



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**INSTITUTO DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD FAMILIAR**



PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD  
FAMILIAR

**MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON  
ÉNFASIS EN LA PARTERÍA EN LA MEDICINA  
TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA  
DE NAPO 2010.**

AUTORA:  
VIVIANA ESPINEL JARA

TUTOR:  
DR. MARIO GALLO

Ibarra 2013

**MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA  
PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA  
PROVINCIA DE NAPO 2010**

**APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de tutor del trabajo de grado, presentado por la señora licenciada Viviana Espinel Jara, para optar por el Grado de Magíster en Salud Familiar, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación (pública o privada) y evaluar por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del Mes de Noviembre de 2013.



Dr. Mario Gallo Sandoval

C.I. 1500332653

Por: Lic. Viviana Espinel Jara

**MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA  
PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA  
PROVINCIA DE NAPO. 2010**

Trabajo de grado de Maestría aprobado en nombre de la Universidad  
Técnica del Norte, por el siguiente jurado, a los 16 días del mes de  
Noviembre de 2013.

---

Dr. Fernando Caicedo  
C.I.

---

Dr. Gonzalo Villalba.  
C.I.

---

Esp. Adriana Delgado.  
C.I.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de tesis va dedicado:

### **A Dios.**

Por su infinita bondad y amor, por haberme dado salud y vitalidad para llegar hasta este punto y lograr mis objetivos.

### **A mi familia.**

Por su constante apoyado, por sus consejos, sus valores, por la motivación brindada día a día que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y compañía.

### **A mi hijo.**

Por su amor incondicional, por haber soportado tantos años de separación y en especial por ser la persona que más apoyo me ha dado en los momentos de tristeza y soledad originada por la situación laboral

***Viviana***

## **RECONOCIMIENTO:**

Para los ecuatorianos es de conocimiento público que en el mes de octubre de 2011, en el sector de la Salud Pública se compraron renuncias a personas y profesionales que en muchos casos han sido valiosos, tanto personal como profesionalmente; por ello ahora que mis ex compañeros de trabajo ya no se encuentran en el Ministerio de Salud Pública ni en Dirección de Salud de Napo deseo expresarles mis profundos y sinceros agradecimientos por haberme apoyado en la realización del presente trabajo.

Mi agradecimiento imperecedero y especial para los compañeros/as de los Departamentos de Salud Intercultural y de Normatización, de la Dirección de Salud de Napo, quienes me apoyaron, me guiaron y me respaldaron, especialmente con el idioma, que se me transformó en una gran brecha superada gracias a ellos para obtener los frutos de la investigación que ahora presento.

Gracias a que todos mis ex compañeros de trabajo y a las señoras parteras de Amupakin me permitieron compartir el día a día de trabajo, de costumbres y conocimientos me enriquecí mucho en lo laboral, crecí profesionalmente con ellos, aprendí a reconocer mis errores, y en especial a ser una persona más humana y a valorar a todas las personas por igual, independientemente de su etnia, religión o idioma.

***Viviana***

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria -----	IV
Reconocimiento-----	V
Índice general-----	VI
Lista de cuadros y figuras-----	VIII
Lista de siglas-----	IX
Resumen español -----	X
Resumen inglés -----	XI

## CONTENIDO

	PAG
CAPÍTULO I	1
1 Planteamiento del problema	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Situación actual	3
1.3 Prospectivas	5
1.4 Objetivos	5
1.5 Preguntas directrices	6
1.6 Justificación	6
1.7 Factibilidad	7
	9
CAPÍTULO II	
2. Teoría base	9
2.1 Generalidades de la provincia del Napo	9
2.2 Población	12
2.3 Necesidades básicas insatisfechas	16
2.4 Red de Servicios	17
2.5 Sistema de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas	30
2.6 Principios de las medicinas tradicionales indígenas del Ecuador	34

2.7 Sustento jurídico	35
2.8 Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional	39
2.9 Perspectiva global de la OMS	43
2.10 Retos de la Organización Mundial de la Salud	46
2.11 Políticas nacionales y marco de trabajo legal	47
2.12 Seguridad eficacia y calidad	48
2.13 Acceso	48
2.14 Uso racional	49
2.15 El papel de la OMS	49
2.16 Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional	51
2.17 Agencias de la ONU	52
2.18 Otras organizaciones internacionales	52
2.19 Estrategia y plan de acción de la OMS 2002 – 2005	54
2.20 Glosario de términos	56
	57
CAPÍTULO III	
3.1 Diseño de investigación	57
3.2 Población y muestra	57
3.3 Técnicas e instrumentos	58
3.4 Proceso de construcción de la propuesta	58
	61
CAPÍTULO IV	
4.1 Resultados de la investigación	61
4.2 Aplicación del instrumento de investigación	79
	91
CAPÍTULO V	
5.1 Propósito	91
5.2 Beneficiarios	92
5.3 Descripción	93
5.4 Diseño administrativo	95

5.5 Plan de implementación	103
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	108

## **LISTA DE CUADROS Y FIGURAS**

### **TABLA # 1**

Categorización de los AMTI según artes, cantones y unidades operativas

### **TABLA # 2**

Categorización de los AMTI - Napo según artes

### **TABLA # 3**

Autoidentificación y categorización de los sanadores según edad

### **TABLA # 4**

Categorización de los AMTI - Napo según edad

### **GRAFICO # 1**

Agentes de la medicina tradicional según arte y sexo

### **GRAFICO # 2**

Categorización de los AMTI - Napo según artes

## **LISTA DE SIGLAS:**

<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>MSP:</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>ONU:</b>	Naciones Unidas
<b>OIT:</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>MT:</b>	Medicinas tradicionales
<b>MCA:</b>	Medicinas complementarias y alternativas.
<b>DPSN:</b>	Dirección Provincial de Salud de Napo
<b>AMTI:</b>	Agentes de la medicina tradicional indígena

# **MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE NAPO 2010**

**AUTOR:** Lcda. Viviana Espinel Jara

**TUTOR:** Dr. Mario Gallo Sandoval

**AÑO:** 2012

## **RESUMEN:**

El **objetivo** de esta investigación fue diseñar un modelo de certificación en arteras de la medicina tradicional indígena de Napo con énfasis en la partería. Fue un estudio descriptivo, cualitativo, de acción, exploratorio se trabajó con el Área de Salud 1 y 2 de la provincia de Napo. El instrumento utilizado fue la encuesta y la entrevista con los agentes de medicina tradicional indígena. Durante el desarrollo de la investigación se encontró que la medicina tradicional en la provincia de Napo es utilizada por más del 60% de la población, se identificó también la conceptualización de la medicina tradicional para los pueblos indígenas y colonos y además se conoció más de cerca los rituales empleados en esta medicina para conocer el ejercicio de esta por cada uno de sus actores. Se identificó a 161 parteras que realizan este trabajo, 128 shamanes, 93 sobadores, 48 curanderos, 142 limpiadores, 55 promotores de salud en un total de 627 Agentes de medicina tradicional indígena. Se identifica como una de las principales limitantes la no legalidad del ejercicio de esta o diferentes formas de curación asociadas a lo tradicional y ancestral, hecho que genera prácticas un tanto ocultas y hasta clandestinas. Todo esto propicia a que el presente **MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE NAPO (2010)** aborde las principales acciones para que las autoridades sanitarias del país las tomen en cuenta como un referente en el momento de calificar a los recursos que la medicina tradicional tiene en el país.

**MODEL OF SOCIAL AND FORMAL CERTIFICATION WITH EMPHASIS  
ON MIDWIFERY IN INDIGENOUS TRADITIONAL MEDICINE IN THE  
PROVINCE OF NAPO. 2010**

**AUTHOR:** Atty. Espinel Viviana Jara

**GUARDIAN:** Dr. Mario Gallo Sandoval

**YEAR:** 2012

**SUMMARY:**

The objective of this research was to design a model devious certification of Indian traditional medicine with emphasis Napo in midwifery. It was a descriptive, qualitative, action, exploratory worked with the Department of Health 1 and 2 in the province of Napo. The instrument used was a survey and interviews with actors of Indian traditional medicine. During the course of the investigation it was found that traditional medicine in the province of Napo is used by more than 60% of the population, conceptualisation also identified traditional medicine for indigenous peoples and settlers and also more closely met rituals used in this medicine for the exercise of this for each of its players. We identified 161 midwives who perform this work, 128 shamans, 93 sobadores, 48 healers, 142 cleaners, 55 health promoters in a total of 627 indigenous traditional medicine agents. It is identified as a major limiting the non lawful exercise of this or different forms of healing associated with traditional and ancestral practices generating event and even somewhat hidden underground. All this is leading to this MODEL OF SOCIAL AND FORMAL CERTIFICATION WITH EMPHASIS ON MIDWIFERY IN INDIAN TRADITIONAL MEDICINE IN THE PROVINCE OF NAPO (2010) addresses the main actions for the health authorities take them into account as a reference in time to qualify the traditional medicine resources have in the country.



# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1. Planteamiento del problema**

#### **1.1. Antecedentes**

En el contexto de los pueblos y nacionalidades andinas; cada país, cada estado, cada república, corresponde, en su etnoconstitución a una determinada confederación de pueblos que ancestralmente fueron dueños de ese territorio y, junto con ello, eran dueños también de su propia cultura y formas de desarrollo, que actualmente se sintetizan como cultura andina.

Durante la invasión conquistadora y en la mayor parte del proceso republicano su presencia se visibiliza sólo desde la teoría de antropólogos y científicos sociales quienes se esfuerzan por acercarse a la “otra realidad” desde un afán teórico.

En este espacio, los movimientos sociales de reivindicación, liderados por la presencia femenina, anima a los “otros” a reconocerse y buscar los espacios que los configuren como sujetos de derecho en el ámbito nacional. Con estos antecedentes, la Constitución Política de Estado en su artículo 44, reconoce al Ecuador como un país pluricultural y multiétnico, en el cual conviven una multiplicidad de seres humanos agrupados indistintamente por nacionalidades y pueblos. Las nacionalidades y pueblos poseen una diversa y rica herencia cultural, fundamentada en la sabiduría ancestral, que se construye con una lógica diferente y que se configura en una cosmovisión mítico/mágica que le confiere a cada nacionalidad una especificidad diferente.

Así mismo, las prácticas para recuperar y sostener la salud en el sistema tradicional siguen sus propios movimientos y se fundamentan en hechos intangibles como la recuperación de la salud, entendiéndose como la posibilidad de realizar tareas cotidianas con el mismo esfuerzo de siempre y, también en consideraciones mágico religiosas que lo conectan de manera armónica con la naturaleza.

Estas consideraciones acerca del mundo indígena motivan una mirada a lo que sucede en el contexto nacional y vemos que actualmente son pocas las leyes y reglamentos que amparan la presencia de los agentes tradicionales de salud, así como de los representantes de los diferentes movimientos indígenas en los ámbitos de la sociedad y cultura ecuatorianas.

Si esto pasa en la actualidad, en el pasado cercano (no más de 50 años atrás), en el país en general y en nuestra provincia en particular, los cambios para estructurarse políticamente determinaron que el territorio fuera modificado sustancialmente, así hasta la década de los ochenta, Napo era la provincia más grande del país; en su interior, los seis grupos mas reconocidos de nacionalidades indígenas convivían con sus propias creencias y tradiciones, respetándose entre sí y delimitando sus ámbitos territoriales a merced de las actividades propias como la caza y la pesca, como una forma de vida cotidiana.

Históricamente, esta convivencia armónica no es reconocida y, merced a movimientos políticos de colonos e intereses económicos de la minoría criolla, en 1985 se produce la primera redistribución territorial de Napo, con esto, Sucumbíos obtiene su provincialización y los terrenos que conforman la nueva provincia son aquellos que colindan con la república de Colombia; luego, 14 años después en 1999, una segunda redistribución territorial de la provincia contribuye para la creación de la provincia de Francisco de Orellana. Resultado de estas acciones, la actual provincia de Napo es la provincia más pequeña de la región amazónica del país y tiene dos

nacionalidades y pueblos indígenas que son los Huaoranis y Kichwas, dueños de una gran riqueza cultural.

En este contexto, la mayor oferta de servicios de salud de la provincia la tiene el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Red de Servicios por niveles de atención. Con el paso de los años y la presencia cada vez más grande de mestizos y colonos en la provincia, aparece en la zona rural la necesidad de curar las enfermedades; ésta necesidad es cubierta en parte por la medicina occidental, pero esto no es suficiente en los servicios de salud formales, ya que existe poca disponibilidad de personal de salud en las unidades operativas, lo que hace que el indígena acuda a su medicina ancestral, en donde la salud y la enfermedad tienen representantes propios que son los agentes tradicionales de salud.

## **1.2. Situación actual**

La provincia de Napo, según el censo del 2010, cuenta con una población de 103.697 habitantes; de éste total de habitantes, el 56% son indígenas pertenecientes en su mayoría a la etnia kichwa, y en una mínima parte a la etnia Huaorani, el 38.1% son mestizos; el 2,7% blancos; el 1,6% afroecuatorianos; el 0,6% Montubio; el 0,2 % otras etnias. Los grados de analfabetismo y de pobreza son altos especialmente en las comunidades rurales, que se asientan en zonas selváticas alejadas de las riveras de los ríos y de los centros poblados; el acceso a estas comunidades es difícil, en el mejor de los casos se lo realiza por la vía fluvial y/o por caminos de tercer orden, que están en muy mal estado porque el ingreso es por estrechos senderos en medio de la selva. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Las costumbres ancestrales, a las que están ligadas las comunidades indígenas, nos ayudan a comprender que en la selva los habitantes de Napo (naporunas) curaban todas sus dolencias tanto emergentes como crónicas

mediante el consumo de plantas medicinales y ritos mágicos de curación que realizaban los hombres o mujeres más ancianos y con mayor sabiduría de la comunidad, quienes adquirieron todos sus conocimientos a través de iniciaciones especiales y años de experiencia.

Las formas de acercarse entre sanador y paciente son sustancialmente humanas y están rodeadas de tradiciones y actitudes de reconocimiento y respeto mutuo, lo que permite interacción constante en el proceso de sanar y/o curar. Este hecho, si sucediera en medicina occidental, se reconocería como una “buena atención” y la buena atención logra mantener en vigencia la presencia de los agentes tradicionales, a lo que se añade que este tipo de prácticas son entendibles para los beneficiarios y ejecutadas en un medio familiar, conocido y aceptado por ellos.

El desconocimiento de los/las otros(as) formas de recuperar la salud y/o mantenerla ha provocado actualmente clandestinidad en algunos y prácticas de charlatanes (falsos agentes tradicionales) que, al amparo de la tradición, cometen desde estafas hasta uso criminal de medicamentos de medicina occidental. Estos hechos perjudican al mismo tiempo a la medicina tradicional alternativa y a quienes la practican, sean estos yachaks, pajuyos, curanderos, sobadores, comadronas, etc.

Todos estos conocimientos, tradiciones y prácticas crean la necesidad de identificar y cuali/calificar a los agentes de la medicina tradicional indígena para que sean socialmente aceptados y reconocidos por sus diferentes comunidades, especialmente el grupo de parteras.

### **1.3. Prospectivas**

En la provincia de Napo la presencia y labor de los agentes de la medicina tradicional es un hecho que convive con los diarios quehaceres. Unos agentes son muy buenos, otros buenos, y en múltiples ocasiones se filtran falsos agentes tradicionales que únicamente quieren lucrarse de la ingenuidad de los usuarios; este hecho seguirá sucediendo y los más incautos serán los más estafados. Si la autoridad sanitaria pertinente no hace nada, este problema seguirá acrecentándose, como ha sucedido ya en otras provincias de la región amazónica, donde el trabajo clandestino de los agentes de la medicina tradicional indígena (AMTI), llegando incluso hasta la muerte por venganzas.

Con la elaboración y ejecución del presente trabajo de investigación la autora pretende inmiscuir directamente a la autoridad sanitaria tanto nacional como provincial y local al apoyo y capacitación de los AMTI identificados, reconocidos por sus comunidades y acreditados por la instancia sanitaria pertinente que en este caso serán los Departamentos de Salud Indígena y Control Sanitario de la Dirección provincial de Salud de Napo, haciendo énfasis en la partería, para ello se trabajará con parteras(os), identificados en la región.

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Diseñar un modelo de certificación en parteras de la medicina tradicional indígena de la provincia de Napo con énfasis en la partería.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de la población indígena del Napo
- Diagnosticar la situación actual de la medicina tradicional indígena en la Provincia de Napo.
- Diseñar un modelo de certificación específicamente para el grupo de parteras.

#### **1.5. Preguntas directrices**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población objeto de estudio? ¿Cuáles son los grupos indígenas que se identifican en la provincia del Napo?
- ¿Cuál es el diagnóstico actual de la medicina tradicional indígena, especialmente en el grupo de parteras?
- ¿Qué elementos contemplaría el diseño de un modelo de certificación para las parteras?

#### **1.6. Justificación**

Desarrollar la construcción de un sistema para la certificación de los agentes de la medicina tradicional indígena se vuelve prioritario en las actuales circunstancias que vive el país, debido a que la corriente de empoderamiento de los otros(as) en la Política Nacional impulsa a ejercer los derechos ciudadanos contemplados en la Constitución.

Así mismo, fortalecer la salud en el mundo indígena es responsabilidad de todos quienes hacemos MSP y, particularmente, de quienes desde los

ámbitos políticos estamos trabajando hombro a hombro con hombres y mujeres de saber en el mundo indígena.

En la medicina tradicional se habla de yachaks, shamanes, pajuyos, sobadores, hueseros, hierbateros, parteras, promotores de salud, etc.; pero básicamente, se enfatizará en las prácticas tradicionales utilizadas por las parteras y que deben de alguna forma articularse a la norma establecida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Consideramos que exista o no, la insuficiente disponibilidad de servicios de salud formales o la no disponibilidad del personal de salud en las unidades operativas, estas prácticas tradicionales de la medicina indígena van a estar vigentes en la mayor parte de comunidades rurales tanto colonas como indígenas de la provincia de Napo.

Por eso se dirá que todo reconocimiento de los otros(as) fortalece por igual a los miembros de una sociedad y, que en una sociedad inequitativa como la nuestra, las “otredades” constituyen la esencia de la sociedad y que, al evidenciarlas, contribuimos fuertemente en la construcción de la sociedad, de la que todos queremos ser parte: equitativa, dinámica y armónica.

### **1.7. Factibilidad**

La realización y ejecución de este tema sí tiene una factibilidad legal, la Constitución Política del Estado en su artículo 44, que reconoce al Ecuador como un país pluricultural y multiétnico, en el cual conviven una multiplicidad de seres humanos agrupados indistintamente por nacionalidades y pueblos.

**Factibilidad política.**- La realización y ejecución de este tema, si tiene una factibilidad política, pues se trata de un problema de salud pública que se

trata de manejar desde la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud Pública, respaldado al mismo tiempo por políticas de estado.

**Factibilidad técnica.-** Técnicamente, la ejecución de este tema es muy factible, pues existen todos los recursos para su realización, existiendo el apoyo de los técnicos de otras instituciones.

**Factibilidad administrativa.-** El desarrollo y estudio de este tema administrativamente es muy factible, pues cuenta con un equipo humano inmiscuido y comprometido en identificar a todos los AMTI en la provincia, especialmente al grupo de la partería.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Teoría base**

#### **2.1. Generalidades de la provincia de Napo**

Napo, provincia de Ecuador, ubicado en el este del país, es una de las seis que forman la región de Oriente o Amazónica. Está formada por una zona oriental, montañosa y volcánica y el declive hacia la cuenca amazónica.

La primera está formada por montañas pertenecientes a la cordillera oriental. En ella se encuentran haciendo de límites los volcanes de Cayambe y Cotopaxi y las menores altitudes de los volcanes Reventador y Sumaco. Vertientes y montañas húmedas y tapizadas por la selva ecuatorial en sus laderas, coronadas por nevados volcanes, y agricultura de plantación y subsistencia coexisten en los valles más bajos.

El este de la provincia es una llanura de suave inclinación cubierta por la formación de bosque ecuatorial y donde las principales vías de penetración son las 'abras' que han practicado los ríos. Estos son caudalosos y de grandes crecidas, habida cuenta que el máximo de precipitaciones coincide con la estación de sol alto y con el momento de mayor deshielo de los nevados del oeste.

El principal curso fluvial es el Napo y otros que vierten en sentido noroeste-sureste. El cultivo de flores de la zona y otros de subsistencia, la

explotación de la gran diversidad de especies madereras, son casi los únicos recursos de la provincia. Napo fue la provincia más extensa del país, si bien el hallazgo de petróleo hacia finales de la década de 1960, en su zona norte, propició la segregación de una buena parte de la antigua provincia, que hoy forma la de Sucumbíos y Orellana. De esta forma se le restó a su extensión original cerca de 20.000 km<sup>2</sup>.

Con respecto a la ubicación geográfica, Napo limita al norte con la provincia de Sucumbíos, al oeste con las de Cotopaxi, Pichincha, Imbabura y Carchi, al Este con Perú y al Sur con las de Tungurahua y Pastaza.

Políticamente, la provincia de Napo se halla dividida en cinco cantones, cinco parroquias urbanas y 18 parroquias rurales; la capital de la provincia es Tena

### Mapa de la provincia de Napo



### División política de la provincia de Napo

Región	Cantones /Municipios	Extensión Km <sup>2</sup>	Población Habitantes	División Política
Provincia de Napo	Tena	3.904,3		Parroquia urbana Tena, (CC), rurales: Ahuano, Chontapunta, Pano, Puerto Misahualli, Puerto Napo, Tálag
	Archidona	3.028,5		Parroquia urbana Archidona, (CC), rurales: Cotundo, San Pedro de Ushpayacu
	El Chaco	3.472,7		Parroquia urbana El Chaco, (CC), rurales:Gonzalo, Díaz de Pineda, Linares, Oyacachi, Santa Rosa, Sardinias
	Quijos	1576,7		Parroquia urbana Baeza (CC), rurales: Cosanga, Cuyuja, Papallacta, San Francisco de Borja
	Carlos Julio Arosemena	501,2		Parroquia urbana Carlos Julio Arosemena Tola
<b>TOTAL</b>		<b>12483.4</b>		

\* Fuente: INEC, VI Censo de Población y V de Vivienda 2001-Ecuador; \*\* INEC, Anuario Estadístico del Ecuador, 1994

### Extensión territorial

Napo posee una densidad territorial de 12.483,4 Km<sup>2</sup>.

## **Densidad poblacional**

La provincia tiene 103.697 habitantes, lo que representa el 1.1% de la población total del país. En la región, el 82,6% de la población se encuentra en una edad comprendida entre los 15 a 17 años y, de acuerdo al último censo, 2010, la densidad poblacional es de 7.2 habitantes por km<sup>2</sup>. Los grupos poblacionales entre 5 a 14 años son del 96,2%. El analfabetismo alcanzado en el año 2010 es de 6.3%.

La población de la provincia de Napo, según el censo del 2010, se concentra en edades jóvenes.

La edad promedio, es de 23 años 24 años.

Las mujeres en edad reproductiva son de 24.996.

La tasa de crecimiento es del 4,0%.

## **2.2. Población**

Napo tiene un importante grupo poblacional que han emigrado de Loja, Pichincha, Bolívar, Tungurahua, Manabí y Chimborazo, este hecho da como resultado un saldo migratorio positivo para la provincia, registrando una tasa de crecimiento del 4.0 % anual. La tasa de crecimiento poblacional a nivel provincial es de 2,99 y la densidad poblacional es de 3,7 habitantes por km. cuadrado. La conformación étnica de la población está estructurada por dos grupos humanos perfectamente definidos, tanto por el idioma como por sus características económicas y sociales, siendo estos las poblaciones indígenas de la nacionalidad kichwa y los colonos o mestizos.

### **2.2.1. Etnia Kichwa**

Es la más numerosa a nivel nacional, se encuentran asentamientos en toda la serranía ecuatoriana; sin embargo, hace varios años migraron hacia la Amazonía en donde se adaptaron y adquirieron una identidad particular. La nacionalidad kichwa de la Amazonía, tampoco posee un territorio plenamente definido, su lengua es igualmente el runa shimi (kichwa), y su estructura organizativa se basa en la comuna. Viven en las provincias de Sucumbíos, Napo y Pastaza, en la zona comprendida entre los ríos Putumayo y San Miguel al norte, Pataza al sur, las estribaciones de la cordillera y las fronteras de Colombia y Perú al este.

Las poblaciones indígenas kichwa, nunca han sido grupos enteramente cerrados sobre ellos mismos, más bien han mantenido relaciones de diverso tipo con otros grupos étnicos, así como con la economía y la sociedad ecuatoriana. En la medida que se desarrollaron estas relaciones, provocaron una serie de cambios en las unidades domésticas y cambios en las estructuras de su organización social.

La introducción de herramientas para la horticultura y el cuidado del ganado bovino, modificó las prácticas productivas disminuyendo el tiempo dedicado a las actividades tradicionales y afectó la funcionalidad de su estructura social, reduciéndose también la importancia de los yachac, de la conservación de áreas de caza y la residencia secundaria y estableciéndose como unidad y red social a la familia y vecinos, respectivamente.

Según Juan Bottasso Boetti, Mauricio Gnerre (1986) La colonización y la presencia de empresas que compraron tierras a los indígenas para implementar cultivos a gran escala fueron procesos que desencadenaron la crisis de presión sobre la tierra, llevando a los grupos indígenas a buscar formas organizativas que les permitieran defenderse de las amenazas externas. La constitución de organizaciones sociales formales con

reconocimiento jurídico fue la alternativa que tendría asidero inclusive en el propio Estado.

Posteriormente, se formaron organizaciones intercomunales como la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad kichwa de Napo (FONAKIN) que ha permitido una mejor representación política. La autoridad ya no es ejercida por el yachac, sino por quien tenga instrucción formal y capacidad de negociar con la sociedad nacional. El presidente, el vicepresidente, el secretario y el síndico, son las figuras de autoridad incorporadas en la organización actual.

Las organizaciones actuales se plantean objetivos de coordinación interna, pero fundamentalmente, su perspectiva es la negociación de sus relaciones externas y el cohesionamiento étnico.

El acceso de las mujeres a la educación ha mejorado, lo cual en el futuro reducirá la brecha existente entre hombres y mujeres. Esto es de vital importancia, ya que la mayor educación de las mujeres tiene repercusiones positivas en las condiciones de vida de la familia. Así, por ejemplo, la mayor educación de la mujer conlleva a una mejor alimentación y salud del hogar.

La provincia de Napo es la provincia con mayor porcentaje de población indígena rural (58.5%), superando el promedio de la sierra (20.8%) y nacional (13.9%). Por tal razón, el desarrollo de la educación bilingüe (español-quichua) ha adquirido gran importancia en la provincia. Así, los alumnos que reciben este tipo de educación representan el 22% del total de alumnos de la provincia, frente al 3% a nivel nacional.

En cuanto a la cobertura del servicio de salud en la provincia de Napo, el índice de salud recogido por el INFOPLAN considera la mortalidad infantil, la desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud y viviendas con agua potable. En los cantones de la provincia, este indicador

es en general bajo; se diferencia del cantón Quijos, que tiene un desarrollo relativo mayor.

La tasa de mortalidad infantil es mayor en Arosemena Tola y Archidona, el porcentaje de desnutrición crónica, así como el porcentaje de desnutrición global en niños menores a 5 años es significativa en todos los cantones de la provincia. El porcentaje de hogares con saneamiento básico es mayor en Quijos, pero en general este rubro es significativamente bajo en todos los cantones. Carlos Julio Arosemena Tola no dispone de personal de salud, en cambio, Quijos y Tena tienen una mayor presencia de este personal.

Los recursos del sistema público y privado de salud disponibles se encuentran ubicados en los centros de mayor desarrollo urbano: Archidona dispone de 74 camas hospitalarias correspondientes a un establecimiento público con internación; Tena dispone de 66 camas distribuidas en un establecimiento público y otro privado con internación. El Chaco y Quijos también disponen de establecimientos de salud con internación; Tena y Archidona disponen de un Centro de Salud; todos los cantones tienen Subcentros de Salud, mayor número en el cantón Tena, seguido de Quijos. Quijos y Carlos Julio Arosemena Tola no disponen de Puestos de Salud y sólo en el Cantón Tena dispone de 3 Dispensarios Médicos.

En Archidona los servicios de salud son insuficientes, la atención curativa y preventiva es limitada debido a la dispersión de las comunidades y la dificultad de acceso por falta de vías de comunicación. Existe un solo hospital (Stadler Richter); en las parroquias de San Pablo y Cotundo disponen cada uno de un Subcentro y dos Puestos de Salud. En el cuadro anterior se puede observar las causas de mortalidad registradas en el referido hospital.

El Hospital Stadler Richter (fiscomisional-Misión Josefina) se ha encargado de la salud curativa en el ámbito urbano y rural, sin descartar la

actividad de salud preventiva. Ha establecido un sistema de autogestión cobrando por el servicio según la situación económica del paciente.

La salud preventiva está a cargo de los centros, subcentros y puestos de salud del Ministerio de Salud Pública. Estos se complementan con el Seguro Campesino, con iniciativas de las propias comunidades, como en el caso del programa de salud en Rukullakta, y con agentes locales como promotores, parteras, curanderos y shamanes.

### **2.3. Necesidades básicas insatisfechas**

En Napo, la pobreza se evalúa por la satisfacción de las Necesidades Básicas (NBI) Se considera pobre a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo vivienda, salud, educación y empleo y a partir de la brecha de consumo, que es la diferencia agregada entre el consumo de las personas pobres y el valor de una canasta básica de bienes y servicios expresada como proporción de este último valor y dividida para la población total. Son pobres las personas cuyos ingresos familiares son insuficientes para acceder a una canasta de satisfactores básicos y son indigentes aquellas familias que no pueden acceder a una canasta mínima de alimentos. La pobreza toma como punto de corte el valor de las dos canastas básicas de alimentos. Napo es una de las provincias más pobres del país, con porcentajes que alcanzan el 77.1 % para NBI y extrema pobreza, con el 42.8% para NBI. Por brecha de consumo, la provincia tiene un 33 %.

## **2.4. Red de Servicios**

### **2.4.1. El sistema vial**

En la provincia de Napo el sistema vial es insuficiente para la extensión del territorio, circunstancia que, entre otras, ha sido la principal limitante para su desarrollo e integración al mercado nacional e internacional. La provincia se conecta a la red vial nacional desde el norte en Papallacta por Baeza, de donde parte el eje principal de la provincia y que cruza de norte a sur e integra a los 5 cantones de la provincia en la ruta Papallacta-Baeza-Jondachi-Archidona-Tena-Puerto, Napo-Arosemena, Tola-Santa Clara (en la provincia de Pastaza) en una extensión aproximada de 150 Km. que corresponden al tipo de carreteras de segundo orden, únicamente el tramo Papallacta - Baeza, de 50 kms., se encuentra asfaltado.

La vía Tena-Puerto Napo-Santa Clara-Puyo-Baños, se encuentra en la fase final de reconstrucción, especialmente en el tramo Puyo-Baños. En la actualidad, el MOP tiene contratos para la reconstrucción de la Red Vial Principal en los tramos Baeza - La Virgen, La Virgen - Jondachi, Jondachi - Archidona, Archidona - Tena, Puerto Napo - Arosemena Tola hasta Santa Clara en Pastaza, lo cual significará un importante impulso al desarrollo de la provincia.

La carretera Hollín-Loreto-Coca (ramal de la proyectada vía Interoceánica) que constituye una vía transversal de 40 km. en Napo, entre la troncal de la selva (Baeza-Tena y Baeza-Lago Agrio-Coca), se conecta con las vías Tena-Baeza-Quito y Baeza-Tena-Puyo, ejes viales principales de la región, que atraviesan la provincia y permiten la conexión con Quito al norte y con Ambato al centro y sur del país.

La vía desde Baeza hasta el límite provincial con Sucumbíos se encuentra asfaltada 19 km. hasta El Chaco; en la provincia este eje tiene una extensión de 62 Km.

Los caminos vecinales corresponden a la red vial de tercer orden, los cuales en su mayoría se encuentran en las áreas bajas de la provincia en los cantones Tena, Archidona y Arosemena Tola. En el caso de la red terciaria o caminos vecinales el mantenimiento lo realiza el Consejo Provincial a través de equipos propios y contratistas particulares.

Las compañías petroleras mantienen los caminos de acceso a zonas de explotación petrolera que se localizan en la parroquia Chonta Punta del cantón Tena. El municipio de Quito mantiene la carretera desde las Termas de Papallacta hasta Oyacachi. Sin embargo, estas vías no son de libre circulación.

Los caminos vecinales de la provincia tienen una extensión total de 662 km. Lo cual se puede considerar limitado para el territorio de la provincia. Los caminos vecinales son mantenidos por los municipios y por el Consejo Provincial y, en la actualidad, el 43 % se encuentran en muy mal estado y el 53 % en regular estado. Únicamente el 4 % de la red se encuentra en buen estado.

La población rural de la provincia circula de una manera mayoritaria por los caminos de herradura. La provincia tiene inventariados 1.144 km. de caminos de herradura o empalizados. Del estudio de planificación vial se obtiene que 6823 familias del área rural utilizan los caminos de herradura, es decir, aproximadamente 30.000 personas o el 56.2 % de la población rural.

## 2.4.2. Red fluvial

El río Napo es la arteria vial más importante para el servicio de transporte fluvial; es navegable desde Puerto Napo hasta la desembocadura en el Amazonas. En lo que corresponde a la provincia de Napo se establecen cuatro puntos principales que sirven como atracaderos: Puerto Napo, Misahuallí, Ahuano, Santa Rosa y Agua Santa; de estos puntos se sirve a otras comunidades de características indígenas.

## 2.4.3. Vivienda

En la provincia de Napo, de acuerdo al censo del 2001, hay 20.739 viviendas; de éstas, el 14.918 están habitadas, lo que representa el 71,93%. De las viviendas ocupadas, 10.833 (52,23 %) son propias, 8.665 (41,78 %), arrendadas, 607 (2,92 %) ocupadas por familiares, 387 (1,87%) dedicadas para el servicio y el porcentaje diferencial son ocupadas en anticresis y otros fines. El promedio provincial de ocupación es de 5,2 hab. /vivienda. El déficit de vivienda es de 4.386 unidades habitacionales, que significa el 21,14 %. Del total de viviendas, 9.444 (45,53%) disponen de servicio eléctrico y del total de viviendas ocupadas, 2.625 (17,6%) tienen servicio telefónico.

### Indicadores de vivienda provincia de Napo

Detalle	Total	Porcentaje
Viviendas totales	20.739	
Viviendas particulares ocupadas	14.918	71,93
Viviendas con servicio de agua en su interior	3.398	16,34
Viviendas con servicio de luz eléctrica	9.444	64,84
Viviendas con servicio de recolección de basura	4.721	22,76
Viviendas con servicio de eliminación de aguas servidas	5.185	25,86
Viviendas ocupadas con servicio telefónico	2.625	17,6

Fuente: INEC, VI Censo de Población y V de Vivienda 2010.

#### **2.4.4. Abastecimiento de agua**

En la provincia de Napo, el 34% de las viviendas de la provincia cuentan con servicio de agua “potable” (es solamente entubada), al interior de la casa, lo que denota que existe un déficit de suministro de agua al interior de la vivienda del 64% y alrededor del 30% de la población dispone del servicio de agua, lo que significa que la mayor parte de la población se abastece del líquido vital fuera de la vivienda. De los indicadores señalados se desprende que por el déficit de agua existente, la población sufre enfermedades gastrointestinales y parasitosis, por lo que los habitantes deben destinar buena parte de sus ingresos a la atención de su salud.

#### **2.4.5. Alcantarillado y disposición de desechos**

En la provincia de Napo, el 38,2% de las viviendas cuentan con servicio de eliminación de aguas servidas por red pública de alcantarillado y solo el 44% cuentan con servicio de recolección de basura. Toda la población aún no cuenta con los servicios básicos.

#### **2.4.6. Energía**

En la provincia de Napo, se encuentra operando tres empresas distribuidoras de energía: Empresa Eléctrica Ambato S.A. (EEASA); Empresa Eléctrica Quito S.A. (EEQSA) y la Empresa Eléctrica Sucumbíos. En el sector de Guagua Sumaco, parroquia de San Pablo de Ushpayacu, cantón Archidona se encuentra la Empresa Comunitaria de Generación Eléctrica Pitura, dando una cobertura a familias indígenas.

Con el propósito de generar energía, en la provincia de Napo, se constituye la empresa Energía Renovable y Desarrollo Sustentable

ERDESU, la misma que se encuentra realizando los estudios de pre y factibilidad para la obtención de energía de río Jondachi, con una capacidad de 18 Mw

A partir de 1998 Transelectirc inicia la construcción de la red interconectada entre las provincias de Pastaza y Napo y a partir del 2002 con la red de Tena al Coca, línea de transmisión de 13.200 Mw.

#### **2.4.7. Telecomunicaciones**

En Napo, el 18% de las viviendas disponen de servicio telefónico. Esta situación refleja un alto déficit en la cobertura de este servicio, para lo cual se requiere implementar proyectos que permitan acceder a la población, tanto a comunicación como a información tecnológica que se obtiene a través de las telecomunicaciones.

#### **2.4.8. Agricultura**

La mayor parte de la población de la Provincia de Napo está ocupada en actividades agropecuarias. En todos los cantones hay un alto porcentaje de actividades agrícolas. En Arosemena Tola el 73.5 %, en Archidona el 86 %, en Tena el 80.5 %, en Chaco el 81 % y en Quijos el 60.5 %. Para un promedio provincial del 80% de actividades agropecuarias. Las principales actividades económicas son la agropecuaria, la piscicultura (tilapia y cachama), la extracción de productos forestales, actividades primarias, con énfasis en ganadería de leche desarrollando la industria de lácteos y las actividades terciarias relacionadas con el comercio y el turismo.

Es importante señalar que han empezado a perfilarse nuevas actividades económicas, como el ecoturismo, la exportación de productos nativos (flores,

sangre de drago, chonta, etc.), lo que puede dar una mayor dinámica a la economía provincial. Otras actividades como la investigación científica, el ecoturismo y la piscicultura potencialmente serán las más importantes de la zona y pueden revertir recursos que posibilitarán el desarrollo de la población.

El potencial para el desarrollo de la acuicultura es bastante alto y se han iniciado algunos proyectos comunitarios de cultivo de peces de aguas frías (trucha arco iris) en los cantones Quijos y El Chaco. En la Parroquia Papallacta se encuentra instalada la CENIAC construida con el apoyo del Gobierno del Japón, hoy de propiedad del Ministerio de Comercio Exterior, convertida en un bien inmueble improductivo que necesita una urgente intervención para que sirva de apoyo a los piscicultores de la zona y su producto se convierta en un componente mas de ingresos al Estado.

El cultivo de caracoles y el establecimiento de zocriaderos mediante proyectos familiares sirven para mejorar la dieta alimenticia y algunos con fines comerciales en pequeñas empresas que están generando fuentes de empleo y recursos alternativos a las poblaciones locales.

#### **2.4.9. Minería**

En la provincia de Napo, en la mayor parte de los cauces y terrazas bajas de los ríos se realizan actividades de extracción de material pétreo, el mismo que es utilizado principalmente en obras de infraestructura vial, todas la vías que componen la Troncal Amazónica, han recibido material, especialmente de los ríos Quijos, Coca, Napo, Misahualli, Tena, Anzu, entre los principales.

En la vía Hollín-Loreto se ubica la mina donde realiza la explotación de arenisca asfáltica, material que es utilizado en el asfaltado esta vía, los

caminos vecinales de tercer orden y varias calles de las ciudades de Tena y Archidona.

Según ECORAE, (1998) en las riberas de los principales ríos existen concesiones mineras para la exploración y explotación de oro de lavaderos. De acuerdo a la Zonificación de Indicios Mineros de la Región Amazónica Ecuatoriana, el área de estudio está categorizada como Zona 5, pues existen minerales como oro, cobre, plomo, hierro y recursos no minerales como: caliza, feldespato, arenas silíceas, diatomitas y caolín. La zona de explotación se encuentra definida por la modalidad de concesión para la extracción de areniscas calizas por parte de una empresa dedicada a la producción de cerámicas.

Ascendant Exploration S.A., empresa subsidiaria de Ascendant Holdings, minera que se ocupa de la exploración de depósitos de oro a gran escala, al momento se encuentra realizando trabajos de prospección en: Asociación de Trabajadores Nuevos Surcos (comunidad de colonos) y La Unión Venecia (comunidad indígena). Al suroeste, existe una concesión minera reciente (Cia. Assendant Exploration) que incluye el puerto Misahuallí, Ahuano y la ribera del río Napo en más de 20.000 ha. Son yacimientos auríferos, y la concesión está en la fase de prospección.

#### **2.4.10. Ganadería**

En la población ganadera predomina el ganado vacuno, porcino, caprino y solípedos (caballos, mulares y asnos), sin embargo, la producción y crianza es baja. Los pocos ovinos que existen no sobrepasan las 60 libras. El ganado holstein – criollo es mayoritario, se encuentran también algunos hatos de ganado brahman, el cual esta siendo muy requerida especialmente por ganaderos colombianos. En la provincia de Napo, existen 50.984

cabezas de ganado vacuno repartidas en 2.525 unidades de producción pecuarias

#### **2.4.11. Turismo**

Esta provincia, por encontrarse ubicada en el centro de la cordillera oriental ecuatoriana, por poseer varios pisos climáticos, una gran cantidad de bosques primarios y una gran riqueza hídrica, debido a su alta pluviosidad, es poseedor de una de las áreas de mayor belleza paisajística en el Ecuador continental; entre sus bellezas escénicas, se destacan: El Parque Nacional Cayambe-Coca y Antisana, allí se puede encontrar plantas ornamentales, medicinales, maderas finas, insectos, aves, animales, peces, etc.; que constituyen parte importante en el turismo especializado.

Hay bellas lagunas como la de Panacacocha, Baños, Papallacta, Mica, etc. Existen petroglifos o piedras grabadas con indescifrables mensajes de culturas pasadas. A pesar de la gran riqueza hídrica de la provincia en cuyo seno literalmente nace a través de sus afluentes el río Amazonas, sobresale el río Napo cuyas afluentes permiten acampar en sus playas y tener contacto directo con la naturaleza, muchas comunidades indígenas muestran su riqueza cultural y folclórica

#### **2.4.12. Flora y fauna**

El 60% de la superficie de la provincia de Napo cuenta con abundante vegetación tropical, en donde existen especies y géneros de flora y fauna como en ninguna otra provincia del país. Esta riqueza natural de la provincia ha llevado a proteger la biodiversidad a través de cuatro importantes reservas ecológicas como la Cayambe Coca, Antisana, Napo Galeras y Llanganates. Aquí se encuentran bosques vírgenes que cuentan con

árboles madereros de excelente calidad, presencia de una gran cantidad de palmeras, plantas medicinales, orquídeas, plantas endémicas y fauna de todo género.

La intervención del hombre en áreas protegidas o en sus zonas de influencia han provocado el desplazamiento y/o extinción local de algunas especies animales y vegetales, como es el caso de las actividades exploratorias de las compañías petroleras; la construcción de carreteras que no consideran aspectos ambientales y socio - culturales; y la colonización que fomenta la explotación irracional de los recursos forestales.

Según la Fundación José Peralta (2000) la Amazonía ecuatoriana ocupa el tercer lugar en el mundo en el número de anfibios, el quinto en aves y el sexto en mariposas. La provincia de Napo posee una biodiversidad de las más ricas del país, que merece especial cuidado. Dentro de las áreas protegidas de la zona, se pueden encontrar varias especies como el mono aullador, mono machín, chichico, mono barizo, chorongó, puma, tigrillo ocelote, Yaguarundi, jaguar, danta, tapir, guanta, capibara, manatí, nutria, nutria gigante, perro de agua, armadillo gigante, sahino, delfín, pato aguja, gallinazo rey, harpía, cacique, garza grande, garza tigre, garza morena, loras, guacamayos, boa, paiche, etc. En el área de Napo-Galeras se encuentran: pacarana, guatusa, titín, cormorán, hoatzín, pava hedionda, tinamú gigante, polla de agua, águila pescadora, tijereta, halcón murciélago, entre otras. Así mismo, se han encontrado en esta región más de 347 especies de aves.

#### **2.4.13. Geografía**

La provincia de Napo se extiende desde la cordillera oriental de los Andes ecuatorianos hasta la llanura amazónica. En la cordillera andina, de norte a sur, se encuentran las siguientes elevaciones:

- En forma más o menos paralela a los Andes existe un trozo de una tercera cordillera llamada Napo-Galeras, que se ubica entre los ríos Aguarico y Napo. Aquí se encuentra el volcán Reventador con una altura de 3.485 m. Otras elevaciones importantes son el Sumaco (3.828 m.), cordillera de Galeras, los Guacamayos.
- Napo cuenta con amplias llanuras como la Archidona-Jondachi donde los ríos descienden con lentitud, convirtiéndose en vías de comunicación entre los pueblos sobre todo en épocas invernales.

En la Provincia de Napo, se encuentra áreas que poseen diferentes estatus legales de protección y manejo. En la provincia encontramos:

1. Parque Nacional Sumaco - Napo - Galeras
2. Bosque Protector de los Cedros del Río Tigre”
3. Bosque Protector Hollín - Loreto – Coca
4. Bosque Protector “Venecia” (159.10 ha.)
5. Bosque Protector Jatun Sacha
6. Bosque Protector “Cumandá” (224 ha.)
7. Bosque Protector “Selva Viva” (573.65 ha.)
8. Bosque Protector La Cascada (ap. 31.000 has.)
9. Reservas Ecológicas Cayambe – Coca; Antisana y Parque Nacional Llanganates
10. Reserva Mundial Biosfera Sumaco
11. Reservas Ecológicas Cayambe - Coca
12. Reserva Ecológica Antisana

#### **2.4.14. Clima**

En Napo se identifican:

- 1) Páramo lluvioso, se localiza entre los 3800 msnm con precipitaciones entre 1000 y 1500 mm anuales en los flancos del Cayambe, cimas nororientales del Cotopaxi, en los poblados de Oyacachi y Papallacta. Además otra zona que recibe precipitaciones superiores a los 1500 mm anuales, son los páramos altos occidentales de los Llanganates.
- 2) Templada: muy lluviosa, lluviosa y muy húmeda se encuentra entre 1600 y 2800 msnm, con temperaturas anuales de 12 a 18 °C. En las estribaciones orientales del volcán Sumaco el cerro Negroyacu, y en la margen izquierda del río Quijos, con una precipitación media anual que supera los 3.000 mm; en las faldas del Pan de Azúcar, desde las inmediaciones del río Oyacachi a Cuyuja, con lluvias entre 2.000 y 3.000 mm, y de 1500 y 2.000 mm por las inmediaciones del río Salado y Oyacachi.
- 3) Subtemplada: lluviosa, muy húmeda y pluvial se extiende desde los 2.800 hasta los 4.000 msnm, con temperaturas entre los 6 y 12 °C. Se encuentra en los subpáramos del Sarahurcu, Puntas y Antisana y la laguna de Yanacocha hacia Cerro Hermoso, con precipitaciones entre 1500 y 2000 mm anuales. En las cimas orientales del volcán Sumaco, con precipitaciones superiores a los 3.000 mm.
- 4) Subtropical: lluviosa y muy húmeda se localiza en altitudes de 600 a 1600 msnm., con temperaturas que oscilan entre 18 y 24 °C, en los sectores aledaños a los poblados de Gonzalo Pizarro, Cordillera Galeras, Cotundo, Archidona, con precipitaciones superiores a los 3.000 mm y del nacimiento del río Biguno, Baeza, y Cosanga, con precipitaciones menores a los 3.000 mm.
- 5) Muy húmeda tropical se encuentra en las localidades de Guacamayos, Chontapunta, Misahuallí, Tena y Arosemena Tola. Por sus características, esta región corresponde a un clima ecuatorial con

altitudes inferiores a los 600 msnm y una temperatura promedio anual entre 23 y 25,5 °C y una precipitación promedio anual que supera los 3.000 mm.

#### **2.4.15. Hidrografía**

La zona es riquísima en recursos hídricos, los ríos no registran caudales nulos en ninguna época del año ya que el régimen fluvial demuestra la existencia de precipitaciones durante casi todo el año.

- **Río Napo:** Ocupa la parte sur de la provincia de Sucumbíos, en el límite con la provincia del Napo, sus aguas arrastran una gran cantidad de sedimentos dándole un color turbio, es navegable desde su confluencia con el río Misahuallí, aguas abajo.
- **Río Quijos:** Se forma a partir del afluente primario del río Papallaca cuyo origen se halla en la cordillera de los Andes; entre sus afluentes se encuentran: Chalpi, Huangu, Blanco, Maspá, Cuyuja; su recorrido aproximado es de 285 km. Su caudal se encuentra actualmente afectado debido al proyecto Papallacta que canaliza sus aguas hacia Quito a través de la Empresa Municipal de Agua Potable. Recorre los cantones Quijos y el Chaco en la provincia del Napo.

La suficiente cantidad de precipitación pluvial y la elevada humedad de la zona, en las llanuras generan inundaciones y en las riveras de los ríos, esteros y lagunas desbordamientos, causando un peligro inminente de daños y catástrofes en las zonas urbanas y rurales asentadas en las márgenes de los mismos.

El sistema hidrográfico de la provincia de Napo nace en la Cordillera Oriental de los Andes, donde fluyen los ríos que alimentan la cuenca más importante de la provincia, la del río Napo. La cuenca del río Napo se forma

por la unión de los ríos Anzu y Jatunyacu, a poca distancia de Puerto Napo, el Jatunyacu recibe las aguas del verdeyacu que se origina de los ríos Vallevicioso que recoge las aguas de los páramos suorientales del Cotopaxi y del Antisana que se origina en los deshielos del Antisana.

El Anzu nace en las estribaciones suorientales de los Llanganates, cerca de la cuenca del Pastaza. El río Napo es navegable desde su nacimiento hasta su desembocadura en el Amazonas.

El sistema hidrográfico es importante para el desarrollo agrícola, pecuario y comercial de vastas zonas de la provincia de Napo.

- **Lagunas:** En la parroquia Papallacta se en cuenta un sistema lacustre donde se cuenta con alrededor de 60 lagunas de diversa extensión y un paisaje muy accidentado de páramo correspondiente en un gran porcentaje a la reserva ecológica Cayambe Coca. Se destaca la laguna de Papallacta, atractivo turístico afectado gravemente por la contaminación de petróleo por efecto de la ruptura del oleoducto.

## **2.5. Sistema de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas**

### **2.5.1. Sistemas de salud indígena**

Según el Dr. Plutarco Naranjo, la medicina tradicional indígena en el Ecuador, al igual que en otros países andinos, no es una antigualla. Si bien sus raíces pertenecen a un pasado de más de 10.000 años, su vigencia ha continuado a lo largo de cinco siglos de regimenes coloniales y finalmente republicanos. La historia está llena de ejemplos de dominación militar,

política y económica pero asimismo, la experiencia demuestra que es muy difícil o casi imposible dominar culturalmente a los pueblos, extirpar sus valores espirituales y tradiciones.

En los países andinos se ha desarrollado la medicina científica o universitaria, que sirve a una minoría ciudadana, no porque la medicina en sí fuese racista o segregacionista, sino simplemente, porque debido a su alto costo no es accesible a más del 50% de la población. Su desarrollo se ha efectuado con total desconocimiento y aún desprecio y rechazo de la medicina tradicional.

Pero los pueblos de bajos recursos: indios, mestizos, montubios, campesinos en general; han seguido viviendo, han continuado practicando sus idiomas, muchas de sus costumbres, han conservado su cultura y dentro de ella, su medicina.

En Ecuador la medicina tradicional ha sido objeto de rechazo y hasta de condena legal sin que el Estado hubiese tenido la necesaria capacidad y de otros órdenes, para ofrecer los servicios de la medicina científica a esa enorme masa de población campesina e indígena.

Se asume que solo unas pocas plantas son usadas por nuestros grupos indígenas como medicinales; las prácticas varían de acuerdo al grupo indígena involucrado. Por ejemplo los Cofanes tienen una farmacopea comprensible mientras los huaoranis solo usan pocas plantas como paliativas o curativas.

Un reciente informe (Iglesias, 1985) lista 178 plantas y sus usos médicos por los quichuas de las riberas del río Napo. El libro describe la botánica de las plantas, sus nombres vernáculos, preparaciones simples y compuestas y sus precauciones particulares. Desafortunadamente, menos del 50% de estas plantas están identificadas taxonómicamente y no hay información

relacionada con las propiedades químicas, farmacológicas y toxicológicas de las especies identificadas.

Como en cualquier otra sociedad por la situación agobiante del enfermo, se ha esforzado en averiguar el motivo de las enfermedades, llegando a la conclusión, de que la enfermedad era actuada por los espíritus malos, por los pecados y desobediencia al TOTEM (espíritus de sus antepasados). Para recobrar la salud del enfermo en ésta sociedad se ha tratado de buscar la sanidad, mediante las revelaciones, señales y consiguiendo poderes sobrenaturales. Por otro lado los sabios procuraban curar rituales mágicos en los cuales combinan poderes míticos de la selva, cerros, ríos, animales y plantas medicinales.

El hombre del Alto Napo, poseía y todavía posee grandes conocimientos en la curación de enfermedades por medio de las plantas o hierbas medicinales cultivadas o silvestres. Las iglesias indígenas están plenamente convencidas, de que las plantas y las hierbas, son la creación de Dios, para utilizar la curación de sus enfermedades.

### **2.5.2. Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a salud como el completo estado de bienestar físico, mental, social y ecológico, no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Estar sano para los naporuna es “alli causa” y que significa “vivir bien”, cabe decir en armonía, sin transgresiones y en prevención, pero para que el individuo pueda estar sano, todo su entorno debe vivir bien: familiares, casa, cultivos deben ser periódicamente “limpiados” de malos espíritus.

### **2.5. 3. Enfermedad**

Es cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

Las enfermedades en general son denominadas unguis y todas son producto de un desequilibrio entre el mundo corporal y el espiritual. Algunas enfermedades en los adultos son consideradas producto de una trasgresión a los espíritus de la selva. Muchas enfermedades son curadas por familiares que tienen paju o poder, utilizando medicina casera que está basada en el uso de plantas medicinales y ritos caseros.

La enfermedad es tan antigua, desde que el pecado afectó a la humanidad, como consecuencia, aparecen las enfermedades. La enfermedad ejerce una influencia enorme sobre la vida del individuo, afectando el carácter, cambia su vida alegre, pierde su encanto, el hombre laborioso se convierte en un ser abatido. Por la pérdida de toda virtud el enfermo busca afanosamente su sanidad para recobrar su salud normal.

En la Biblia encontramos a la enfermedad, considerada como el centro del problema teológico y religioso, más que un proceso natural. Las enfermedades afectan a las personas, por la trasgresión de la ley de Dios, como un castigo, vienen por la desobediencia y por el pecado; la curación dependía de su voluntad y poder de Dios. Deut. 28:22, 27, 32, 39.

#### **2.5.4. Medicina Tradicional Indígena**

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

El grupo de expertos, a estos amplios y variados conocimientos los definió como medicina tradicional, la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.

Se menciona también a la medicina tradicional indígena como “El conjunto de diversos conocimientos ancestrales, sustentados en cosmogonías y cosmovisiones propias de las distintas nacionalidades y pueblos, organizados en sistemas de diagnóstico y tratamiento, en espacios de recuperación. Sus preparados y técnicas de curación incluyen las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas del organismo, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual.”

#### **2.6. Principios de las Medicinas Tradicionales Indígenas en Ecuador**

- **Universalidad:** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas responden a una visión

integral del ser humano y de los grupos sociales existentes en el país. Al mismo tiempo, se encuentran al alcance de todos quienes así lo requieren.

- **Integridad:** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas abarcan no sólo al individuo, sino a la familia, la comunidad, los pueblos y las nacionalidades; incluyen los aspectos físicos, intelectuales, espirituales, morales, sociales y ecológicos; su consideración y tratamiento, incluyen todos estos aspectos de manera holística, es decir integral Interculturalidad, Los sistemas de medicinas tradicionales de la nacionalidades y pueblos promueven la relación horizontal y un dialogo de saberes en el marco del mutuo respeto e igualdad entre los diversos conocimientos y prácticas existentes. Este principio fomenta el enriquecimiento y desarrollo de los sistemas y saberes, orientándolos al logro de la plenitud y armonía de la vida de los pueblos y nacionalidades indígenas, así como de los otros grupos étnicos asentados en el país. La Interculturalidad en Salud constituye un componente en la estructura orgánica de la DNSPI que expresa la vocación democrática, plural y sobre todo realista del accionar de esta Dirección. Al ser la interculturalidad una de nuestras prácticas centrales, se demuestra cuan lejos estamos del etnocentrismo, del indigenismo distorsionante o del resentimiento social.
- **Comunitaria:** En los sistemas de medicinas tradicionales, la responsabilidad compete a todos los miembros de la comunidad y no es exclusivo de sus hombres y mujeres de sabiduría, puestos que sus conocimientos provienen de la práctica milenaria de las nacionalidades y pueblos indígenas.

- **Respeto, armonía y equilibrio con la Madre Naturaleza, con otros pueblos y con el Creador:** Los sistemas de medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas promueven el mantenimiento del equilibrio del hombre con la madre naturaleza, con otros pueblos, con el principio genésico o creador. Su irrespeto provoca el apareamiento de enfermedades corporales, mentales y espirituales, así como aquellas que se identifican con los trastornos sociales y medioambientales.

## **2.7. Sustento jurídico**

### **2.7.1. Contexto Internacional:**

- Expedición de la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, Resolución V y VI.

En septiembre de 1993, los gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud expiden la “Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”, declarando en la resolución V, el firme propósito de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos, así como el de promover actividades encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida y de Salud. En 1995 se pone en vigencia un plan de acción cuyas metas consideran la finalidad de un trato justo y particularizado a los pueblos indígenas en general, a la vez que:

1. El establecimiento de un equipo de alto nivel en el que participan líderes y representantes de los pueblos indígenas para la

formulación de políticas y estrategias dirigidas hacia sus propios pueblos.

2. El fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de los pueblos indígenas.
  3. El apoyo a la transformación de los sistemas de salud y el desarrollo de modelos alternativos de atención dentro de la estrategia de Sistemas Locales de Salud, considerando el ejercicio de la medicina tradicional indígena y la pertinencia de la investigación sobre su calidad bioseguridad.
- Decenio Internacional de las poblaciones indígenas del mundo (instaurado en la 47ª Asamblea Mundial de la Salud el 12 de mayo de 1994).
    - Fecha de iniciación del diseño: 10 de diciembre 1994.
    - Llamado a considerar necesidades de los pueblos indígenas en las actividades de programación y presupuestación.

**Objetivos:**

- Fortalecimiento de la cooperación internacional para solución de los problemas de salud de pueblos indígenas.
- Adaptar disposiciones específicas para grupos de población más vulnerables.
- Reconocer la experiencia y conocimientos de las medicinas tradicionales indígenas.
- Atención médica y sanitaria culturalmente adaptada en sus métodos técnicos y alcance social.

- Establecer en los países puntos focales de enlace con el Centro de Derechos Humanos, los gobiernos y las poblaciones indígenas para desarrollar y mejorar programas de beneficio.
- Establecer grupos consultivos de representantes indígenas con conocimiento sobre necesidades de recursos sanitarios en las comunidades.

#### Pedido de las Naciones Unidas (NNUU) a su Director Nacional

- Que incremente su cooperación entre la OMS y otras Agencias incluido el Centro de Derechos Humanos para atender las necesidades sanitarias de los pueblos indígenas.
- Que preste su apoyo para acelerar la ejecución de programas en pueblos indígenas.
- Que ayude a gobiernos y pueblos indígenas en el abordaje de sus necesidades sanitarias desde un enfoque intercultural.
- Que examine la contribución de la OMS para fomentar los conocimientos y tradiciones de la medicina indígena en especial de su farmacopea.
- Que vele porque sus proyectos se ejecuten en poblaciones indígenas.

#### Convenio 169 de la OIT

##### Parte Quinta.- Seguridad Social y Salud:

Los gobiernos deberán velar porque se ponga a disposición de los pueblos interesados, servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos Pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que pueda gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

## **Contexto Nacional**

### **Constitución Política del Estado**

El año de 1998 se expide la última carta política del estado, donde se estipula:

Art. 1: El Ecuador es un estado social de derecho, societario, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico.

Art. 44: El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará, el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa cuyo ejercicio será regulado por la ley (...).

Art. 84: El Estados reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas de conformidad con esta constitución y la ley, el respeto al orden público y los derechos humanos los siguientes derechos colectivos: (...).

A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.

A sus sistemas conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.

Formular prioridades en planes y proyectos para el desarrollo y mejoramiento de sus condiciones económico y social; y a un adecuado financiamiento del estado.

Participar mediante representantes, en los organismos oficiales que determine la ley.

### **Proyecto de Ley “Las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador”**

Un proyecto por tratarse y aprobarse en el Congreso Nacional.

#### **2.8. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional**

Puntos claves:

La Medicina Tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria.

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa.

## **¿Qué es la medicina tradicional?**

“La medicina tradicional” es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas, estas son a base de hierbas, partes de animales y/o minerales. Y las terapias sin medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales.

En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”.

## **Amplitud y uso creciente**

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En muchos lugares del mundo el gasto en MT/MCA no es sólo importante, sino que está creciendo rápidamente.

## **¿Por qué un uso tan amplio?**

En los países en vías de desarrollo, con amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática. Incluso la

distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso.

La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo. La investigación ha demostrado que una serie de medicamentos antimaláricos de pirimetamina/ sulfadoxina pueden costar mucho dinero; en contraste con la medicina a base de hierbas para el tratamiento de la malaria que es considerablemente más barato y muchas veces incluso se paga en especias y/o de acuerdo con la "riqueza" del cliente. La MT es también muy popular en muchos países en vías de desarrollo puesto que está firmemente arraigada en los sistemas de creencias.

### **Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA**

A fin de maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están a con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional.

### **El papel actual de la OMS**

En términos de MT/MCA, la OMS lleva a cabo estas funciones:

- Facilitando la integración de la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales ayudando a los Estados Miembro a desarrollar sus propias políticas nacionales sobre MT/MCA.
- Elaborando guías para la MT/CMA desarrollando y creando estándares internacionales, pautas técnicas y metodologías para

la investigación de terapias y productos de MT/MCA, y para su uso durante la elaboración de productos de MT/MCA.

- Fomentando el estudio estratégico de la MT/MCA proporcionando apoyo a los proyectos de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia de la MT/MCA, en especial en lo que se refiere a enfermedades tales como la malaria y VIH/SIDA.
- Defendiendo el uso racional de la MT/MCA, fomentando el uso basado en evidencias de la MT/MCA.
- Gestionando la información sobre la MT/MCA, actuando como una cámara de compensación para facilitar el intercambio de información sobre la MT/MCA.

Sin embargo los retos descritos anteriormente exigen la ampliación y el aumento de las actividades de la OMS en esta área.

### **Marco de trabajo para actuar**

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 —2005, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/ MCA desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:

- 1. Política:** Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
- 2. Seguridad, eficacia y calidad:** Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos

sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.

- 3. Acceso:** Incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.
- 4. Uso racional:** Fomentar terapéuticamente el uso de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores.

### **Implantación de la estrategia**

Afortunadamente, la OMS ha establecido una red de MT/MCA global, los miembros de la cual incluyen autoridades sanitarias nacionales, expertos de Centros Colaboradores de la OMS e institutos de investigación, además de agencias de la ONU y organizaciones no gubernamentales que traten temas relacionados con la MT/MCA; cuya ayuda puede pedir la OMS. Muchas organizaciones han contribuido al desarrollo de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002- 2005, y muchas de ellas están de acuerdo en ser nuestros socios en esta implantación.

### **2.9. Perspectiva global de la OMS**

La medicina tradicional (MT) y la medicina complementaria y alternativa (MCA) están adquiriendo más atención dentro del contexto de la provisión de atención sanitaria y la reforma del sector salud. Muchos factores contribuyen a la expansión en el uso de la MT/MCA. Sin embargo a fin de desarrollar todo su potencial, primero deben tratarse algunos temas importantes

### **2.9.1. ¿Qué es la medicina tradicional?**

Dependiendo de las terapias implicadas, las terapias de la MT/MCA puede clasificarse como terapias de medicación — si se utilizan medicinas con base de hierbas, partes de animales y / o minerales, o terapias sin medicación – si se realiza principalmente sin el uso de medicación como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gí Gong, tai ji, la terapia termal, el yoga, y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias de mente y cuerpo.

“La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia.

Una de las definiciones de medicina tradicional que da la OMS es: “Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”.

### **2.9.2. Amplio uso y atractivo**

En muchos países en vías de desarrollo, como lo indican con frecuencia los informes gubernamentales, la mayoría de la población sigue utilizando la MT para satisfacer sus necesidades sanitarias primarias.

En muchos países asiáticos la MT se sigue utilizando ampliamente, incluso cuando la medicina alopática está disponible. La Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO/ PAHO) informa que el 71% de la

población en Chile y el 40% de la población de Colombia utiliza la medicina tradicional (MT)

### **2.9.3. Gasto**

Los informes sobre el gasto nacional total en MT/MCA son escasos. La información sobre el gasto nacional realizado para el autotratamiento con MT/MCA es incluso más escasa. Sin embargo, se dispone de algunas cifras, y con un uso mundial cada vez mayor de la MT/MCA, el gasto público y privado está claramente aumentando. El mercado mundial de medicinas elaboradas con hierbas basadas en el conocimiento tradicional se estima es en la actualidad de 60 mil millones de dólares USA. En EEUU, las ventas de hierbas aumentaron un 101% en los mercados ambulantes entre mayo de 1996 y mayo de 1998. Entre los productos con base de hierbas más populares incluyen el ginseng, ginkgo biloba, el ajo, echinacea spp. y hierba de San Juan.

### **2.9.4. Reacción ante la popularidad de la MT/MCA**

Los gobiernos están respondiendo ante el creciente uso de la MT/MCA. Muchos países están en la actualidad desarrollando normativas para la práctica de quiropráctica, mientras que 24 países ya cuentan con dichas normativas. Otros países están trabajando para regular las medicinas con base de hierbas.

El número de Estados Miembro de la OMS con normativas relacionadas a la medicina con base de hierbas aumentó de 52 en 1994 a 64 en 2000.

El cada vez mayor número de institutos de investigación nacionales sobre MT en los países en vías de desarrollo, es también un signo de la creciente importancia de la MT. (Organización Mundial de la salud, 2002-2005)

## **2.10. Retos de la Organización Mundial de la Salud**

La MT/MCA tiene muchas características positivas entre las que se incluyen: diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en vías de desarrollo; aumento de la popularidad en países desarrollados: un costo comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo.

Sin embargo, otras características de este tipo de cuidado de la salud pueden considerarse como retos que deben superarse. Entre ellos se incluye: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto.

En el año 2000, el Comité Regional de la OMS para África, al que acudieron 25 ministros de sanidad, pidió apoyo para la creación de un entorno capacitador para la MT; el desarrollo de guías para la formulación y evaluación de políticas nacionales sobre MT; y el desarrollo de mecanismos para mejorar los entornos económicos y normativos para la producción local de medicinas tradicionales.

Para ello es necesario considerar:

Los temas más importantes caen dentro de cuatro categorías:

- Política nacional y marcos de trabajo legislativos
- Seguridad, eficacia y calidad
- Acceso
- Uso racional.

### **2.11. Políticas nacionales y marco de trabajo legal**

Aunque la MT/MCA se utiliza muy ampliamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, muy pocos países han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

Esas políticas necesitan ordenarse para definir el papel de la MT/MCA en los sistemas sanitarios nacionales y se puede contribuir a la reforma del sector sanitario. También pueden asegurar que se sitúen los mecanismos legislativos y legales necesarios para fomentar y mantener una buena práctica, que el acceso a la MT/MCA sea equitativo, y que se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias utilizadas. Sin dichas políticas, la MT/MCA se practica sin ninguna clase de control gubernamental y sin ofrecer la debida protección al paciente/consumidor.

Por lo tanto las políticas sobre MT/MCA deben cubrir una gama de temas, incluyendo: legislación y regulación de productos con base de hierbas y de práctica de las terapias; educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo; y distribución de los recursos económicos y demás recursos. En breve, las políticas MT/MCA sólidas pueden aumentar los tipos de atención sanitaria segura y eficaz disponible a los pacientes y consumidores.

También debe prestarse atención a los temas de propiedad intelectual si el país en cuestión tiene un conocimiento indígena de MT/MCA y/o a los

recursos naturales que se utilizan en la elaboración de productos de MT/MCA. Algunos grupos recomiendan proteger la MT bajo formas existentes o nuevas de derechos sobre la propiedad intelectual. Otros difieren de esta sugerencia por razones éticas o económicas. Sin embargo, la “biopiratería” — la apropiación no autorizada del conocimiento y los materiales de la MT — está muy condenada. Naturalmente, cuando se preparan las políticas nacionales sobre MT/MCA, deben considerarse los objetivos e implicaciones de la protección del derecho a la propiedad intelectual.

## **2.12. Seguridad, eficacia y calidad**

Las terapias de MT/MCA se han desarrollado de formas distintas, habiéndose visto muy influenciadas por las condiciones culturales e históricas dentro de las cuales han evolucionado. Dada la popularidad mundial de las medicinas con base de hierbas, es necesario disponer urgentemente de los medios apropiados y eficaces para valorar las medicinas con base de hierbas con recursos limitados. Para las medicinas con base de hierbas, algunas de las evidencias mejor conocidas por la eficacia de un producto con base de hierbas, además de la *Artemisia annua* para el tratamiento de la malaria, tiene que ver con la hierba de San Juan para la curación de la depresión de media a moderada. Los pacientes experimentan por lo general menos efectos adversos que cuando son tratados con antidepresivos, tales como la amitriptilina. Tales descubrimientos han inspirado investigaciones en todo el mundo a fin de establecer la eficacia de otras medicinas de MT/MCA ampliamente utilizadas.

### **2.13. Acceso**

Las estadísticas demuestran abrumadoramente que en los países más pobres del mundo donde más se necesitan tratamientos baratos y eficaces para enfermedades transmisibles, no las hay. De los 10,5 millones de niños que murieron en 1999, el 99% procedía de países en vías de desarrollo. Más del 50% de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo se deben a cinco enfermedades infecciosas.

Al mismo tiempo, el acceso a los fármacos químicos modernos esenciales es limitado donde las personas sufren la mayoría de las enfermedades de transmisión. Las razones son bien conocidas e incluyen una financiación inadecuada y un aporte sanitario escaso. En los países en vías de desarrollo, sin embargo, la MT puede ser comparativamente barata. Adicionalmente, los practicantes de la MT son proveedores de atención sanitaria creíbles y respetados, si bien no están necesariamente reconocidos oficialmente.

### **2.14. Uso racional**

En muchos países, se requiere más actividad respecto a la cualificación y licencia de los proveedores; el uso correcto de los productos de calidad asegurada la buena comunicación entre los proveedores de MT/MCA, los médicos alopáticos y los pacientes; y la provisión de información y pautas científicas al público.

## 2.15. El papel actual de la OMS.

Los principales objetivos actuales de la OMS en cuanto a MT/MCA son: proporcionar apoyo legislativo de forma que los estados miembros puedan:

- Desarrollar su propia MT/MCA e integrarla en sus sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, y
- Asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA.

También busca:

- Aumentar el acceso entre los estados miembros, la comunidad científica y el público, a una información precisa sobre los temas de MT/MCA.

Para realizar estas actividades de MT/MCA, la OMS no sólo trabaja directamente con los estados miembros, las organizaciones nacionales e internacionales y los cuerpos regionales, sino también con su red de centros colaboradores.

Algunos de los logros y actividades actuales de la OMS que se centran en satisfacer estos objetivos delineados anteriormente se enumeran así: En América, en 1999 un grupo de trabajo de AMRO revisó la situación y el uso de la MT (incluyendo política nacional y legislación) en su región, y propuso dos reuniones — sobre legislación de productos con base de hierbas y la investigación de la medicina indígena. La reunión regional sobre aspectos legislativos de los productos con base de hierbas se celebró en el 2000 y analizó temas relacionados con la política nacional, las economías y la regulación y registro de productos

con base de hierbas. Lo último fue facilitar la integración de la MT en los sistemas de salud nacionales en las Américas. La regulación y el registro de las medicinas con base de hierbas, en particular, se han establecido en: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Perú y Venezuela. La segunda reunión, sobre investigación de la medicina indígena, se celebró en marzo de 2001 en Guatemala.

- Asegurar un uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional.

Las terapias de la MT/MCA a menudo se desarrollan dentro de un entorno cultural muy específico. Aunque cada vez más, se transfieren a otros entornos culturales. Esto hace surgir temas sobre seguridad y eficacia. De la misma forma, los productos de MT/MCA, en particular las medicinas con base de hierbas, se comercializan interregional e internacionalmente. Muchas autoridades sanitarias están preocupadas en cuanto al uso racional y seguro, en particular si falta de legislación relevante y por no poder asegurar la calidad y la seguridad de esos productos. La OMS ha respondido elaborando documentos de referencia tales como Métodos de control de calidad para materiales elaborados con plantas medicinales, para no sólo facilitar el trabajo técnico de las autoridades encargadas de regular los fármacos sino también para alentar a los países a llevar a cabo controles de calidad de las medicinas con base de hierbas.

- Aumento del acceso a la información MT/MCA

Con 191 estados miembros, implicados en una amplia gama de actividades de MT y acceso directo a la experiencia en muchos temas de MT; la OMS se encuentra en una situación ideal para ayudar a aumentar el acceso a información precisa sobre MT. Esto incluye

producir trabajos de referencia autorizados — por ejemplo sobre plantas medicinales — y pautas sobre política, formación y buena práctica nacionales, además de la selección y uso de terapias. La Organización también facilita cada vez más el intercambio de información.

#### **2.16. Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional**

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario mundial es una tarea desalentadora, que cubre diversas gamas de actividades y exige una experiencia muy amplia. Afortunadamente, el número de organizaciones que trabajan en temas relacionados con la MT/MCA y cuya ayuda puede solicitar la OMS, es cada vez mayor.

#### **2.17. Agencias de la Organización de las naciones unidas (ONU)**

La Convención sobre Comercio Internacional en Especies de Flora y Fauna en Peligro, entró en vigor en julio de 1975 y ahora es miembro de 125 países. Estos países actúan prohibiendo la explotación comercial de una lista acordada de especies de flora y fauna en peligro además de regular y controlar el comercio de otras especies que pudieran estar en peligro. La Secretaria de la Convención está administrada por el Programa de Medio Ambiente de la Organización de las Naciones Unidas que busca proteger las especies nativas de flora y fauna, muchas de ellas base para las formulas magistrales.

## **2.18. Otras Organizaciones internacionales**

La Secretaría de la Commonwealth, es la principal organización de la Commonwealth, una asociación voluntaria de estados soberanos independientes, que incluye tanto a naciones desarrolladas como a naciones en vías de desarrollo.

La Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) contribuye a la protección y fomento de la salud pública y animal a través de sus esfuerzos para asegurar la valoración de gran calidad de productos medicinales; el desarrollo eficaz y procedimientos transparentes para facilitar el acceso sin limitación de tiempo por parte de los usuarios a medicinas innovadoras; y controlar la seguridad de medicinas para humanos y animales, en particular mediante su red de fármaco vigilancia.

Fundada en 1989, la Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP), se centra en el avance del estado científico de las fitomedicinas y en ayudar en la armonización de su estado legislativo en el ámbito europeo.

El Banco Mundial, es la principal fuente mundial de ayuda al desarrollo, proporcionando casi 17 mil millones de dólares estadounidenses en préstamos anualmente a sus países clientes. Utilizando sus recursos económicos, su personal y su base de conocimientos buscan ayudar a los países en vías de desarrollo a conseguir un crecimiento estable, sostenible y equitativo en la lucha contra la pobreza. En la actualidad, esto incluye ayuda a diversos países en vías de desarrollo con políticas y estrategias para la conservación, cultivo, procesamiento y comercialización de plantas medicinales.

La Organización Mundial del Comercio (OMC), es la organización internacional encargada de establecer las normas legales para el comercio internacional. En el año 2000, la OMS y la OMC celebraron un taller de

trabajo internacional sobre precios diferenciales y financiación de fármacos esenciales.

En el ámbito mundial, muchas organizaciones no gubernamentales (ONGs) están trabajando en MT/MCA. Mediante la preparación, mantenimiento y fomento al acceso de revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones sanitarias, la Colaboración Cochrane se centra en ayudar a las personas a tomar decisiones bien informadas sobre salud.

Entre las Asociaciones profesionales internacionales están:

- La Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI) (Liga Internacional Médica Homeopática) (LMHI) se fundó en 1925 y representa a unos 8.000 homeópatas de 50 países.
- Fundada en 1987, la Federación Mundial de Acupuntura — Sociedades de Moxibustión (WFAS), cuenta con casi 60.000 miembros de 73 organizaciones de acupuntura procedentes de 40 países de diversas regiones.
- La Federación Mundial de Quiropráctica (WFC), trabaja con organizaciones nacionales e internacionales para ofrecer información y otro tipo de ayuda en los campos de la quiropráctica y la salud mundial.
- En 1970 se fundó una federación de 54 asociaciones miembro, la industria Mundial de la Automedicación (WSMI) que representa a fabricantes y distribuidores de medicinas sin receta una gran proporción de las cuales son medicinas con base a hierbas. Muchas empresas que desarrollan, fabrican y comercializan medicinas con base de hierbas pertenecen a las asociaciones miembros de la WSMI.

## **2.19. Estrategia y plan de acción de la OMS 2002 – 2005**

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas, es una de las direcciones estratégicas de la OMS para 2002-2005. Puesto que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, la OMS está promoviendo su inclusión en planes para mejorar el estado sanitario. Al mismo tiempo, la población global anciana está teniendo mayor incidencia de enfermedades crónicas y la MT/MCA ofrece medios potenciales para la curación de dichas enfermedades aunque esto no es probado aún. De ahí surge la necesidad de investigar con evidencia científica casos clínicos que así lo ameriten. De hecho, en los países desarrollados, cada vez son más las personas que hacen uso de la MT/MCA para ayudar a aliviar el dolor crónico y/o mejorar la calidad de vida.

Las estrategias de la OMS se resumen en:

1. Políticas: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
2. Componentes: Reconocimiento de la MT/MCA. Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales sobre MT/MCA. Proteger y preservar el conocimiento indígena sobre MT relacionado con la salud. Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger sus conocimientos indígenas sobre MT.
3. Seguridad, eficacia y calidad: Promoviendo la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA, ampliando los conocimientos básicos sobre la MT/MCA y ofreciendo educación sobre las pautas legislativas y de calidad.

4. Acceso: aumentando la disponibilidad y la asequibilidad del MT/MCA, enfatizando el acceso de las poblaciones más pobres. Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria. Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT! MCA y los practicantes alopáticos. Protección de las plantas medicinales. Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales.
5. Uso racional: Promocionando el uso terapéuticamente sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores. Aumentar la capacidad de los proveedores de MT/MCA para hacer un uso correcto de productos y terapias de MT/MCA. Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA.

## **2.20. Glosario**

OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NNUU:	Naciones Unidas
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
MT:	Medicinas Tradicionales
MCA:	Medicinas Complementarias y Alternativas.
DPSN:	Dirección Provincial de Salud de Napo
AMTI:	Agentes de la Medicina Tradicional Indígena

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño de la investigación**

El diseño es cualitativo, es una investigación de acción, participando al interior de la comunidad y mirando más de cerca la realidad de los hechos, permitiendo recolectar y procesar la información para su posterior interpretación.

El presente es un estudio de tipo EXPLORATORIO y DESCRIPTIVO; exploratorio porque se investigó a base de encuestas y entrevistas la cantidad de AT, analizando variables como edad, sexo, estado civil, etc. Es descriptiva pues en base a los resultados de las encuestas se describió la realidad en cuanto a una clasificación de las diferentes especialidades y verdaderas necesidades existentes dentro de la medicina tradicional indígena. Además por todo lo descrito este es también un estudio etnográfico.

### **3.2. Población y muestra**

Este proyecto se desarrolló en los cinco cantones de la provincia de Napo. El universo corresponde a la totalidad de AMTI, y las variables de investigación o análisis correspondieron a las características de los agentes de la medicina tradicional indígena de esta provincia.

Los agentes de la medicina tradicional indígena pertenecen a las siguientes áreas de intervención.

#### Área de salud 1

- Cantón Tena
- Cantón Archidona
- Cantón Arosemena Tola

#### Área de salud 2:

- Cantón Quijos
- Cantón Chaco

### **3.3. Técnicas e instrumentos**

La elaboración del instrumento sirvió, para la recolección de datos de campo, en este caso la encuesta como una de las técnicas que se empleó en este trabajo investigativo, cuyo instrumento es el cuestionario que se aplicó a los agentes de la medicina tradicional, igualmente se aplicó una entrevista, mediante la cual se indagó su proceso de medicina tradicional indígena.

### **3.4. Proceso de construcción de la propuesta**

La elaboración planteó un sistema para la certificación de los AMTI de Napo, específicamente en partería, por lo tanto se certificará a las parteras, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública. Para llegar al diseño de la propuesta, fue importante partir del problema y de la situación actual que vive la provincia de Napo, la multiplicación de diferentes agentes tradicionales, que muchas ocasiones sirven para manipular a la gente.

El sistema contempló parámetros específicos, para cubrir las necesidades reales así:

- Diseño y elaboración del instrumento de investigación.
- Identificaremos de los agentes de la medicina tradicional, incluyendo a las parteras.
- Capacitación en partería
- Certificación a las parteras



## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados de la investigación**

El estudio, identifica que en la provincia de Napo, la población indígena es del 75%, se encuentran especialmente en los cantones de Tena y Archidona y sus asentamientos más numerosos se ubican en las riberas de los ríos navegables, en especial del río Napo. En la actualidad se autoidentifican como naporunas o kichwas amazónicos, por ser el kichwa el idioma que hablan; en su mayoría son bilingües teniendo como segunda lengua el castellano.

Los naporunas han desarrollado su propio sistema médico, más conocido como medicina tradicional, que se basa en su cultura; es fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos que van relacionados con mitos, leyendas, cuentos y rituales religiosos y mágicos a la vez.

Para tratar sobre la medicina tradicional de los pobladores indígenas de la provincia de Napo, es necesario adentrarse en su cultura y conocer un poco más sobre ella. Ha sido muy difícil recoger y unificar todas las respuestas, criterios, conocimientos, conceptualizaciones de los naporunas, recolectadas en un instrumento de investigación aplicado a los agentes de la medicina tradicional indígena, para determinar los diferentes grados de poder de los agentes tradicionales. Pero a continuación se presenta una serie de definiciones y una esquematización aproximada de la realidad de la formación e identificación de cada agente de la medicina tradicional indígena del alto Napo.

## **1. Medicina tradicional**

Es la ciencia silenciosa que resguarda en la naturaleza, los poderes ancestrales, que se aplican para sanar desde enfermedades leves hasta las más graves. Refieren además a la medicina tradicional como los remedios naturales de la selva y del campo, que no tienen químicos occidentales, que son extraídos de las diferentes partes de las plantas y animales sagrados; preparados por sus propias manos, aplicando los conocimientos ancestrales, saberes espirituales y conjugándolos con los propios poderes sobrenaturales entregados por la selva, los cerros, los ríos, las lagunas, el calor, el frío, la tierra, el aire y la lluvia; y lo más importante haciendo todo esto siempre en el nombre de Dios.

¿En que se basa la medicina tradicional indígena? La Medicina tradicional indígena se basa en leyendas, cuentos, historias, ceremonias, rituales, costumbres y contactos con la naturaleza, que hacen referencia de conocimientos milenarios, en los cuales mezclan el poder de la naturaleza en general, conjugándose así la cosmovisión indígena del poder de curación.

Su base fundamental es la FE y la sabiduría ancestral, secreta y silenciosa, el conocimiento, el poder espiritual para el uso de plantas y animales sagrados de la selva, la magia y el poder sobrenatural entregado por la selva, los cerros, los ríos, las lagunas, el arco iris, el calor, el frío, la tierra, el aire y la lluvia.

Dentro de la cultura de los kichwas del alto Napo, los agentes de la medicina tradicional se reconocen de acuerdo a sus conocimientos y años de experiencia.

Se identificaron a los agentes de la medicina tradicional indígena de la Provincia de Napo, como aquellas personas que tienen algún grado de

poder para solucionar los diferentes problemas de salud, así se encontró lo siguiente:

- Pajuyukcs, dentro de los pajuyucks están:
  - Parteras
  - Sobadores, hueseros o fregadores
- Samayukcs
- Yachack / Sagras
- Bancukc
- Kuraga

Es aquí en el grupo de parteras, en donde se trabajó específicamente.

Igualmente se identificó que para que un hombre o mujer llegue a ser agente de la medicina tradicional, sea como pajuyuk, samayuk, yachack, bancuk o kuraga, pueden iniciarse de diferentes maneras: sea heredando el poder de padre, madre, abuelos, abuelas, tíos; o recibiendo el poder de mayores o ancianos de la comunidad con paju, o por primos, hermanos, vecinos, suegros, esposo u otros curanderos. Pero en todos los casos se debe pagar dinero para coger un paju.

Se identificó igualmente que todo agente debe tener una iniciación y pasar por diferentes fases de formación:

- Desde que la madre está embarazada, en unas ocasiones, ella misma desea que su hijo sea yachack, o en otras ocasiones un familiar o un yachack le dicen que el niño que está esperando podrá llegar a ser un buen curandero; en cualquiera de los dos casos la madre desde su embarazo comienza a cuidarse, inicia una dieta sana, excluye la sal, el ají, las carnes de monte y las comidas muy calientes. Nace el niño,

lo cuida con mucho esmero y desde los dos o tres años empiezan a darle pajus e inician con el proceso de formación.

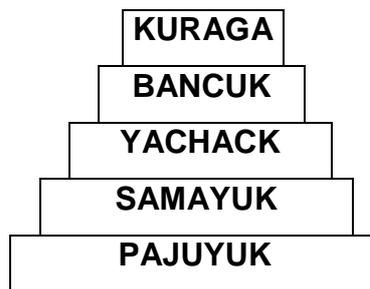
- Cuando uno de los padres o abuelos es shaman, escogen a uno de los niños y se inicia la formación. También se ha visto que no es necesario que un familiar sea shaman para escoger a un niño e iniciarle, la voluntad de los padres para que su hijo aprenda es suficiente y le piden a un sabio que le de pajus y samay, así empieza el proceso de formación.
- O en otras ocasiones a un kichwa le ocurre un hecho o fenómeno sobrenatural, algo inexplicable en el cual recibe poderes, en algunas ocasiones los espíritus eligen a determinadas personas en cualquier etapa de la vida, y les entregan poderes de shaman, por ello la edad no es un impedimento a la hora de enrolarse en el proceso hasta llegar a ser shaman, yachack o sabio.

Los espíritus escogen en la selva a la persona que será un yachack o shaman, las sacha huarmis o espíritus femeninos escogen a los hombres y los sacha runas o espíritus masculinos escogen a las mujeres. Juntos entran por los lugares sagrados al mundo subterráneo, inframundo mágico, místico y equilibrado, ahí, después de pruebas de ayuno, abstinencia sexual y de relacionamiento sin temor con los espíritus se recibe el poder, la destreza y la sabiduría.

Aquí se hizo un breve relato y de unificar los conceptos y conocimientos tradicionales y ancestrales que ellos manejan; de hecho fue necesario convivir con ellos para ganarse la confianza y poder acceder a los relatos, dirigidos en la entrevista. A continuación se presenta una esquematización aproximada de la realidad de la formación e identificación de cada agente de la medicina tradicional de los indígenas del alto Napo.

## 2. Jerarquización de saberes:

Dentro de la cultura *kichwa* de los pobladores del alto Napo, se identifica una categorización de jerarquías, de saberes de la medicina tradicional indígena observándose lo siguiente:



Una pirámide de las diferentes fases de formación por las que deben pasar cada uno de ellos, donde se inicia como *Pajuyuk* que es el agente tradicional que menos poder tiene y según sus conocimientos y años de experiencia y formación podrá llegar hasta *Kuraga*.

### **Pajuyuk**

Es aquella persona que posee ciertos conocimientos y poder o paju (paju = poder para hacer algo específico), o energía positiva para curar, administran y utilizan vegetales para limpiar males en las personas, son especialistas que han adquirido y guardado los conocimientos sobre las virtudes curativas de las plantas, saben que parte usar, como recoger, como dosificar, como preparar, como guardar, como aplicar y que cuidados debe tener el paciente en cuanto a comportamiento los ayunos de acuerdo a la planta y la enfermedad.

El paju se hereda y/o se compra pagando con dinero con bienes materiales, antes de que se transmita o se entreguen los pajos, la persona interesada debe rogar a la otra persona y pagar bien, ya sea en dinero o con entrega de productos, estos deben de ser abundantes para justificar la entrega del paju, ya que este una vez transmitido dura para toda la vida. El paju es un don o energía que se transmite de una persona que tiene más poder a otra que necesita para realizar curaciones u otras actividades en especial relacionadas con la agricultura. Es muy importante realizar la dieta antes y después de recibir el paju, el tiempo de la dieta depende del poder recibido; a mayor poder, mayor tiempo de dieta y dieta más estricta.

### **La entrega del paju**

Generalmente se realiza una ceremonia especial, un ritual con cantos, soplos de la cabeza manos y boca. Luego de una limpieza con ayahuasca para el paso del paju o poder, la persona que va a entregar el poder debe, sobar, fregar o masajear a un paciente para curarlo; mientras esto sucede la persona que va a recibir el paju debe tomar las manos de quien está curando mientras soba, friega o masajea. Una vez que ha terminado la curación, la persona que va a recibir el paju fregará de arriba abajo los brazos de quien le va a entregar el paju, comenzando desde los hombros, brazos, antebrazos, manos y terminando en los dedos haciéndolos tronar o sonar las articulaciones de todos los dedos de las manos; las dos personas involucradas y mediante ritos y alabanzas se transmite los diferentes tipos de pajos.

Es importante que no se tenga guardado el paju, debe ser practicado, de lo contrario, duelen los brazos o el paju puede irse, e inclusive los naporunas dicen que la persona puede volverse loca; también no se debe hacer sonar las articulaciones de las manos (cuyes) ya que el paju que se tiene puede irse.

El pajuyuk, se inicia sus estudios con un abuelo u otro anciano, muy por la mañana debe bañarse en un río sagrado, no contaminado, para aceptar el poder, luego viene una dieta por ocho días donde no debe comer nada caliente, nada salado ni nada con dulce, no ají, no carne de monte. Por 8 a 10 años estudiará todo lo referente al manejo de las plantas, dones y sabiduría en general. Las primeras curaciones de los pajuyos son junto con su maestro, son prácticas de limpieas de mal aire, espanto, ojo, las actividades del pajuyo son específicamente de limpieas y curaciones simples.

### **Clases y tipos de pajus**

Existen tantas clases y tipos de pajus como enfermedades, afecciones o actividades, según la cultura kichwa una persona debe tener el poder para realizar bien cada actividad, pues si esa persona no tiene el paju o poder para realizar bien lo que está haciendo el paciente no se cura, los dolores o afecciones no desaparecen, lo sembrado no crece, crece mal o la cosecha es pobre, así encontramos entre otros:

- ANGUILLAPAJU (anguilla= pez eléctrico). Poder para curar a las personas que sufren de encogimientos, como que hubieran recibido una descarga eléctrica de la anguila.
- APIUNGUIPAJU (apiungui = parálisis de las piernas). El poder de curar la parálisis de piernas.
- CARACHAPAJU (caracha = lastimado, grano, llaga que aumenta su tamaño). El poder para curar llagas.
- IKZANANAPAJU (ikza = estómago; nana = dolor). El poder de curar distintos dolores estomacales e intestinales.
- INDAPAJU (inda = enfermedad de la piel parecida a la erisipela). El poder de curar los problemas en la piel que se asemejan a la erisipela.

- JIKRAPAJU (Jikra = calambre). El poder para curar el pasmo de los músculos o los calambres.
- KICHAUNGUIPAJU (kicha = diarrea). Poder para curar la diarrea.
- KIGNAUNGUI PAJU (kigna = vómito). Poder para curar el vómito.
- KIRURUPACHINA PAJU (kiru = muela). Poder para curar el dolor de muela.
- KIWIRISHCAPAJU (kiwi = torcedura o lisiadura). El poder que tienen los sobadores para curar distintos problemas de huesos y articulaciones.
- KUSHNICHINAPAJU (kushni = vaporización). El poder para curar con vaporizaciones algunos dolores, infecciones respiratorias y diferentes partes inflamadas.
- LUMUPAJU (lumu = yuca). El poder para sembrar y cultivar la yuca.
- MACHACUYCHUNKANAPAJU (machacuy = culebra o serpiente), Poder para chupar y curar las mordeduras de serpientes.
- MANCHAIPAJU (manchai = susto). El poder para limpiar el susto, los nervios, el espanto o inclusive hasta traumas por algo que les causó un temor profundo.
- MIJAPAJU (mija = bronquitis). El poder para curar la bronquitis.
- MILLICARACHA PAJU (milli = enfermedad difícil de curar, caracha = costra). Poder para curar las afecciones de la piel con costras difíciles de curar.
- MUSPAPAJU (muspa = loco). El poder de curar desviaciones psiquiátricas, locuras.
- MUYURUPACHINAPAJU (muyu = pepa, rupac = caliente). Poder para curar los abscesos.
- ÑAWIUNGUIPAJU (ñawi = vista, ungi = enfermedad). El poder para curar las inflamaciones en los ojos.
- PALANDAPAJU (palanda = plátano). El poder para sembrar y cultivar el plátano.

- PAQUIRISHCAPAJU (paquirishca = fractura). El poder para curar las fracturas.
- PUNGIPAJU (pungi = hinchazón o inflamación). El poder de curar diferentes inflamaciones o hinchazones en general.
- PUTUPAJU (putu = algodón). El poder para sembrar y cultivar el algodón.
- QUIBIYUYUPAJU. El poder para sembrar, cultivar, preparar y usar el quibiyuyu.
- RINRINANAIPAJU (rinri = oreja, nanai = dolor). Poder para curar el dolor de la oreja y del oído.
- RUPACHINAPAJU (rupachina = quemar). El poder para sanar una enfermedad de la piel quemando con tabaco o algunas plantas medicinales.
- SARAPAJU (sara = maíz). El poder para sembrar y cultivar un buen maíz.
- SHIKRAPAJU (sikra = canasto, bolso para cargar). Poder para curar las alergias de la piel.
- SHIKSHIPAJU (shicshi = granos). El poder para curar los granos.
- SHIKSHIPAJU (shikshi = picazón). El poder para curar la picazón y en algunas ocasiones el rascabonito.
- SHIYOPAJU (shiyu = pez). El poder para curar algunos tipos de lesiones en la piel (granitos con pus en la piel).
- SHUNGUIRGUSHKAPAJU (shungu = corazón). Poder para curar el dolor del corazón.
- SUPAIRICUSHCAPAJU (supai = Demonio, ricushca = ojear). Poder para curar el ajeado de los demonios.
- TUCSIPAJU (tucsi = dolor punzante). Poder de curar los dolores punzantes con hinchazón.
- UPAMACHACUICHUNKANAPAJU (upa = bobo; machacuy = culebra o serpiente; chunkana = chupar). Poder para chupar y curar las mordeduras de las serpientes puestas con hechicería por los sagras.

- VIRUTIUNGUIPAJU (viruta = flecha; ungi = enfermedad). Poder para curar la enfermedad producida por un viruti lanzado por otra persona.
- WACHARINAPAJU (wacharina = parir). El poder para ayudar a parir a las mujeres, generalmente este paju lo tienen las parteras.
- WAIRAPAJU (waira = viento). El poder de curar o limpiar el mal aire.
- WAWADIRCHUNAPAJU (guagua = niño, dirchuna = enderezar acomodar), el poder para enderezar y acomodar al niño en mala posición para que el parto sea normal y no haya problemas.
- YACHAIPAJU (yachai = saber). El poder heredado del shamanismo para curar y dar a otros.
- YACUPAJU (Yacu = agua). El poder de curar el espanto de agua, especialmente en los niños.
- YAGUARTUCANAPAJU (yaguar = sangre, tucana = escupir). El poder de curar a las personas que están escupiendo sangre por diferentes causas.

## **Samayuk**

(Samay = fuerza o poder). El Samayuk es el agente de la medicina tradicional que tiene más fuerza o más poder que el pajuyuk. Para ser Samayuk, debe haber pasado por lo menos de 2 a 3 años como pajuyuk, los padres o abuelos identifican el paju del niño de entre 12 y 15 años, y ellos son quienes solicitan a un sabio de la comunidad que le enseñe al niño; los padres son quienes proveen todo el material para la práctica y el estudio. El estudio va de 3 a 4 años, durante todo este tiempo el aprendiz acompañará a su maestro en todos los rituales, curas, siembras, cosechas, cacería, pesca y caminatas; ayudando a sembrar, cultivar, recolectar y preparar el material para cada una de estas actividades y de esta manera aprende como preparar y utilizar cada parte de las plantas.

El poder se lo adquiere mediante una ceremonia de entrega del samai (poder espiritual entregado en el soplo), en esta ceremonia el maestro sopla humo y vinagre de tabaco a todo el cuerpo, especialmente en la cabeza, manos y boca; luego de esto para preparar, fortalecer, limpiar y purificar tanto el cuerpo como el espíritu, se inician tomas de dosis de vinagre de tabaco silvestre preparado y macerado en agua, las dosis son pequeñas al inicio y van aumentando paulatinamente siempre en reducidas cantidades, las tomas son periódicas y se las realiza por vía oral y nasal. Luego de esta ceremonia deberá realizar una dieta de un año, la dieta incluye no comer carnes infectotas, carnes de animales de la noche, no ají, no sal y abstinencia sexual.

La abstinencia sexual es la prueba más dura, por eso generalmente los samayuks son jóvenes menores de 15 años para poder pasar esta prueba, esta es una razón por la cual no todos los pajuyuks llegan a continuar sus estudios para adquirir mayor poder por que los hombres y las mujeres mayores de 15 años, no logran superar esta prueba que dura un año.

El período de ayunos, dietas y abstinencias es muy importante por que es el tiempo en que el cuerpo se prepara para la toma de alucinógenos preparados con plantas sagradas, el cuerpo del aspirante debe mantener su cuerpo y su alma puros sin maldad ni vicios. Posteriormente y siempre guiado por su maestro se iniciará al aspirante en la toma de ayaguasca, alucinógeno que permitirá al futuro samayuk, prepararse para a la visión, encuentro y diálogo con los espíritus en el inframundo para sus futuras sesiones de curación. Más adelante y continuando con el proceso de formación se iniciará la toma de otro alucinógeno llamado guanduc.

El maestro realiza todo tipo de ceremonias y curaciones mediante la toma yage o ayahuasca, sopla, fuma, silba, chupa; trasmitiendo con la practica sus saberes al alumno indicándole como y cuando se realiza cada uno de los ritos específicos. El momento que el aprendiz tiene los suficientes

conocimientos, ha aumentado su poder se le permite realizar diferentes curaciones, siempre bajo su tutela, poco a poco el aprendiz va ganando confianza tanto la suya como la de su maestro. Cuando el maestro cree que su alumno está listo, ha adquirido los suficientes saberes y poderes, le indica que ayude a quien lo necesita y el nuevo samayuk inicia ya sus curaciones pero siempre consulta con su maestro aunque este se encuentre lejos.

## **Yachack**

(Yachack = sabio, el que sabe curar), El Yachack, es la persona que ha adquirido conocimientos, experiencias, para prevenir y curar diferentes enfermedades aplicando técnicas silenciosas. Según la cultura kichwa, el Yachack es una de las principales autoridades de la comunidad, es un agente de la medicina tradicional con altos conocimientos.

Para ser buen Yachack se debe estudiar por lo menos 12 años, preparándose como pajuyuk y, como samayuk. Luego de esto pasará de 2 a 3 años aprendiendo de las diferentes culturas y adquiriendo los diferentes poderes de la madre naturaleza y siempre teniendo presente en sus actos la existencia y el poder de Dios. Pasado este tiempo el shaman regresa a su casa y tendrá una abstinencia sexual de treinta días, descansará casi sin levantarse de su cama, con la mayor paz y tranquilidad posible, comerá únicamente plátanos asados, no comerá sal, ni ají, cada día beberá por la boca y la nariz uno o dos bocados de agua con tabaco macerado utilizando para esto el pico de un tucán y lavará con esta agua sus ojos y manos, posteriormente se reincorporará a su vida normal en su familia y comunidad y comenzará a curar cuando el caso lo requiera.

Es importante entender que en este proceso, el Shaman aprende a dominarse, bajo los efectos de los alucinógenos, realiza visualizaciones del origen, causa y solución de las enfermedades que aquejan a las personas,

los males de una familia o de toda la comunidad. Las curaciones de los Yachacks son más eficaces, más efectivas, más prácticas y menos demorosas, tiene la habilidad de decidir el tiempo de curación según el caso y de acuerdo a su experiencia.

### **Bancuk**

(Bancuk = el que ha adquirido muchos conocimientos y experiencia, curandero) Para considerarse bancuk, debe la persona haber pasado por lo menos 5 años como yachack y posterior a este tiempo haber adquirido, desarrollado y acumulado muchos conocimientos y destrezas, tanto dentro como fuera de su comunidad. Ha compartido con otros pueblos y nacionalidades sus saberes y también ha aprendido de ellos. Es una de las personas más consideradas y respetadas de la comunidad, tiene la potestad para autorizar y guiar las curaciones de yachascks y samayuks.

### **Kuraga**

Es el agente tradicional que domina todas las técnicas y destrezas, es el más poderoso y capaz de adivinar y diagnosticar sólo con la mirada. Para llegar a ser kuraga debió haber pasado de 6 a 10 años perfeccionando su sabiduría en todas las artes. El Kuraga ya no aumenta sus poderes, muy por el contrario lo distribuye y comparte generalmente con bancuks y pocas veces con shamanes. Se encarga de organizar y ordenar, es la persona más considerada, respetada y a la vez temida en la comunidad. El kuraga, es el escalón más alto dentro de la pirámide de jerarquización de los Agentes de la medicina tradicional indígena de los pobladores del alto Napo.

## **Sagras**

(Sagra = el que hace el mal, brujo), El Sagra es la persona que posee los conocimientos y sabiduría ancestral, sus poderes van a la par del curandero o yachack pero solo busca hacer el mal, hacen sufrir, lanzan hechicerías, conocen y usan hierbas malas, envían birutis y chontapalas para hacer daño, causan enfermedad y muerte.

Muchas veces los yachacks de una comunidad suelen ser considerados como sagras en otras, pues los agentes tradicionales pueden llegar a curar en ocasiones, como a causar el mal o enfermedades en otras ocasiones, algunos tienen el poder de manejar el bien y el mal.

## **Sobadores**

Generalmente son agentes de la medicina tradicional kichwa denominados KIWIRISHCAPAJU (kiwi= torcedura o lisiadura), PAQUIRISHCAPAJU (paquirishca = fractura), Poseen el poder para curar distintos problemas de huesos y articulaciones, como golpes, torceduras, lisiaduras y fracturas, combinan los majases y movimientos delicados, con el uso de diferentes plantas sagradas que las mezclan y las utilizan de diferentes formas, sea usando las hojas verdes, las hojas secas o preparando emplastos para aplicarlos en los lugares afectados.

## **Parteras**

Es el o la agente de la medicina tradicional que poseen, pajuyuk como: guaguadirchunapaju y wacharinapaju para poder para enderezar y acomodar al niño en mala posición para que el parto sea normal y no haya problemas y el poder para ayudar a parir a las mujeres.

En Napo, específicamente en el cantón Archidona las parteras se han organizado una Asociación de parteras legalmente constituida, es AMUPAKIN (Asociación de Mujeres Parteras Indígenas Kichwas de Napo). Estas mujeres kichwas cuentan que hace muchos años no existían los subcentros ni los hospitales, no había médicos, ni enfermeras en la zona y las únicas que ayudaban a las mujeres cuando tenían problemas durante sus embarazos y atendían los partos eran las parteras

Las parteras kichwas de Napo consideran que la partería es “el arte de cuidar y curar a la mujer durante los meses que dura el embarazo, ayudan fregando y enderezando al niño para que el parto sea normal, la atención del parto es tradicional con medicina natural, ritos y conocimientos propios de la cultura naporuna, que aprendieron de sus antepasados y que siguen pasando de generación a generación para ayudar antes, durante y después del parto, para que no se mueran ni las madres ni los niños”.

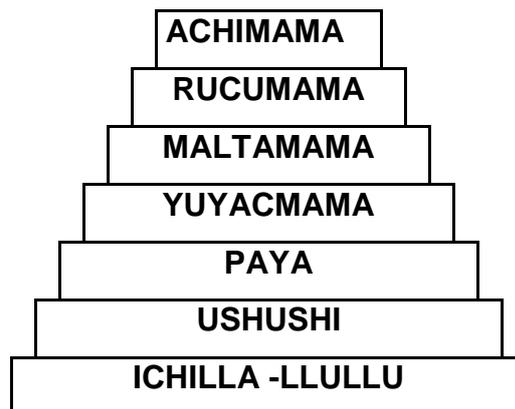
Las parteras con más edad, mencionan que sus abuelas les contaban una historia dicen que hace muchos años existía en la selva un espíritu malo conocido como pasosupaymama, este espíritu tomaba la forma de una mujer quien ayudaba a parir a las embarazadas, cuando los niños nacían sanos, vigorosos, fuertes con un buen llanto, desaparecían con la mujer que atendió a la madre; a pesar de que los padres y familiares buscaban a los niños estos nunca aparecían, pues pasosupaymama los llevaba a su morada y se los comía.

Apareció entonces un espíritu bueno conocido como nacamama, este espíritu tomó la forma de un ratón, nacamama preguntó a las mujeres “por que tienen ustedes tantos problemas para parir una sola cría, aprendan de las ratonas que tenemos muchas crías y no tenemos problemas al parir”. Nacamama dijo a las mujeres mientras ustedes mismas no ayuden a las otras mujeres a parir Pasosupaymama seguirá llevándose y comiéndose a sus hijos, se tienen que enfrentar a ese demonio con conocimientos y así

empezó a enseñar a las mujeres el arte de cuidar a la embarazada, atender el parto y el posparto. Enseñó todo cuanto debían saber las parteras, les mostró las plantas, sus formas de cultivarlas, cosecharlas y prepararlas para solucionar problemas antes, durante y después del parto.

La partería en Napo se basa en los conocimientos antiguos, en prácticas tradicionales, mitos, leyendas y especialmente en la experiencia que adquieren en la atención durante años de práctica.

Dentro de la cultura kichwa, se identifica una categorización de jerarquías de saberes de la partería así observamos lo siguiente:



Una pirámide de las diferentes fases de formación, por las que deben pasar cada una de las parteras tradicionales y así serán reconocidas por la comunidad desde el momento de su nacimiento.

ICHILLA- LLULLU. (Ichilla=pequeño-a llullu=recién nacido). Es la niña recién nacida hasta los 3 años. Antigüamente el momento del nacimiento de una ichilla, era un acontecimiento importante, en el cual se realizaban ceremonias especiales donde la madre, las abuelas, tías, madrina y más mujeres de la familia ampliada, cargan canastas con hojas de guayusa,

matas de plátano, cepas de yuca, hojas para preparar alimentos, cada mujer lleva además todos los instrumentos posibles que son usados por una mujer: ollas, machetes para el trabajo en la chacra, etc. Con la niña adelante en brazos de la madre y el séquito atrás, se recorre la chacra para que la niña obtenga Paju para la agricultura, la cocina, y en general todas las actividades de la mujer en su sociedad. Los hombres de la comunidad planificaban cacerías, preparaban guarapos y vinillos y las mujeres cocinaban las carnes de monte producto de la cacería, así se reunía toda la gente y festejaban.

USHUSHI. (Ushushi=hija pequeña). Es la niña de entre 3 a 7 años, Durante esta edad la niña va conociendo las plantas que se utilizan para la atención del parto, aprende a cultivarlas especialmente.

PAYA. (Paya=niña). Es la niña de entre 7 a 12 años, Durante esta edad la niña va adquiriendo diferentes pajus y sigue aprendiendo el arte del cultivo de las plantas que se utilizan para la atención del parto.

YUYUC MAMA. (Yuyac= pensamiento). Es la mujer que piensa, una mujer más madura de entre 12 y 23 años, generalmente son las mujeres que ya tienen hijos. En esta edad empiezan ya a cultivar sus pajus, conocen el uso de cada parte de las plantas medicinales a utilizarse en el parto, generalmente ayudan en la atención del parto, y empiezan a atenderlos solas.

MALTAMAMA. (Malta=joven). Es la madre joven de entre los 24 y 40 años de edad, la maltamama es quien ha atendido muchos partos y conoce bien el arte de la partería.

RUCUMAMA. (Rucu=viejo-a). Es la mujer que esta entre los 40 y 60 años, es una partera experimentada, es guía y maestra de las parteras más jóvenes.

ACHIMAMA. (Achi=abuela, viejita). La achimama es la partera vieja, pasa de los 60 años, es la más sabia, es guía y consejera, es la máxima autoridad de entre las parteras, se encarga de elegir y decidir los tratamientos para las parturientas, estos tratamientos son ejecutados por las parteras más jóvenes pero siempre bajo la guía y vigilancia de la Achimama.

Antiguamente las Achimamas se reunían con todas las parteras para contar su vida y sus experiencias en la atención del parto, brindaban concejos a las presentes, así culminaban la ceremonia con versianas (canto dedicado la naturaleza).

En estos tiempos, ya este tipo de ceremonias no se realizan, ya que cada vez son menos las mujeres que deciden ser atendidas por las parteras tradicionales, ahora la población prefiere asistir a las unidades de salud más cercanas. Las mujeres que todavía acuden a la partería tradicional son familias de las mismas parteras, o mujeres que no tienen recursos económicos para asistir al médico.

Talismanes. Son objetos de diferentes formas y diferentes materiales encarnan al espíritu protector. Estos objetos serán cuidados celosamente y acompañarán al agente de la medicina tradicional durante el transcurso de su vida, sin embargo, no todos logran obtener y manejar estos objetos.

**EL PROMOTOR DE SALUD.-** El promotor de salud es un voluntario preparado y reconocido, que promueve y coordina en las comunidades la realización de actividades relacionadas con salud. Guía a la gente da consejos y charlas educativas para la prevención de las enfermedades y conservación de la salud.

Es quien brinda los primeros auxilios en la comunidad, conoce de medicina occidental y tradicional, refiere al paciente en casos de gravedad. Se

encarga de coordinar con los dirigentes en las unidades operativas y ONGs, el tipo de atención según las necesidades de su comunidad, además es el responsable de ayudar a solucionar los problemas de salud de la comunidad.

**EL TRABAJO DE LOS PROMOTORES DE SALUD.-** Básicamente el trabajo de los promotores de salud, está relacionado con atención primaria, prevención de las enfermedades, especialmente en los niños y la familia en general, brinda primeros auxilios. Conoce y organiza las actividades de promoción de la salud comunitaria.

**ORGANIZACIÓN DE LOS PROMOTORES DE SALUD.-** Solamente en el Cantón Archidona existe una directiva de la “Pre Asociación de Promotores de Salud”, recién se han organizado y están tramitando la formación de una asociación con sus propios estatutos jurídicos.

En los otros cantones de la provincia de Napo los promotores de salud están organizados en sus comunidades, para poder coordinar las actividades de salud, promoción e incentivar a la sociedad.

#### **4.2 Aplicación del instrumento de investigación:**

La elaboración del instrumento sirvió, para la recolección de datos de campo, en este caso la encuesta, se la hizo en base a las necesidades del estudio, se aplicó de la encuesta en a mayoría de las comunidades de la provincia de Napo y obtuvimos los siguiente resultados:

**TABLA # 1**  
**CATEGORIZACIÓN DE LOS AMTI SEGÚN ARTES, CANTONES Y UNIDADES OPERATIVAS**

CANTÓN	UNIDADES OPERATIVAS	YACHACS – SHAMANES		SOBADORES- HUESEROS		PARTERAS - OS		CURANDERAS - OS		LIMPIADOR O PAJUYOS		PROMOTORES		TOTAL		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
CANTÓN TENA	SCS PANO	2	0	2	3	0	11	0	0	2	7	0	1	6	22	<b>28</b>
	SCS SHANDIA	5	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	5	18	<b>23</b>
	SCS PUERTO NAPO	6	2	2	3	0	9	0	0	1	1	2	1	11	16	<b>27</b>
	SCS PUERTO RICO	6	0	1	0	2	4	1	0	4	1	16	1	30	6	<b>36</b>
	SCS INNFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
	SCS AHUANO	2	0	0	1	3	6	0	0	0	0	2	0	7	7	<b>14</b>
	SCS MISAHUALLI	0	1	2	2	1	12	2	4	17	5	6	2	28	26	<b>54</b>
	SCS PAUSHIYACU	2	0	0	2	0	4	3	1	0	0	0	0	5	7	<b>12</b>
	PS PUNI BOCANA	0	0	0	0	0	4	0	0	4	4	3	0	7	8	<b>15</b>
	CSU TENA													0	0	<b>0</b>
	HOSPITAL JMVI	3	0	2	0	0	1	0	0	1	5	0	2	6	8	<b>14</b>
<b>CANTÓN ARCHIDONA</b>		<b>94</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>207</b>	<b>144</b>	<b>351</b>
<b>ÁREA 2 QUIJOS - CHACO</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>53</b>
<b>TOTALES</b>		<b>122</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>53</b>	<b>16</b>	<b>145</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>333</b>	<b>294</b>	<b>627</b>

Fuente: investigación  
 Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

**TABLA # 2**

**CATEGORIZACIÓN DE LOS AMTI NAPO SEGÚN ARTES**

YACHACS - SHAMANES		SOBADORES - HUESEROS		PARTERAS - OS		CURANDERAS - OS		LIMPIADORES O PAJUYOS		PROMOTORES		TOTAL		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	GENERAL
122	6	40	53	16	145	33	15	81	61	41	14	333	294	627
19,46	0,96	6,38	8,45	2,55	23,13	5,26	2,39	12,92	9,73	6,54	2,23	26,16	46,89	
128		93		161		48		142		55		<b>627</b>		
20,41		14,83		25,68		7,66		22,65		8,77				

Fuente: investigación

Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

**Análisis:**

En la provincia de Napo hemos encontrado 627 agentes de la medicina tradicional indígena, considerándose a los 627 como el 100%, de allí se toma el porcentaje de acuerdo a hombre, mujeres y artes, como esta explicado en la tabla

Tabla # 3

**AUTOIDENTIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LOS SANADORES SEGÚN EDAD**

EDAD	TOTAL YACHAS			TOTAL SOBADORES			TOTAL PARTERAS			TOTAL CURANDEROS			TOTAL PAJUYOS			TOTAL PROMOTORES		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
20-29	1	2	3	1	2	3	0	5	5	1	0	1	1	3	4	12	5	17
30-39	12	0	12	3	8	11	4	20	24	7	6	13	9	11	20	16	5	21
40-49	24	1	25	3	14	17	4	34	38	4	1	5	20	11	31	12	2	14
50-59	35	2	37	14	13	27	3	36	39	10	4	14	21	15	36	0	0	0
66-69	22	1	23	8	10	18	2	29	31	3	4	7	15	8	23	0	0	0
70 y más	21	0	21	6	7	13	1	18	19	6	2	8	8	5	13	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>6</b>	<b>121</b>	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>89</b>	<b>14</b>	<b>142</b>	<b>156</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>48</b>	<b>74</b>	<b>53</b>	<b>127</b>	<b>40</b>	<b>12</b>	<b>52</b>

Fuente: investigación

Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

**Análisis:**

Según edad los agentes de la medicina tradicional indígena en Napo, encontramos que en su mayoría están dentro de los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años

**TABLA # 4**

**CATEGORIZACIÓN DE LOS AMTI-NAPO SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL AMTI-N</b>		
	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>20-29</b>	16	17	<b>33</b>
<b>30-39</b>	51	50	<b>101</b>
<b>40-49</b>	67	63	<b>130</b>
<b>50-59</b>	83	70	<b>153</b>
<b>60-69</b>	50	52	<b>102</b>
<b>70 y más</b>	42	32	<b>74</b>
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>284</b>	<b>593</b>

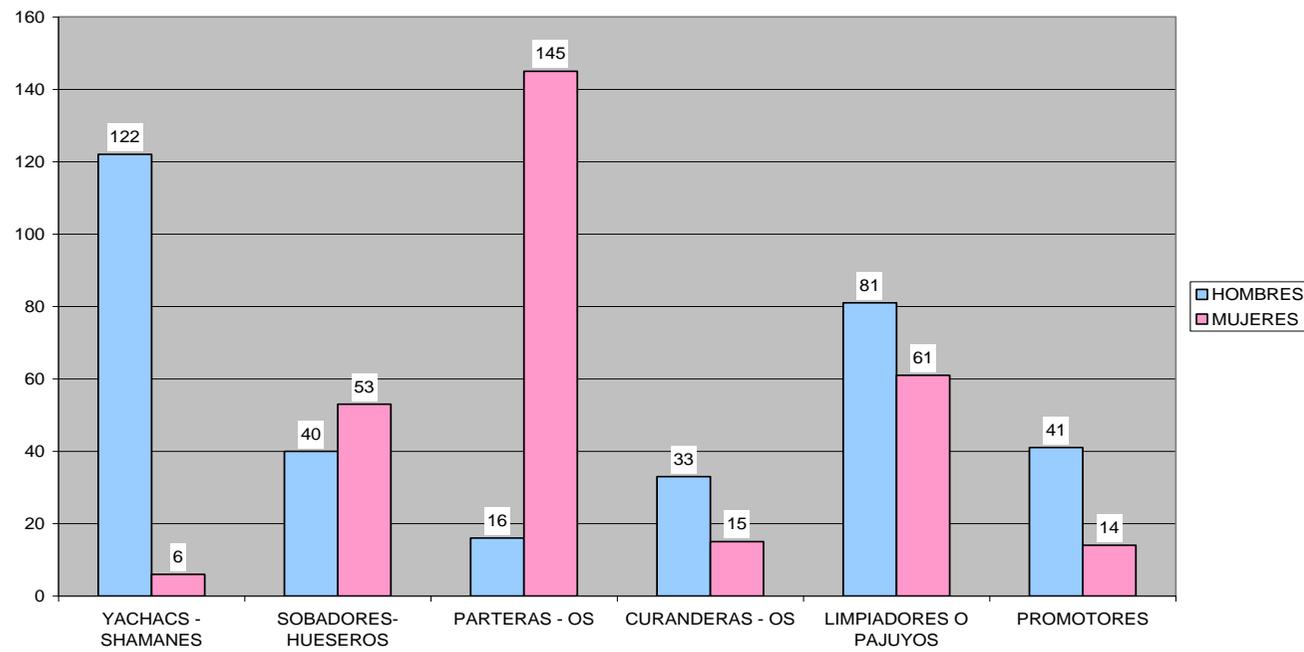
Fuente: investigación  
Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

**Análisis:**

En relación a edad los agentes de la medicina tradicional de Napo son mas los de entre 40 y 59 años. En relación a sexo son más hombres que mujeres, pero la mayoría de con poca diferencia.

## GRÁFICO # 1

AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDIGENA DE NAPO SEGÚN ARTE Y SEXO



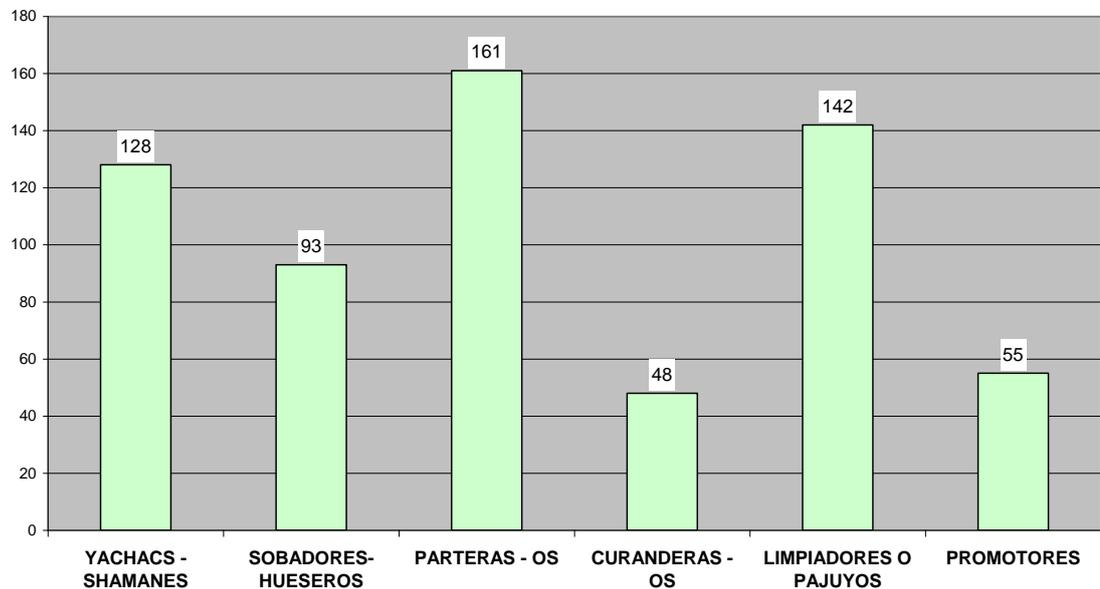
Fuente: investigación  
Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

**Análisis:**

En relación a edad los agentes de la medicina tradicional de Napo son mas los de entre 40 y 59 años. En relación a sexo son más hombres que mujeres, pero la mayoría de con poca diferencia.

## GRÁFICO # 2

### CATEORIZACIÓN DE LOS AMTI- NAPO SEGÚN ARTES



Fuente: investigación  
Elaborado por: Lic. Viviana Espinel

#### Análisis:

En este cuadro se aprecia claramente que en artes las parteras tienen mayor representatividad, continuando luego de ellas los pajuyos y luego los yachacks

## **CAPÍTULO V**

### **SOLUCIÓN VIABLE PROPUESTA**

#### **Modelo de certificación social y formal con énfasis en la partería en la medicina tradicional indígena en la provincia de Napo 2010.**

##### **5.1 Propósito**

En la provincia de Napo la presencia y labor de los agentes de la medicina tradicional es un hecho que convive con los diarios que haces, unos agentes son muy buenos otros buenos y en múltiples ocasiones se filtran falsos agentes tradicionales que únicamente quieren lucrar de la ingenuidad de los usuarios, este hecho seguirá sucediendo y los más incautos serán los más estafados, si la autoridad sanitaria pertinente no hace nada, este problema seguirá acrecentándose como ha sucedido ya en otras provincias de la región amazónica donde el trabajo clandestino de los AMTI provocó hasta muerte por venganzas.

Con la elaboración y ejecución del presente trabajo de investigación la autora pretende inmiscuir directamente a la autoridad sanitaria tanto nacional como provincial y local al apoyo y capacitación de los AMTI identificados, reconocidos por sus comunidades y acreditados por la instancia sanitaria pertinente, que en este caso serán los Departamentos de Salud Indígena y Control Sanitario de la Dirección provincial de Salud de Napo.

El diseñar un sistema de acreditación permitirá la visibilización en el sistema oficial de salud a los Agentes de la Medicina Tradicional Indígena,

de la provincia de Napo y proyectar al contexto nacional otras prácticas de curación.

## 5.2 Beneficiarios

- **BENEFICIARIOS DIRECTOS:** Serán los propios agentes de la medicina tradicional indígena de la provincia de Napo:
  - Yachaks
  - Pajuyos
  - Sobadores
  - Parteras
  - Curanderos
  - Limpiadores
  - Promotores de Salud
  
- **BENEFICIARIOS INDIRECTOS:** Indirectamente serán beneficiados tanto los habitantes de cada una de las comunidades de nuestra provincia, así como también las personas de distintas partes de nuestro país, que requieran de la atención que puedan brindarles nuestros agentes tradicionales debidamente acreditados.

## **5.3 Descripción**

### **Diseño técnico:**

#### **1. Diagnóstico:**

- 1.1. Censo de las posibles parteras
- 1.2. Identificación de costumbres, aptitudes y capacidades de las parteras.
- 1.3. Elaboración de un diagnóstico con todos los datos obtenidos.

#### **2. Proceso de legitimación:**

- 2.1. Socialización del proyecto al Subproceso de Calificación de la demanda y oferta provincial de salud, de la Dirección de Provincial de Salud de Napo
- 2.2. Socialización del proyecto y de la importancia de la carta aval a lo interno de cada comunidad, con líderes y población en general
- 2.3. Delimitación en referencia a tiempo y espacio, de las acciones de los Agentes de la Medicina Tradicional, en este caso de las parteras.
- 2.4. Recopilación de los documentos de las cartas avales de las parteras con el respaldo de las firmas.
- 2.5. Sistematización de las parteras avalizadas por sus comunidades

#### **3. Proceso de legalización:**

- 3.1. Notarización de la Carta Aval

#### **4. Proceso de identificación de las buenas prácticas integrales de la medicina ancestral:**

- 4.1. Identificación de las prácticas de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

## **5. Proceso de capacitación:**

**5.1.** Identificación de las fortalezas y debilidades de los conocimientos de las parteras según sus prácticas de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

**5.2.** Planificación de las capacitaciones para fortalecer buenas prácticas integrales de la Partería tradicional.

## **6. Evaluación de las parteras capacitadas**

**6.1.** Evaluaciones teóricas de los conocimientos propios y los adquiridos en el proceso de capacitación.

**6.2.** Evaluaciones prácticas de los conocimientos propios y los adquiridos en el proceso de capacitación.

## **7. Proceso de Certificación de las parteras**

**7.1.** Recepción y recopilación de requisitos solicitados bajo los lineamientos del Sub Proceso de Medicina Intercultural del MSP y aplicados a la realidad de nuestra provincia.

**7.2.** Sistematización de los datos entregados y Elaboración de un archivo electrónico.

**7.3.** Entrega de certificaciones a través de la Dirección Provincial de Salud de Napo.

## **8. Proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de las parteras certificadas**

## **9. Resultados Deseados**

## **5.4 Diseño administrativo**

### **1. Diagnóstico:**

#### **1.4. Censo de las posibles parteras:**

El censo se lo realizará con el apoyo del personal de auxiliares de enfermería de las unidades operativas del cantón Archidona, y con el personal de facilitadores de salud Intercultural de la Dirección de Salud de Napo, mediante la aplicación de una encuesta.

#### **1.5. Identificación de costumbres, aptitudes y prácticas de las parteras.**

Mediante la aplicación de una entrevista a los agentes de a medicina tradicional indígena, se identificarán las principales costumbres, aptitudes y prácticas de las parteras del cantón Archidona.

#### **1.6. Elaboración de un diagnóstico con todos los datos obtenidos.**

Mediante a sistematización de las respuestas obtenidas en la entrevista, se elaborará un diagnóstico de los conocimientos de las parteras tradicionales.

### **2. Proceso de legitimación:**

#### **2.1. Socialización del proyecto al Sub proceso de Calificación de la demanda y oferta provincial de salud, de la Dirección de Provincial de Salud de Napo**

**Una vez concluida la propuesta** para la certificación de las parteras tradicionales, este proyecto deberá ser socializado,

revisado y si es necesario modificado de acuerdo a las necesidades y realidades de la provincia con el médico responsable del Sub proceso de Calificación de la demanda y oferta provincial de salud de la Dirección Provincial de Salud de Napo.

**2.2. Socialización del proyecto y de la importancia de la carta aval a lo interno de cada comunidad, con líderes y población en general**

Mediante reuniones con los presidentes de las juntas parroquiales, líderes comunitarios, se socializará el proyecto de certificación de las parteras tradicionales del cantón Archidona y la importancia que la CARTA AVAL tiene y que deberá ser entregada mediante resolución de asamblea y con las firmas de por lo menos el 80% de los socios o habitantes.

**2.3. Delimitación en referencia a tiempo y espacio, de las acciones de los Agentes de la Medicina Tradicional, en este caso de las parteras.**

La delimitación de las acciones de las parteras (AMTIN), en relación a tiempo se refiere a que la carta aval entregada por la comunidad será válida únicamente por el periodo de 2 años.

La delimitación de espacio, hace referencia a que las parteras (AMTIN) avalizadas por sus comunidades, podrán ejercer sus acciones de promoción, prevención curación y rehabilitación en el área geográfica o jurisdicción física de esa comunidad únicamente. Si una partera (AMTIN), quisiera realizar sus actividades en otra u otras comunidades, deberá obtener la carta aval de cada una de las comunidades en mención.

#### **2.4. Recopilación de los documentos, cartas avales de las parteras, con el respaldo de las firmas.**

Todas las parteras que quieran ser certificadas, deberán entregar las cartas avales de sus respectivas comunidades, con las respectivas firmas, este dato puede ser verificado con los archivos de los datos de las comunidades que reposan en cada junta parroquial.

#### **2.5. Sistematización de las parteras avalizadas por sus comunidades.**

Una vez que las cartas avales sean entregadas, pasarán a los departamentos de Salud Intercultural y Servicios de Salud para ser sujetos de revisión y de verificación.

Una vez verificadas se procederá a realizar una matriz que contendrá los nombres de todas/os los/as parteras/os que solicitan su certificación, para que sean beneficiados con capacitaciones específicas que mejorarán sus prácticas y actividades diarias.

### **3. Proceso de legalización:**

#### **3.1. Notarización de la Carta Aval**

Con el objetivo de que exista corresponsabilidad entre las comunidades como avalizantes y las Parteras (AMTIN) como abalizados, en cuanto al ejercicio de las sus acciones de promoción, prevención curación y rehabilitación, se procederá a notarizar los documentos originales de las Cartas avales entregadas.

#### **4. proceso De identificación de las buenas prácticas integrales de la medicina ancestral:**

##### **4.1. Identificación de las prácticas, promoción, prevención, curación y rehabilitación**

El proceso de identificación, de cada una de las prácticas realizadas por las parteras (AMTIN) avalizadas por las comunidades, evidenciará las destrezas, fortalezas y debilidades de los conocimientos que ella/os poseen, en referencia a las buenas prácticas de integrales de la medicina ancestral.

#### **5. Proceso de capacitación:**

**5.1. Identificación de las fortalezas y debilidades de los conocimientos de las parteras según sus prácticas de promoción, prevención, curación y rehabilitación.** Una vez que se han identificado las prácticas de la medicina ancestral, se procederá a realizar una línea de base en la que consten las fortalezas y debilidades de los conocimientos de las parteras (AMTIN). Esto servirá para fortalecer las prácticas buenas de atención de las Parteras Tradicionales y al mismo tiempo erradicar aquellas prácticas inadecuadas que lesionan la integridad de quienes son atendidos con este tipo de medicina. El objetivo de esto es garantizar la atención adecuada del parto, eliminando o desechando practicas nocivas y agresivas para la integridad de la parturienta.

**5.2. Planificación y ejecución de las capacitaciones para fortalecer buenas prácticas integrales de la Partería tradicional.** Una vez identificados claramente las fortalezas y

debilidades, se planificará las capacitaciones con temas específicos en talleres que no superen a los 3 días y a las 4 horas diarias, en especial si se va a capacitar a parteras (AMTIN) con pocos años de escolaridad. Así se planificarán diferentes talleres, que se dictaran con el apoyo del MSP, Dirección de Salud de Napo, Jefatura de Área 1 y Consejo Cantonal de Salud de Archidona. Las parteras que acudan a estas capacitaciones serán únicamente las que hayan presentado la carta aval de sus respectivas comunidades.

Con la ejecución de capacitaciones basadas en manuales y guías ya establecidas y usadas se garantizara que las parteras tradicionales sean capaces de identificar los principales riesgos obstétricos y neonatales y se active de esta manera el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

En este contexto se prevé realizar:

- Talleres con “La guía dirigida a parteras para la atención en el momento del parto, desde la perspectiva de las prácticas tradicionales de la cultura kichwa del cantón Archidona” Elaborada por la Lcda. Norma Jácome.
- Talleres con el Manual “Cuidémonos para Vivir Bien” del Unpha.
- Realizar Talleres de intercambio de las practicas y usos de las plantas medicinales mas utilizadas por las parteras tradicionales

## **6. Evaluación de las parteras capacitadas**

Únicamente las parteras que hayan participado en el proceso de capacitación, podrán acceder a las evaluaciones tanto teóricas como prácticas.

Todas aquellas parteras que tengan una evaluación de excelente, es decir 10 sobre 10 podrán ser certificadas y acreditadas, de esta forma se desea garantizar la disminución de las muertes maternas y neonatales durante los periodos embarazo, parto y post parto.

La Dirección de Salud de Napo, El Sub Proceso de Medicina Intercultural de la DPSN, La Jefatura de Salud del Área 1 y las Unidades Operativas inmersas en el proceso deberán nombrar a un tribunal para evaluar los conocimientos teóricos y prácticos de las parteras tradicionales capacitadas.

**6.1. Evaluaciones teóricas de los conocimientos propios y los adquiridos en el proceso de capacitación.** Tendrán una valoración de diez puntos, y se las realizará en el auditorio de la Asociación AMUPAKIN.

**6.2. Evaluaciones prácticas de los conocimientos propios y los adquiridos en el proceso de capacitación.** Al igual que la evaluación teórica, tendrá una valoración de diez puntos, y se las realizará en la medida de lo posible en la atención de un parto o en todo caso con réplicas y simulaciones de las prácticas de los conocimientos propios y los adquiridos durante el proceso de capacitación.

## **7. Proceso de certificación de las parteras**

**7.1. Recepción y recopilación de requisitos solicitados bajo los lineamientos del Sub Proceso de Medicina Intercultural del MSP y aplicados a la realidad de nuestra provincia.** Una vez que las parteras han sido evaluadas únicamente aquellas personas que obtengan una calificación de excelencia, serán quienes entreguen todos los requisitos para la certificación, estos documentos serán:

- Una carpeta color amarillo
- Copia a color de la cédula de identidad
- Copia a color de la papeleta de votación de los últimos comicios electorales.
- Dos fotografías tamaño carné
- Certificado de haber aprobado con excelencia las evaluaciones teórico prácticas
- Llenar el formulario entregado por Salud Intercultural
- Un croquis exacto de la dirección domiciliaria

**7.2. Sistematización de los datos entregados y elaboración de un archivo electrónico.**

Todos los datos entregados serán sistematizados en una matriz en el programa Excel y se obtendrá un archivo electrónico de todas las parteras que cumplan todos los requisitos.

**7.3. Entrega de certificaciones a las parteras.** Una vez que se cumplan todas estas actividades y requisitos, la Dirección Provincial de Salud de Napo a través de Sub Proceso de Medicina Intercultural y del Sub proceso de Calificación de la demanda y

oferta provincial de salud, serán quienes elaboren y entreguen las debidas certificaciones e identificaciones.

**8. Proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de las parteras certificadas.-** Este proceso se realiza a través de instrumentos abalizados tanto con las parteras tradicionales como por personal técnico profesional del área de la salud.

## **9. Resultados deseados**

- Identificación del número de posibles agentes de la medicina tradicional indígena a ser certificados por este sistema.
- Agentes de la medicina tradicional indígena respaldados por sus respectivas comunidades.
- Certificación de todos los agentes de la medicina tradicional indígena que cumple con todos los requisitos expuestos en este sistema.
- Agentes Tradicionales cuantificados
- Obtener diferentes conceptos de la terminología utilizada por nuestros agentes de la medicina tradicional indígena en Napo, para poder obtener conceptos claros uniendo diferentes criterios de los involucrados en estas actividades
- Esquematización de la organización de los diferentes agentes de la medicina tradicional.
- Comunidades respaldan y avalizan directamente las actividades de sus agentes tradicionales por medio de documentos.
- Correcta atención de los partos domiciliarios por parte de las parteras acreditadas y concientización de las actividades que les están permitidas ejecutar.
- Transferencia de pacientes que requieran de atención médica.
- Directivas de los agentes tradicionales en cada parroquia, cantón ya conformadas.

- Agentes tradicionales **ACREDITADOS** (parteras) con el respaldo de sus comunidades.

### 5.5 Plan de implementación

- Censo de los agentes tradicionales ejecutados por el personal de las U.O. de las dos Áreas de Salud.
- Entrevistas con los agentes de la medicina tradicional indígena de Napo
- Identificación del universo de estudio u de a muestra a tomarse para realizar la entrevista.
- Entrevistas con los agentes de la medicina tradicional indígena de Napo
- Reuniones con los líderes comunitarios para socializar el proyecto y dar a conocer á importancia de la carta aval de respaldo a cada agente tradicional.
- Talleres de capacitación en cada cantón.
- Reuniones y talleres para buscar consensos.
- Reuniones de los agentes tradicionales a nivel de parroquias, cantones y de sus directivas a nivel de toda la provincia.
- Revisión de encuestas y de respaldos de las respectivas comunidades, de cada uno de los agentes tradicionales para la extensión del documento que los acredite como agente tradicional.



## CAPÍTULO VI

### 6.1. Conclusiones

- En el año 2010 se identifican a 627 agentes de la medicina tradicional, se conocen, al mismo tiempo se observa que el mayor porcentaje de los agentes de la Medicina Tradicional Indígena en la provincia de Napo está constituido por parteras con el 25,68%
- Se logró realizar un diagnóstico de la situación actual de la medicina tradicional indígena en la Provincia de Napo, identificando los procesos de formación, los diferentes procesos de iniciación y en especial las artes que practican; de esta manera se puede realizar una categorización y jerarquización de saberes, así como conocer las conceptualizaciones propias de los pobladores de esta provincia.
- El proceso de diseñar un modelo de certificación específicamente para el grupo de parteras se convierte en una actividad necesaria para reducir la mortalidad materna y neonatal en la población rural de la provincia de Napo.

## **6.2. Recomendaciones**

- Se recomienda actualizar por lo menos cada 5 años, el censo de los Agentes de la Medicina Tradicional Indígena.
- Socializar los resultados obtenidos en el diagnóstico de la Medicina Tradicional Indígena de la Provincia de Napo, en el nivel central del Ministerio de Salud Pública, para así tratar de replicarlo a nivel nacional.
- El proceso de certificación a parteras tradicionales, iniciado en el cantón Archidona debe continuar en toda la provincia de Napo. Además el presente proyecto debe ser conocido por la autoridad sanitaria del nivel central para en lo posible ser aplicarlo a nivel nacional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albán, Amilcar, (2004); La Medicina Tradicional en la Amazonía Ecuatoriana, el caso de los Napo Runa o Quichuas del Alto Napo” (documento borrador)
- Asociación Rescate y Desarrollo (2000) “En Defensa de la Medicina Tradicional”. Jalisco. Recuperado el 05 de mayo de 2011: De: [www.laneta.apc.org/pipermail/fzln-l/2002-April/002088.html](http://www.laneta.apc.org/pipermail/fzln-l/2002-April/002088.html) - 23k –
- Bartolomé, Alberto, (2003) “La medicina Tradicional”. Recuperado el 11 de junio de 2011. De: [www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,374298,00.html](http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,374298,00.html) - 47k
- Calderón, Luis Fernando; (2004) “Breve aproximación para un reenfoque en las practicas de las medicinas tradicionales y alternativas o en la búsqueda de nuevos modelos explicativos para ampliar los perfiles epidemiológicos en los sistemas de atención medica o en la búsqueda de la medicina total” (Documento para análisis).
- Constante, Julio (2001) “Salud, Medicina tradicional familiar” Editorial Colombiana. I Edición Barranquilla
- Contreras Fausto, (2000) “La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe”. Editorial Española, I edición. Venezuela
- Download, Joseph. (2002) “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” I Edición. Editorial OMS.
- Estrella, Eduardo. (2005) “Medicina Aborigen”. Ebn P. 17-33

- Fernández, César. (1999) “El Poder de la Medicina Tradicional Africana. Editorial Iberoamericana”, I Edición México.
- FNUAP, (1994) “Evaluación temática y apoyo del FNUAP a las prácticas tradicionales en Bolivia”.
- Hernández Sampieri, Roberto, (2002) “Metodología de la Investigación Científica”, Litográfica Ingramex, México.
- Instituto Nacional Indigenista México. (2002). “Proyecto de Medicina Tradicional” Recuperado el 02 de febrero de 2012 En: [www.ini.gob.mx/ini/progra05\\_3.html](http://www.ini.gob.mx/ini/progra05_3.html). “México.
- Jiménez, Alberto. (2002) “Perfil de la situación actual de la Medicina Tradicional y complementaria en Bolivia; SN.
- Julio, Daniel. (1998) Salud Medicina Tradicional “Nuestros ancestros Los viejos curanderos quieren salir de la clandestinidad”.Editorial Atlántida. I Edición, Colombia.
- Korn, Leslie. (1998) “La Medicina Tradicional Según Las Mujeres, Editorial del Pacífico” I edición México.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, *Proyecto de Ley* “Las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador”
- Naranjo, Plutarco; “La medicina Tradicional en el Ecuador”
- OECD, Macrothesaurus (1998) “Medicina Tradicional, Atención primaria en Salud”. Editorial Hernández, Honduras.

- Organización Mundial de la Salud, (2002); Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002- 2005". Ginebra
- Osoria Pablo. (2005) "Amplían uso de medicina tradicional en el oriente cubano" Recuperado el 15 de julio de 2012. En: [www.venceremos.cubaweb.cu](http://www.venceremos.cubaweb.cu) /Textos/  
amplian\_uso\_de\_la\_medicina.htm - 6k.
- Reascos Elizabeth, "Mujeres Hoy, Pueblos originarios defienden medicina tradicional". Recuperado el 25 de mayo de 2012. En: [www.mujereshoy.com/secciones/1463.shtml](http://www.mujereshoy.com/secciones/1463.shtml) - 24k -NOTA.
- Ribeiro, Silvia. (2002) "Medicina tradicional, patentes y biopiratería". Editorial La Jornada. México.
- Ruales, Jorge. Historia de la Medicina Tradicional Boliviana. Recuperado el 16 de agosto de 2012 En: [www.revistamedica.8m.com/histomed130.htm](http://www.revistamedica.8m.com/histomed130.htm) - 23k.
- Saavedra, Mario. "La Prensa - Opinion - Medicina tradicional sin legislación" Recuperado el 17 de agosto de 2011. En: [masaves@yahoo.es](mailto:masaves@yahoo.es). y en [www-ni.laprensa.com.ni/archivo/2003/enero/28/opinion/opinion-20030128-04.html](http://www-ni.laprensa.com.ni/archivo/2003/enero/28/opinion/opinion-20030128-04.html) - 16k
- Samaniego, Jorge, "La medicina tradicional del periodo colonial" Recuperado el 22 de junio de 2012 En: [www.edomexico.gob.mx/newweb/servicios/civica/pasajes/medicina.htm](http://www.edomexico.gob.mx/newweb/servicios/civica/pasajes/medicina.htm) - 41k.
- Silva, Francisco; (2003) "Administración Pública Local", Impresores MYL Quito-Ecuador.

- Smith, Johanes, (2000) "Shamanismo en la Amazonía "; Uso de la Ayahuasca para curar. I edición, Estados Unidos.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad Coordinación de Salud para Pueblos Indígenas Dirección de Medicina Tradicional (2000) "Relación intercultural con la medicina tradicional" Bolivia.
- Valdez, Fe. "La medicina tradicional y natural en Cuba" recuperado el 15 de septiembre de 2012. En [www.infomed.sld.cu/revistas/res/vol12\\_1\\_99/res01199.htm](http://www.infomed.sld.cu/revistas/res/vol12_1_99/res01199.htm) - 14k –
- Velázquez, Domingo. "Medicina Tradicional en Mexico". Editorial GRAMIT. Recuperado el 22 de septiembre de 2013. En: [www.plantasmedicinales.org/legisl/sept2002/medicina\\_mexico.htm](http://www.plantasmedicinales.org/legisl/sept2002/medicina_mexico.htm) - 15k.
- Warman, Arturo. (1998) Medicina Empírica y Medicina Tradicional. México Secretaría de Salud DF .

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### AUTOIDENTIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LOS SANADORES

Form. 001/ POAS 2002- MTI

#### 1. IDENTIFICACIÓN DEL SANADOR:

Provincia:.....Cantón:.....

Parroquia:.....Comunidad.....

Nombres y apellidos:.....Edad:.....

Estado civil: Soltero-a

Casado-a

Divorciado-a

Viudo-a

Unión libre

#### 2. CATEGORÍAS DE SANADORES

Yachak	
Sobador (Huesero)	
Partera/o	
Curandero: Hierbatero	
Limpiador	
Promotor de Salud	
Otros	

### 3. JERARQUÍA EN LA COMUNIDAD

Líder       Consejero       Dirigente   
Otro \_\_\_\_\_

Es miembro de alguna organización      SI       NO

Nombre de la Organización:.....

### 4. ¿COMO ADQUIRIÓ EL CONOCIMIENTO?:

---

---

---

---

---

---

Herencia Familiar

Padre

Abuelo

Madre

Abuela

MSP-DNSPI

Encuentro Nacional POAS Provinciales junio, 2002

Quito

Transmisión de saberes:

Anciano de la comunidad

De otras comunidades

Otras formas:

---

---

## 5. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA MEDICINA TRADICIONAL

¿Cuántos años ha trabajado? \_\_\_\_\_

¿Qué días

atiende? \_\_\_\_\_

Lugar de

trabajo: \_\_\_\_\_

## 6. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN DE LA MEDICINA OCCIDENTAL?

¿Dónde ha recibido la capacitación?

Centro de Salud:

Hospital:

Seguro Campes

CEMOPLAF:

ONGs

Otros \_\_\_\_\_

## 7. RELACIÓN CON OTROS SANADORES

Coordina actividades: SI  NO

Refiere pacientes: SI  NO

¿Por qué?

---

---

---

---

---

**8. RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD OCCIDENTAL**

Coordina actividades:      SI                       NO

Refiere pacientes:      SI                       NO

**¿Por qué?**

---

---

---

---

---

Nombre del Encuestador:

---

Lugar, fecha y Hora:

---

## Anexo 2

### RECOPIACIÓN DE DATOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA DE NAPO

#### **DATOS PERSONALES:**

NOMBRE\_\_\_\_\_

APELLIDO\_\_\_\_\_

EDAD\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL\_\_\_\_\_

RESIDENCIA\_\_\_\_\_

INSTRUCCIÓN\_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué es medicina tradicional indígena para usted?
  
- 2) ¿Qué es huesero, fregador o sobador?
  
- 3) ¿En qué se basa el trabajo de los fregadores, sobadores o hueseros, de la medicina tradicional indígena de Napo?
  
- 4) ¿Cómo están organizados los fregadores, sobadores o hueseros, según sus conocimientos y años de experiencia?
  
- 5) ¿Qué es pajuyuk?

6) ¿Qué clases o tipos de pajus conoce?

7) ¿Cómo adquirió usted sus pajus?

8) ¿Cuáles son las formas de curación más usadas por usted?

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

### Anexo 3

## RECOPIACIÓN DE DATOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA DE NAPO

### **DATOS PERSONALES:**

NOMBRE \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

RESIDENCIA \_\_\_\_\_

INSTRUCCIÓN \_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué es medicina tradicional indígena para usted?
- 2) ¿En que se basa la medicina tradicional indígena?
- 3) ¿Cuál es el requisito indispensable que debe tener una persona para ser agente de la medicina tradicional?
- 4) ¿Cómo están conformados y organizados los agentes de la MTI-N?
- 5) ¿Qué es pajuyuk?
- 6) ¿Qué clases o tipos de pajus conoce?
- 7) ¿Cómo adquirió usted sus pajus?

- 8) ¿Cómo se adquiere o recibe poder para curar?
- 9) ¿Cómo adquirió usted el poder para curar?
- 10) ¿Qué es yachack?
- 11) ¿Qué es curandero?
- 12) ¿Qué es sagra?
- 13) ¿Cuáles son las formas más conocidas para identificar el mal, la enfermedad o lo que le sucede a las personas que buscan su ayuda?
- 14) ¿Cuál es la forma que usted utiliza, para identificar, saber qué es lo que le pasa o que enfermedad tienen las personas que buscas su ayuda?

---

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR**

---

**FECHA**

## Anexo 4

### RECOPIACIÓN DE DATOS SOBRE PARTERÍA Y MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA DE NAPO

#### **DATOS PERSONALES:**

NOMBRE \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

RESIDENCIA \_\_\_\_\_

INSTRUCCIÓN \_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué es medicina tradicional indígena?
- 2) ¿Qué es partería?
- 3) ¿Desde cuándo existe la partería?
- 4) ¿en que se basa la partería?
- 5) ¿Cómo están organizadas las parteras según sus conocimientos y años de experiencia?
- 6) ¿Qué es pajuyuk?
- 7) ¿Qué clases o tipos de pajus conoce?
- 8) ¿Cómo adquirió usted sus pajus?

- 9) ¿Hace que tiempo se decida a la partería?
- 10) ¿Quién le enseñó el arte de la partería?
- 11) ¿Cada qué tiempo actualiza sus conocimientos?
- 12) ¿Cuáles son los requisitos para que una partera sea considerada y reconocida como verdadera partera?
- 13) ¿Cuáles son las funciones de la partera cuando se entera que la mujer está embarazada, que le recomienda?
- 14) ¿Usted realiza el control del embarazo?  
si \_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ cuantos controles\_\_\_\_\_
- 15) ¿Cuáles son las intervenciones de las parteras durante el control del embarazo?
- 16) ¿Qué hace cuando una mujer esta con amenaza de aborto?
- 17) ¿Piensa que los antojos insatisfechos son causa de aborto, por qué?
- 18) ¿Cuál es la dieta que le recomienda a la mujer embarazada?
- 19) ¿Durante el embarazo usted recomienda tener relaciones sexuales?  
si \_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ por que
- 20) ¿Cuantos partos por mes atiende usted?

**21)** ¿De todos los partos que ha atendido cuantos se le han complicado?

**22)** ¿Cuáles son las principales complicaciones que se le han presentado?

**23)** ¿Cuándo se le complica un parto usted qué hace?

Resuelve sola, ¿cómo?

¿Llama a otras parteras que le ayuden, que hacen?

¿Transfiere o refiere a una unidad de salud?

**24)** ¿Cuántas personas deben estar presentes durante el parto?

**25)** ¿Cómo prepara el lugar donde se atenderá el parto?

**26)** ¿Qué precauciones toman en las parturientas jóvenes (menos de 19 años)

**27)** ¿Qué precauciones toman en las parturientas añosas (más de 35 años)

**28)** ¿Cuáles son las señales que les indican que es el momento del parto?

**29)** ¿Cuáles son las intervenciones de las parteras durante el parto?

**30)** ¿Cuándo corta el cordón umbilical?

**31)** ¿Cómo protege el cordón umbilical que le coloca en el muñón para evitar infecciones?

- 32)** ¿Qué tiempo espera para que salga la placenta?
- 33)** ¿Si la placenta se queda retenida que hace?
- 34)** ¿En caso que la vagina de la parturienta sea muy estrecha, cortan la vagina?  
 si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 35)** ¿Con que corta la vagina?
- 36)** ¿Qué utiliza para cocer la vagina o no la coce?
- 37)** ¿Si se presenta un parto gemelar que medidas toma?
- 38)** ¿Cuáles son las plantas más utilizadas para limpiar el útero?
- 39)** ¿Qué hace usted en caso de hemorragias después del parto?
- 40)** ¿Qué hace con la placenta?  
 la quema \_\_\_\_\_ la bota \_\_\_\_\_ la entierra \_\_\_\_\_  
 por qué
- 41)** ¿Cuántos días de reposo en cama le recomienda a la madre?
- 42)** ¿Usted encadera a la parturienta?  
 si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
 por qué
- 43)** ¿Cuáles son las intervenciones de las parteras durante el post parto?

- 44) ¿Qué le recomienda tomar a o hacer a la madre en caso de dolor después del parto?
- 45) ¿Cuáles son las indicaciones generales que le aconseja a la madre?
- 46) ¿En general mencione las plantas utilizadas antes durante y después del parto y para que sirven?

---

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR**

---

**FECHA**

## Anexo 5

### RECOPILACIÓN DE DATOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDIGENA DE NAPO

#### **DATOS PERSONALES:**

NOMBRE\_\_\_\_\_

APELLIDO\_\_\_\_\_

EDAD\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL\_\_\_\_\_

RESIDENCIA\_\_\_\_\_

INSTRUCCIÓN\_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué es medicina tradicional indígena para usted?
  
- 2) ¿Qué es el promotor de salud?
  
- 3) ¿En qué se basa el trabajo de los promotores de salud?
  
- 4) ¿Cómo están organizados los promotores de salud?
  
- 5) ¿Qué es pajuyuk?
  
- 6) ¿Qué clases o tipos de pajas conoce?

7) ¿Cómo adquirió usted sus pajas?

8) ¿Cuáles son las formas de curación más usadas por usted?

---

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR**

---

**FECHA**

**Anexo 5**  
**Diapositivas de la defensa pública**

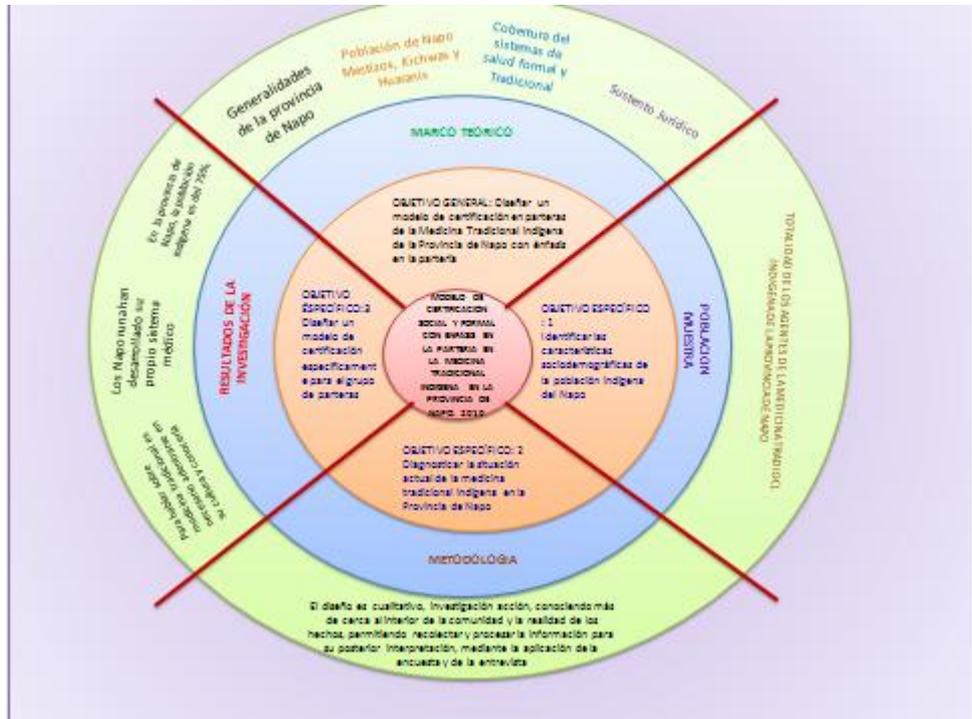
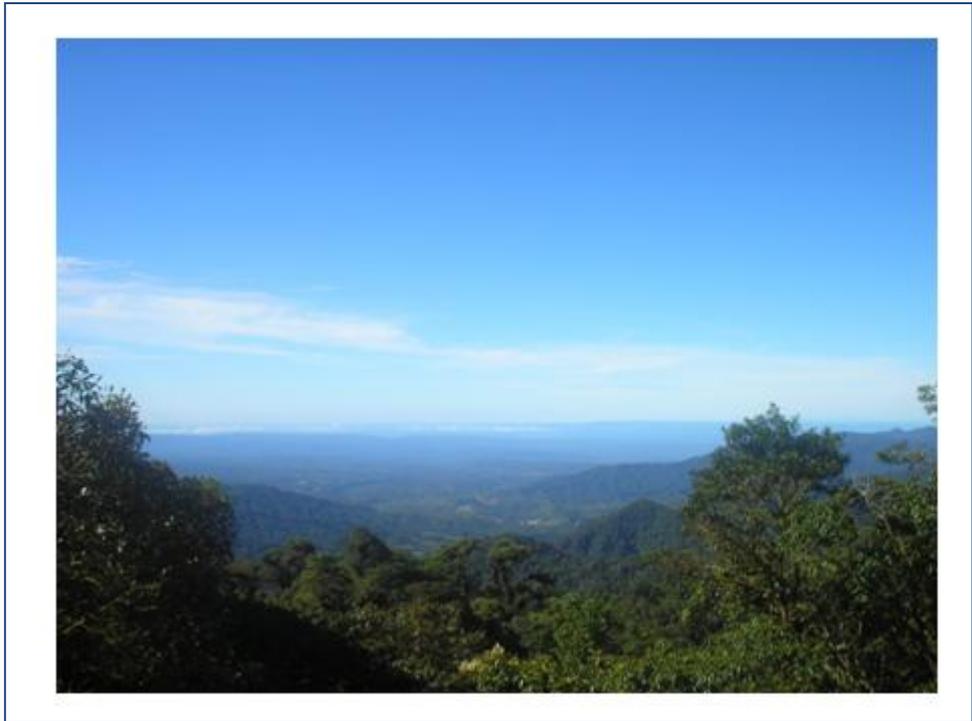


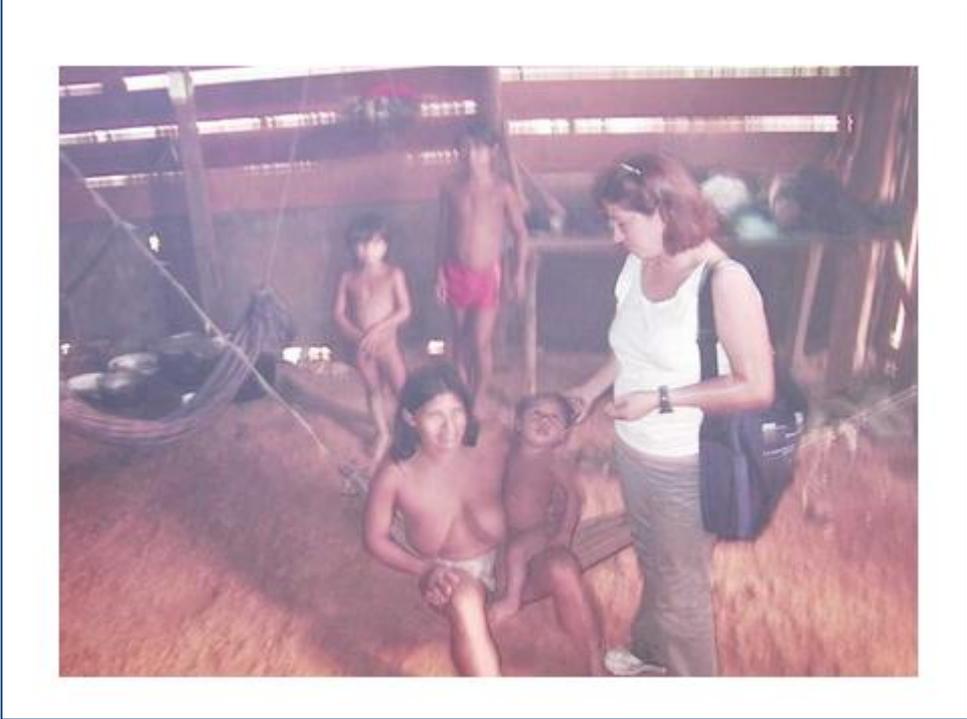
## PRESENTACIÓN

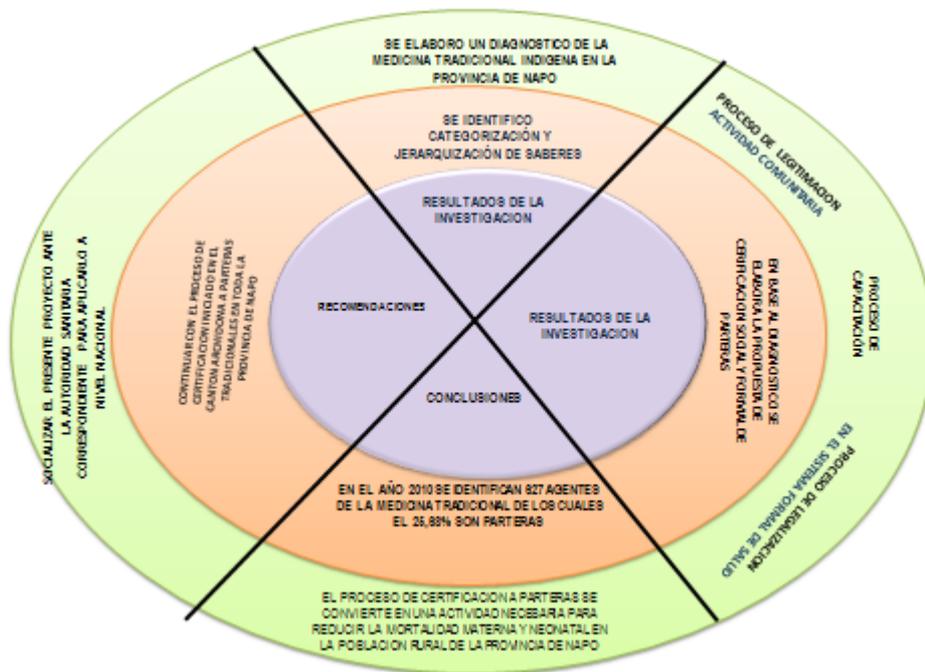
- El presente trabajo de investigación es un proyecto factible, que detalla el diagnóstico del problema objeto de la investigación, a base de la recolección de datos estadísticos, bibliográficos y de campo.
- Durante el desarrollo de la investigación hemos encontrado que la medicina tradicional en la provincia de Napo es utilizada por más del 60 % de la población, se identificó también la conceptualización de medicina tradicional para los pueblos indígenas y colonos
- Se identifica como una de las principales limitantes la no legalidad del ejercicio de estos o diferentes formas de curación asociadas a lo tradicional y ancestral hecho que genera prácticas un tanto ocultas y hasta clandestinas.











Refieren a la medicina tradicional como los remedios naturales de la selva y del campo, que no tienen químicos occidentales, que son extraídos de las diferentes partes de las plantas y animales sagrados, preparados por sus propias manos, aplicando los conocimientos ancestrales, saberes espirituales y conjugándolos con los propios poderes sobrenaturales entregados por la selva, los cerros, los ríos, las lagunas, el calor, el frío, la tierra, el aire y la lluvia y lo más importante haciendo todo esto siempre en el nombre de Dios





## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1001927951		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	ESPINEL JARA VIVIANA MARGARITA		
<b>DIRECCIÓN:</b>	AV. 17 DE JULIO 6-34.		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:vivispnl@hotmail.com">vivispnl@hotmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2640 - 203	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0992947114

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE NAPO 2010.
<b>AUTOR (ES):</b>	Viviana Espinel Jara.
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	2014/01/22
<b>PROGRAMA:</b>	<b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	MAGÍSTER EN SALUD FAMILIAR
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	DR. MARIO GALLO

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Viviana Margarita Espinel Jara, con cédula de identidad Nro. 10019279513, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 22 días del mes de Enero de 2014

La autora:

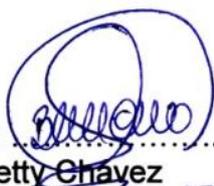


Firma: .....

Nombre: Viviana Margarita Espinel Jara

C.I. 1001927951

Aceptación:



Firma: .....  
Ing. Betty Chávez  
Encargada Biblioteca



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Viviana Margarita Espinel Jara, con cédula de identidad Nro. 10019279513 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **MODELO DE CERTIFICACIÓN SOCIAL Y FORMAL CON ÉNFASIS EN LA PARTERÍA EN LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE NAPO 2010**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Magíster en Salud Familiar en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 22 días del mes de Enero de 2014.

Firma: .....  
Nombre: Viviana Margarita Espinel Jara  
C.I. 1001927951