconocimiento de lo vivido. Por usar un término de Néstor Paiva, activista del Comando Matico, el Estado peruano y el sistema de salud deben dejarse “shipibizar” para multiculturalizarse. En ese sentido, la decolonización de la salud, también es dar paso a una *contracolonización* a partir de las iniciativas shipibas en el campo de la salud pública.

El respeto que desean los miembros del Comando Matico empieza por reconocer el gran aporte a la salud peruana que ha significado la aparición de colectivos indígenas que se encargaron de atender una demanda de cuidados y tratamiento que el Estado ni la biomedicina pudieron cubrir durante la pandemia. Esto no solo sucedió por falta de recursos,

conocimiento o la privatización del bienestar, sino también por la comprensión que pudieron tener de esos grandes puntos ciegos que tuvo la lógica de la estrategia biomédica en el entendimiento de la pandemia: los síntomas psicológico-sociales resultantes del miedo a una enfermedad desconocida, el aislamiento y el distanciamiento social; así como, la consecuente atomización del tejido social y la necesidad de liderazgos ciudadanos que vuelvan a empoderar a las desesperadas y desesperanzadas familias de los sectores más populares respecto a la gestión de su salud y la capacidad de organizarse para salvar la vida de sus familiares enfermos. Los miembros del Comando Matico lograron percibir estos puntos ciegos y atenderlos gracias a la firmeza con la que defendieron su forma de proceder ante la enfermedad.

Si todo esto que mencionamos fue tan relevante en el medio local en el que se desarrolló la propuesta del Comando Matico, cabe hacernos la pregunta, ante el cese de actividades de este colectivo pasado el tiempo de pandemia: ¿acaso el Comando Matico dejó de ser necesario?; ¿su nacimiento en pandemia predestinó su término cuando la COVID-19 dejó de representar la amenaza de antes?; ¿ahora que, por fin, el modelo biomédico encontró la vacuna para inmunizarnos ante el coronavirus, todos los otros métodos y las experiencias como las del Comando Matico quedaron en el olvido?

Considero que, si nos quedamos en la superficie, es decir, en las fórmulas para tratar la enfermedad de la COVID-19 con plantas y medicinas convencionales que se desarrollaron en el Comando Matico, su experiencia puede ser limitada a la emergencia sanitaria y a una revalorización momentánea de la medicina vegetalista ante el colapso del sistema sanitario. No obstante, el periodo de atenciones en el Centro del Comando Matico, en el espacio tomado en la parroquia, fue un lugar donde no solo se experimentó con el tratamiento; también se desarrollaron protocolos de atención y trato, un ecosistema de cuidados familiares y un entendimiento propio de la enfermedad que fue consolidándose desde la praxis. Estos aportes se sitúan en el terreno de lo inmaterial, y revelan la vitalidad y vigencia de los razonamientos que nacen de las lógicas de salud que se encuentran en el núcleo mismo de la cultura shipiba, así como de la posición estratégica de los shipibos urbanos en el tejido social.

Los miembros del Comando Matico operacionalizaron lo que otras iniciativas mantuvieron en el plano de lo espontáneo y lo empírico. Tuvieron la intención, en un

momento de despliegue, de poder generar un organigrama y protocolos para que su experiencia pudiera ser replicada, tomada en serio por sus interlocutores burócratas del sistema de salud. Dicha contribución está presente en este estudio, que, además de ser una etnografía, es también una investigación comprometida con la lucha de quienes han hecho política desde la salud en tiempos de pandemia.



Epílogo

Agonía del Colectivo y cese de actividades

Cuando aterricé el 15 de abril del 2021 a Pucallpa para mi trabajo de campo junto al Comando Matico, llegué en un momento en el que no solo había menos pacientes internados en el Centro, sino en el que la organización que encontré en mi primer viaje a inicios del año se había relajado debido al reinicio de las actividades laborales y a la necesidad misma de los activistas de retomar sus trabajos. Shimpukat, que me recogió del aeropuerto en el motocar del Comando, me comentó que habían recibido una mala noticia, pues la alcaldesa de Yarinacocha, quien les había prometido un nuevo local, destinándoles un terreno para su uso, había caído presa al ser denunciada por malversación de fondos de la municipalidad. Este tema dejó al equipo del Comando al aire y sin poder hacer ningún reclamo hasta que las cosas se calmasen en la municipalidad de Yarinacocha.

En el centro de atención en la parroquia, ya no se cumplían los turnos de todos los voluntarios; de los 16 que figuraban en la hoja pegada en el periódico mural, por lo menos, la mitad había dejado de asistir al centro, participar de las reuniones de coordinación y atender a domicilio. Gran parte, debido al reinicio de sus actividades, como periodistas, artistas, curanderos, cineastas o profesores EIB. El pequeño grupo que había quedado estaba dividido de dos formas sencillas:

El primer grupo conformado por Mery Fasabi, Mary Araujo y Richard Soria eran los que pasaban la mayor parte del tiempo en el local con los pacientes internos o bien yendo en el motocar del Comando Matico, manejado por Darío Macedo, a ver a los pacientes que atendían domiciliariamente; eran principalmente visitas de seguimiento. Ninguno de los pacientes que vimos se encontraba grave; todos tenían un proceso viral controlado.

El segundo grupo, conformado principalmente por Jorge Soria, Néstor Paiva y, en algunas ocasiones, Alexander Shimpukat, se encargaba de declarar a la prensa, buscar apoyos y participar de actividades públicas, pues, para esta época, los miembros del Comando Matico solían ser invitados a muchos eventos políticos, que ellos aprovechaban para denunciar la falta de apoyo real de parte de las autoridades, siempre bajo el discurso de que gracias al Comando Matico se habían salvado muchas vidas y que, sin embargo, no han

recibido el reconocimiento necesario, pero sin dejar entrever a que reconocimiento específico se referían.

En una reunión con el equipo, entre Néstor, Mary y Jorge, estando en confianza, me expresaron su malestar por la falta de reconocimiento, incluso de parte de algunos pacientes. A continuación, un pasaje de la conversación que ellos me dejaron compartir para ejemplificar esta problemática de fondo:

Jorge Soria: *Pero a mí me dio más cólera... paciente que estaba en el comando y le mandan apoyo del extranjero, en mi delante pagó 1500 soles a la clínica...para ese paciente, entonces yo decía: “como quisiera que en el comando me paguen así” y ese paciente se sanó en el Comando, no se sanó en la clínica, esos 1500 se fue al agua, se sanó en el Comando, demoró un poco, pero yo vi que podríamos comprar bastantes víveres, medicina...hacía falta*

Mary Araujo: *pasajes también, cuántas veces de mi bolsillo he ido a comprar de mis bolsillos, porque supuestamente no tenían...me iba, me daba pena, vamos a comprar...*

Jorge Soria: *nosotros cuántas veces hemos comprado [medicinas, alimentos] no le voy a decir que no...*

Mary Araujo: *yo también cuando estaba en guardia he ido a comprar, a veces le mandaba diciendo vaya a comprar.*

Estos diálogos reflejan la impotencia de los activistas, quienes, pasando una situación económica precaria, tenían que experimentar esta clase de situación, relacionada con la incomprensión de los mismos pacientes. Lo mismo afirmaban de las organizaciones indígenas, que prometieron apoyar y muchas veces esas promesas no se cumplían. En otro momento, durante esta conversación, les pregunté si se sentían que habían sido reconocidos por su esfuerzo lo que abrió una serie de temas:

Jorge Soria: *al menos que nos reconozcan ¿no? Que digan, gracias por su lucha, su entrega...*

Néstor Paiva: *pero nunca hubo eso, un reconocimiento...*

Mary Araujo: *Yo quisiera un reconocimiento donde el pueblo lo sepa, no solo un grupo, que el pueblo lo sepa, reconocimiento a C.M por la labor que ha hecho en*

época de Pandemia, pero que sea al pueblo en general, no solo a un grupo, no a COSHIKOX¹¹³, no a FECONAU¹¹⁴ sino a todos en general...de qué vale que FECONAU nos haya reconocido... en nada. No sólo el pueblo shipibo, hemos atendido mestizos también.

Néstor Paiva: *la mayoría somos independientes, trabajamos independientemente y Darío, Richard y Mery y junto a Isai son maestros, han dado todo su tiempo porque no estaban trabajando...cuando había Pandemia.*

Jorge Soria: *Ahora todo ha cambiado, no se les puede exigir que hagan su turno porque sabemos que ellos lo han hecho porque no había actividad laboral para ellos...*

Néstor Paiva: *Mery, después de meses, decía “qué bueno sería que nos paguen, yo dejo mi carrera del magisterio para dedicarme a eso”, eso es lo que ansiamos, por eso siempre quisimos, eso es lo que queremos.*

Jorge: *por eso es que no puedo dejar de estudiar, porque esto es un apoyo humanitario, pero no me va a dejar trabajo, tengo que estudiar, o quizás si [le dé trabajo]*

Hay dos cuestiones fundamentales que surgen en los diálogos como un malestar contenido por los activistas. Por un lado, la falta de un reconocimiento de la sociedad y sus instituciones; por otro lado, la necesidad de que este reconocimiento se tradujera en la transformación de su servicio voluntario en un trabajo pagado, el cual les permita dedicarse a atender personas, incluso dejando de lado sus otras ocupaciones, como bien lo menciona Néstor Paiva al citar a Mery Fasabi. **Los miembros del Comando Matico no se alejan de sus labores humanitarias por falta de vocación; lo hacen porque no pueden seguir sosteniendo a sus familias y, al mismo tiempo, dedicándose al activismo que venían realizando durante toda la pandemia.**

En otro momento, durante una conversación después de realizar las visitas domiciliarias de seguimiento a expacientes del Comando Matico, que se realizaron en abril del 2022 gracias al apoyo de la ONG Alianza Arkana, los miembros comentaron que, durante la primera ola, muchas de sus familias les recriminaban no estar en casa o exponerse al virus

¹¹³ Consejo Shipibo Konibo Shetebo, órgano de representación del pueblo shipibo

¹¹⁴ Federación de Comunidades Nativas del Ucayali (filial de AIDSESP)

en su labor humanitaria. También les decían que esta labor no les traía ningún beneficio económico en un momento donde no tenían ingresos y, para muchas de las esposas de los miembros varones del Comando Matico, eso significaba poner en riesgo la alimentación de sus hijos y, por consiguiente, su salud.

En esta reunión, Richard y Jorge recordaron que perdieron a su hermana en Lima, a pesar de estar atendiendo en Pucallpa a tantas personas y salvando vidas. Richard se recriminó por esto: “¿cómo no pudimos ayudar a mi hermana habiendo ayudado a tantas personas?”. El lamento de Richard y las quejas de sus familiares revelan una dimensión fundamental: la economía de los activistas. Sus limitaciones económicas les impiden, por ejemplo, apoyar a sus familiares que viven lejos de Pucallpa, o continuar con sus labores humanitarias sin comprometer el bienestar familiar.

El Comando Matico nunca pudo resolver este conflicto; mientras duró la primera ola, pasó desapercibido, pues las donaciones y los pequeños financiamientos de algunos cooperantes internacionales, así como el concurso de Movistar que ganaron permitieron sostener sus actividades y su seguridad alimentaria. Pero, una vez que pasó la etapa más difícil de la pandemia, pasó “de moda” apoyar a los colectivos sociales que surgieron con la crisis sanitaria. Ya no eran una prioridad ni estaban al frente de la lucha contra el virus que cobraba tantas vidas. Por eso, su iniciativa dejó de ser valorada y no pudo mutar, transformarse en una oferta de salud estable. Para ello, hubieran necesitado que el Estado los reconociera como una propuesta de salud intercultural efectiva.

Los agentes de salud del modelo biomédico, los funcionarios y demás autoridades que hablaron bien de la labor del Comando Matico siempre señalaron el aporte que hicieron con el uso de las plantas para el tratamiento, mas no de la labor de acompañamiento a los enfermos, que iba abiertamente en contra de lo establecido por todas las normas sanitarias oficiales. Esta situación crítica que los miembros me fueron revelando no me mantuvo al margen, sino que asumí un rol como aliado del sostenimiento del colectivo. Al igual que todos los investigadores que se acercaron al Comando fascinados por su propuesta, estuvimos en muchas actividades profundas, los ayudamos a redactar proyectos para posibles financiamientos y los apoyamos en cuanto actividad pública asistían. En algunos momentos, incluso, durante mi acercamiento a la Diresa, conversé con los funcionarios sobre su labor y la necesidad de que estas iniciativas ciudadanas sean articuladas a la salud pública, pero la

respuesta fue invariablemente la falta de presupuesto, que, como hemos podido constatar, no es necesariamente real.

En otro momento, un activista shipibo cercano al Comando Matico, que apoyó en algunas actividades, me comentó durante una entrevista que, si pudiera realizar una crítica a sus acciones, sería la actitud de confrontación que no favoreció el diálogo con autoridades en el Gobierno Regional o la Diresa, así como la falta de interés por los miembros de comunicarse mediante documentos formales, el lenguaje que usan estas instituciones. Yo lo pude comprobar personalmente, pues gran parte de lo que logró consolidar el Comando en materia de atención, tratamiento y hasta políticas de salud no se encontraba en ningún documento de la organización, todo era empírico y enunciado mediante el discurso de sus miembros. Por otro lado, cómo reclamarles el no ser más cordiales con las autoridades, a sabiendas de que estas fueron denunciadas por corrupción y malversación de fondos en esta pandemia.

Sin embargo, esta autenticidad e independencia que siempre quisieron conservar no fue compatible con posibles estrategias que seguramente hubieran implicado “casarse” con instituciones y ceder el liderazgo. Ellos eran muy claros sobre este punto, y hasta me lo advirtieron; aceptaban consejos, recomendaciones, incorporar métodos, pero no ser obligados a hacer algo o perder su autonomía.

A mediados de junio, el párroco de Yarinacocha solicitó la devolución del espacio al colectivo, pues ya no había pacientes internados y necesitaban este espacio para retomar las actividades de catequesis que realizaban anteriormente ahí. Estuve presente durante la mudanza; algunas cosas fueron llevadas a la casa de Jorge y otras se dejaron en Alianza Arkana, una ONG aliada que estaba justo al frente. Debido a esta situación, busqué entrevistar al párroco, José Llanqui, para hacerle algunas preguntas sobre su relación con los miembros del Comando. Él, cordialmente, accedió a la entrevista y me explicó cómo se había establecido la alianza:

Ellos buscaron al obispo, Martín Quijano, en el vicariato. Él decidió apoyar su labor, y me derivó el tema a mi persona, que estoy encargado de la parroquia en Yarinacocha, decidimos darles el espacio que han estado usando por 1 año y medio. Sin cobrarles nada, de buena fe. Y sin entrometernos en sus acciones. **La Iglesia ha apoyado con donaciones y el espacio, pero ellos lo han administrado, nunca nos**

metimos en sus actividades. No nos ha gustado cómo han dejado el espacio, pudieron dejarlo en mejores condiciones, pero eso no es tan importante, han ayudado a la gente, y eso se rescata. Los miembros del Comando Matico jamás podrán decir que la Iglesia les cerró las puertas.

Este espacio liberado, nunca les perteneció; contribuyó a que, durante el tiempo que tuvieron posesión de él, los activistas demostraran que pueden construir un modelo disidente de salud, otra forma de concebir la interculturalidad en salud, donde la medicina indígena y popular fue protagonista y la biomedicina fue complementaria. Lamentablemente, tuvo que cesar, debido a que las condiciones que permitieron que se dé ya no existían, y las condiciones preexistentes que regresaron con la normalidad reestablecida seguían siendo un obstáculo y no una oportunidad para su propuesta.

El Comando cesó sus actividades a fines de junio. Jorge Soria intentó continuar con las atenciones en su casa, que acondicionaron para el servicio, pero ya no acudían pacientes como antes; tampoco tenían ingresos para poder comprar medicinas. No ha sido posible, hasta este momento, articular de nuevo a los voluntarios, pues las demandas de la vida laboral lo impiden. Sin embargo, el Comando Matico sigue existiendo como una entidad formal que figura, incluso en registros públicos, y como parte de la identidad de cada uno de los miembros que participaron de él, quienes siempre que tienen la oportunidad de participar en eventos públicos, intervenir en la política del pueblo shipibo, o asistir a reuniones con cooperantes internacionales que buscan financiar proyectos locales se presentan como el Comando Matico.

El cese de las actividades del Comando Matico muestra los profundos desencuentros interculturales que impiden que propuestas como estas sean incorporadas a un modelo de salud pública. Estos van más allá de las diferencias conceptuales y discursivas; se internan en el terreno de la racialización del poder y del conocimiento hegemónico que no admite disidencias. No basta la efectividad de una propuesta; tampoco, la disposición de los activistas a negociar acuerdos si los funcionarios del sector salud siguen pensando que los agentes de salud indígenas no merecen ser remunerados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Peña, M., Tobar, M., y García-Perdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1–5. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Andina. (2020, 12 de mayo). *Ministerio de Cultura lamenta la muerte del alcalde de Masisea*. <https://andina.pe/agencia/noticia-ministerio-cultura-lamenta-muerte-del-alcalde-masisea-797048.aspx>
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana. (2017, 7 de abril). *La salud de los pueblos indígenas amazónicos en emergencia*. AIDSESEP. <http://www.aidsep.org.pe/index.php/noticias/la-salud-de-los-pueblos-indigenas-amazonicos-en-emergencia>
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana. (2020, 8 de julio). *Pronunciamiento: Amazonía indígena se levanta*. AIDSESEP. <https://aidsep.org.pe/noticias/pueblos-indigenas-de-la-amazonia-se-movilizaran-por-sus-vidas/>
- Alarco, G., Castillo, C., y Leiva, F. (2019). *Riqueza y desigualdad en el Perú: Visión Panorámica*. OXFAM. https://cng-cdn.oxfam.org/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Riqueza-y-desigualdad-en-el-Peru-vision-panoramica.pdf
- Alarcón, A., Vidal, H., y Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*, 131, 1061–1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alianza Arkana. (2022, 12 de mayo). *Taller participativo: Aportes para un protocolo de salud intercultural concertado para pueblos indígenas amazónicos*. [Transmisión en vivo]. Facebook. Recuperado el 11 de agosto del 2024, de <https://www.facebook.com/AlianzaArkana/videos/1467307030355190>
- Alvarado, D. (2019). *Una comprensión andina del cuerpo*. Multigrafik S.A.C.
- Asociación Peruana de Estudiantes de Economía. (2021, 16 de septiembre). *El derecho a la salud en el Perú*. APEECO. <https://apeeco.org.pe/2021/09/16/el-derecho-a-la-salud-en-peru/>

- Arellano, P. (1992). *El libro verde: guía de recursos terapéuticos vegetales*. Instituto Nacional de Medicina Tradicional/Ministerio de Salud.
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. Fondo de Cultura Económica.
- Belaunde, L. (2009). *KENÉ: Arte, ciencia y tradición en diseño*. Instituto Nacional de Cultura.
- Belaunde, L. (2020, 9 de agosto). *Comando Matico en Pucallpa desafía la interculturalidad inerte del Estado*. La Mula. <https://luisabelaunde.lamula.pe/2020/08/09/comando-matico-en-pucallpa-desafia-la-interculturalidad-inerte-del-estado/luisabelaunde/>
- BBC News. (2021, 17 de abril). *Vacunagate: expresidente de Perú Martín Vizcarra es inhabilitado para ejercer cargos públicos por 10 años*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56782583>
- Bército, D. (2020, 31 de marzo). *La pandemia democratiza el poder de matar*. La Vorágine. <https://lavoragine.net/la-pandemia-democratiza-poder-de-matar/>
- Bergman, R. (1990). *Economía Amazónica. Estrategias de subsistencia en las riberas del Ucayali en el Perú*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.
- Brehaut, I. (2020, 09 de septiembre). *Desafíos en el mapeo de COVID-19 en indígenas de Ucayali*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/2063/desafios-en-el-mapeo-de-covid-19-en-indigenas-de-ucayali>
- Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. (2020, 12 de mayo). *Ucayali: Fallece alcalde de Masisea, del pueblo shipibo, por falta de oxígeno*. CAAAP. <https://www.caaap.org.pe/2020/05/12/ucayali-fallece-alcalde-de-masisea-del-pueblo-shipibo-por-falta-de-oxigeno/>
- Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. (2021a, 12 de enero). *Comando Matico clama apoyo a las autoridades de Ucayali: “No más muertes de nuestros hermanos indígenas”*. CAAAP. <https://www.caaap.org.pe/2021/01/12/comando-matico-clama-apoyo-a-las-autoridades-de-ucayali-no-mas-muertes-de-nuestros-hermanos-indigenas/>

- Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. (2021b, 16 de mayo). *Comando Matico: Un año llevando atención intercultural a los pueblos indígenas de Ucayali*. CAAAP. <https://www.caaap.org.pe/2021/05/16/comando-matico-un-ano-llevando-atencion-intercultural-a-los-pueblos-indigenas-de-ucayali>
- Cabieses, F. (s.f.). Apuntes históricos: los dioses y la enfermedad. *Diálogo Médico*, 39–42. https://repebis.upch.edu.pe/articulos/Dialogo_med/v4n8/a6.pdf
- Cárdenas, C., Pesantes, M., y Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en Salud: Reflexiones a partir de una Experiencia Indígena en la Amazonia Peruana. *Anthropologica*, 35(39), 151–170. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007>
- Caretas. (2020, 21 de agosto). *Héctor Nolasco, de alcalde a recoger cadáveres*. <https://caretas.pe/nacional/hector-nolasco-de-alcalde-a-recoger-cadaveres-covid-19/>
- Caruso, G. (2005). *Onaya Shipibo – Conibo. El sistema médico tradicional y los desafíos de la modernidad. Cambio Cultural en la selva amazónica*. Abya-Yala. https://www.academia.edu/5247054/Onaya_Shipibo_Conibo_El_sistema_médico_tradicional_y_los_desafíos_de_la_modernidad
- Carrillo, J., Santos, G., Cárdenas, C., Atamaín, Y., y Chávez, C. (2020, 5 de junio). *La pandemia avanza en la Amazonía más rápido que el Estado*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1849/la-pandemia-avanza-en-la-amazonia-mas-rapido-que-el-estado>
- Chávez, C., Yon, C., y Cárdenas, C. (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. (Documento de trabajo 222, Serie de Política 11). Instituto de Estudios Peruanos. <https://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/973>
- Chávez, C. et. al. (01 de marzo de 2021). *Perú se asfixia sin plantas de oxígeno y dependiente de un mercado concentrado en dos corporaciones*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/2523/peru-se-asfixia-un-mercado-concentrado-dos-companias>

- Colegio Médico del Perú. (2018, 8 de septiembre). *Perú entre los países que menos invierten en la región*. <https://cmplima.org.pe/peru-entre-los-paises-que-menos-invierten-en-la-region/>
- Colegio Médico del Perú. (2020, 26 de agosto). *Ciclos de Rimanakuy: Diálogo de saberes 2020 Respuesta de los pueblos indígenas frente a la pandemia*. [Transmisión en vivo]. Facebook. Recuperado el 11 de agosto del 2024, de <https://www.facebook.com/ColegioMedicodelPeru/videos/246704563119455>
- COMEXPERU – Sociedad de Comercio Exterior del Perú. (2019). *Informe de Calidad del Gasto Público en Salud 2019*. <https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/reportes/informe-calidad-001.pdf>
- Contreras-Pulache, H., Pérez-Campos, P., Huapaya-Huertas, O., Chacón-Torrico, H., Champin-Mimbela, D., Freyre-Adrianzén, L., Arévalo-León, C., Torres-Llaque, S., y Black-Tam, C. (2014). La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1–5. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355012.pdf>
- Córdova, R. (2000). Matico - Centro Nacional de Salud Intercultural. *Investigar para Proteger la Salud*, 12, 46–94. <http://www.iec.ch/%0Ahttp://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1375-2.pdf>
- Decreto Supremo 005-2020-MINCUL. (2020). *Lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19*. Presidencia de la República.
- Decreto Supremo 006-2021-SA. (2021). *Decreto Supremo que declara de prioritaria atención la producción y distribución del oxígeno medicinal como recurso estratégico*. El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-de-prioritaria-atencion-la-produ-decreto-supremo-n-006-2021-sa-1922353-1/>
- Defensoría del Pueblo. (2008). *La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado*. *Serie Informes Defensoriales - Informe Defensorial N° 252*. https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/poblacion-indigena/

- Universidad de Alcalá (2015, 20 de enero). *PERÚ: La Defensoría del Pueblo advierte que el 51 % de comunidades nativas carece de abastecimientos de salud.* <https://pradpi.es/peru-la-defensoria-del-pueblo-advier-te-que-el-51-de-comunidades-nativas-carece-de-establecimientos-de-salud/>
- Defensoría del Pueblo. (2015). La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. *Serie Informes Defensoriales - Informe N° 169.* <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Defensorial-N-169.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2020). *Prevención y conflictos sociales en el contexto de la pandemia por COVID-19. Serie Informes Especiales N° 26-2020-DP.* <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Especial-026-2020-DP-Prevención-y-Gestión-de-conflictos-APCSG.pdf>
- Dialogando. (2020, 7 de octubre). *Conoce los proyectos ganadores de la 10ma edición del premio Conectarse para crecer de Movistar.* <https://www.dialogando.com.pe/conoce-los-proyectos-ganadores-de-la-10-edicion-del-premio-conectarse-para-crecer-de-movistar/>
- Diario Ahora. (2020a, 22 de abril). Defensoría pide proteger a pobladores shipibo-konibo. <https://www.diarioahora.pe/ucayali/defensoria-pide-proteger-a-pobladores-shipibo-konibo/>
- Diario Ahora. (2020b, 1 de julio). COVID mata Apus indígenas. <https://www.diarioahora.pe/ucayali/covid-19-mata-apus-indigenas/>
- Diario Ahora. (2020c, 07 de abril). *Denuncian al gobernador regional de Ucayali por omisión de funciones.* <https://www.diarioahora.pe/ucayali/denuncian-al-gobernador-regional-de-ucayali-por-omision-de-funciones/>
- Diario Ahora. (2020d, 03 de octubre). *Voluntarios del Comando Matico reciben alimentos.* <https://www.diarioahora.pe/ucayali/voluntarios-de-comando-matico-reciben-alimentos/>
- Diario Ímpetu. (2020, 7 de septiembre). *Gambini vs Velásquez sin mascarillas.* https://issuu.com/impetu/docs/impetu_pucallpa_7_de_septiembre_de_2020

- Diario Ímpetu. (2021, 18 de junio). *Comando Matico recibió donación de 4 balones de oxígeno*. <https://impetu.pe/salud/comando-matico-recibio-donacion-de-4-balones-de-oxigeno/>
- Díaz, A., Meza C., y Berrospi, R. (2017). Migración shipibo-conibo y adaptación sociocultural en la comunidad Nuevo San Juan, Pucallpa-Ucayali, 2007-2014. *Investigaciones Sociales*, 20(36), 247–259. <https://doi.org/10.15381/is.v20i36.12909>
- Duffó, D. (2022). *Comando Matico: la construcción política de la plataforma Facebook para hacer frente a la pandemia por COVID-19* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/23539>
- Durand, F., y Salcedo, E. (2020). Intereses, gremios y situaciones de captura del Estado en salud. En F. Durand, E. Salcedo, E. Beteta, O. Elorreaga, y C. Gianella. *Patologías del sistema de salud peruano* (pp. 49-144). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- El Peruano. (2022, 22 de septiembre). *Perú estará entre los países con mayor expansión económica*. <http://www.elperuano.pe/noticia/192291-peru-estara-entre-los-paises-con-mayor-expansion-economica>
- Espino, G. (2018). Literatura indígena amazónica Shipibo-conibo y el kené de la palabra de Lastenia Canayo. *Estudios Filológicos*, 62, 247–267. <https://doi.org/10.4067/s0071-17132018000200247>
- Espinosa, O. (2009). Ciudad e identidad cultural. ¿Cómo se relacionan con lo urbano los indígenas amazónicos peruanos en el siglo XXI? *Bulletin de l'Institut Français d'études Andines*, 38(1), 47–59. <https://doi.org/10.4000/bifea.2799>
- Espinosa, O. (2019a). Una historia de tensiones y desencuentros: la relación entre el Estado y los pueblos indígenas de la Amazonía en el Perú. En P. Garzón y O. Mejía (Coords.). *Pueblos Indígenas y Estado: Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena* (pp. 45–70). Abya Yala.
- Espinosa, O. (2019b). El pueblo shipibo-konibo de la Amazonía peruana y la negociación política y cultural con la sociedad mestiza: el caso de los concursos de belleza

indígena en la ciudad de Pucallpa. *Confluente, Revista di studi iberoamericani*, 11(2), 194–218. <https://doi.org/10.6092/issn.2036-0967/10273>

Espinosa, O., y Fabiano, E. (2022). Introducción: la pandemia de la COVID-19 y la experiencia indígena antes las epidemias. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds.). *Las enfermedades que llegan de lejos: Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la Covid-19* (pp. 17-26). Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.

Eyzaguirre, C. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional Tesis y Trabajos de Investigación. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/de69a234-df75-49c0-9c6d-11ed2424f99e>

Favaron, P., y Bensho, C. (2022). Jakonma nive isin: las respuestas del pueblo shipibo-konibo frente a la pandemia del coronavirus. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds.). *Las enfermedades que llegan de lejos: Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la Covid-19* (pp. 333-343). Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fiestas, F. (2020, 10 de julio). Ucayali: COVID 19 llegó a reserva que protege a indígenas en aislamiento y contacto inicial. *Actualidad Ambiental*. <https://www.actualidadambiental.pe/ucayali-covid-19-llego-a-reserva-que-protege-a-indigenas-en-aislamiento-y-contacto-inicial/>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020, 14 de mayo). *Unicef expresa sus condolencias por el fallecimiento del alcalde de Masisea, Silvio Valles Lomas*. UNICEF. <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/unicef-expresa-sus-condolencias-por-el-fallecimiento-del-alcalde-de-masisea>

Forest Peoples Programme (2020, 15 de junio). *Contribución al Relator Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas sobre el impacto del COVID-19 en las comunidades indígenas Shipibo, Awajun, Asháninka, afiliadas a FECONAU - Perú*. <https://www.forestpeoples.org/es/carta-relator-especial-ONU-impactos-covid19-sobre-derechos-indigenas-en-peru>

- García, B. (2020, 25 de agosto). *Jorge Soria (Comando Matico): “No podíamos quedarnos de brazos cruzados viendo a nuestros familiares en estado crítico”*. CAAAP. <https://www.caaap.org.pe/2020/08/25/jorge-soria-comando-matico-no-podiamos-quedarnos-de-brazos-cruzados-viendo-a-nuestros-familiares-en-estado-critico/>
- Gianella, M. (Coord.). (2020). *Fortalecer el Sistema de Salud Público para la equidad en salud: una necesidad Impostergable*. PUCP/HSS.
- Gobierno del Perú. (2020a, 20 de abril). *MINSA y autoridades de salud de Ucayali conforman Comando Regional de Operaciones Covid-19* [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/126700-minsa-y-autoridades-de-salud-de-ucayali-conforman-comando-regional-de-operaciones-covid-19>
- Gobierno del Perú. (2020b, 21 de abril). *Comando regional de operaciones Covid-19 pondrá en funcionamiento hospital especializado en Pucallpa* [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/126757-comando-regional-de-operaciones-covid-19-pondra-en-funcionamiento-hospital-especializado-en-pucallpa>
- Gobierno del Perú. (2020c, 7 de septiembre). *Organizaciones indígenas realizarán seguimiento al gasto de recursos destinados en beneficio de los pueblos indígenas u originarios* [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/cultura/noticias/300719-organizaciones-indigenas-realizaran-seguimiento-al-gasto-de-recursos-destinados-en-beneficio-de-los-pueblos-indigenas-u-originarios>
- Gobierno del Perú. (2021, 20 de abril). *Minsa: Ucayali inicia vacunación contra la COVID-19 a adultos mayores de 80 años* [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/483472-minsa-ucayali-inicia-vacunacion-contra-la-covid-19-a-adultos-mayores-de-80-anos>
- Gobierno del Perú. (2022, 4 de enero). *Dictaminan 36 meses de prisión preventiva para gobernador regional de Ucayali*. [Nota informativa]. <https://www.gob.pe/institucion/mpfn/noticias/573994-dictaminan-36-meses-de-prision-preventiva-para-gobernador-regional-de-ucayali>

- Gobierno Regional de Ucayali. (2020). *Plan de abordaje a la pandemia del COVID-19 en Pueblos Indígenas*. https://www.gcftf.org/wp-content/uploads/2020/12/PACN.-2020-Ver.Public.-GRDPI-GOREU.20.4.2020.Orig_.pdf
- Gobierno Regional de Ucayali. (2021). Boletín de indicadores del Gobierno Regional de Ucayali. *Boletín Estadístico Regional*, 1. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1689122/Boletin-01-Enero-2021.pdf.pdf>
- Goupil, F. (2021, 21 de marzo). El pueblo que habla con las plantas. *El País*. <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-03-22/el-pueblo-que-habla-con-las-plantas.html>
- Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. (2020). *El Mundo Indígena 2020: El Navegador Indígena: desarrollo autodeterminado* (34a. ed.) <https://indigenousnavigator.org/files/media/document/EI%20Navegador%20Ind%203%ADgena-Cover.pdf>
- Hall, I. (2013). La reforma agraria, entre memoria y olvido (Andes sur peruanos). *Anthropologica*, 31(31), 101–125. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122013000100005
- Hammerschmidt, B. (2019). *Tramando afetos: manipulação de corpos e desejos através da magia amorosa entre os shipibo-konibo*. [Tesis de maestría, Universidad Federal do Paraná]. Acervo Digital UFPR. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/70615?show=full>
- Ilizarbe, C. (2019). *Intercultural Disagreement: Implementing the Right to Prior Consultation in Peru. Latin American Perspectives*, 46(5), 143–157. <https://doi.org/10.1177/0094582X19854098>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda, 22 de octubre del 2017, Perú: Resultados Definitivos*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Encuesta Nacional de Hogares 2019*.
<https://webapps.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/6800/related-materials>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Estado de la población peruana 2020*.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
- Instituto Peruano de Economía. (2021, 8 de febrero). *Inversión de pandemia*.
<https://www.ipe.org.pe/portal/inversion-de-pandemia-salud/>
- Kennedy, L. (2011). La pobreza móvil de los migrantes Shipibo-Conibo: Una investigación de la influencia de la migración en la cosmovisión Shipibo-Conibo de Canta Gallo - Rímac, Lima. *Independent Study Project (ISP) Collections*, 41.
https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2062&context=isp_collection
- La República. (2020, 20 de junio). *Empresa de oxígeno duplicó ventas al Estado con norma de Alan García*. <https://larepublica.pe/politica/2020/06/20/alan-garcia-empresa-de-oxigeno-duplico-ventas-al-estado-con-norma-del-gobierno-aprista/>
- La Voz Ucayalina. (2021a, 3 de febrero). *Organizan rifa para adquirir furgoneta*.
<https://www.lavozucayalina.pe/post/organizan-rifa-para-adquirir-furgoneta>
- La Voz Ucayalina. (2021b, 05 de febrero). *Rao Nete: El mundo de la medicina*.
<https://www.lavozucayalina.pe/post/rao-nete-el-mundo-de-la-medicina>
- La Voz Ucayalina. (2021c, 11 de febrero). *Comando Matico tendrá local propio*.
<https://www.lavozucayalina.pe/post/comando-matico-tendr%C3%A1-local-propio>
- Ley 29785 (2011). *Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u originarios*. Congreso de la República del Perú.
<https://consultaprevia.cultura.gob.pe/sites/default/files/pi/archivos/Ley%20N%C2%B0%2029785.pdf>
- Ley 5613. (2020). *Ley que autoriza el uso del oxígeno al 93% de porcentaje de concentración para fines terapéuticos y medicinales*. Congreso de la República del Perú.

https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL05613-20200624.pdf

López, C., y Cuglievan, G. (2012). *Shipibo: territorio, historia y cosmovisión*. UNICEF.

<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Shipibo-territorio-historia-cosmovision-Investigacion%20Aplicada%20a%20la%20Educacion-intercultural-bilingue.pdf>

Macahuachi, L., Mendoza, R., Damian, I., Lunarejo, D., y Ramos, M. (2019). Identidad e Interculturalidad de la Comunidad Shipibo-Conibo en Cantagallo Lima. *Eduser*. 6(3), 113–123. <https://doi.org/10.18050/eduser.v6i3.2326>

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Melusina.

[\(PDF\) Necropolítica - Achille Mbembe | Hikikomori Feral - Academia.edu](#)

Médicos sin Fronteras. (2021, 04 de junio). Perú es oficialmente el país del mundo más afectado por la COVID-19. <https://www.msf.es/actualidad/peru/peru-oficialmente-pais-del-mundo-mas-afectado-la-covid-19>

Mejía, K., y Rengifo, E. (2000). *Plantas Medicinales de Uso popular en la Amazonia Peruana*. (2da ed.). Agencia Española de Cooperación Internacional; Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana. <http://www.iiap.org.pe/upload/publicacion/1017.pdf>

Méndez, C. (1996). *Incas sí, indios no: apuntes para el estudio del nacionalismo criollo en el Perú*. (Documentos de trabajo N° 56 Serie Historia N° 10.) Instituto de Estudios Peruanos. <https://repositorio.iep.org.pe/server/api/core/bitstreams/6234423d-ecea-4733-b4a6-2d747dcea47a/content>

Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 461-481. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n3/461-481/es>

- Ministerio de Cultura. (2018). *Lista de Pueblos Indígenas u Originarios. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios*. <http://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2020, 22 de agosto). *Ministra María Antonieta Alva viajó a la región Ucayali para coordinar con las autoridades regionales y locales acciones de contención frente al COVID 19*. Gobierno del Perú. https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=esES&Itemid=101108&view=article&catid=100&id=6665&lang=es-ES
- Ministerio de Salud. (2002). *Análisis de situación de salud del Pueblo Shipibo-Konibo*. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1000_OGE121.pdf
- Ministerio de Salud. (2006). *Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352853-norma-tecnica-de-salud-para-la-transversalizacion-de-los-enfoques-derecho-humano-equidad-de-genero-e-interculturalidad-en-salud>
- Ministerio de Salud. (2019). *Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809.pdf>
- Morin, F. (1998). Los shipibo-conibo. En F. Santos y F. Barclay. (Dir.). *Guía etnográfica de la Alta Amazonía. Volumen III*. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.2800>
- Navegador Indígena. (2020). *Efectos de la COVID-19 en las comunidades indígenas: una mirada desde el Navegador Indígena*. ILO. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_757582.pdf
- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: La atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 368–376. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009001000013>
- Oficina Internacional del Trabajo. (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*.

<https://consultaprevia.cultura.gob.pe/sites/default/files/pi/archivos/Convenio%20169%20de%201a%20OIT.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional* 2002-2005.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf)

[VisionSaludInterculturalPI.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf)

Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente. (2020, 16 de abril). *ORPIO:*

Autoridades, personal de salud y técnicos si pueden ingresar a las comunidades si cumplen Protocolo de Seguridad indígena. <http://www.orpio.org.pe/orpio-autoridades-personal-de-salud-y-tecnicos-si-pueden-ingresar-a-las-comunidades-si-cumplen-protocolo-de-seguridad-indigena/>

Ortiz, E., y Fray, B. (2022). “Hojas para bañar, hojas para emplastar y raíces para chupar”: epidemias, crisis económicas y estrategias yáneshas en la comunidad nativa Tsachopen. En O. Espinosa, y E. Fabiano, (Eds.). *Las enfermedades que llegan de lejos: Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la Covid-19*(pp. 261-274). Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.

Osorio, L. (2011). Una reflexión acerca del modelo de investigación biomédica. *Salud Uninorte*. 27 (2). 289-297.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522011000200012

Pacaya, A. (2015). *Non Rao. Recetas de plantas curativas*. Asociación Indígena para el Desarrollo Integral.

Pautrat, L., Sembrero, M. y Sánchez, P. (2021). *El Comando Matico: Estrategia de autodefensa de los pueblos indígenas frente a la pandemia por COVID-19*. Kené-

Instituto de Estudios Forestales y Ambientales.
<https://keneamazon.net/Documents/Kene/El-Comando-Matico.pdf>

Pedraglio, S. y Portocarrero, L. (2020). Vulnerabilidades sociales y de los servicios de salud pública e impacto de la COVID-19. En F. Durand. *Patologías del sistema de salud peruano* (pp. 11-48). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Pesantes, M. (2014). *Out of sight, out of mind: Intercultural nurse technicians in the peruvian amazon*. [Tesis de doctorado, Universidad de Pittsburgh].
<https://core.ac.uk/download/pdf/20440551.pdf>

Pesantes, M., y Gianella, C. (2020). ¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico*, 11(2), 93–110.
<https://doi.org/10.15446/ma.v11n2.88659>

Portocarrero, J. (2014). El estado frente a la salud de los pueblos indígenas. *Intercambio*, 26, 26–28. <http://intercambio.pe/el-estado-frente-a-la-salud-de-pueblos-indigenas/>

Rancière, J. (1995). *El desacuerdo. Política y filosofía*. Ediciones Nueva Visión.
https://arditiesp.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/10/ranciere_desacuerdo_completo.pdf

Redacción EC. (2020, 6 de marzo). Coronavirus en Perú: “Vamos a mantener la calma y confiar en el sistema de salud”, dice Martín Vizcarra. *El Comercio*.
<https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primero-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>

Redacción Gestión. (2020, 22 de noviembre). Corrupción en Ucayali generó pérdidas por más de 408 millones. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/corruptcion-en-ucayali-genero-perdidas-por-mas-s-408-millones-el-ano-pasado-noticia/>

Resolución Ministerial N.º 308-2020-MINSA. (2020). Plan de intervención del Ministerio de salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID 19.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/588245-plan-de-intervencion-para-comunidades-indigenas-y-centros-poblados-rurales-de-la-amazonia-frente-a-la-emergencia-del-covid-19>

- Resolución Ministerial N.º 386-2020-MINSA. (2020) *Orientaciones para la conformación y funcionamiento del comando COVID-19 Indígena a nivel regional*. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/676162-386-2020-minsa>
- Redacción RPP. (2020a, 18 de mayo). *Ucayali: Activan “Comando Matico” para atender a indígenas contagiados con la COVID-19*. RPP. <https://rpp.pe/peru/ucayali/coronavirus-en-peru-ucayali-activan-comando-matico-para-atender-a-indigenas-con-la-covid-19-noticia-1266555>
- Redacción RPP. (2020b, 1 de junio). *Ucayali: Replicaran experiencia del “Comando Matico” para luchar contra la COVID 19*. RPP. <https://rpp.pe/peru/ucayali/coronavirus-en-peru-ucayali-replicaran-experiencia-del-comando-matico-para-vencer-la-covid-19-noticia-1269985>
- Redacción RPP (2021, 25 de febrero). *Ucayali: Al menos 30 detenidos en megaoperativo contra presunta red criminal liderada por alcaldesa de Yarinacocha*. RPP. <https://rpp.pe/peru/actualidad/ucayali-al-menos-30-detenidos-en-megaoperativo-contra-presunta-red-criminal-liderada-por-alcaldesa-de-yarinacocha-noticia-1322860>
- Rojas, I. (2020). *Salud intercultural y demandas de los pueblos indígenas en el contexto COVID-19*. Sociedad Peruana de Derecho Ambiental. <https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2021/05/Salud-Intercultural-Ileana.pdf>
- Rojas, D. y Yon, C. (2021). *Voces desde la primera línea. Testimonios de los profesionales de la salud durante el primer año de la pandemia en el Perú*. IEP Instituto de Estudios Peruanos.
- Rojas, R. (2007). *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005 – 2007*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rupire, J. (2020). *Pueblos Indígenas Amazónicos frente a los objetivos de desarrollo sostenible*. Servindi; Fiedrich Ebert Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/peru/17448.pdf>

- Rutter, R. (2008). *Catálogo de plantas útiles de la Amazonia peruana* (3a. ed.). Ministerio de Educación; ILV. [Catálogo de plantas útiles de la Amazonía peruana \(cultura.gob.pe\)](http://cultura.gob.pe)
- Salud con Lupa. (2021, 11 de mayo). *Vacunación indígena: Falta de información genera negativa a vacunarse en Loreto y Ucayali*. <https://saludconlupa.com/noticias/vacunacion-indigena-falta-de-informacion-genera-negativa-a-vacunarse-en-loreto-y-ucayali/>
- Santos, G. (18 de abril de 2020). *Covid-19 llega a pueblos indígenas: detectan dos casos en shipibos-conibos de Ucayali*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1767/detectan-dos-casos-covid-19-en-comunidad-shipibo-conibo-de-ucayali>
- Servicios de Comunicación Intercultural (2021, 2 de marzo). *Fallece Senen Pani, líder shipibo y cultor de la medicina ancestral*. SERVINDI. <https://www.servindi.org/actualidad-noticias/02/03/2021/fallece-senen-pani-lider-shipibo-y-cultor-de-la-medicina-ancestral>
- Servicios de Comunicación Intercultural. (2020, 6 de mayo). *Ucayali aprueba el primer Plan de Acción COVID-19 para pueblos indígenas*. SERVINDI. <https://www.servindi.org/actualidad-noticias/07/05/2020/ucayali-aprueba-primer-plan-de-accion-para-indigenas>
- Sierra, Y. (2020, 25 de mayo). *Perú: líderes indígenas reportan 58 fallecidos por COVID 19 en comunidades shipibo konibo de Ucayali*. Mongabay. <https://es.mongabay.com/2020/05/peru-pueblos-indigenas-58-fallecidos-covid-19-shipibo-konibo-ucayali/>
- Tournon, J. (2002). *La Merma Mágica: Vida e Historia de los Shipibo-Conibo del Ucayali*. *Anthropos*, 99(2), 684-685. https://www.academia.edu/2341511/J_Tournon_La_merma_m%C3%A1gica_Vida_e_historia_de_los_Shipibo_Conibo_del_Ucayali_Anthropos_99_2_684_685_2004
- Tournon, J., Enocaise, F., Caúper, S., Cumapa, C., Etene, C., Panduro, G., Riva, R., Sánchez, J., Tenazoa, M., y Urquia, R. (2015). En M. Hórak (Ed.). *Etnobotánica de los shipibo-Konibo. Etnobotánica y fitoterapia en América* (pp. 110-163). Mendel University in

Brno.

https://www.researchgate.net/publication/289497566_Etnobotanica_de_los_shipibo-konibo/link/568d1f6c08aefb48d4c02c0b/download

Tubino, F. (2005). La praxis de la interculturalidad en los Estados nacionales latinoamericanos. *Cuadernos Interculturales*, 3(5), 83-95.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55200506>

Tubino, F. (2018). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político. *Oalagustinos*, 1(1), 1-8.
<https://www.oalagustinos.org/edudoc/LAINTERCULTURALIDADCR%C3%8DTI-CACOMOPROYECTO%C3%89TICO.pdf>

Ulfe, M., y Vergara, R. (2021a). ¡Hemos sobrevivido a todo! Cuidado y trabajo colaborativo en los pueblos Kukama Kukamiria de la Amazonía peruana frente a la Covid-19. *Revista Sociedade e Cultura*, 24, 41. <https://doi.org/10.5216/sec.v24.66318>

Ulfe, M., y Vergara, R. (2021b). Podcasting collaborations and ontological relationships of being 'here' and 'there' in the lower Marañón River in Peru. *New Area Studies*, 1, 74-114. <https://www.semanticscholar.org/paper/Podcasting-Collaborations-and-Ontological-of-Being-Ulfe-Vergara/18e8a8b08c2d6cd987c0e396a47c926977c8300b>

Urrutia, J., Remy, M., y Burneo, M. (2019). Comunidades campesinas y nativas en el contexto neoliberal peruano. *Revista Andina de Estudios Políticos*, 9(1), 73-76.
<https://doi.org/10.35004/raep.v9i1.162>

Valencia, S. (2010). *Capitalismo gore*. Melusina.
<https://construcciondeidentidades.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/11/sayak-valencia-capitalismo-gore.pdf>

Vargas, K. (2003). Desencuentros entre la participación política tradicional y la participación política formal: la participación política del pueblo Shipibo-Konibo dentro del proceso de la descentralización. *Revista IIDH*, 42, 407-479.
<https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/1108>

Vilaça, A. (2020). *Morte na floresta*. Todavia. <https://todavialivros.com.br/livros/morte-na-floresta>

Viveiros de Castro, E. (2004). Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. *O que Nos Faz Pensar*, 18, 1–30. https://www.academia.edu/36650007/Perspectivismo_e_Multinaturalismo_na_am%C3%A9rica_ind%C3%ADgena

Walsh, C. (2002). (De)construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En N. Fuller (Ed.). *Interculturalidad y Política: Desafíos y posibilidades* (pp. 115-142). Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/137>

