

Apuntes sobre la necesidad de diálogo entre sistemas médicos del Estado y los de pueblos indígenas en situación de contacto inicial: el caso del Parque Nacional del Manu.

Balbín Navarro, Ximena
Pontificia Universidad Católica del Perú
ximena.balbin@pucp.edu.pe

Resumen: La presente investigación busca enfatizar la necesidad de que el Estado peruano diseñe e implemente mecanismos claros y en diálogo con los sistemas médicos locales en su atención a pueblos en situación de contacto inicial. Ello como forma de reconocer políticamente los procesos involucrados en su, voluntario o no, aislamiento de ciertas poblaciones. Con dicha finalidad, se presenta una breve revisión crítica de la atención médica institucional dada a los pueblos en contacto inicial del Parque Nacional del Manu desde su creación como área natural protegida en 1973.

Palabras clave: Matsigenka- Contacto inicial- Perú- Sistemas médicos- Políticas estatales.

Notes on the need for dialogue between the State's medical systems and those of indigenous peoples in a situation of initial contact: the case of the Manu National Park.

Abstract: This research seeks to emphasize the need for the Peruvian State to design and implement clear mechanisms in dialogue with the local medical systems with peoples in initial contact situations. This as a way of politically recognizing the processes involved in their, voluntary or not, isolation from certain populations. To this end, a brief critical review of the institutional medical care given to the peoples in initial contact with the Manu National Park since its creation in 1973 as a protected natural area is presented.

Keywords: Matsigenka- initial contact- Perú- Medical systems- State policies

1. Introducción

La oferta de salud a pueblos indígenas no solo es alarmante en cantidad, cercanía, insumos e infraestructura; sino también, transgrede sus derecho a la vida y goce de buena salud. En parte, ello se debe a que el sistema médico oficial no dialoga con el de sus pacientes ni utiliza criterios pertinentes en la atención médica. Sus servicios hacia los pueblos matsigenkas de las cuencas del Alto Madre de Dios y Manu fueron inexistentes antes de la creación del Parque Nacional e insuficientes y ajenos luego de su fundación en 1973. Lo cual se tradujo en procesos de aguda y sistemática vulneración de la salud de los pueblos indígenas de trágicas consecuencias actuales. A ello se suman las grandes deficiencias de su servicio.

La presente investigación busca enfatizar la necesidad de que el Estado diseñe e implemente mecanismos claros y en diálogo con los sistemas médicos locales en su atención a pueblos en situación de contacto inicial. Ello, como parte del reconocimiento político de los procesos involucrados en su, voluntario o no, aislamiento de ciertas poblaciones. Para ello, se presenta una breve revisión crítica de la atención médica institucional dada a los pueblos matsigenka en contacto inicial del Parque Nacional del Manu desde su creación como área natural protegida. En ella, destaca el protagonismo activo de misiones dominicas y ongs medioambientales entre otros actores.

2. Breve panorama poblacional del Parque Nacional del Manu

El Parque Nacional del Manu fue fundado en 1973 entre los departamentos de Madre de Dios y Cusco con una extensión aproximada de 1 millón 700 mil hectáreas. Su dirección y consiguientes criterios técnico-administrativos están a cargo del Sistema Nacional de Áreas Protegidas por el Estado (Sernanp 2018). Constituye una de las áreas protegidas más emblemáticas a nivel nacional e internacional, en tanto su gran biodiversidad le ha valido el reconocimiento como Reserva de Biósfera y Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO.

El cuidado y estudio de su gran biodiversidad y resiliencia paisajística ha primado por encima del de sus habitantes desde el inicio de su creación (citar). Por ello, no causa asombro que continúe presentándose como foco de extraordinaria biodiversidad sin perturbación humana pese a haber sido erigido sobre extensos territorios indígenas¹ y contar con una compleja red de actores (Ráez Luna 2018; Rodríguez 2018; Shepard et al. 2010).

La mayor parte de su población está compuesta por matsigenkas considerados en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial por el Estado peruano. También suelen ser conocidos como nanti, machiguengas y matsiguenkas, pertenecen al grupo etnolingüístico Arawak y cuentan con una población aproximada de 18.600 personas agrupadas en comunidades (INEI 2017). Cifra que excluye parte de su población, entre la que se encuentran numerosos grupos dispersos. Se ubican principalmente a lo largo de los ríos Urubamba, Alto Madre de Dios y Manu, junto a sus tributarios. Aquellos asentados en la cuenca del primero son notoriamente más numerosos que los de los dos últimos. Hablan dialectos distintos, más pueden entenderse entre sí. Además, existen importantes grupos denominados “aislados” que guardan menor interrelación con no indígenas. Parte de ellos están distribuidos en las vertientes del Manu y Alto Madre de Dios y suele llamárseles kugapakori (Shepard e Izquierdo 2003).

¹ Los territorios que constituyen el actual PNM fueron ocupados históricamente por grupos nahua, mashcopiro, matsigenka, harakmbut, wachipaeri y yine. Gran parte de los matsigenkas llegó a la zona huyendo de la violencia de los auges de la goma, madera y enfrentamientos bélicos con nahua y toyoeris (Shepard et al. 2010). Otros migraron para trabajar madera a través de sistemas de correrías y enganches desde la década de 1940.

3. Situación oficial de las Comunidades del Parque para el Estado

Sus habitantes indígenas están agrupados bajo las figuras de aislamiento voluntario y contacto inicial. La primera en referencia a la “situación de aquellos pueblos indígenas, o parte de, que no han desarrollado relaciones sociales sostenidas con los demás integrantes de la sociedad nacional o que, habiéndolo hecho, optaron por discontinuarlas” (Ministerio de Cultura 2018, 14). La segunda, en cambio, a aquellos que han abandonado el aislamiento, voluntario o no, para relacionarse más fuertemente con no indígenas; más no conocen plenamente el funcionamiento de la sociedad mayoritaria, y no comparten necesariamente sus patrones y códigos de interrelación social. En breve, ambos refieren a aislarse de no indígenas, donde se incluye al Estado como aparato organizacional.

Los grupos en aislamiento voluntario del PNM suelen denominarse mashco piros y ser emparentados con grupos yine debido a cierto entendimiento de la lengua entre ambos grupos. Por otro lado, hay cuatro asentamientos estables dentro del Parque Nacional reconocidos bajo las figuras de comunidades nativas (CCNN) de población en contacto inicial matsigenka: CN Tayakome, CN Tsirerichi, CN Yomibato y CN Tsarigueminike (Ráez 2018). Conviven en mayor y menor interacción con personal educativo y médico formal, guardaparques, ONG principalmente conservacionistas, representantes de ministerios y programas del Estado, iniciativas turísticas, la Estación de Investigación Biológica Cocha Cashu, entre otros. Sin embargo, gran parte de ellos presenta importantes obstáculos para la interacción con no indígenas: poco manejo del idioma español y desconocimiento sustancial del funcionamiento.

Con todo, las salidas y viajes de matsigenkas considerados en contacto inicial fuera del Parque Nacional del Manu no son poco frecuentes. Por el contrario, la búsqueda de oportunidades laborales y educativas ha incentivado que sean cada vez más los jóvenes hombres y mujeres que viajan fuera del Parque de manera temporal y en oportunidades permanente, más no se restringen a ellos (Bunce y Mc Elreath 2017).

En parte, ello podría explicarse al creciente panorama educativo de las comunidades del Parque. Por un lado, el estudio del nivel primario se ha visto impulsado por la entrada de programas de transferencia condicionada como Juntos, Qali Warma y Pensión 65. Por otro, el acceso a nivel secundario de la educación formal se ha visto parcialmente incrementado por el apoyo logístico de distintas ONG de conservación para su movilización a internados de secundaria de su zona de amortiguamiento y, en ocasiones, a una universidad intercultural ubicada en la ciudad de Atalaya, Ucayali. No obstante, las opciones laborales y estudiantiles no se remiten a las ofrecidas dentro o en los alrededores del Parque. Los trabajos temporales en ciudades de Cusco, Madre de Dios, Punto y de los alrededores del Parque como Boca Manu, o Puerto Maldonado (vía Colorado) tienen un papel importante y poco explorado que podrían dar cuenta del panorama y expectativas actuales de sus pueblos (Bunce y McElreath 2017, Ráez 2016 y Shepard et al 2018).

4. Colapsos demográficos e intervenciones institucionales registradas

El contagio de enfermedades, epidemias e incremento de mortalidad devinieron en colapsos demográficos de trágicas consecuencias. Muchos de estos contagios estuvieron vinculados al ejercicio de violencia sistemática ejercidos a través de los sistemas de correría y enganche para la extracción de materias primas. Exparciendo enfermedades infecciosas y virales como la gripe, hepatitis, malaria, tuberculosis, sarampión, rubéola, la varicela, el polio y otras enfermedades diarreicas y gastrointestinales (Ministerio de Cultura 2016).

En el Manu abundó la dispersión de epidemias de enfermedades infecciosas como malaria, viruela, sarampión y gripe común causaron grandes colapsos y dislocaciones demográficas a inicios del siglo XX (Shepard e Izquierdo 2003). Estos eventos se vieron acompañados de conflictos interétnicos con grupos, principalmente, nahuas y harakmbut que se agudizaron con la violencia disruptora de la extracción de gomas y maderas durante poco más de la primera mitad del siglo XX. Los patrones, especialmente caucheros, se encargaron de esclavizar y asesinar a cientos de matsigenkas de la cuenca de los ríos Manu y Madre de Dios con la ayuda de nahuas.

Se estima que numerosos grupos decidieron aislarse e introducirse más dentro del monte en respuesta. Lo que se acompañó de un fuerte incremento de presencia misionera durante el siglo pasado. Misiones católicas se establecieron en puntos clave de los ríos Urubamba y Madre de Dios que sirvieron como importantes centros de comercios y punto de inicio de proyectos de “desarrollo” y en ocasiones a pedidos directos de caucheros (Shepard 1999).

A mitad de siglo, los misioneros protestantes del ILV comenzaron un extenso trabajo evangélico en la región. Comenzaron por la región de Camisea hasta llegar al río Manu, para la década de 1960. Aunque su principal labor era religioso, cumplieron importantes papeles de asistencia en salud, estudios lingüísticos, educativos y etnográficos. Fueron expulsados con la fundación del Parque en 1973, con lo que un grupo importante de matsigenkas migró fuera de los territorios del Parque fuertemente motivados, afirma Rodríguez (2018), por el acceso a medicinas y herramientas de metal. Lo cual creó aún más fragmentación de los establecimientos estables impulsados por los misioneros.

A partir de la década de 1980, los misioneros dominicos comenzaron a dar servicios de salud en el Parque. Muchas veces eran los profesores bilingües quienes se encargaban de ello en las comunidades, más no tenían el entrenamiento necesario ni las medicinas (Shepard 1999). De igual manera, equipos médicos del Ministerio de Salud, la misión de Shintuya o el Parque del Manu hacían esporádicas visitas médicas y campañas de vacunación anuales. Estas no acostumbraban durar más de dos días.

No obstante, las postas, establecimientos de salud más regulares del Parque, muchas veces carecían de personal e implementos médicos. Contaban con kits básicos de escasos

implementos, los cuales muchas veces eran insuficientes o se encontraban expirados. En adición, actores y enfermeras de las misiones dominicas hacían visitas cortas de uno o dos días de manera irregular. Pero, principalmente en dar vacunas y medicamentos de manera masiva.

Para la década siguiente, los ministerios de Educación y Salud comenzaron a tener mayor injerencia en las comunidades (Shepard 1999). Para 1996 el Minsa creó postas de servicio bastante cuestionables en las comunidades de Yomibato y Tayakome. Como en la actualidad, la atención ofrecida no conversaba con los sistemas médicos locales. Los discriminaban y muchas veces abusaban de sus pacientes. Principalmente mujeres que dejaban de asistir para evitar la violencia.

El acceso de matsigenkas de otras tributarios y comunidades también era muy complicado. Además, carecía de materiales y personal suficiente. Usualmente atendían técnicos sanitarios designados a estas zonas por la falta de interés de otros profesionales de trabajarla. Usualmente se designaba a aquellos rechazados por otros centros de salud. Estos primeros sanitarios fueron acusados de crear problemas relacionados al establecimiento de relaciones con mujeres matsigenka casadas y solteras. Así como ausentarse y hacer mal uso de los implementos de la posta (Shepard 1999).

5. Algunas consideraciones sobre el uso de las categoría “contacto inicial” al interior del PNM.

Con todo, el término “contacto inicial” carece de fronteras claras que definan sus objetivos e implicancias concretas. La ley N° 28736, “Ley para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en situación de Aislamiento y en situación de Contacto Inicial” (2006) compromete al Ministerio de Cultura a hacerse cargo de un régimen especial de protección a sus derechos que no esboza procedimientos y pasos concretos de cómo se haría posible su propuesta. Por el contrario, recurre a un concepto de cultura esencialista, estático y totalizante, que, de manera sutil invalida ciertas lógicas y formas de agencia propias de los actores sociales que buscan proteger (Soria 2019) desalienándolos de su condición dinámica y cambiante de seres humanos.

Soslaya una serie de testimonios, evidencias antropológicas y arqueológicas que demuestran largos y sostenidos contactos desde épocas prehispanicas. Destacan los vínculos comerciales establecidos con poblaciones andinas, de selva baja e incluso incas (Camino 1977, Shepard e Izquierdo 2003, Revilla-Minaya 2019, Renard-Casevitz et al 1988). De igual manera, varios grupos mantienen relaciones duraderas con población yine y harakmbut de la zona de amortiguamiento del PNM a lo largo del siglo XX. Inclusive, se sabe que en la actualidad algunas y algunos jóvenes y adultos pueden comunicarse en español y quechua cuzqueño (Bunce y McElreath 2017, Rumënhoeller 2007).

Aislar este término de los procesos de explotación y violencia sistemáticos que les dan sentido a su situación actual puede conllevar a banalizar e invisibilizar las violentas

asimetrías que continúan envolviéndolos. Promueve un imaginario que desagentiza e invalida los conocimientos y formas de vida indígenas de consecuencias prácticas. Los congela en el tiempo a la vez que soslaya las múltiples relaciones sociales, políticas y económicas que sostienen de manera directa o indirecta con otros pueblos indígenas, foráneos andinos, diversos grupos machiguenga fuera del Parque y otros desde antes de la creación del PNM (Rumënhoeller 2007). Asimismo, corre el riesgo de normalizar los motivos estructurales que promueven la decisión de estos grupos de no continuar estableciendo relaciones permanentes con otras personas cuando la evidencia de episodios perversos con misioneros fundamentalistas y católicos, madereros, petroleras y otros es de larga data.

6. Sistemas médicos

Junto al Estado y su sistema educativo formal, la salud ha sido y es un poderoso vehículo para la legitimación de la acumulación de capital y expansión de ciertos modelos de verdad a grandes grupos humanos (Singer y Baer 2018). Al tiempo que responden a contextos particulares (Baer 2011 y Singer 2004) de manera plural y se traducen en prácticas e ideas orientadas a la promoción de salud y alivio de malestar. Se construyen en contextos sociopolíticos determinados, escenarios de pluralismo médico y, por tanto, de relaciones de poder. Es decir, coexisten diferentes tipos en una misma sociedad, sea cooperando o compitiendo entre sí (Kleinman 1978, Menendez 2003).

El sistema médico “científico” o biomédico goza de mayor poder y atribuciones institucionales y legales que los locales desde los primeros contactos matsigenkas con no indígenas. De acuerdo con Singer y Baer, una de los grandes paradigmas de la biomedicina como hegemonía reside en su énfasis en patógenos como causas externas de enfermedad (2018). El cual promovió el uso hegemónico de modelos y categorías que usualmente soslayan las raíces sociales de la enfermedad; pese a encontrarse también intrínsecamente vinculados a otros aspectos de la vida social como la religión y política (Singer y Baer 2018). En el caso de los matsigenka del Manu es importante tener en consideración el rol protagónico de las influyentes misiones dominicas y de los protestantes del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), lo que se desarrollará más adelante.

7. Literatura etnográfica sobre pueblos matsigenka del Manu

Los pueblos matsigenkas del Manu han sido etnografiados de forma relativamente amplia, especialmente a lo largo del siglo XX. Entre inicios de siglo y la década de 1970 resaltan los estudios de misioneros dominicos y protestantes centrados en realizar estudios del lenguaje y colecciones de carácter enciclopédicos sobre “salvajes” (Aza 1924, De Cenitagoya 1943, Snell W. 1964, Snell B. 1978, 1988). En gran parte de ellos se les describe como detenidos en el tiempo, sin agencia intencional o determinadas por su medio ambiente.

Además, muchos de los realizados entre las décadas de 1960 y 1990 giraron en torno a formas de organización social, residencial y parental matsigenka (Snell 1964, Johnson 1975, 1978, 1983 y Rosengren 1987). Entre la década de 1980 y 1990, resaltan los estudios de economía de subsistencia, cosmología y etnohistoria (Baer 1984, 1992 y Renard-Casevitz 1991).

Muchos de estos estudios disminuyeron ampliamente con el inicio de los años 2000. Girando, en cambio, hacia investigaciones enmarcadas en discusiones conservacionistas políticas que disputaban la nocividad o no de la presencia de las comunidades al interior del PNM (Shepard y Chicchon 2001, Shepard et al 2005, Shepard et al 2007, Revilla 2019). Estas estuvieron centradas en analizar el impacto de las actividades productivas matsigenka sobre los recursos naturales del Parque con el fin de generar insumos científicos sobre el impacto de su presencia.

Con todo, la mayor parte de estudios sobre los pueblos del PNM han girado en torno a chamanismo, prácticas de subsistencia y etnomedicina. A través de ellos se desprende la importancia fundante de las plantas para curar afecciones de diversa índole: morales, física, espirituales y psicológicas. Aunque estos últimos obedezcan a una traducción imprecisa ya que estas categorías carecen de precisión en tanto provienen de un modelo biomédico.

8. Literatura en torno a sistemas médicos matsigenka

La bibliografía sobre sistemas médicos matsigenka no ha sido planteada de esta forma por la literatura existente, más podemos aproximarnos a ella a través de lo recogido en torno a cosmología, chamanismo y etnomedicina. La cosmología matsigenka es abordada como aspecto transversal a distintos aspectos de la vida y bienestar (Baer 1992 y Renard-Casevitz 1976). Tales como el parentesco y la organización social.

Muchas investigaciones de Dan Rosengren con grupos del Urubamba realizadas entre las décadas de 1970 y 1980, hablan del ethos emocional matsigenka como pieza clave de muchas decisiones y concepciones de vida (Izquierdo 2005, Izquierdo y Johnson 2007, Rosengren 1987, 2010). Traducciones e interpretaciones de historias de origen son de gran importancia en este sentido, ya que suelen estar muy relacionadas con normas éticas importantes para el bienestar matsigenka individual y colectivo. En él la risa es importante; así como la propensión a guardar actitudes estoicas frente al dolor en sentido amplio cotidiano (corpóreo y no corpóreo) (Rosengren 2010). La felicidad se asocia con un buen estado de salud. Salvo por algunas situaciones de excepción como en situaciones festivas, el molestarse o expresar enojo pueden ser consideradas como signos de malestar. La tristeza y enojo como sinónimos de enfermedad. Bajo la misma línea, el buen cultivo de ciertas relaciones filiales y parentales son fundamentales (Izquierdo 2005, Johnson 2002, Shepard 1998 a y b).

Las bases de la alimentación en sentido amplio son también señaladas como parte importante de la salud (Johnson 1983, Casevitz 1991, Izquierdo 2005). Lo cual se refleja

en una serie de restricciones y pasos a seguir de manera situacional donde la salud propia puede perjudicar la de otros. Entre ellos resalta el que la dieta de los padres influye sobre el bebé desde su concepción hasta que termine de pasar ciertos procesos asociados a al empezar a caminar.

El conocimiento de las plantas, salvo chamánico no suele ser reservado. Muchas de las etnografías se enfocan en rituales de sanación y chamanismo. En especial el uso de plantas “alucinógenas”. Las cuales permiten entrar en un estado en el que las enfermedades son tratadas mediante cantos, masajes y aspiraciones (Baer 1992, Shepard 1999). El tseripigari más que un sanador, significa “el intoxicado por tabaco” y puede comunicarse con seres invisibles suprahumanos (Baer 1992, Shepard 1999, Izquierdo y Johson 2007). Diversos estudios lo asocian a la figura del “chaman” (término introducido).

Según diversos autores (Rosengren 1987, Shepard 1999, 1998, Baer 1992) el tseripigari es una figura fundamental en este plano. Su trabajo con tabaco y plantas maestras le concede la potestad de recibir nuevas plantas y negociar con los dueños de seres no humanos para mejorar algunas actividades matsigenkas como la caza. Relatos antiguos cuentan que trajeron fuego, medicina y otras tecnologías de los seres sobrehumanos. En específico, muchas plantas contribuyen al bienestar sin tener por ello ser “medicinas” strictu sensu en el sentido de curar o prevenir enfermedades.

Medicina (ampi) puede entenderse como usos particulares de algunas plantas especiales utilizadas para mejorar la capacidad de caza o agricultura, disipar tensiones sociales o atraer a miembros del sexo opuesto sean una "medicina" en sentido estricto (Izquierdo 2005, Shepard 1999). Por lo que se advierte que hay que tener cuidado al dividir plantas en mágicas y medicinales pues crean categorías alejadas de los usos de la gente local. Remarcando, también, que hay plantas utilizadas, por ejemplo, para entrenar perros que no son medicina humana sino para perros. Pero igual pertenecen a la categoría planta medicinal en sentido amplio (inchashi).

9. Atención estatal en salud a pueblos en contacto inicial

La legislatura vigente afirma garantizar de manera prioritaria sus derechos a la vida y a la salud en salvaguarda de su existencia e integridad; no obstante, deja de lado que las formas de relacionamiento económico, patrones de residencia, parentesco, expectativas, deseos, entre otros muchos aspectos de la vida pasada son aspectos dinámicos en todo grupo social que incluso se vieron reconfiguradas mucho antes de la creación del área protegida que es necesario tener en cuenta a la hora de elaborar programa y políticas públicas que velen por su salud.

Aún así, el Estado reconoce que sus interrelacionamientos podría explicar que no hayan desarrollado respuestas inmunológicas que les permitan sobrellevar el contacto con patógenos externos y enfermedades comunes para el grupo mayor de peruanos que han mantenido relaciones más duraderas. Tanto los grupos en aislamiento como los de contacto inicial se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad (sanitaria, territorial,

sociocultural y demográfica) ante el contacto con población externa a sus grupos y sistemas ajenos a su estilo de vida. Con miras a proteger sus derechos y salvaguardar su existencia e integridad, el Estado peruano ha venido desarrollando, en las últimas décadas, políticas específicas y un marco normativo que garantice su protección, el respeto del ejercicio de su derecho a la autodeterminación y su decisión de no mantener contacto con el resto de la sociedad nacional o controlar el grado que desean tener del mismo.

La información pública brindada por el Ministerio de Salud sobre la situación de los pueblos matsigenka en esta materia es bastante reducida. Entre ellos destacan la serie de Análisis de Situación de Salud (ASIS) realizados a pueblos indígenas a cargo de la Dirección General de Epidemiología (DGE). En ellos se intenta esbozar la situación de salud a diferentes niveles del sector nacional de Salud con el fin de orientar políticas públicas y estrategias de intervención (Ministerio de Salud 2006). A la vez que enfatizan las condiciones y calidad de vida desiguales del país como causantes importantes.

Representan uno de los escasos pero valorables productos de trabajo entre científicos sociales y profesional de la salud para acercarse a la salud indígena de una forma más apropiada. Por lo que incluye secciones en diálogo con categorías indígenas que van más allá del sistema de salud hegemónico y base de las instituciones del Estado en esta materia. Actualmente existen 4 documentos del Estado diseñados entre los años 2003 y 2010. Dos de ellos vinculados a pueblos en contacto inicial y aislamiento voluntario. Todos ellos destacan que, independientemente de la ubicación del pueblo presentan una menor y mayor en incremento en el acceso a sus territorios por vía de los principales ríos que los integran por parte de colonos, madereros y cazadores ilegales que hacen uso de su derecho de vía (Ministerio de Salud 2006 y 2010). Generando gran deterioro de la salud como producto de impactos socioambientales, construcción de carreteras y aumento de ciertas actividades comerciales.

Otra respuesta desde el Ministerio de Salud consiste en la elaboración de tres documentos elaborados por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS): i) Norma Técnica de Salud “Prevención, Contingencia y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente”, ii) Guía de “Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento y Contacto Reciente” y iii) Guía de “Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad” (Ministerio de Cultura 2016).

Los tres cuentan con directrices básicas sobre pautas y responsables en la atención a estos grupos. Pero no establecen de manera clara qué pasos seguir ni proporcionan información puntual sobre qué procesos logísticos son necesarios para llevarlos a cabo. Tampoco emplean un lenguaje tan claro para el personal de salud ni para los propios pueblos. El primero establece los principios básicos generales y responsabilidades en salud para cada “situación”. El segundo describe pautas sobre cómo actuar ante hallazgos, avistamientos o contactos de pueblos en contacto inicial y aislamiento dirigidos a personal de salud. El

tercer orienta sobre los cuidados que debe tener el personal de salud para atender indígenas recientemente “contactados”.

Paso positivo pero terriblemente insuficiente ante la falta de enfoques integrales e interculturales para trabajar con poblaciones vulnerables con que cuenta la formación formal en salud y gestión para los que son destinados. Dejan de lado a otros públicos muy vinculados con la salud como lo son tseripigaris y parteras, en donde, al igual que con los primeros, tres guías escritas sin diálogo ni reforzamiento resultan en consecuencias trágicas. Por otro lado, las pocas noticias e informaciones que se tiene de las postas del PNM hablan del peligro para la salud que significan su falta de personal, atención, infraestructura y carencia de medicamentos (poner noticias). De acuerdo a los planes de vida de las cuatro comunidades, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales parecen ser la causa de muertes reportadas más importantes (Sernanp 2018, Sernanp y Sociedad Zoológica de Frankfurt 2018). Las enfermedades gastrointestinales parecían ser la causa de mayor mortalidad en primeras edades y vejez.

8. Reflexiones finales

Es fundamental tener en consideración que los pueblos indígenas del PNM se encuentran atravesando procesos significativos de cambio social, político y económico junto al resto de poblaciones de la cuenca amazónica. Quienes, en gran parte, descansan en la reconfiguración de sus relaciones sociales, actividades económicas y acceso a sistemas biomédicos y educativos formales bajo un fuerte correlato con la producción y relación con el medioambiente. Lo cual ha sido reconocido como una preocupación de gestión en el Plan Maestro del PNM y Planes de Vida de las comunidades, en donde se señala la utilidad de abordar las necesidades de las poblaciones circundantes al PNM como una medida para aliviar la presión sobre los recursos del PNM (Sernanp 2017 y Sernanp y Sociedad Zoológica del Frankfurt 2018).

Entonces, no solo es importante considerar los grandes vacíos y discontinuidades de investigación. Sino también resaltar la urgencia de conocer cómo estos se están dando en la actualidad bajo el fin de crear diálogos y puentes funcionales entre sistemas médicos que se traduzcan en estrategias concretas e interconectadas entre prácticas no formales y estatales. Estos conocimientos pueden ser insumos para generar nuevos tipos de políticas que permitan una participación indígena más consistente. Tarea en la que los propios matsigenkas deberían ocupar un rol significativo en la construcción de conocimientos y espacios de toma de decisiones sobre la mejora de su propia salud.

Se necesita de participación indígea alianzas institucionales pero sobre todo que los documentos no queden archivados, sino que se compartan para la planificación de proyecto que interpelen la salud de los pueblos indígenas del PNM. Además de crear regulaciones buenas es necesario poner mayor énfasis en mecanismos de información y acción de las mismas. Es decir, reducir mecanismos burocráticos por otros que se adecúen a las condiciones y organización política al interior del Parque.

La ausencia de estos junto a una reconocida falta de conocimiento sobre el funcionamiento de la sociedad mayoritaria por gran parte de sus habitantes los vulnera en más de un aspecto. Situación que ha sido aprovechada para conseguir acuerdos asimétricos con consecuencias negativas (Ministerio de Cultura 2016) y hasta trágicas. Recibir asesoría correspondiente del ente rector del Viceministerio de Interculturalidad resulta un derecho fundamental que es continuamente vulnerado.

El Ministerio de Cultura también reconoce que la ubicación recurrente en zonas remotas y aisladas, estas poblaciones están en riesgo de producirse un eventual contagio de estas enfermedades (2016). Como pude observar durante una salida de campo realizada en febrero de este año en la comunidad Tayakome, las emergencias sanitarias son un hecho frecuente y el centro de salud que abastece aquello de lo que supera a la atención de la posta más cercano se encuentra en Puerto Maldonado. Ciudad a 2-3 días del interior del Parque. Ello se acompaña de la falta de comunicación eficaz y rápida que demandan las continuas emergencias del PNM.

Una vez fuera del Parque, la falta de dinero para ir y manejarse en la ciudad los vulnera enormemente. Especialmente porque los matsigenka no suelen contar con ingresos monetarios que les permitan alimentarse y descansar en la ciudad. Muchas veces quienes van no solo se enfrentan a situaciones críticas de desorientación vinculadas a discriminación, sino que también experimentan otro tipo de experiencia de violencia e inseguridad producto de su falta de conocimiento de español fluido y funcionamiento de la sociedad mayor. Los habitantes del Parque Nacional no comparten necesariamente sus patrones y códigos de interrelación social.

Los problemas que aquejaban el parque hace 3 o 4 décadas continúan y se incrementan por los conflictos socioambientales que abundan en su zona de amortiguamiento y otras aledañas. Asimismo, los programas de transferencias condicionadas del Estado como Juntos, Qali Warma y Pensión 65 generan transformaciones sustanciales en la alimentación de la población indígena amazónica (Correa y Roopnaraine 2013, Romero et al 2016) desde su llegada al Manu en el 2016. Pese a ello, la propia presencia del Estado parece ser ignorada por sí mismo a la hora de planificar su desempeño. El cumplimiento de ciertas prácticas alimenticias promovidas por el Estado como condición para la transferencia de dinero a las familias usuarias en total desmedro de las prácticas locales es muestra de ello.

En adición, las comunicaciones entre las entidades responsables y las comunidades de su interior son bastante precarias. Las últimas no cuentan con energía eléctrica ni telefonía móvil. Antes de la llegada del internet satelital a las 4 CCNN oficiales entre los años 2016 y 2020 (Servindi 2020) las comunicaciones con Sernanp y otras instancias del gobierno resultaban aún más difíciles y principalmente hechas por radiofonía. Esta puede ser poco eficaz, manejable con bastante irregularidad y, lo que es peor, no dar abasto para emergencias sanitarias que ameritan cuidados de centros de salud fuera del Parque, y, en ocasiones a días de distancia. No obstante, el uso del internet tampoco se encuentra exento

de dificultades vinculadas a su funcionamiento en base al recurso escaso del petróleo ni al acceso equitativo por parte de todos los comuneros.

Finalmente, la ejecución de acciones claras, conjuntas y en diálogo con las expectativas de los pueblos indígenas del Parque se hacen cada vez más urgentes. El estado de emergencia sanitaria, inseguridad y miedo que el Perú ha atravesado con serias dificultades a pesar de tener un sistema político y territorio de validación hegemónica llama la atención sobre el estado permanente bajo el que viven los pueblos en contacto inicial y aislamiento voluntario. En el caso del Manu, distintas generaciones heredan un pasado de violencia que aún no ha sido restituido continúan siendo vulneradas bajo el no reconocimiento de las nuevas expectativas y cualidades de una categoría que parece congelada en el tiempo y que ni siquiera da directivas claras de cómo comprometerse con el derecho de estos pueblos: contacto inicial.

Agradecimientos

El presente trabajo es parte de una revisión descriptiva mayor que me encuentro realizando para la Estación Biológica Cocha Cashu. Mis infinitos agradecimientos a César Flores-Negrón por presentarme a las comunidades del PNM, apostar por soluciones conjuntas con las ciencias sociales, fomentar el involucramiento de mujeres investigadoras en áreas nacionales protegidas, aconsejarme y depositar su confianza en mí. Trataré de ser consecuente.

Referencias bibliográficas

- Aza, P. (1924) Estudio Sobre la Lengua Machiguenga. Lima: La opinión nacional.
- Bunce, John y Richard McElreath. (2017). «Inter-ethnic Interaction, Strategic Bargaining Power, and the Dynamics of Cultural Norms: A Field Study in an Amazonian Population». *Human Nature*, 28(4), 434-456. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12110-017-9297-8>.
- Baer, Gerhardt (1984). Die Religion der Matsigenka, Ost Peru. Basel: Wepf & Co. AG Verlag.
- Baer, Gerhardt (1992). "The one who intoxicates himself with tobacco." In: Matteson-Langdon, J. and Baer (Eds.) Portals of Power: Shamanism in South America. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Camino, A. (1977). Trueque, correrías e intercambios entre los Quechuas andinos y los Piro y Machiguenga de la montaña peruana. *Amazonía Peruana*. Lima, 1(2), 123.
- Casevitz, F. (1991). Le Banquet Masqué: Une Mythologie de l'Étranger chez les Indiens. Paris: Lierre & Coudrier Distribution, Eadiff.

- Casevitz, F. R., Saignes, T., & Taylor, A. C. (1988). Al este de los Andes: relaciones entre las sociedades amazónicas y andinas entre los siglos XV y XVII.
- Correa, N., & Roopnaraine, T. (2013). Pueblos indígenas y programas de transferencias condicionadas. *Estudio Etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú.*
- De Cenitagoya, V. (1943). Los Machiguengas. Lima: Sanmarti.
- Izquierdo, C. (2005). When “health” is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. *Social Science & Medicine*, Volumen 61, Issue 4, pp. 767-783.
- Izquierdo, C. y Johnson, A. (2007). Desire, envy and punishment: a Matsigenka emotion schema in illness narratives and folk stories. *Culture, Medicine & Psychiatry*, Volumen 31, Issue 4, pp. 419-444.
- Johnson, A. (1983). Machiguenga gardens. Adaptive Responses of Native Amazonians, R.Hames y W. Vickers (eds). Academic Press, Nueva York, Estados Unidos, pp. 29-63.
- Johnson, A. (2002). Families of the forest: the Matsigenka indians of the Peruvian Amazon. University of California Press, Berkeley, Estados Unidos.
- Kleinman, A. (1978). “Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems”. En *Social Science & Medicine*. Vol. 12, N° 1, pp. 85-93.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol 8, No. 1, pp.185-207
- Ministerio de Cultura del Perú (2016). Los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial de la Amazonía peruana: Mecanismos para la protección de sus derechos.
- Ministerio de Salud (2006). Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Matsigenka. Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú . <http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis17.pdf>
- Ministerio de Salud (2010). Análisis de la Situación de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú <http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf>
- Ráez, E. L. SEPIA XV. 2017
- Rodríguez, S. (2018). Conservar la Naturaleza Gobernar la Población: imaginarios, espacio y políticas en el Parque Nacional del Manu. Tesis para optar el grado de licenciada en antropología. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Romero Lora, G., Riva Castañeda, M., & Benites Orjeda, S. (2016). *Crónica de una reforma desconocida: experiencia de implementación del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Rosengren, D. (2010). Seriously Laughing: On Paradoxes of Absurdity among Matsigenka People, *Ethnos*, 75:1, 102-121, DOI: 10.1080/00141840903402468
- Rosengren, D. (1987). Concepciones de trabajo y relaciones sociales en el uso de la tierra entre los machiguenga del Alto Urubamba. *Amazonía Peruana*, Volumen 8, no. 14, pp. 39-59.
- Rosengren, D. (1987). In the Eyes of the Beholder: Leadership and the Social Construction of Power and Dominance among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. Goteborg: Goteborgs etnografiska museum.
- Rumenhoëller, K. (2007). «Pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial: algunas reflexiones conceptuales». En: Parrellada, Alejandro (ed.), *Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en la Amazonía y el Gran Chaco*. Copenhague: IWGIA.
- Sernanp (2018). Plan Maestro del Parque Nacional del Manu (2019-2023)
- Sernanp y SZF (2018). Plan de Vida de la Comunidad Nativa Tayakome.
- Shepard, G. y Chicchón, A. (2001). Resource use and ecology of the Matsigenka of the eastern slopes of the Cordillera Vilcabamba. *Biological and Social Assessments of the Cordillera de Vilcabamba, Peru*, Leanne E. Alonso et al. (eds). RAP Working Papers, No. 12, SI/MAB Series 6, pp. 164-174
- Shepard G. e Izquierdo C. (2003). Los matsigenka de Madre de Dios y del Parque Nacional del Manu. En: Huertas B. y García Altamirano A. *Los pueblos indígenas de Madre de Dios*. Lima: IWGIA.
- Shepard, G., Da Silva, M. y Yu, D. (2005). Conservation Implications of Primate Hunting Practices Among the Matsigenka of Manu National Park. *Neotropical Primates*, Volumen 13, Issue 2, pp. 31-36.
- Shepard, G. Jr., Levi, T., Olh-Schacherer, J., Peres, C., Yu, D. y Kaplan, H. (2007). The Sustainability of Subsistence Hunting by Matsigenka Native Communities in Manu National Park, Peru. *Conservation Biology*, Volumen 21, no. 5, pp. 1174-1185.
- Shepard Jr, G. H., Rummenhoeller, K., Ohl-Schacherer, J., & Yu, D. W. (2010). Trouble in paradise: indigenous populations, anthropological policies, and biodiversity conservation in Manu National Park, Peru. *Journal of Sustainable Forestry*, 29(2-4), 252-301.

- Shepard, G., Levi, T., Olh-Schacherer, J., Peres, C., J., Yu, D. y Wilmers, C. (2011). Spatial tools for 199 modeling the sustainability of subsistence hunting in tropical forests. *Ecological Applications*, Volumen 21, no. 5, pp. 1802-1818.
- Singer, M. and Baer G (2018). The american dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. En: *Critical Medical Anthropology* (181-203). CRC Press: Boca Ratón, FL.
- Snell, Betty E. (1978). *Machiguenga: Fonología y Vocabulario Breve*. Pucallpa: Instituto Lingüístico de Verano/Summer Institute of Linguistics.
- Snell, Betty E. (1998). *Pequeño Diccionario Machiguenga-Castellano*. Lima: Instituto Lingüístico de Verano/Summer Institute of Linguistics. Documento de Trabajo No. 32.
- Singer, M. (2004). Critical medical anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the world's of Cultures*, 23-30.
- Snell, W. (1964). "Kinship Relations in Machiguenga." M.A. The Hartford Seminary Foundation.
- Soria Dall'Orso, C. (2019). La política pública de no contacto de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. *Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 16(1), 21-41.