

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



**Diálogos médicos: la negociación de los modelos
explicativos y narrativas sobre el VIH/SIDA entre la
población awajún de comunidades intervenidas en el
marco de la estrategia contra el VIH/SIDA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA

AUTORA

Giannina Chávez Ackermann

ASESOR

Asesor: Julio César Portocarrero Gutiérrez

Lima, Noviembre 2019

RESUMEN

Tomando como marco la intervención del Fondo Global contra el VIH/SIDA en población indígena amazónica, en particular en la provincia de Condorcanqui, Amazonas; esta investigación busca aproximarse, a los modelos explicativos y narrativas sobre el VIH/SIDA que circulan entre la población awajún. En ese sentido, se entiende la salud como una instancia de interrelación entre el pueblo y el Estado. Por lo tanto, examinan los diálogos o encuentros médicos, donde se discute y negocia la enfermedad, como determinantes en la experiencia de la enfermedad, pues reflejan un marco de relaciones sociales determinadas histórica y políticamente.

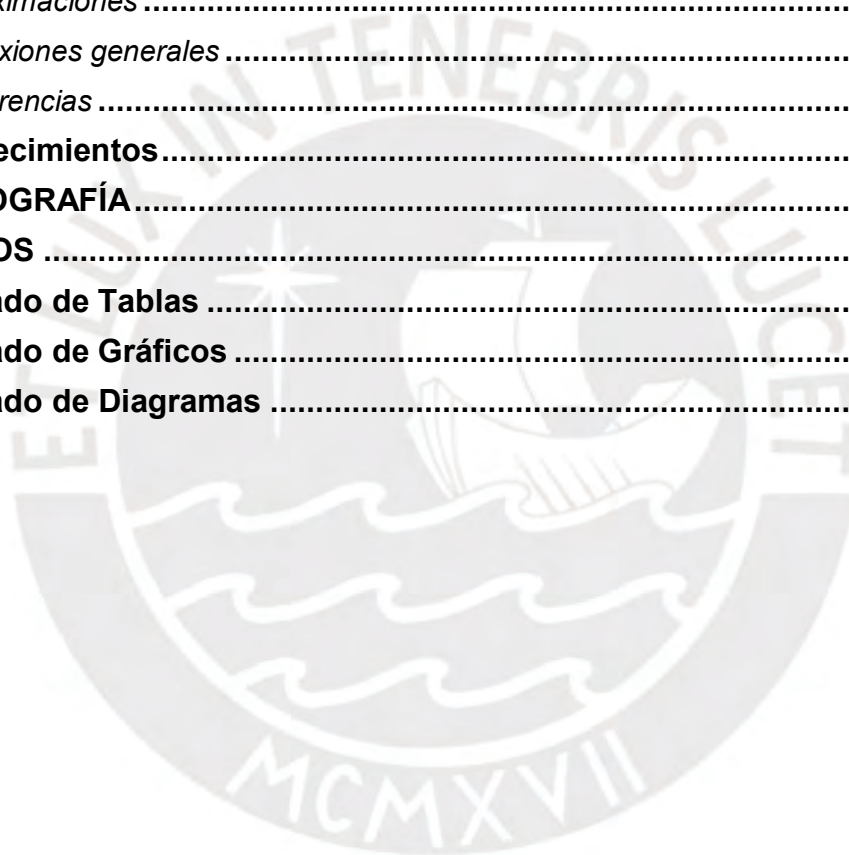
A partir de un enfoque en la circulación y negociación de estas narrativas, la influencia de distintos sistemas de salud y modelos de atención en los itinerarios terapéuticos y la el marco histórico así como el contexto sociopolítico awajún; se ha buscado trascender el enfoque de esencialismo culturalista y exotismo conductual, que ignora la incorporación de la historia y las relaciones raciales, de género, clase y generacionales de la población. Este tipo de discursos donde se alude a instituciones culturales y prácticas sexuales como factores de riesgo, muchas veces han dejado de reconocer los factores sociales y estructurales que llevan a la transmisión del VIH, responsabilizando así a la población de la aflicción y quitándoles la agencia frente a este marco cultural. En ese sentido, se ha reflexionado también sobre la memoria e identidad del pueblo awajún, reconociendo estos factores como esenciales en la discusión y negociación de los relatos recogidos. Esta investigación propone una antropología política del VIH que reconozca estos factores estructurales, sin dejar de lado los culturales, para poder así tener un acercamiento que pueda llevar a respuestas más acertadas y útiles en las intervenciones para detener esta trágica epidemia.

Palabras clave: VIH, awajún, modelos explicativos, diálogos médicos

ÍNDICE

1. APROXIMACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	9
1.1 Estado de la cuestión	9
1.1.1 VIH: historia social y natural.....	10
1.1.2 Estudios antropológicos: abordaje a la población indígena.....	14
1.2 Marco Teórico	37
1.2.1 Contexto de intervención contra el VIH/SIDA.....	37
1.2.2 Sistemas de salud	41
1.3 Diseño Metodológico.....	50
1.3.1 Argumento	50
1.3.2 Justificación	55
1.3.3 Preguntas y objetivos.....	57
1.3.4 Metodología y técnicas	58
1.3.5 Inserción al campo.....	62
1.3.6 Dificultades	66
1.3.7 Componente ético.....	69
2. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN	71
2.1 De Amazonas a Huampami	71
2.2 Confrontaciones constantes: Los awajún y los otros	85
2.2.1 Contacto con el Pueblo Awajún.....	85
2.2.2 El pueblo Awajún y el Estado.....	89
2.2.3 El Baguazo: “El Gobierno no nos quiere a nosotros, nos quieren exterminar”	93
2.3 Violencia estructural: círculo de pobreza e inequidades	99
2.4 Problemática de salud en la zona: servicios y situación	111
2.4.1 Servicios de salud.....	112
2.4.2 Situación de salud	128
3. DIÁLOGOS MÉDICOS Y MODELOS EXPLICATIVOS	136
3.1 VIH en la zona: “Un ladrón silencioso”	136
3.1.1 Procesos y modelos de atención.....	141
3.1.2 TARGA y otros tratamientos	148
3.2 Diálogos médicos: escenarios y casos en discusión	153
3.2.1 Relatos sobre el ingreso de la enfermedad	153

3.2.2	Narrativas del VIH en los itinerarios terapéuticos	165
3.2.3	Intervenciones: Capacitaciones, consultas y campañas.....	174
3.3	Modelos explicativos sobre el VIH/SIDA.....	186
3.3.1	Circulación, negociación e incertidumbre: las distintas versiones	187
3.3.2	Memoria e identidad: politizando el VIH	190
3.3.2	La teoría del daño: modelos de atención awajún.....	197
CONCLUSIONES	.....	204
<i>Recapitulando</i>	.....	205
<i>Aproximaciones</i>	.....	207
<i>Reflexiones generales</i>	.....	211
<i>Sugerencias</i>	.....	214
Agradecimientos	.....	218
BIBLIOGRAFÍA	.....	220
ANEXOS	.....	234
Listado de Tablas	.....	234
Listado de Gráficos	.....	234
Listado de Diagramas	.....	234



INTRODUCCIÓN

El presente informe es una aproximación a los modelos explicativos y las narrativas sobre el VIH/SIDA que circulan entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH. La investigación ha buscado analizar dichos modelos explicativos a través de los diálogos médicos, entendiéndolos como espacios y formas en los que se habla y negocia la enfermedad. Asimismo, parte de la premisa que la salud debe comprenderse como una instancia de interrelación y un espacio de negociación entre los actores involucrados. En ese sentido, se tiene en cuenta que los diálogos o encuentros médicos son determinantes en la experiencia de la enfermedad, pues reflejan un marco de relaciones sociales determinadas histórica y políticamente.

El objetivo principal de la investigación es analizar y conocer los modelos explicativos (ME) y narrativas sobre VIH/ SIDA que circulan entre la población awajún del contexto de intervención a través de los diálogos médicos. Para ello, se buscó, en primer lugar, conocer la circulación y negociación de información con respecto al VIH/SIDA desde los actores involucrados en la estrategia contra el VIH. En segundo lugar, analizar el efecto que tiene el contexto sociopolítico awajún sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado. Finalmente, examinar la influencia de los modelos de atención y sistemas de salud de la población sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA que circulan en la comunidad. Para ello, se han investigado estas narrativas entendiéndolas que se construyen en un constante proceso de negociación y son siempre permeables y flexibles. Este proceso además se da dentro de un contexto sociopolítico, histórico y económico determinado que permite hacer un análisis etnográfico a través de los diálogos y sistemas médicos involucrados. La data de esta investigación ha sido recogida a través de la realización de un trabajo de campo de 10 semanas en comunidades nativas de la etnia awajún en el río Cenepa, en especial la CCNN y Centro Poblado de Huampami. El tiempo de trabajo de campo se dividió en dos etapas: una semana el mes de enero para

una aproximación al campo y una visita exploratoria, y otra del 3 agosto al 8 de octubre del 2017. A través de la observación constante y participante, y entrevistas abiertas y a profundidad se han recogido diversos relatos y narrativas con respecto al origen del VIH, la propia enfermedad en sí, el ingreso del VIH a la zona, los itinerarios terapéuticos en diversos casos y las intervenciones sanitarias; además de información con respecto al contexto histórico y político.

La información recopilada se ha organizado en tres capítulos. El primer capítulo consiste en el proyecto de investigación; para ello se plantea el problema de investigación relatando la situación actual del VIH en el mundo, en el Perú, y en particular en los pueblos indígenas amazónicos, argumentando el problema latente, con una justificación personal, profesional y política pertinente. Y se presentan las preguntas y objetivos de la investigación. Asimismo, una tercera sección del capítulo presenta el Estado del Arte para ver en primer lugar la historia social y natural del VIH y luego las diversas corrientes de estudios antropológicos de VIH/SIDA y el abordaje que se le ha dado a esta situación cuando es particular a pueblos indígenas. La cuarta sección del capítulo consiste en el marco teórico; está dividido en dos partes pues el concepto de modelos explicativos y de diálogos médicos son cruciales para la investigación en tanto permiten analizar el contexto de intervención contra el VIH. La segunda parte es útil para entender el contexto de los sistemas de salud donde están ocurriendo estas intervenciones y diálogos médicos. Finalmente, el capítulo 1 se cierra con la metodología de la investigación, que incluye las entrevistas abiertas a profundidad y la observación constante como las técnicas más utilizadas; luego describe la inserción al campo y termina con las dificultades encontradas en ese espacio.

El segundo capítulo de la investigación está dedicado ampliamente al contexto de la investigación; esto es esencial no solamente para entender el lugar donde se ha realizado, sino para aproximarse a las condiciones de vida, las problemáticas de salud, y la relación con el Estado. En ese sentido, pasa por una descripción progresiva del departamento de Amazonas hasta llegar a Huampami; luego cuenta con una sección de descripción de la historia y política

del pueblo awajún, dándole un énfasis especial al Baguazo dado que se han recolectado una serie de relatos y memorias sobre ese evento. La tercera sección permite también contextualizar las condiciones de vida en tanto presenta el concepto de violencia estructural y las dimensiones que están más presentes en el lugar trabajado, dándole énfasis a la pobreza y la inequidad de género. Finalmente, el capítulo termina con una sección dedicada a la problemática de salud en la zona; primero describiendo los servicios de salud, incluyendo al personal y su relación con la población; y luego la situación de salud de la zona, más allá del VIH.

El siguiente capítulo presenta una aproximación más cercana a los modelos explicativos y las narrativas que circulan sobre el VIH/SIDA y los diálogos médicos a través de los cuales se negocian. Para ello, se ha hecho una recopilación de los relatos sobre el ingreso de la enfermedad, presentando los recuerdos de los primeros casos, y las teorías sobre los motivos del cómo y porqué la enfermedad llegó a esa zona. También se ha realizado una recopilación de narrativas del VIH a través de la reconstrucción de casos y autopsias verbales de personas con VIH a través de sus familiares, amigos, y personal de salud. Finalmente, se ha descrito las intervenciones sanitarias, pasando por las capacitaciones a diversos agentes, las campañas desde el Centro de Salud y las ONG y las consultas y seguimiento de pacientes. El tercer capítulo termina con un análisis de los temas más recurrentes, respondiendo los objetivos específicos de esta investigación. En primer lugar, la forma de circulación de la información y con ella las negociaciones e incertidumbre de ME que trae. En segundo lugar, la influencia del contexto sociopolítico, la historia y la memoria en los ME; y finalmente, la aparición de diversos modelos de atención awajún que emergen en los casos permeando así los ME sobre el VIH/SIDA. Finalmente, las conclusiones abarcan el cuarto capítulo. Esta sección más interpretativa permite analizar las diversas percepciones y casos recogidos. Es así como se puede ver que se manifiestan diversos modelos de conspiración sobre el ingreso del virus a la zona a través de agentes foráneos con el propósito de eliminar a la población awajún y modelos de daño y brujería, cuestionando la

existencia de la enfermedad y el potencial beneficio del tratamiento. En ese sentido, se vinculan a la relación entre esta población, el Estado y el sistema de salud; así como con condiciones de pobreza e inequidad; que llevan a la constante negociación y reinterpretación de los ME en el marco de esta estrategia. La intención por tanto, es analizar la data recogida desde un lente más político, trascendiendo así un enfoque puramente culturalista que olvide ver las otras dimensiones del problema.



1. APROXIMACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

1.1 Estado de la cuestión

El desarrollo teórico revisa la literatura relevante para esta investigación agrupándose en tres partes. La primera es la historia social y natural del VIH. En ella se explica, de manera básica, la epidemiología del VIH; pasando por la transmisión, patología y tratamiento. Luego, se pasa, brevemente, por la historia social del VIH, sus orígenes y qué voces existen alrededor de esta historia. Finalmente, se presentan los estudios antropológicos sobre el VIH/SIDA y su forma de abordar a la población indígena, incluyendo las tres corrientes que ha habido sobre este tema y la postura actual del debate entre ellas.

En la segunda, se exponen ciertas condiciones del contexto del VIH en la población amazónica y los estudios realizados en población indígena peruana. Para ello se relatan los estudios epidemiológicos, los de factores de vulnerabilidad y riesgo y finalmente los estudios sobre sistemas de interpretación. Adicionalmente, se presenta el debate entre estos estudios y la gran ausencia o vacío de información que hay al abordar el VIH en población indígena peruana. Finalmente, esa segunda sección termina con las respuestas provenientes del Estado Peruano, en términos del sector salud y en alianza con otros sectores.

La tercera sección está dedicada al pueblo awajún. Primero, se le describe a partir de su población y territorio, cosmovisión, organización social y actividades principales de sustento; luego, se hace un recuento de su historia y contexto sociopolítico, en relación, sobre todo, al Estado; y se termina con una revisión de la literatura sobre el VIH en población awajún, describiendo las estrategias y acciones tomadas a nivel regional y local, en alianza con la sociedad civil.

1.1.1 VIH: historia social y natural

1.1.1.1 Versión oficial del VIH: epidemiología

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no es una enfermedad o virus único, sino un desorden caracterizado por la grave eliminación del sistema inmunológico a través de la infección de los glóbulos blancos que tienen la función de proteger al organismo de sustancias causantes de enfermedades.¹ Esta condición hace que el cuerpo se vuelva extremadamente susceptible a infecciones y enfermedades que, en condiciones regulares, serían manejables.

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) es la etapa final de la infección del VIH, en la que el sistema inmunológico se encuentra severamente comprometido, aunque, usualmente, se utilice para describir todo el proceso de la enfermedad. (Smith, 1998: 1)

Transmisión

De acuerdo a la explicación hegemónica del VIH, este se transmite por el intercambio de fluidos entre personas. Sin embargo, al igual que otras infecciones sexualmente transmitidas, estos fluidos no se intercambian a través del contacto casual o rutinario, ni a través de insectos o el aire; la transmisión se da a través de comportamientos específicos que involucran este intercambio. Hay tres formas de transmisión. Por un lado, están las actividades sexuales que transmiten el VIH al haber contacto directo entre los fluidos de la persona infectada como el semen, las secreciones vaginales y la sangre; y las membranas mucosas de la otra persona, como la vagina, el recto, o la boca. Para impedir este tipo de transmisión o minimizar las posibilidades, es necesario el condón como barrera. La segunda forma de transmisión es la vía sanguínea, que, usualmente, se da por el uso de drogas que se inyectan con aguja, especialmente, cuando las usan más de una persona, entre ellas, una infectada sin haber sido propiamente limpiada. Esta forma de transmisión también se da a

¹ Existen dos versiones de VIH: VIH-1 y VIH-2, la primera es la que es una epidemia extendida mundialmente, mientras la segunda suele restringirse a África occidental, y es una versión menos común e incluso menos dañina. Sin embargo, se suele usar el término VIH para hablar de ambas. (Smith, 1998: 2)

través de transfusiones de sangre y otros productos como las plaquetas. Esta es la forma que ha disminuido más radicalmente, dado que la sangre es hoy analizada para evitar este tipo de contagio, al menos en países que cuentan con la tecnología necesaria para efectuarlo. Finalmente, la última forma es la transmisión vertical, de madre a feto o bebe durante el proceso de embarazo, de parto o lactancia. Esta ha sido una de las formas en las que las políticas se han enfocado más, dado que las posibilidades de transmisión pueden disminuirse notablemente con el diagnóstico temprano de la madre y con el uso de tratamiento antirretroviral durante el embarazo y la lactancia. Por tanto, el VIH debe ser tratado como una infección que es una posibilidad para cualquiera, asociado a ciertos comportamientos que incrementan su posibilidad de contagio; mas no por afiliación a un grupo particular de riesgo, sea étnico o de orientación sexual. (Smith, 1998: 5) Si bien algunos autores los consideran así, en la práctica, el tema no es siempre abordado de esta manera ya que, contradictoriamente, se toma ciertas poblaciones como los HSH (hombres que tienen sexo con hombres), travestis y algunos grupos étnicos como grupos de riesgo.

Según las investigaciones de VIH, además de encontrarse tres modos principales de transmisión o “rutas de transmisión”, unos mucho más probables que otros; existen factores secundarios biológicos y conductuales que pueden influir en las probabilidades de contagio. Los biológicos abarcan cuestiones como la concentración viral en el fluido, la integridad o debilidad de las membranas mucosas, la duración de la exposición, el tipo de virus que se transmite. Asimismo, la exposición repetida a estas rutas de transmisión aumenta las probabilidades para la infección. La epidemiología ha logrado hacer cálculos probabilísticos del nivel de riesgo de ser infectado. Se considera que, con estos factores biológicos, trabajan los factores conductuales, dado que, si bien muchos de los biológicos no pueden ser cambiados, algunos de los comportamientos podrían ayudar a prevenir el aumento de la epidemia. Estas prácticas de prevención incluyen la abstinencia sexual, el retraso del inicio sexual, el uso de preservativos, el consumo moderado o nulo de alcohol o drogas

y el uso de agujas limpias. Todos estos factores han sido planteados dentro de una ecuación que permite ver la verdadera probabilidad de infección y factor de riesgo. (Horn & Sciolla, 1998: 7-8)

Patología y tratamiento

Dado que el VIH es un síndrome -conjunto de síntomas o cuadro patológico que se presentan juntos- y no una enfermedad, hay una serie de patologías relacionadas a él. La mayoría de ellas son ocasionadas por infecciones oportunistas o cánceres que, ante un sistema inmunológico debilitado, tienen la oportunidad de ingresar fácilmente sin que el cuerpo tenga la posibilidad de combatirlos. Las células del VIH ocasionan otras patologías dentro de los sistemas digestivo y nervioso. Además, el propio tratamiento -como lo hace la quimioterapia para el cáncer- ocasiona otros efectos secundarios patológicos. La mayoría de estas patologías son oficialmente asociadas al VIH/SIDA, por lo que, cuando ocurren, suelen indicar un diagnóstico de dicha infección. De acuerdo a los criterios utilizados en ciertos países, se puede hacer el diagnóstico basándose en el conteo bajo de células CD4+, lo que presupone que el infectado ya está en etapa SIDA. (Smith, 1998: 9)

El tratamiento para el VIH/SIDA tiene tres dimensiones. La primera es atacar al virus para debilitarlo, la segunda es fortalecer el sistema inmunológico que se ha visto comprometido, y la tercera es controlar y prevenir las infecciones oportunistas y cánceres relaciones al SIDA. Sin embargo, es importante mencionar, que la existencia y los avances en los tratamientos, no implican que haya una cura para el SIDA, enfermedad que es aún considerada incurable, pero sí tratable; pues ningún tratamiento ha logrado eliminar totalmente el VIH del cuerpo, ni revertir completamente el daño completamente ocasionado al sistema inmunológico. Asimismo, no existen vacunas diseñadas específicamente para prevenir el contagio de nuevas infecciones. (Smith, 1998: 9)

1.1.1.2 Voces disidentes

De acuerdo a la Enciclopedia de SIDA, el contexto actual de discusión sobre dicha epidemia tiene una serie de posturas y opiniones diversas, clasificando como “disidentes” aquellas que se oponen al modelo explicativo hegemónico y oficial de la epidemia. Si bien, hay ciertos puntos en común, no son un grupo consolidado ni homogéneo, y pueden ser disidentes en relación a distintos temas relacionados al SIDA, como sus causas, la política alrededor de esta epidemia, la forma de tratamiento y los enfoques más mentales y holísticos de prevención y tratamiento. La alternativa más difundida es un modelo explicativo multifactorial que propone que las infecciones clasificadas como VIH-SIDA, en realidad, se dan por una serie de factores que comprometen al sistema inmunológico, como lo son el uso de antibióticos o de drogas recreativas, un conjunto de infecciones sexualmente transmitidas (ITS), transfusiones de sangre infectadas, desnutrición y otros. Asimismo, existen otros grupos, entre los que resaltan los llamados disidentes políticos, quienes critican las respuestas oficiales, las políticas estatales y científicas y el rol de las industrias farmacéuticas y buscan respuestas más adecuadas a la epidemia, tanto de tratamiento como de investigación, de manera gratuita o al menos más económica, con formas alternativas y enfoques más empoderantes; pues emergen del activismo político y la sociedad civil. Un tercer grupo son los que se concentran en alternativas de tratamiento holísticas y otras como la medicina china tradicional, terapias en base a la alimentación, vegetarianismo y otras. El grupo clasificado como los “alarmistas” son aquellos que consideran que existen otros modos de transmisión que el gobierno no quiere admitir, por lo cual puede expandirse el virus como una especie de plaga. Algunos han cuestionado la historia del origen del SIDA que plantea que se inició y esparció desde África, pues consideran que esas muertes podrían haber sido ocasionadas por una serie de factores desde la desnutrición, hasta la intoxicación por drogas u otras enfermedades. Los disidentes consideran que la biomedicina es un modelo explicativo que, como otros, depende de subjetividades, emociones, economía política y patrones culturales, así como de la ciencia. (Young, 1998: 3-5)

1.1.2 Estudios antropológicos: abordaje a la población indígena

1.1.2.1 VIH en población indígena

Los estudios antropológicos realizados sobre el VIH/SIDA se han matizado en tres debates. De acuerdo a Parker, esto tiene mucho que ver con las etapas que ha pasado la epidemia y el contexto en el que se dieron. (Parker, 2014: 162)

Corriente conductual

En la primera década de la epidemia, las investigaciones estuvieron concentradas en explicaciones conductuales que correlacionaban ciertos comportamientos individuales con el riesgo de transmisión del VIH y no veían factores sociales y culturales. Esta etapa estuvo concentrada en la realización de encuestas para tratar de captar los comportamientos sexuales de riesgo, los conocimientos, percepciones, creencias y actitudes que podrían incrementar el riesgo de la infección. Por ello, se trataba de obtener información sobre el número y frecuencia de parejas sexuales, experiencias con otras infecciones sexualmente transmitidas y todo aquello que pudiera definirse como un factor de riesgo. En base a esa información, las intervenciones buscaban persuadir a los individuos a cambiar sus comportamientos por prácticas sexuales más “sanas,” basándose en teorías psicológicas del comportamiento. (Parker, 2014: 164)

Corriente culturalista

Una segunda corriente empezó a hacerse presente a finales de la década de los 80, en base a cuestionamientos sobre la eficacia de las investigaciones e intervenciones individualistas y conductuales. A través de una mayor presencia antropológica, se empezó a cuestionar las limitaciones que podía tener adaptar y traducir las distintas intervenciones en contextos culturales distintos, considerando así que la información sola era insuficiente. En ella, se le empezó a otorgar mayor importancia a los sistemas y prácticas culturales y cómo estas podían influenciar directamente los comportamientos sexuales que podían llevar al contagio de VIH. (Parker, 2014: 165). En ese sentido, se consideró que existían una serie de factores sociales y culturales que influían directamente en

los factores de riesgo de un grupo poblacional. Para explicar estos comportamientos de riesgo, se debía investigar el contexto cultural en el que se realizaban, las percepciones sociales sobre la sexualidad, los símbolos, significados y reglas que organizaban estas creencias. Este tipo de corriente se aplicó sobre todo en contextos no occidentales, donde parecía ser que el análisis epidemiológico y el uso de categorías biomédicas fallaban. (Parker, 2016: 166) En ese sentido, se le dio y se le sigue dando especial énfasis a las categorías indígenas y sus sistemas clasificatorios, pues se considera que definen las experiencias sexuales en diferentes contextos. Asimismo, fue posible notar que muchos de los conceptos asociados a la sexualidad y los comportamientos sexuales que utilizaba la biomedicina o la epidemiología no eran relevantes en ciertos contextos, básicamente siendo perspectivas etic y no emic. Esta segunda corriente trajo consigo especial atención también a lo que es “socialmente construido”, tanto a nivel identitario como comunitario, permitiendo así reformular las investigaciones e intervenciones. (Parker, 2016: 167) La idea detrás de esta reformulación además, fue poder construir intervenciones que fueran culturalmente sensibles y apropiadas. (Parker, 2016: 168)

Corriente de economía política

La última corriente, y aquella a la que más se atiene esta investigación, ha sido un enfoque que buscó ver los factores estructurales que influyen en la expansión del VIH. Esta corriente investiga la economía política del VIH, así como la inequidad social, y aquellos factores que pueden incrementar la vulnerabilidad de un grupo poblacional particular. Nació cuando algunos investigadores empezaron a notar que la construcción de realidades sexuales abarca una serie de factores más complejos que solo la cultura. Se le empezó a dar mayor importancia al impacto de determinantes estructurales que podrían incrementar la vulnerabilidad al VIH en ciertos contextos. (Parker, 2014: 167) Fue evidente que la expansión y forma de la epidemia tenía mucho que ver con política y economía y que, con ello, también venían las barreras para la efectividad de las intervenciones planeadas. Por lo tanto, se empezaron a tomar en cuenta que detrás de los comportamientos y realidades sexuales, se escondía

un término que ha sido bastante repetido: “violencia estructural”, que afectaba la vulnerabilidad de grupos y de individuos. En ella, se abarcaba la “pobreza, la explotación económica, las relaciones desiguales de género, la opresión sexual, racismo y exclusión social” (Parker: 2014, 168), pues serían estas condiciones las que dentro de sistemas económicos y políticos relacionados a las condiciones de vida, de trabajo, de educación y de salud, crearían la dinámica de la epidemia y debían ser tomadas en cuenta si se quería detener la expansión y controlar la que ya existía. La atención, entonces, ha girado, para algunos investigadores, en cómo la sociedad estructura las posibilidades de intercambio sexual, definiendo sus posibles parejas, prácticas, circunstancias y opciones; a través no solo de reglas culturales específicas como se creyó por mucho tiempo, sino de condiciones y relaciones de poder económicas y políticas, que abarcan cuestiones de clase, raza, género y etnicidad. (Parker, 2014: 169).

Corriente contemporánea

Desde ese momento y hasta el día de hoy, esta corriente ha tenido una gran importancia en las investigaciones en el campo de la antropología de la salud, en particular de enfermedades como el VIH. Si bien en la actualidad, muchas de las investigaciones intentan integrar estas dos últimas corrientes y salir del enfoque individualista y conductual de la primera etapa, (Parker, 2014: 162) aún no se ha logrado trascender el enfoque cultural, dándole demasiado peso y determinismo, volviendo colectivos y culturales aquellos comportamientos que en algún momento fueron vistos como elecciones individuales de riesgo. Por lo que, a pesar de haberse demostrado la influencia de factores económicos y políticos que se entrelazan con género y etnicidad en la expansión del VIH, hay muy pocas investigaciones etnográficas que vean estas condiciones como estructuras, más que como conductuales o culturales, en la formación de la epidemia. (Parker, 2014: 170) Sigue presente en la mayoría de investigaciones el determinismo cultural que define una serie de comportamientos o factores de riesgo como variables culturales. En ese sentido, determina que ciertos patrones conductuales existentes en muchísimas partes del mundo, son determinantes en

esa cultura y por tanto llevan a culturizar el problema como si fuera exclusivamente de esa población.

Esta corriente implica que el factor “cultura” se vuelve el más importante, invisibilizando las condiciones y factores sociopolíticos, en vez de esclarecer estas situaciones. Usualmente, esta es una visión creada desde un grupo dominante en base a ciertos rasgos que conllevan una representación bastante esencialista de la cultura y de poblaciones minoritarias. Por lo tanto, cabe preguntar, si la cultura actúa como factor de riesgo, ¿qué corresponde a la cultura? Podría considerarse que se vuelve un concepto mistificador, como lo definiría Elizabeth Minnich (2005), utilizado de una manera coherente y que parece tener sentido para darle sentido a un problema, pero que en la realidad encubre más de lo que revela. ¿En qué medida esta aproximación culturalista encubre los verdaderos factores y determinantes vinculados a los problemas de salud? ¿Cómo responde el Estado a aquello que considera cultura? Si el problema es la cultura y, por lo tanto, lo que falta es educación e información, ¿por qué es que estos patrones se siguen reproduciendo ahí, como en otros lugares del mundo? Pareciera ser que la información es un componente más de una perspectiva que utiliza el culturalismo como una herramienta del modelo médico hegemónico y que oculta el marco de relaciones sociales en las cuáles se provee esta información y se da esta epidemia.

1.1.2.2 VIH en población indígena amazónica

Contexto

Entre los grupos con mayor vulnerabilidad, uno de los que resalta la ONU son las poblaciones indígenas.² La infección por VIH/SIDA es un problema en estas minorías étnicas, agravado por determinantes como el menor acceso a servicios de salud y a información, infraestructura y métodos de prevención,

² Las poblaciones indígenas son representantes del 4.5% de la población mundial total y el 10% de la población en condición de pobreza. Un 89% de la población indígena en América Latina vive en Bolivia, Guatemala, Perú, Ecuador y México, en condiciones económicas y sociales que se determinan su salud.

diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, a nivel mundial, los datos sobre estas infecciones en poblaciones indígenas son limitados.

Existen estudios que sugieren que algunos grupos indígenas amazónicos presentan niveles de incidencia y prevalencia mucho más altos que el nivel nacional, llegando a competir incluso con grupos de epidemia focalizada clásicos como lo son la población transexual o los trabajadores sexuales homosexuales. Los casos de VIH y SIDA en todas las provincias de la Amazonía peruana con población indígena llegan a ser 8,793 y 1,259 respectivamente. A pesar de que existe un sub-registro en los centros de salud de la población infectada, se reconoce que cada vez hay más pobladores de comunidades indígenas que viven con VIH/SIDA, teniendo un fuerte impacto en los awajún, shipibo, chayahuita, shawis y otros. El primer caso reportado sobre la muerte de un paciente indígena diagnosticado con SIDA, se dio en mayo del 2014, en una comunidad chayahuita; a partir del cual emergió una primera investigación epidemiológica del MINSA para determinar la prevalencia del VIH en comunidades indígenas y proveer información sobre el tema.

Estudios sobre VIH en población indígena peruana

Para poder plantear el problema de esta investigación es necesario hacer una revisión de los estudios realizados sobre VIH en población indígena peruana. Si bien hay una serie de investigaciones, sobre todo epidemiológicas, que sugieren que estas poblaciones tienen una mayor concentración y un mayor riesgo de expansión, hay una ausencia de estudios que investiguen a profundidad y de manera sistemática la situación actual del VIH en las comunidades indígenas. (Betancourt 2011: 79) Incluso la información cuantitativa con respecto a las distintas dimensiones de la epidemia del VIH en poblaciones indígenas no es muy abundante. (Mazín 2011: 91) Aun así, son los datos epidemiológicos los que urgen al Estado y a otros actores a buscar una respuesta a esta problemática.

Los estudios son diversos y con metodologías distintas que dificultan la comparación, pero suelen dividirse en dos ramas; los epidemiológicos o de

prevalencia, en donde se suele proponer también factores de riesgo y que, muchas veces, tienen un fuerte sesgo de selección de casos (Portocarrero 2015: 549) y los estudios cualitativos sobre sistemas de interpretación y prácticas de riesgo. Dentro de ellos, hay una serie de supuestos y prejuicios que han moldeado el abordaje del tema del VIH en pueblos indígenas, tanto desde una visión académica como de los funcionarios públicos y el tercer sector. Estos supuestos han transformado y redefinido la relevancia política y académica del tema y la propia agenda de discusión (Nuñez 2011: 16) en relación a percepciones culturales y conductas o comportamientos que se clasifican como factores de riesgo.

a) Estudios epidemiológicos: seroprevalencia y factores de riesgo

Uno de los primeros estudios sero-epidemiológicos de VIH fue realizado por Zavaleta en el 2004, donde se estudió una comunidad chayahuita de la Amazonía. En él, se determinó una prevalencia de 7.5% entre adultos, extremadamente alta, considerando que el promedio nacional no alcanzaba el 0.5%, determinándose, por lo tanto, un alto riesgo para la supervivencia de la población chayahuita en general. (Zavaleta: 2007) Sin embargo, estos porcentajes partían de una comunidad en específico con 162 pobladores, de donde de 80 adultos tamizados, 6 fueron positivos; cifra que fue extrapolada a la población en general en búsqueda de acercamientos médicos y antropológicos urgentes para detener la transmisión. Las tres explicaciones conductuales -que se definieron como culturales- fueron el rechazo o desconocimiento del uso del condón para prevenir la transmisión, las relaciones sexuales entre hombres y una iniciación sexual temprana. Estas fueron clasificadas como conductas de riesgo y estilo de vida que aumentaban las posibilidades de los chayahuita de contagiarse de VIH.

Otro de los estudios se efectuó en el 2004 en cuatro comunidades indígenas amazónicas en la región de Loreto. La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de VIH y sífilis en dicha población, así como identificar los factores de riesgo de transmisión de VIH y sífilis. El estudio realizó exámenes

rápidos de sangre de VIH y sífilis y un cuestionario sobre información demográfica, factores de riesgo de ITS, y conocimiento y percepciones sobre VIH/SIDA. La prevalencia del VIH se calculó en un 0.7%, habiendo 2 infectados dentro de las 182 muestras de sangre. Ambos resultados se clasificaron como hombres teniendo sexo con hombres (HSH). Asimismo, se concluyó que había muy poco conocimiento sobre la infección, transmisión y prevención del VIH así como una baja aceptación de los métodos de prevención pues menos de la mitad de la población reportó saber que era un condón y solo un 20% de ellos reportó haber usado este método alguna vez; contribuyendo a ser un factor de riesgo. Por lo tanto, se concluyó que ante la expansión y prevalencia de VIH y sífilis en las comunidades indígenas amazónicas, se requiere una respuesta de salud pública urgente. (Bartlett, Zavaleta: 2008)

En el 2007, otro estudio fue realizado por el Proyecto Prevención Comunitaria de Enfermedades de Transmisión Sexual (PREVEN) en el 2007 en 24 comunidades cercanas a ciudades portuarias (Iquitos, Yurimaguas, Pucallpa y Puerto Maldonado). En este estudio se encontró que en 7 comunidades cercanas a Pucallpa se encontraron prevalencias de ITS en mujeres adultas de sífilis, clamidia, gonorrea, tricomonas y vaginosis. En el caso de los hombres adultos se encontró prevalencia de sífilis, clamidia, gonorrea y de VIH (0.9%). (PREVEN: 2007)

Ese año, desde la DGE³, se realizó un estudio dirigido a evaluar la seroprevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B (HBV) en mujeres gestantes y sus parejas sexuales masculinas en seis poblaciones indígenas de la Amazonía peruana en el período 2007-2008. Se realizó un estudio transversal de muestras de sangre y una encuesta para identificar factores de riesgo en la población Kandozi, Shapra, Shiwilo (Chayahuita), Matsiguenga, Asháninka y Shipibo Konibo. Del estudio resultó que, en el caso del VIH, la prevalencia de mujeres gestantes era 0.16% y de sus parejas 0.29%. Se concluyó por lo tanto que el VIH en estas poblaciones era una epidemia concentrada, que se estaba empezando a hacerse presente en la población indígena amazónica a través de un

³ Dirección General de Epidemiología

importante componente sexual en la transmisión de la infección. En ese sentido, se determinó una serie de factores en estas poblaciones que aumentaban el riesgo de transmisión: el inicio sexual temprano (antes de los 16 años); los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, ya sean de población clave o con alta prevalencia de VIH; hombres con múltiples parejas sexuales (11 parejas o más) y el rechazo o baja aceptación al uso del condón por factores culturales (menos de un 30% de las parejas habían usado preservativo alguna vez, mientras que solo 13.8% de las gestantes lo habían hecho). (Ormaeche: 2012)

Por otro lado, desde el Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología, salió en el 2013 el Análisis Epidemiológico sobre los Determinantes y la Morbilidad por VIH/SIDA; haciendo una breve reseña de la situación del VIH/SIDA en el Mundo y América Latina; un análisis epidemiológico sobre los determinantes y la morbilidad por VIH/SIDA; una descripción de las características de los casos de VIH/SIDA de acuerdo a su distribución poblacional y formas de transmisión; un análisis de la mortalidad; estudios de vigilancia epidemiológica y modelamiento epidemiológico matemático de la epidemia; así como la respuesta del país frente a la epidemia de VIH/SIDA, formulando una priorización de las regiones con mayor riesgo y de los grupos más vulnerables. En el tema de los determinantes relacionados a la epidemia del VIH, el análisis se concentra en los factores sociodemográficos, los relacionados al sistema de salud y aquellos que influyen directamente en la transmisión del VIH y el estado de salud de la población, a nivel individual y colectivo. En cuanto a los servicios de salud, además de explicar sus carencias a nivel de infraestructura, acceso y personal, se hace mención en específico a los servicios de salud en comunidades indígenas. Se plantea que éstas son particularmente vulnerables al VIH/SIDA por las condiciones de inequidad en las que viven, además del poco acceso tanto al servicio de salud como a la información. De hecho, de las 1786 comunidades censadas en el 2007, menos de la mitad contaba con un establecimiento de salud, y de ellos solo un 10% con un centro de salud, mientras que 42% tenía un puesto de salud y 45.4% solo con un

botiquín comunal. Diez de los 42 pueblos étnicos ni siquiera contaban con algún tipo de establecimiento de salud. (MINSA: 2013)

Tabla 1: Prevalencia de VIH en población indígena amazónica, Perú 2004-2008

Autor de estudio	Año del dato	Región	Población	Tamaño muestral	Prevalencia (%)
Zavaleta	2004	Loreto	General	80	7.5
Bartletta	2004	Loreto	General	282	0.7
Ormaeche - DGE	2007-2008	Loreto, Ucayali, Cusco, Junín y Pasco	Gestantes	1251	0.16
			Parejas de gestantes	697	0.29

Fuente: Elaboración propia. En Base a: Dirección General de Epidemiología/ Ministerio de Salud: 2009

A través de una descripción de diversos estudios sobre VIH en población indígena también mencionados en esta investigación, se revelan una serie de resultados que se interpretan como un alto nivel de vulnerabilidad en estos grupos tanto al VIH como a otras ITS. En ese sentido, se menciona en particular los altos índices de prevalencia, que parece ser el indicador más relevante para dichas investigaciones y para el propio Estado. Además, dentro de estos índices se resalta que la mayoría de casos se dan en varones que han tenido relaciones sexuales con otros varones (HSH). Asimismo, de acuerdo a los datos, se sugiere que son estos varones quienes conforman parte de la población clave⁴ que concentra la epidemia, tal como en el resto del país; sin embargo, la progresión epidémica podría generalizarse mucho más rápidamente en la población indígena debido al tamaño de su población, la falta de información con respecto al VIH/ SIDA, las barreras económicas, culturales y lingüísticas en progresión de la epidemia podría ser más rápida que lo observado en las áreas urbanas del país y la epidemia podría generalizarse más rápidamente. El impacto del VIH en esta población podría ser mayor debido a su pequeño número poblacional; a su pobre conocimiento sobre la infección por el VIH y sobre su prevención; a las barreras económicas, culturales y lingüísticas que enfrentan para el acceso a los

⁴ Población clave: “aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por ello es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta a la misma.” (MINSA 2013: 65)

servicios así como para la aceptación de métodos de prevención conocidos y por el contacto cada vez más frecuente con las zonas urbanas, entre otros.

Con respecto al VIH en población indígena, el análisis concluye que la prevalencia observada y el potencial de expansión rápida urgen una mayor cantidad de estudios que además sean más representativos de estas poblaciones; tanto desde un enfoque médico como antropológico. Asimismo, se propone un enfoque intercultural en donde se adapten las estrategias sociales, conductuales y biomédicas a la población para integrar su conocimiento y prácticas tradicionales. Por otro lado, remitiéndose a los factores estructurales previamente mencionados, propone la necesidad de ir eliminando dichos determinantes que incrementan la vulnerabilidad de la población no solo con respecto al VIH sino en general con su salud. Sin esta modificación paralela de condiciones y desigualdades, ninguna estrategia logrará ser sostenible.

Finalmente, después de describir las estrategias tomadas y la respuesta desde el sector salud, desde otros sectores del Estado y de la sociedad civil; el informe presenta una serie de sugerencias con respecto a las investigaciones necesarias, la adaptación de las intervenciones y la consideración de las poblaciones más vulnerables. (MINSA: 2013)

b) Estudios de factores de vulnerabilidad y riesgo

Con un corte un poco distinto a los ya mencionados y desde un enfoque cualitativo, el estudio de Orellana y Alva se dedicó a examinar factores estructurales, sociales, políticos, económicos, y ambientales, que aumentan la vulnerabilidad al VIH entre la población indígena de la Amazonía peruana. La investigación se realizó del 2007 al 2008 con adultos indígenas pertenecientes a 12 distintos grupos étnicos reclutados en cuatro puertos ribereños amazónicos de Loreto, Ucayali y Madre de Dios, y 16 comunidades indígenas que se han mantenido en anonimato. La investigación se basó en un diseño de acción participativa a través de grupos focales y entrevistas a profundidad. Para eso, se establecieron cuatro Consejos de Comunidad en cuatro diferentes ciudades ribereñas amazónicas, sus miembros fueron reclutados de comunidades y

organizaciones indígenas, el sector salud, el gobierno local y las organizaciones comunales; así como individuos viviendo con VIH/SIDA u otras ITS, trabajadores de las embarcaciones ribereñas. A través de esta alianza, se desarrollaron estrategias de reclutamiento y de análisis de data, y también guías de entrevista con preguntas abiertas sobre el contexto sociocultural de la comunidad, sus fortalezas y necesidades, su salud en general, y su salud sexual; también se hicieron preguntas con respecto al conocimiento, las percepciones y actitudes sobre el VIH y otras ITS. Asimismo, se hizo una observación sistemática de todo el proceso.

Se revelaron una serie compleja de factores estructurales que intervienen en generar entornos riesgosos a las ITS y al VIH, y en general para la salud. Entre ellos se encontró que las embarcaciones que cruzan los ríos amazónicos como principal medio de transporte suelen ser entornos donde tienen lugar relaciones sexuales sin protección, incluyendo sexo transaccional entre pasajeros, miembros de la tripulación y trabajadores sexuales; y en donde además no hay disponibilidad de condones. Asimismo, la movilización de la población y este tipo de relaciones ocurren en ambientes como los puertos ribereños, sitios mineros y de otro tipo de industria extractiva; en donde hay consumo excesivo de alcohol y comercio sexual sin protección. Por otro lado, hay una ausencia de centros de salud en las comunidades y un largo trayecto de atención plagada de discriminación y poco respeto.

Adicionalmente, se encontraron factores socioculturales que forman la sexualidad y el riesgo de VIH. Entre ellos se consideró la iniciación sexual temprana, el tema de identidad sexual dado que en particular en los puertos se dan muchas prácticas de varones teniendo sexo con otros varones, en particular jóvenes, a pesar de no ser identificados como homosexuales; sin embargo, existía un fuerte rechazo y marginación a los hombres indígenas homosexuales que llevaba a menos oportunidades de educación y trabajo. Además, se consideró que el sistema de roles de género de la población indígena solía adjudicar un comportamiento sexual más permisivo al hombre tanto antes como después del matrimonio, además de tener más poder de decisión y opciones de

vida. Por otro lado, también entre los factores se menciona el limitado conocimiento de VIH y otras ITS, que solían asociarse a hombres homosexuales adjudicándoles un mayor estigma. El tema de la transmisión era muchas veces desconocido o mal entendido; se conocía un poco sobre la necesidad de protección en las relaciones sexuales pero también habían versiones confusas. Lo mismo con el TARGA, dado que muchos no conocían de su disponibilidad y otros confiaban más en el sistema médico tradicional a través de un tratamiento vegetalista, también por atribuirlo a síntomas de brujería.

De tal forma, se reconoció que son los factores estructurales los que aumentan la vulnerabilidad de la población indígena en la Amazonía peruana. Sin embargo, era la combinación de la pobreza y las condiciones de desigualdad en el acceso a salud y educación así como de empleo combinado con las “creencias culturales” de salud y comportamiento sexual y desigualdad de género lo que incrementaba un ambiente de riesgo con abundantes oportunidades de transmisión. Una de las limitaciones que se encontró es que el estudio se basó en 12 grupos étnicos diversos, de más de 60, por lo que sus resultados no son representativos de toda la población indígena en la región amazónica. Sin embargo, es uno de los primeros en examinar un grupo tan diverso de comunidades. Finalmente, se encontró que son necesarias estrategias de prevención a distintos niveles que integren las intervenciones con el conocimiento indígena; no solo para reducir la vulnerabilidad de transmisión de VIH sino también para eliminar los determinantes estructurales que influyen con la salud de la población indígena. (Orellana, Alva: 2013)

El estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se realizó en el 2009 con la intención de investigar y comprender las características de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH en esta población, de manera paralela a los estudios epidemiológicos y cuantitativos que se iban realizando. En ese sentido, buscó identificar dichos factores para contribuir a la mejor definición de una estrategia de intervención frente al VIH en los pueblos indígenas amazónicos que fue culturalmente pertinente. Los objetivos de la investigación buscaban conocer las percepciones con respecto a temas de

sexualidad en relación a las ITS y el VIH; explorar los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de la prevención de dichas enfermedades así como identificar los factores socioculturales que afectan dichos elementos; aproximarse a los itinerarios terapéuticos de la población indígena tanto para la etapa de prevención, como la de atención y cuidado del VIH/SIDA y otras ITS; y finalmente, identificar los actores claves y posibles referentes en la comunidad para integrar la idea de prevención y las acciones tomadas en esa área.

Se trabajó con agentes de salud (técnicos sanitarios, promotores y otros profesionales de salud), con autoridades y líderes de cada comunidad, representantes de las organizaciones públicas y privadas de Ucayali y con representantes de las Federaciones Indígenas de la Región Ucayali. El trabajo de campo se realizó en la comunidad Bufeo Pozo de población yine, y la comunidad Puerto Belén, perteneciente al pueblo shipibo-conibo. Se seleccionaron estas comunidades porque al estar bastante cercanas a actividades de comercio y extracción de madera y petróleo, fueron consideradas más vulnerables frente al VIH/SIDA.; pues estas actividades suelen traer de la mano una mayor movilidad y flujo de pobladores hacia los centros urbanos y de personas externas hacia las comunidades. Se realizaron entrevistas a profundidad y grupos focales, complementados con conversaciones informales y observación participante. Además, se utilizaron fichas de características demográficas, socioeconómicas y culturales.

En cuanto a los hallazgos de la investigación, todas las principales observaciones se enfocaron en factores de conducta y patrones culturales. Por un lado, se estableció que el inicio sexual en las comunidades se daba de manera temprana; para las mujeres entre los 12 y 16, y para los hombres entre los 15 y 18. Para las mujeres, este inicio solía venir después de la menarquia. Era una decisión personal y no conllevaba el establecimiento de una relación y menos de un matrimonio; pues no era necesario aún establecer una pareja formal. De tal forma, la sexualidad parecía considerarse como algo saludable; a pesar de que a los adultos les parecía que los jóvenes se iniciaban temprano sexualmente por una serie de carencias que tenían. Asimismo, si bien la

sexualidad era un aspecto bastante normal, había una exposición de las mujeres a verse forzadas a tener relaciones sexuales, ya fuera con su pareja o de manera transaccional buscando ayudar a su familia. De tal modo, la violencia contra la mujer es bastante tolerada y clasificada como un delito menor; por lo que ellas no cuentan con vías efectivas para denunciar estos actos ni defenderse de ellos. La pena para este tipo de actos de abuso sexual y violencia son solamente simbólicas. Adicionalmente, los hombres suelen consumir mucho alcohol, factor que influye en este tipo de conductas violentas y prácticas sexuales riesgosas.

Por otro lado, la investigación reconoció que las sociedades amazónicas tienen sus propios sistemas médicos, que por muchos años y aún ahora, han sido desvalorizados y reducidos a “creencias.” Dentro de ese sistema médico, el VIH/SIDA se conoce como “la enfermedad del Sida,” en donde el virus y el síndrome no se diferencian y son reconocidos como una sola aflicción. Se considera que esta enfermedad puede ser curada por terapeutas del sistema médico tradicional. Además, la noción de prevención ante estas enfermedades y en general, no está arraigada en esta sociedad; por lo que el uso del condón recibe poca aceptación y se suele limitar a los hombres jóvenes. Se considera que en la cosmovisión amazónica, las relaciones sexuales son planteadas como algo muy “natural” que va de la mano con la idea de “piel con piel,” lo que hace que el condón sea visto como un obstáculo, además que si el hombre no eyacula dentro de la mujer pierde el alma. Otra limitación para el uso del condón es que se suele asociar a la disminución del placer, y a un tema de desconfianza pues si una persona en una pareja estable pide el uso del condón se asocia a infelidad y por ende pone a la relación en riesgo. Asimismo, se considera a los jóvenes más vulnerables ante estas enfermedades, pues se cree que están en una mayor posición de riesgo debido a sus impulsos sexuales, las relaciones homosexuales y su movilidad. Se suele tener una actitud bastante distante y de exclusión hacia las personas que tienen VIH/SIDA.

Esta investigación plantea que al comprender mejor y con mayor profundidad las percepciones de estas poblaciones en torno al VIH/SIDA; es posible que esta perspectiva intercultural colabore al diseño e implementación de estrategias para

la prevención del VIH en comunidades indígenas amazónicas. (MINSA y UNFPA: 2009)

c) Estudios de sistemas de interpretación

En diciembre del 2011, desde la DGE, se realizó un estudio piloto en una comunidad indígena wampis, en el Datem del Marañón en mujeres en edad fértil (MEF) y sus parejas masculinas. El objetivo de la investigación fue identificar los conocimientos y percepciones del VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención. En ese sentido, se identificó que solo el 18.8% de las MEF conocían el condón, 14.5% sabían para qué servía y solo un 11.9% había recibido algún tipo de capacitación con respecto a él; mientras que en el caso de los hombres los porcentajes eran 73.8%, 33.2% y 33.7%, respectivamente. Por otro lado, 95.7% de las MEF manifestaron no usar condón nunca con su pareja, 3.3% dijo que a veces mientras que un pequeño 1% declaró que lo usaba siempre. En el caso de los varones, los porcentajes fueron 90.7%, 8.9% y 0.4%, respectivamente. En cuanto a los motivos más frecuentes para no usarlo, se refirieron a la poca costumbre que existía con los preservativos, a la falta de acceso a ellos y la consideración que no era realmente necesario. En cuanto al conocimiento del VIH, el 14.9% de las MEF manifestaron conocer del tema pero solo la mitad de ese porcentaje supo identificar prácticas de prevención; mientras que en los hombres los porcentajes fueron de 51.4% y 40%. (Whittembury: 2011)

Uno de los más recientes estudios que se ha realizado fue el informe etnográfico para propuestas de modificatoria de la Norma Técnica de Salud de VIH/SIDA para la población awajún de la provincia de Condorcanqui, Amazonas. Para ello, se tuvo en cuenta que la actual NTS busca “normar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH, para una adecuada prevención, atención y manejo en los establecimientos de salud de nivel nacional.” (UNICEF: 2014, 2) La investigación plantea que hay dos factores claves que producen la situación epidémica de VIH/SIDA en la población awajún. Por un lado, la ausencia de un presupuesto mayor destinado de manera prioritaria a una política de salud intercultural en distintos niveles; y por otro lado,

la poca importancia que se le ha otorgado al factor cultural como condición básica para que la ESN de VIH/SIDA.

El informe busca presentar las percepciones y concepciones del VIH/SIDA desde la población awajún, entendida como el “Waweamu,” a diferencia del planteamiento biomédico. Si bien pretende no caer en explicaciones simplistas y estereotipadoras, hace solo una breve descripción de ciertos eventos y datos del proceso histórico de transformación en el que ha estado y está inmersa la población awajún; y se concentra muchísimo más en la explicación culturalista.

En esa línea, plantea como hallazgo principal la teoría del daño como explicación de las muertes y los enfermos de “síntomas de SIDA,” en contraposición de las explicaciones del sistema oficial. Esto se interpreta como un choque o encuentro entre dos cosmovisiones y sistemas médicos distintos, a los que los pobladores acceden y desde los cuales determinan a cuál se adhieren. De tal forma, de acuerdo a la investigación, los mensajes emitidos desde el MINSa y la Diresa sobre el VIH/SIDA no son una explicación lógica para las comunidades awajún; mientras que la teoría del daño es más comprensible. Para entender esta perspectiva se resalta el hecho que el vínculo o asociación entre el daño o Waweamu y el VIH/SIDA no implica que la enfermedad sea causada por la brujería; sino que el VIH/SIDA otorga un “sustento biológico y social a los casos de “Waweamu con Síntoma de SIDA” (UNICEF 2014: 12)

Por otro lado, la investigación encuentra que hay una serie de factores que impiden la comprensión del VIH/SIDA desde el MINSa, los cuales se dividen en tres tipos de barreras: el mensaje, la racionalidad awajún, y las funciones y desempeño del MINSa. En cuanto al mensaje, se considera que estos son ininteligibles y contradictorios a la interpretación de los casos vistos en las comunidades de Condorcanqui, y su lenguaje tiene un fuerte carácter técnico. Además, la inmensa variabilidad o impredecibilidad de la infección en cuanto a duración y letalidad, así como su condición crónica y sin síntomas observables parecen contradecir las nociones de salud y enfermedad del sistema médico de esta población, llevando así a la especulación y reinterpretación de la

información. Del mismo modo, la confusión también viene de la cantidad de emisores involucrados y sus propias renegociaciones de éste; así como de la manera en que se transmite el mensaje, muy ligado a la amenaza de muerte y sin priorizar la posibilidad de vivir sin mayores dificultades mientras se cumpla con el tratamiento. Por otro lado, en cuanto a la racionalidad de las enfermedades desde la población awajún, la explicación de los modos de transmisión a través de la sangre y los fluidos también choca con esta noción pues una enfermedad sin síntomas carece de sustento, en particular una enfermedad crónica asintomática. Asimismo, bajo este sistema médico las enfermedades son tratables por el sistema oficial mientras no sean ocasionadas socialmente, como lo es el daño. Finalmente, en cuanto a las funciones y desempeño del sector salud, se considera que las deficiencias en sus servicios, así como el manejo y la política desde este sector han llevado a una mayor desconfianza de las explicaciones biomédicas. Por un lado, algunos dispositivos claves como las pruebas rápidas han perdido validez para el diagnóstico ante la población por errores en la detección y la falta de comunicación de los resultados. El desempeño en la propia consejería del VIH y su desinterés en la población, así como la barrera idiomática, son también retos en este marco. Todas estas limitaciones han hecho que las estrategias comunicacionales y de prevención del modelo explicativo biomédico del VIH no sean efectivas así como que no se llegue a proveer un servicio de salud integral y de calidad. Se señala además, que la población no tiene una concepción clara de los modos de transmisión, y que incluyen en ellos una serie de medios en donde en realidad está casi, sino totalmente, ausente la posibilidad de contagio; entre ellos los abrazos, compartir platos, masato, agujas de coser, baño, máquinas de afeitar, el sudor, tanto en el deporte como saludando con la mano, etc. En este contexto, es bastante lógico que la población busque otras y mejores alternativas de diagnóstico y tratamiento, dentro del sistema médico tradicional y sus propios terapeutas.

El informe hace particular énfasis en la teoría del Waweamu o “Síntoma de SIDA”, en donde el daño hecho por brujería aparece como una explicación

razonable y coherente ante la experiencia y los fenómenos observados del VIH/SIDA. Tanto las personas infectadas como los familiares de aquellos que fallecieron otorgan este modelo explicativo a lo vivido. Dado que es esta la explicación que se le da al VIH/SIDA su forma de diagnóstico y tratamiento requiere de especialistas del tema, que en este caso, son los curanderos o brujos. Ellos son la autoridad del tema, y también quienes sugieren tratamientos vegetalista como lo son las plantas que combaten el Waweamu. Entre las más usuales se encuentran el Ajeg Tsuak (una variedad de kiñón), el Shishim (ayahuma) y el Sumkip (patikina), que al ser ingeridas o colocadas como un enema revierten la intención de daño del Tunchi y le producen daño a él mismo.

Por tanto, la investigación pretende sustentar su hipótesis: mientras avanza la epidemia en este contexto, en donde el Waweamu con Síntoma de Sida es el modelo explicativo consensuado, el valor otorgado a la vida de algún miembro de la familia produce un dolor y vacío que solo puede compararse a la vida de aquella persona que hizo el daño; por lo que una muerte a causa de VIH/SIDA presupone dos muertes potenciales. Sin embargo, hay una ausencia de un enfoque histórico, que permita ver las influencias de distintos procesos sociales, económicos y políticos.

Esta investigación busca aportar en la construcción de un Esquema Explicativo Intercultural que permita utilizar los aspectos positivos ideológicos y biológicos de ambos sistemas médicos y de cosmovisión. Si bien esto se considera un reto, se propone que debe hacerse como parte del proceso de revertir el proceso de subordinación y marginación de la población indígena en una sociedad post-colonial; que hoy en día, a partir de acuerdos internacionales, se ha comprometido a construir soluciones a las necesidades y circunstancias de la población, que incluyan los sistemas culturales y tecnológicos indígenas. En ese sentido, se hacen los siguientes análisis de los sistemas explicativos de VIH/SIDA. Existe una mayor confianza en el tratamiento con plantas, en especial si la enfermedad es asintomática y somática y hay por lo tanto una necesidad de integrar la cosmovisión y sistema médico indígena con su dimensión espiritual en el diagnóstico pero también en el tratamiento. Por lo tanto, se considera

necesario modificar la NTS para el distrito de Condorcanqui priorizando a las comunidades con mayor índice de infección, así como a la población homosexual y la escolar. Es necesario un trabajo participativo con esta población en particular para producir y circular información válida y culturalmente pertinente que permita disminuir el ritmo acelerado en que se está expandiendo esta epidemia. (UNICEF: 2014)

Tabla 2: Comparación de estudios divididos en tres categorías

Epidemiológicos	Autor/ Institución	Año	Región	Población	Prevalencia	Factores de riesgo
	Zavaleta	2004	Loreto	Chayahuita	7.5%	Rechazo al uso del condón + Relaciones HSH
	Bartlett	2004	Loreto		0.7	Poco conocimiento de VIH/SIDA + baja aceptación preservativos + HSH
	PREVEN	2007	Loreto, Ucayali, Madre de Dios,		0.9%	
	Ormaeche - DGE	2007 - 2008	Loreto, Ucayali, Cusco, Junín y Pasco	Kandozi, Shapra, Chayahuita, Matsiguenga, Asháninka, Shipibo	0.16% || 0.29%	Inicio sexual temprano, HSH, múltiples parejas sexuales + rechazo al uso del condón
Factores de vulnerabilidad y	Autor/ Institución	Año	Región	Población	Factores de vulnerabilidad	Factores de riesgo
	Orellana y Alva	2007 - 2008	Loreto, Ucayali, Madre de Dios	12 grupos étnicos (anonimato)	Embarcaciones, movilización de población, industrias extractivas, comercio sexual, ausencia de oferta de salud	Inicio sexual temprano, HSH, marginación de homosexuales, limitado conocimiento de VIH, tratamiento vegetalista por síntomas de brujería

	UNFPA	2009	Ucayali	Yine, Shipibo-Conibo	Inicio sexual temprano, violencia a la mujer, sexo transaccional, poca aceptación del uso de condón, sistemas médicos propios
Sistemas de	Autor/ Institución	Año	Región	Población	Interpretaciones/ percepciones
	Whittembury - DGE	2011	Amazonas	Wampis	Desconocimiento y rechazo del uso de preservativos (poca costumbre, falta de acceso)
	UNICEF	2014	Amazonas	awajún	Teoría del daño: Waweamu con síntomas de SIDA

Fuente: elaboración propia

Debate y vacío de información

Como se ha observado, existen una serie de trabajos realizados sobre el tema de los cuáles se pueden extraer datos importantes. Sin embargo, existen también muchos vacíos de información y explicaciones bastante especulativas y culturalistas con relación a las causas y los factores de riesgo. Hay, como hemos visto, tres ramas de estudios distintos, que además utilizan diferentes metodologías, por lo que se dificulta la comparación.

Por los estudios descritos podemos observar que la gran mayoría de investigaciones se ejecutan desde una lógica epidemiológica que busca índices de seroprevalencia por un lado, y que a pesar de no ser estudios de riesgo, especulan alrededor de algunas conductas que clasifican como factores de riesgo. Se debe además tener en cuenta que la mayoría de los estudios y mediciones de seroprevalencia efectuados no son siempre muestras estadísticamente representativas, por lo que no permiten tener una aproximación correcta al problemas. Se suele medir la proporción de individuos seropositivos en un número determinado de pobladores, mostrando resultados que plantean un índice varias veces mayor al nacional. Sin embargo, hay que tomar en cuenta en estos estudios epidemiológicos se efectúa un ejercicio problemático de prevalencia, donde se suele extrapolar este índice a toda la población, por lo que

la cifra como cifra absoluta puede parecer bastante alta pero no debería compararse con datos de la población general. No obstante, no se puede negar que en este tipo de poblaciones altamente vulnerables y pequeñas, incluso un número pequeño de casos puede ser una amenaza grave a su salud. (Ormaeche: 2012, 725) Este tipo de estudios no logran llegar a un consenso de porqué está ocurriendo esto en la población indígena amazónica, ni por qué se está dando en algunas en particular. Por lo que muchas veces hay un cierto nivel de especulación para explicar el índice de prevalencia que suele dirigirse a explicaciones de corte culturalista, como lo son las múltiples parejas sexuales o el rechazo al uso del condón. Casi todos ellos lanzan algunas ideas sobre las causas de una mayor prevalencia de VIH en poblaciones indígenas amazónicas, donde se suele simplificar los factores, ya sean ecológicos e individuales, situándose en marcos muy culturalistas que no permiten ver otros determinantes estructurales. La población indígena se ve constantemente afectada por factores estructurales⁵ como niveles de extrema pobreza, baja calidad y acceso al sistema educativo y de salud, así como por la estigmatización y discriminación que reciben en estos servicios, y otros factores como el acceso al trabajo precario, y las relaciones inequitativas con colonos y mestizos, entre otros; que conllevan un aumento de la vulnerabilidad y riesgo de adquirir VIH y otras ITS. (Orellana y Alva 2014: 1240-1) Asimismo, muchos estudios no toman en cuenta el contexto de riesgo generado por el flujo de población indígena en ciudades grandes e intermedias, la migración constante a causa de las industrias extractivas, y como dentro de esta movilidad constante se suelen establecer intercambios desiguales y de discriminación con otros grupos poblacionales, dando lugar a transacciones sexuales y sexo sin protección. (Portocarrero 2015: 550)

Otros estudios basados en diseños no estadísticos que no requieren de una muestra estadísticamente representativa, no han permitido estimar una prevalencia adecuada por grupos indígenas. Aquellos concentrados en los

⁵ Los factores estructurales son fuerzas sociales, económicas, políticas y físicas que estructuran y determinan los contextos en los que los riesgos de adquisición VIH/ITS se producen. (Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton, & Mahal, 2008).

factores de vulnerabilidad han centrado sus explicaciones más en conductas y percepciones culturales que se ha clasificado como riesgosas. Mientras que aquellos que buscan entender las percepciones y sistemas de interpretación han reducido el fenómeno del VIH a explicaciones culturales como el Waweamu o daño.

Observamos también una ausencia de estudios fenomenológicos que traten la propia experiencia y narrativa del VIH, así como tampoco hay investigaciones que se concentren en el uso de los recursos terapéuticos locales y no vean este tipo de itinerarios terapéuticos solo como una respuesta cultural a un problema clasificado también como cultural. En ese sentido, hay también una falta de estudios que se centren en pluralismos médicos donde se pueda ver la atención y respuestas locales ante esta situación epidemiológica.

Como hemos visto, casi todos los estudios aluden a la dimensión cultural, cuestión que no se suele abordar al investigar este tema con otros grupos poblacionales que no sean indígenas. Dichos estudios demuestran que existen múltiples reinterpretaciones de la población en torno al tema del VIH, dado que no hay un modelo explicativo consolidado pero sí factores culturales y conductuales de riesgo; y que dichas interpretaciones se basan en diálogos entre diferentes actores, ya sean líderes, colonos, ONG's, actores religiosos o políticos. Sin embargo, la información brindada muchas veces no permite ver con claridad los factores que ocasionan esta epidemia focalizada. Todas las ramas de estudios mencionados se enmarcan en diferentes manifestaciones de un enfoque culturalista. Es en esa situación en la que se visibilizan una serie de supuestos y prejuicios que clasifican a la "cultura" como un factor de riesgo y reducen al VIH/SIDA a dichas conductas y explicaciones; moldeando así el abordaje al VIH e invisibilizando determinantes estructurales. De esa forma, una variable cultural se vuelve una conducta de riesgo y una población se conceptualiza de esa manera. Por lo que si bien existe cierta información con relación a algunos modelos explicativos como lo es la brujería en el estudio de UNICEF; muchas veces dichas explicaciones de corte más abstracto se han situado en marcos muy culturalistas que no permiten ver que, por un lado, esta

explicación es en realidad bastante ambigua y flexible, y por otro, que ésta puede funcionar como un marco de interpretación de nociones de salud y enfermedad, o metáforas de las relaciones entre el Estado, los distintos servicios que ofrece y la población. Otro tipo de factores definidos como culturales, entre ellos el rechazo al preservativo, las relaciones sexuales entre varones, y la confusión de una institución matrimonial, como es la poliginia, con una práctica sexual de riesgo para el VIH, malinterpretando así la poliginia con promiscuidad y por lo tanto, asociándolo a múltiples parejas sexuales; no tienen en cuenta que en la realidad estos son factores presentes en muchas sociedades no indígenas. (Portocarrero 2015: 549) Por lo tanto, dichos diálogos médicos, que trascienden el VIH/SIDA deben ser explorados para entender las negociaciones políticas que involucran. En ese sentido, no basta considerar que es solo la ausencia de información correcta y biomédica la que hace falta en la población indígena amazónica para poder detener y prevenir la expansión de esta epidemia, sino tal vez lo que se necesita es una reconciliación del Estado peruano con la población, en este caso, awajún.

Cabría preguntarse entonces, ¿por qué se privilegia la cultura sobre la experiencia de aflicción? ¿Qué interpretaciones alternativas al Waweamu existen actualmente? ¿Qué es clasificado como cultural y qué sería excluido de ello? Y por ende ¿cómo se convierten los factores culturales en conductas determinantes de riesgo?

Dentro del marco estudiado, se han desarrollado una serie de acciones y estrategias para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Al ver el tipo de información y estudios elaborados, se puede observar qué tipo de conocimientos se están utilizando para el desarrollo de políticas e intervenciones para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En ese sentido, encontramos la respuesta del Estado desde el sector salud, y de otros sectores dentro del Estado y en la sociedad civil en alianzas estratégicas.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Contexto de intervención contra el VIH/SIDA

Hacer un análisis de los modelos explicativos a través de los diálogos médicos, como se detallará en la metodología propuesta; nos ha servido para poder ver el encuentro de distintos modelos de atención, escenario en donde se negocian distintos modelos explicativos. Ver los modelos explicativos dentro de los diálogos médicos de la intervención del Fondo Global ha permitido ver la narrativa de todos los actores, desde su posición y lugar de enunciación y, con ello la variabilidad, flexibilidad y contraposición que muchas veces tienen. En ese sentido, se definen ambos conceptos, pero entendiéndose en relación el uno con el otro, como un escenario de circulación donde los modelos explicativos no nacen ni se dan en el vacío, sino que se construyen en contextos sociopolíticos determinados, en escenarios de pluralismo médico y por tanto de relaciones de poder. Es así como la generación de modelos explicativos y su negociación a la luz del proyecto y del contexto actual trascienden la explicación de la enfermedad y permite discutir no solo el VIH sino también las relaciones políticas y sociales que la rodean.

1.2.1.1 Modelos explicativos

Se utiliza el concepto de modelos explicativos (ME) de Kleinman, para analizar las distintas interpretaciones e ideas del VIH/ SIDA y por ende, el tratamiento y medidas de cuidado que deben tomarse de acuerdo a ellas, según todos aquellos involucrados en el proceso. (Pool: 2005, 54) Estos modelos son contruidos tanto por los doctores o terapeutas, como por los pacientes, y son lo que guía la elección de tratamiento y le otorga un significado a la enfermedad. (Pool: 2005, 59) Al tener acceso a diferentes tipos de conocimiento médico, sistemas de interpretación y tradiciones terapéuticas los ME no son únicos ni inflexibles, pues son continuamente revisados y reestructurados, por lo que tampoco se puede hablar de un ME para la comunidad. (Good: 2000, 224; Pool: 2005, 59) De acuerdo a Kleinman, los ME suelen dar explicación a 5 dimensiones

principales de la enfermedad: la causa, la aparición de los síntomas, su naturaleza y el curso de la enfermedad y tratamiento.

Este concepto permite acercarse a dos dimensiones de la enfermedad; por un lado, aspectos más micro, como la influencia de las creencias llamadas culturales en cuanto a la salud y el cuerpo, los propios síntomas y la experiencia de la aflicción, y a aspectos más macro, de fuerzas políticas, sociales y ecológicas que influyen en los sistemas médicos. En ese sentido, se entiende que los modelos explicativos generan una pluralidad de interpretaciones, creencias, formas de tratamiento en donde ocurren cambios y variaciones en los mismos. De tal modo, hay que comprender que los sistemas de creencias y prácticas médicas no son mutuamente exclusivas sino que frecuentemente coexisten, a pesar de que muchas veces puedan presentarse como contradictorias (Kleinman: 1978, 662; Pool: 2005, 59). Por lo tanto, las estrategias tomadas en relación a las interpretaciones de una enfermedad pueden también aparentar tener una serie de contradicciones que se suelen ignorar por los pacientes y familiares para darle más importancia al significado terapéutico. En ese sentido, una misma aflicción puede ser interpretada a través de una combinación de modelos explicativos que le permitan a los pacientes utilizar todos los posibles itinerarios terapéuticos para tratar un mismo problema. (Kleinman: 1978, 664) Esta investigación por tanto propone conocer más acerca de estos modelos explicativos, así como el proceso de elección del itinerario terapéutico, dado que muchas veces los modelos pueden tener mayor o menor concordancia con quien efectúa el tratamiento. (Kleinman: 1978, 252)

Se han buscado modelos explicativos y discursos sobre esta enfermedad que entremezclan explicaciones más tradicionales, como lo es la brujería, con discursos religiosos y de medicina popular junto con otras interpretaciones biomédicas. (Portocarrero: 2015, 550) Sin embargo, uno de los aspectos principales de esta investigación ha sido evitar el determinismo cultural de considerar que son aquellas explicaciones las que determinan los comportamientos de riesgo y la inhabilidad de lograr mejores respuestas y estrategias para la prevención y tratamiento del VIH/ SIDA. En ese sentido, nos

adherimos a la crítica de Pool de los modelos explicativos de Kleinman, en tanto creemos, como el autor, que no deben enfocarse solamente en factores individuales, sino también en el marco de relaciones sociales en el que estos se crean; pues sino se invisibilizarían las relaciones de poder que actúan como factores determinantes en la definición y explicación de una enfermedad, la interpretación de los síntomas, las respuestas elegidas ante ellos y la búsqueda de tratamiento. (Pool 2005: 52, 65) De tal modo, se ha buscado investigar estos modelos explicativos identificando, además, los factores estructurales que trascienden a la comunidad y a la conducta individual; variables históricas, políticas, sociales y económicas que arman un marco de relaciones en el cual se dan estas interpretaciones. Entender estos modelos, es por tanto entender la salud como una instancia de interrelación entre la población y el Estado; pues reflejan relaciones en muchos niveles de un fenómeno tan fluido y complejo como la enfermedad. (Kleinman 1978: 252)

1.2.1.2 Diálogos médicos

Con estos lineamientos en mente, esta investigación utiliza también el concepto de diálogos médicos de Libbet Crandon, que establece la forma cómo se habla de una enfermedad y qué acciones se deberían tomar al respecto; estableciéndose como un idioma social. En ese sentido, y en base a los dos conceptos trabajados se puede ver cómo existen distintas ideas y discursos con respecto al VIH/SIDA que se dan dentro de un marco de relaciones sociales, complejo y lleno de desigualdades, que permiten que existan múltiples interpretaciones y versiones ambiguas e incluso contradictorias. Esta manera de hablar de una enfermedad muestra que no existe una articulación entre los ME, que pueden ser inconsistentes y abstractos, tanto en la familia, el terapeuta y el paciente, como en una misma persona. Hay por lo tanto una negociación entre ME dentro de los diálogos médicos ya que muchas de estas ideas reflejan contextos de clase social, creencias culturales, educación, ocupación, afiliación religiosa y experiencias pasadas con dicha enfermedad y su forma de cuidado. (Kleinman 1978: 256)

Dichas explicaciones y relaciones en salud, tal como se dan en los diálogos médicos, son relaciones sociales que en el contexto indígena amazónico trascienden el VIH/SIDA. Por lo tanto, las variaciones o ambigüedades que puedan haber en ellas pueden ser metáforas o representaciones de otros cambios, políticos, económicos o de etnicidad, que reflejen realidad sociales, históricas y de desconfianza con el Estado. (Crandon: 1968, 464) Es necesario investigar cómo estos diálogos forman parte e involucran negociaciones políticas y visiones del mundo a partir de la salud. La forma en cómo se habla de una enfermedad se vuelve un medio de negociación económica y política entre distintos sistemas dentro de un contexto social. La negociación, de acuerdo a Crandon, se basa en el poder de monopolizar la construcción del significado de una enfermedad, con un resultado que tiene implicancias económicas y políticas. (Crandon: 1968, 465) La transacción entre los ME del paciente y de quien efectúe el tratamiento lleva por lo tanto a la construcción clínica de la realidad. (Kleinman: 1978, 256) En ese sentido, interpretaciones como la brujería para explicar síntomas del VIH, se construyen como diagnósticos que tienen una serie de consecuencias que involucran la economía política de la población indígena.

Utilizar el concepto de diálogos médicos permite observar cómo lo que dicen las personas a través del idioma de la medicina son declaraciones sobre realidades políticas y económicas, en donde esta actúa como metáfora de su mundo y las relaciones sociales (Crandon: 1968, 463). Observar la comunicación y el encuentro entre pacientes y doctores permite ver cómo dichos diálogos median macrorelaciones de cultura, conocimiento, poder y política. Hay mucha bibliografía en cuanto a las relaciones de poder que se establecen en los servicios de salud, una pobre comunicación e intercambio de información, y una actitud de autoridad vertical de parte de los trabajadores; la investigación de los diálogos médicos, en cuanto a cómo se dice, qué se habla y cómo se discute, permitirá analizar dichas relaciones (Good: 2000, 243). Sin embargo, tal como propone Good, dentro de las narrativas clínicas, en donde los pacientes y los doctores crean una historia sobre el curso de la enfermedad y tratamiento, es importante no ver al paciente como un agente pasivo, sino como intérprete crítico

de dicha trama. Es en estas narrativas y conversaciones que se construye también un conjunto complejo de relaciones sociales, culturales, políticas y económicas; que median además relaciones más amplias de clase, género, etnicidad y economía política del cuidado de la salud (2000: 256). Crandon establece que en ambientes étnica y médicamente pluralistas, como lo son las comunidades indígenas amazónicas, el diálogo médico es un campo donde lo político y económico sucede, que sirve por lo tanto, para observar procesos sociales, así como ser un medio a través del cual suceden (1968: 463) En ese sentido, reflejan, involucran y construyen relaciones sociales, políticas, económicas e ideológicas.

Cómo se ha establecido, existe poca información clara sobre las distintas concepciones de la enfermedad, las prácticas de cuidado y prevención, y percepciones sobre el tratamiento antirretroviral (TARGA), así como el papel otorgado a la medicina indígena de los pobladores (Portocarrero: 2015, 547) Asimismo, existen una serie de negociaciones en cuanto a las interpretaciones del VIH/ SIDA, pues no hay un solo modelo explicativo concreto e inflexible, considerando sobre todo que hay mucha circulación de información e ideas con respecto a la epidemia que llevan a interpretaciones bastante ambiguas. Esta investigación quiere buscar, como Kleinman propone, modelos explicativos que puedan proveer interpretaciones sobre la complejidad etnográfica destruyendo a su vez dicotomías ya establecidas (1978: 664) Esto implica no solo analizar las distintas interpretaciones e ideas de una enfermedad, la elección de tratamiento y las medidas de cuidado, sino también comprender y observar los factores sociales, políticos y económicos involucrados en el proceso de enfermedad y salud, en la definición de las mismas, en la interpretación de los síntomas y las respuestas a ellos.

1.2.2 Sistemas de salud

Tomando en cuenta que este proyecto de investigación propone trabajar con los dos conceptos principales mencionados; se les debe contextualizar dentro de

un sistema de salud pluralista, difuso y no estructurado; que abarca diferentes modelos de atención en sociedades indígenas amazónicas.

1.2.2.1 Sistemas médicos

La noción de sistemas médicos abarca las concepciones, prácticas e instituciones relacionadas a la salud y enfermedad de una población. (Zuluaga, Correal 2002) Son, por lo tanto, un conjunto de elementos que disponen la manera de definir y concebir la salud y enfermedad, que organizan el cuidado y tratamiento correspondiente de acuerdo a ellas; y que tienen criterios propios de legitimación de sus conocimientos y agentes. (Portocarrero: 2015) Por lo tanto, un sistema médico incluye una serie de modelos de atención, donde se encuentran todas aquellas actividades (prevenir, curar, controlar) relacionadas a distintas aflicciones, así como las relaciones que se establecen entre ellos. En ese sentido, incluyen un modelo explicativo sobre la concepción de salud y enfermedad en distintos grupos en contextos culturales particulares; patrones de comportamiento y cuidado, recursos e itinerarios terapéuticos delineados con relación a ellas, la existencia de agentes de salud propios, así como de marcos institucionales de reconocimiento de ellos y sus conocimientos. (Pedersen, Portocarrero: 2015) Todas estas dimensiones se encuentran interrelacionadas y son transaccionales, en tanto en la práctica hay una serie de negociaciones e influencias mutuas, que afectan los diagnósticos, recursos e itinerarios terapéuticos. En ese sentido, el concepto ha recibido ciertas críticas, en tanto esta metáfora relacional puede invisibilizar la realidad de diversos contextos de atención de la salud; sin embargo ese contexto de relaciones de poder será igual tratado desde otro enfoque en esta investigación. Asimismo, hay que tener en cuenta que la idea de sistema conlleva un principio funcionalista en donde los elementos forman un todo coherente vinculándose entre sí, por lo que quedaría preguntarse si realmente funcionan así y quién los define a ellos y a sus límites.

Este concepto permite un acercamiento al problema desde distintas dimensiones. Por un lado, acercarse a las nociones de salud y enfermedad desde la población indígena y, en particular, awajún, entendiendo ciertas ideas

principales necesarias para comprender una problemática de este tipo. Sin embargo, la propia noción de sistema también permite comprender lo que desde el Estado y las iniciativas institucionales se entiende como sistema médico indígena, y ver si realmente existe una coherencia del tipo que se menciona en estos discursos que permita hablar de un sistema médico completo planteándolo como un todo, en donde la respuesta, recursos e itinerarios terapéuticos frente a un problema son siempre los mismos.

1.2.2.2 Sistemas médicos amazónicos

El concepto de sistema médico se utiliza también para entender ciertas particularidades que puedan acercarnos más a la realidad de la población estudiada. En primer lugar, hay que comprender que se está hablando de un sistema médico difuso y no estructurado; en tanto no existe una centralización de autoridad ni un organismo central que evalúe y garantice su desarrollo. Asimismo, no existe un nivel alto de formalización ni de estructuración de los recursos terapéuticos, por lo que hablar de un modelo explicativo o de una sola alternativa de tratamiento parece alejarse bastante de la realidad en donde existe una negociación de explicaciones, de definición de terapeutas y de la propia etiología de enfermedad. Es importante ver los procesos terapéuticos en sus múltiples etapas y voces de diagnóstico, causalidad y tratamiento. Por otro lado, es importante tener en cuenta que dicho sistema se encuentran en condiciones de colapso, en tanto que puede tener dificultades para reproducirse ya sea en el proceso de atención, transmisión de conocimientos y pérdida de recursos terapéuticos. Finalmente, hay que tener en cuenta que estos son sistemas médicos complejos y pluralistas, en donde existen distintos subsistemas, modelos de atención y sectores; así como un gran nivel de incertidumbre.

Los sistemas médicos amazónicos han sido entendidos como sistemas que involucran el desarrollo de prácticas alrededor de plantas y sus propiedades medicinales, tanto benéficas como maléficas, para el proceso de diagnóstico y tratamiento de las personas. Cuentan con un componente mágico y mítico, basado en años de conocimiento a través de la experiencia y la prueba, tanto de

la agricultura como de tácticas de supervivencia en el medio ambiente amazónico. (Dávila: 2006, Bant, 2001: 46) Asimismo, este tipo de medicina implica una ausencia de la dicotomía naturaleza y cultura, en donde el mundo vegetal forma parte de la cultura y no conforma una esfera separada. Si bien muchas veces ha sido visto de una manera relativamente esencialista y ahistórica, considerarla “medicina tradicional” con las connotaciones que esto trae sería cuestionable, en tanto no es un conjunto de prácticas estáticas que no haya recibido modificaciones. El desarrollo de estas prácticas se ha visto influenciado por distintos procesos de colonización, migración y globalización de tal forma que los sistemas médicos indígenas no solo con costumbres ancestrales de la zona, pues cuentan también con prácticas de otros sistemas y culturas. (Dávila: 2006) Por lo tanto existen en una “situación de convivencia de sistemas locales y modernos (biomédicos),” aunque se le da más importancia a las prácticas locales (Bant, 2001: 155)

Es importante considerar entonces que en la Amazonía hay una creciente convivencia de concepciones y prácticas médicas locales con aquellas del sistema oficial de salud, pero que esta articulación ocurre dentro de jerarquías de poder, dominación y hegemonía, definido más adelante como pluralismo médico. Sin embargo, la subsistencia del sistema médico amazónico se mantiene vigente por dos razones principales. Por un lado, es parte de un sistema de pensamiento y cosmovisión mayor que otorga también sentidos de identidad y pertenencia a la propia cultura y sus individuos. Por otro, hay un aspecto de accesibilidad tanto económica como geográfica que se vive en la dimensión cotidiana de dichas poblaciones indígenas.

Existe sin embargo, una clara distinción en cuanto a las percepciones que hay de la eficiencia y los usos de la medicina indígena, a aquellas percepciones y usos que se le da a la medicina occidental propuesta por el sistema de salud público peruano. Mientras la medicina occidental se basa en una ciencia positivista que solo da lugar a aquello que entra dentro de un marco de racionalidad; el sistema médico indígena cuenta con una serie de prácticas que han sido consideradas por mucho tiempo como inadmisibles para el uso

occidental. (Dávila: 2006) Su situación actual es aún de vasta importancia pues cumple un rol trascendental sobretodo en el medio rural y las comunidades indígenas. Existen una serie de razones como la desconfianza a los servicios públicos, problemas de discriminación lingüística y cultural con el personal, la mala calidad de atención de estos servidores e incluso la escasez del mismo; así como el alto precio de la medicina del sistema oficial, que le otorgan mayor importancia al sistema médico indígena (Correa: 2002). El problema recae también en otras dimensiones; el propio deterioro de la ecología amazónica tiene grandes efectos desventajosos para esta población, pues este sistema está ligado a la utilización y relación con ambiente. Además, los procesos de transformación en un contexto de globalización, han logrado que en diversos pueblos indígenas exista una constante preocupación de las generaciones mayores al ver que los jóvenes no están interesados en hacer perdurar estas prácticas.

Las prácticas curativas del sistema médico indígena tienen un énfasis mayor en “ciertas acciones sobre el cuerpo que restauran la salud, tales como limpiezas corporales y simbólicas (purgas, lavados, baños de vapor y humo, provocación de vómitos, dietas, prohibiciones de conducta e ingestión de alucinógenos naturales.” (Bant, 2001: 46) De tal manera lo que se busca al restaurar la salud es regresar a un estado de bienestar a través de la expulsión de la enfermedad con estas técnicas. Muchas de estas prácticas tienen fuertes efectos colaterales que alteran el estado del paciente pero tienen como objetivo futuro restaurar su estado de bienestar. Bant propone como hipótesis que esta forma de proceder ante la enfermedad ha facilitado el ingreso del sistema médico occidental y oficial, en un proceso de medicalización, pues hay una actitud menos reservada ante la ingesta de sustancias que alteren el organismo y logren un efecto posterior de restauración de salud.

Por otro lado, dentro de este sistema deben entenderse una serie de conceptos que permitan llegar con más claridad a las percepciones de salud amazónicas. El concepto de bienestar se entiende como la ausencia de enfermedad y dolencia, la posibilidad de realizar actividades productivas y

reproductivas, y una condición de peso saludable dado que la contextura delgada trae connotaciones de poca salud, uno debe estar bien alimentado para tener energía y fuerza para trabajar. Asimismo, hay una idea del bienestar relacionada al imaginario de felicidad que enfatiza la necesidad de conformar una familia, pareja e hijos, y lograr una convivencia armónica con ellos. Por esto, el bienestar implica relaciones armónicas con el entorno familiar y de pareja, y abarca también el bienestar de espíritu, a través de una coexistencia armónica con el entorno social. Finalmente, para el sistema médico indígena amazónico y el buen vivir que ellos implica, es necesario contar con recursos económicos y materiales para estar bien y felices. (Bant, 2001: 47) De tal manera, el bienestar significa un “equilibrio físico, psicológico y social, producto de una interacción exitosa con el ambiente que les rodea (natural, sobrenatural, socioeconómico)” (Bant, 2001: 156) Dentro de esta visión holística de la salud, el bienestar trae connotaciones, imperativos y valores culturales de la vida diaria (Belaunde: 253), por lo que una persona saludable se encontraría en armonía de cuerpo, emociones y medio social.

Asimismo, debe entenderse la enfermedad como un malestar integral que abarca las mismas dimensiones que el bienestar. En ese sentido, el malestar involucra al cuerpo, al estado emocional mental y a las relaciones con personas dentro de su medio social. Las causas de la enfermedad pueden variar desde un ataque de espíritus, la acción de brujería causada por envidia o venganza, y en general algún tipo de trasgresión a las normas conductuales de la sociedad que ocasione uno de estos (Bant, 2001: 156-7).

Finalmente, es necesario definir los conceptos de pluralismo médico y medicalización como características del proceso por el que están pasando los sistemas médicos amazónicos. En ese sentido, no solo cuentan con una variedad de modelos explicativos y modelos de atención, sino que estos se encuentran entre ellos, renegociándose y reinterpretándose constantemente en un contexto plural y progresivamente medicalizado.

Es posible ver este tipo de negociación y variabilidad dentro de la investigación sobre las percepciones de la vacunación contra la rabia silvestre

en comunidades awajún (Portocarrero: 2012), como un ejemplo de politización de los diálogos médicos. Se recogieron percepciones sobre las causas de la RS que variaban de murciélagos portadores de alguna infección, veneno y daño sobrenatural, o efecto de brujería. (Portocarrero, 2010: 208) Asimismo, ante el efecto mortal de la rabia silvestre, se mencionaron como medidas de prevención el uso de mosquiteros, mallas, tramperas, infusiones e ungüentos, mientras que la vacunación quedaba relegada a un segundo plano. (Portocarrero, 2010: 209) Esto dado a distintos argumentos que la cuestionaban o se oponían a ella; entre ellas que el objetivo de la vacunación era perjudicar al pueblo awajún, a su desarrollo socioeconómico e individual, que en realidad tenía efectos negativos en quienes la utilizaran y que no era necesaria. (Portocarrero, 2010: 211) Los cuestionamientos de su beneficio o necesidad abarcaban aspectos tanto culturales y religiosos, como socioeconómicos en cuanto a la relación entre el pueblo awajún, el Estado y el sistema de salud oficial. Se resaltaba por tanto el contexto exclusión, pobreza y de bajo acceso a servicios de salud. (Portocarrero, 2010: 212-213)

Este estudio permite entonces ver la relación entre ambos conceptos utilizados, dado que los distintos modelos explicativos de la rabia silvestre y percepciones de la vacuna, se dan dentro de un contexto de diálogos médicos donde se debaten bajo cierto nivel de incertidumbre, que viene además acompañado de una carga simbólica y política. En ese sentido, si bien existe cierto nivel de información sobre la rabia silvestre y las formas de prevención, la variedad de actores y discursos vuelve todo el escenario bastante complejo y difuso. Sin embargo, se evidencia que la suspicacia frente a la vacuna puede ser no solo en relación a la circulación de información que hay, sino también ante la desconfianza y los escenarios de exclusión frente al Estado y los servicios de salud. (Portocarrero, 2010: 217)

Si bien existe extensa literatura sobre la falla de intervenciones en salud, en especial en contextos “culturalmente diversos,” y cómo éstas se dan por factores de resistencia culturales individuales o colectivos; es necesario ver si las condiciones de acceso y calidad están garantizadas antes de emitir esa

valoración. En ese sentido, antes de culturalizar este rechazo a las distintas intervenciones habría que analizar también la pobreza e inequidad que influye en las condiciones de vida de esas personas y sus percepciones. Como Portocarrero propone, “esto no quiere decir que el conocimiento de la localidad sea irrelevante, sin embargo, este conocimiento suficiente o escaso no puede ser empleado para explicar la falla de las intervenciones sanitarias, principalmente cuando la calidad, acceso y cobertura de los servicios es insuficiente” (Portocarrero, 2010: 218). En esa línea, el análisis cultural perdería sentido si no se ve inserto en su contexto socio-político y económico; pues dejar de lado las barreras estructurales no permite una correcta explicación de la causa de enfermedades o rechazo a su tratamiento. Siguiendo ese planteamiento, autores como Farmer, señalan que por ejemplo en el caso de tuberculosis en Haití, la población no accedía al tratamiento a pesar de ser gratuito; y esto se daba por aspectos nutricionales y financieros y no por creencias culturales con relación a la enfermedad (2011). Asimismo, otros estudios sobre el VIH en Haití dan como resultado que la prevención de transmisión y el cuidado adecuado fallaron no por prácticas culturales específicas sino por condiciones socio-económicas de la comunidad. (Portocarrero, 2010: 218).

Pluralismo médico

El utilizar la noción de sistemas médicos, nos lleva directamente al concepto de pluralismo médico, en tanto se entiende que el sistema médico en el que se encuentra inserto este contexto es en realidad un sistema médico difuso, no estructurado y pluralista. Esto implica, en términos simples, que es un ambiente en donde existe más de una tradición médica o sistema médico, que coexisten e interactúan, basadas en diferentes principios o formas de ver el mundo. (Gabe, 2004: 183). Sin embargo, esta noción es bastante ahistórica y apolítica si no toma en cuenta que esta interacción carga un fuerte componente relacional, político y económico, en donde los límites entre estos sistemas son bastante difusos y casi siempre jerarquizados. El pluralismo indica una multiplicidad y rango de diferentes tradiciones médicas, presente en todos los sistemas de

salud, en tanto distintas formas de conocer y ser; pero esta multiplicidad implica una serie de relaciones de poder. (Gabe, 2004: 183)

Autores como Dunn (1976), Kleinman (1983) han intentado crear modelos de los distintos sectores médicos que existen en los sistemas de salud; usualmente caracterizando un grupo como el oficial biomédico profesional y uno o un rango de alternativos, ya sean profesionales o no. Estos distintos sectores o sub-sistemas existen en relaciones competitivas, aunque a veces pueden ser también cooperativos o colaborativos entre ellos. (Baer, 2011: 405) En la mayoría de los casos, dentro de esta interacción de subsistemas, la biomedicina busca absorber o apropiarse progresivamente de aquellos que se enfrentan a sus racionalidades y políticas, en particular si están ganando legitimidad; sin embargo, la biomedicina no ha logrado nunca dominar totalmente a los otros sistemas médicos (Baer, 2003: 110). En la práctica, suele haber una superposición entre sub-sistemas, donde uno utiliza un poco del otro (Baer, 2011: 407).

Entre las distintas perspectivas teóricas de la antropología médica que han abordado el concepto de pluralismo médico, nos atendremos a la antropología médica crítica. En ese sentido, entendemos el pluralismo como algo estructural, en donde el rango de tradiciones médicas se teje a partir de los sistemas de poder jerárquicos. (Gabe, 2004: 183). Gabe además propone que se debe entender como plural cada tradición médica en sí, por lo que incluso la biomedicina no puede ser entendida como un sistema rígido y unificado, dado que abarca también distintos conocimientos y prácticas médicas (Gabe, 2004: 185). Si bien es cierto que el pluralismo médico es parte de las prácticas cotidianas, las sociedades en las que florece son jerarquizadas y están divididas en clases, por lo que si bien emergen y se practican otros sub-sistemas médicos, el sistema oficial intenta ejercer su dominio regulando estas prácticas e interviniendo en su legitimidad (Baer, 2003: 111), y utilizándolas como un mecanismo de control y vigilancia (Gabe: 2004, 187) Las divisiones en estas sociedades y sistemas suelen estar basados en clase, étnica, raza, religión y género; por lo que Baer propone hablar de sistemas médicos plurales y no

pluralistas, en tanto no solo son diferentes, sino que unos están subordinados al oficial. En ese sentido, las clases más bajas y las poblaciones más vulnerables, entre ellas minorías étnicas y mujeres, han utilizado estos sub-sistemas como una forma de resistencia hasta cierto grado, (Baer, 2003: 111) pero también como una única opción viable ante las deficiencias del sistema nacional. De hecho, a pesar de los múltiples casos de hostilidad por parte del Estado hacia terapeutas indígenas o tradicionales, y del surgimiento de la biomedicina como un sistema médico global, en muchos países hay una gran dependencia a ellos como una alternativa de bajo costo y que continúan siendo los principales proveedores de cuidado de la salud en alrededor del 90% de la población rural mundial. (Baer, 2013: 352)

1.3 Diseño Metodológico

La primera parte de este capítulo está dedicada a plantear el problema de investigación. Para ello, se explica el argumento de la investigación, su justificación, académica, política, profesional y personal, y, finalmente, se definen las preguntas y objetivos principales y secundarios que han guiado el resto del proyecto.

1.3.1 Argumento

Actualmente, la expansión del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. De acuerdo a cifras estimadas por la ONU, en este momento hay más de 30 millones de personas afectadas por esta epidemia.⁶ El VIH/SIDA fue registrado en la década de los ochenta, y reconocido ampliamente por su naturaleza infecciosa en particular por vías de transmisión sexual. Ante su rápido y extensivo avance en la mayoría de países del mundo, se confirmó como una epidemia, asociada además a ciertos grupos poblacionales; en particular, hombres homosexuales con múltiples

⁶ MINSA, 2013: 9

parejas sexuales y usuarios de drogas inyectables; quienes fueron clasificados como “grupos de riesgo.” (Mazín: 2011, 88) A través de distintas estrategias y actores claves, el número de nuevas infecciones por VIH ha ido disminuyendo de manera global, pero esta disminución está claramente diferenciada por regiones y por poblaciones claves.

En el Perú, la epidemia se descubrió hace 30 años aproximadamente, en los años noventa, cuando se comenzaron a identificar los casos de SIDA en estado avanzado. A partir del año 1996, con la creación por decreto de la Ley N° 26626 (“Ley CONTRASIDA”), se creó e implementó el Programa Nacional de Prevención de ETS y VIH-SIDA – PROCETSS, a través del cual se desarrollaron intervenciones sanitarias para el control de la transmisión del VIH (sexual, vertical y parenteral) a partir del tamizaje de bancos de sangre, gestantes, atención médica a grupos con alta prevalencia e intervenciones de cambio conductual. Desde el 2004, cuando llegó el tratamiento antirretroviral, el MINSA dirigió una intervención sanitaria para ofrecerlo de manera universal y gratuita (TARGA), trabajando en conjunto con el Estado, la sociedad civil e instituciones no gubernamentales, académicas y de ayuda internacional del tercer sector. Si bien se considera que estas estrategias han logrado disminuir la mortalidad por VIH/SIDA, esta disminución ha tenido efecto mayoritariaprincipalmente en Lima, mas no en el resto del país donde el avance es muchísimo más lento.

Hoy en día, hay 65 000 personas viviendo con VIH/SIDA en el país, el 97% de casos, adquirido por transmisión sexual; siendo Lima y Callao las regiones que reportan el mayor número (70%), seguidas por Loreto y Arequipa. Las poblaciones en mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y la población transexual.⁷ En el caso peruano, la seroprevalencia del VIH se ha mantenido consistentemente alrededor de 0.5% en la población en general, por lo que no califica como epidemia generalizada; sino como epidemia focalizada o concentrada⁸ en ciertos grupos poblacionales

⁷ <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=15995>

⁸ Epidemia concentrada: Epidemia donde el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones clave, pero aún no se ha extendido entre la población general. La prevalencia de VIH es superior al 5% entre las poblaciones clave de mayor riesgo, e inferior al 1% en la

considerados grupos de riesgo donde suele ser mayor que 5%. Estos grupos están localizados usualmente en las áreas urbanas de la costa y la selva.⁹

Uno de los grupos que resalta la ONU son las poblaciones indígenas, representantes del 4.5% de la población mundial total y el 10% de la población en condición de pobreza. Un 89% de la población indígena en América Latina vive en Bolivia, Guatemala, Perú, Ecuador y México, en condiciones económicas y sociales que impactan fuertemente en su salud. La infección por VIH/SIDA es un problema en estas minorías étnicas, agravado por determinantes como el menor acceso a servicios de salud y a información, infraestructura y métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, a nivel mundial, los datos sobre estas infecciones en poblaciones indígenas son limitados.

Existen estudios que sugieren que algunos grupos indígenas amazónicos presentan niveles de incidencia y prevalencia mucho más altos que el nivel nacional, llegando a competir incluso con grupos de epidemia focalizada clásicos como lo son la población transexual o los trabajadores sexuales homosexuales. En las provincias de la Amazonía peruana con población indígena se registran 8,793 y 1,259 casos de VIH y SIDA, respectivamente. A pesar de considerarse que existe un sub-registro en los centros de salud de la población infectada, se reconoce que cada vez hay más pobladores de comunidades indígenas que viven con VIH/SIDA, teniendo un fuerte impacto en los awajún, shipibo, chayahuita, shawis y otros. El primer caso reportado sobre la muerte de un paciente indígena diagnosticado con SIDA se dio en mayo del 2014, en una comunidad chayahuita; a partir del cual, emergió una primera investigación epidemiológica del MINSA para determinar la prevalencia del VIH en comunidades indígenas y proveer información sobre el tema.

Si bien hay una serie de investigaciones, sobre todo epidemiológicas, que consideran que las poblaciones indígenas tienen una mayor concentración y un mayor riesgo de expansión, hay una ausencia de estudios que investiguen a

población general, teniendo presente que ningún grupo poblacional está totalmente aislado.
MINSA, Análisis Epidemiológico – pp. 65

⁹ Dirección General de Epidemiología. Noti VIH (base de datos electrónica). Lima, Peru: DGE; 2010.

profundidad y de manera sistemática la situación actual del VIH en las comunidades indígenas. Incluso la información cuantitativa con respecto a las distintas dimensiones de la epidemia del VIH en poblaciones indígenas no es abundante. (Mazín 2011: 91) Aun así, son los datos epidemiológicos existentes los que urgen al Estado y a otros actores a buscar una respuesta a esta problemática. Hay además, una serie de supuestos y prejuicios que han moldeado el abordaje el tema del VIH en pueblos indígenas, tanto desde una visión académica como de los funcionarios públicos y el tercer sector. Estos supuestos han transformado y redefinido la relevancia política y académica del tema y la propia agenda de discusión. (Nuñez, 2011: 16)

Los marcos utilizados y las estrategias tomadas cargan con ellas ciertas preguntas, y nos llevan a cuestionar qué modelos explicativos están surgiendo del VIH partir de estas interacciones y en los procesos de diálogos médicos de esta intervención. ¿Cómo se negocian estos modelos? y, por lo tanto, ¿en qué medida se ven permeados por el contexto sociopolítico awajún? ¿Cómo circula la información?

Esta crisis de salud pública requiere, por lo tanto, tal como el análisis epidemiológico del Ministerio de Salud propone, nuevas y urgentes respuestas para detener y prevenir su expansión. En ese sentido, hay una necesidad de conocer, entender y reconocer los factores sociales y estructurales que llevan a la transmisión del VIH, dado que son determinantes en la expansión del virus en esta población al representar una serie de accesos desiguales, sociales, económicos y políticos que van más allá de los factores de riesgo individuales. Para lograr las estrategias de prevención necesarias, se necesita una mejor comprensión de ellos, que permitan dirigirse en particular a las poblaciones más vulnerables en distintos contextos socioculturales. Es necesario entender que los factores de riesgo mayores son de orden social-estructural y que exceden el comportamiento individual. Es importante también poder analizarlos dentro de su contexto específico para poder lograr mejores respuestas.

Se necesita producir más información con respecto a este tema, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población indígena afectada. Se debe priorizar la

formulación de estrategias de prevención, debido a su alta vulnerabilidad por las dificultades en acceder a los servicios de salud y la desarticulación con su sistema de salud indígena, así como por lo dispersa y pequeña que es la población. En ese sentido, se considera que el impacto en esta población puede ser mucho mayor por la falta de información del VIH, de las formas de prevención y transmisión, además de las barreras económicas, culturales, políticas y lingüísticas que influyen también en la aceptación de los métodos de prevención y tratamiento. Esto implica que, incluso un número reducido de infecciones, podrían tener un impacto muy alto en la salud y bienestar de este grupo poblacional. (Bartlett, 2008: 94) Dado que parece no haber cifras exactas de la epidemia en la población indígena amazónica, es necesario incrementar el acceso a las pruebas rápidas e implementar estrategias comunicacionales y educativas sobre la prevención y control de enfermedades sexualmente transmitidas también. Estas formas de respuesta deben trabajarse dentro de las normas culturales y lingüísticas de la sociedad, para reducir la transmisión y controlar el virus sin crear un mayor estigma y discriminación sobre él y aquellos que se han visto afectados por él. (Bartlett, 2008: 95)

Teniendo en consideración lo señalado, consideramos necesario también que había que alejarse de explicaciones profundamente culturalistas y conductuales, que determinen la expansión y transmisión del VIH solo a partir de barreras de este tipo -en donde se alude mucho a sistemas de interpretación, instituciones culturales y comportamientos y prácticas sexuales como factores de riesgo. Sin embargo, sería errado simplemente ignorar que existen distintas interpretaciones y reinterpretaciones a enfermedades como el VIH/ SIDA, dependiendo del contexto en el que se den y la poca información que hay al respecto. Es necesario conocer a fondo dichas interpretaciones y concepciones, pues cargan un argumento de fondo determinado a partir de situaciones y contextos marcados por la historia y la política. Debemos entender los modelos explicativos del VIH en la población indígena para poder establecer las estrategias necesarias para la prevención y control de la epidemia,

comprendiendo que estos se construyen y negocian en un marco de relaciones sociales, políticas y económicas.

1.3.2 Justificación

La bibliografía ha conceptualizado a la población indígena como un grupo de conductas de riesgo, en donde se resalta, constantemente, la poca aceptación o el rechazo al preservativo, tanto por desconocimiento como por falta de disponibilidad y percepciones de lo que eso puede implicar para la pareja. Se le da mucha importancia al comportamiento sexual como si fuera particular solo de estas sociedades, en donde hay un inicio sexual temprano, relaciones sexuales extramaritales, una alta cantidad de varones que tienen sexo con otros varones, y en general una cultura sexual más flexible sobre todo en los hombres. Se menciona también la institución matrimonial de poliandria y el rechazo y aislamiento a las personas homosexuales, obligándolos a dejar sus comunidades y a exponerse a zonas de mayor prevalencia y mayor riesgo. Por otro lado, se resalta mucho la falta de información o conocimiento con respecto al VIH/SIDA, tanto en el ámbito de la prevención, como de la transmisión e infección del VIH. (Portocarrero 2015: 549)

Esta investigación tiene relevancia académica, pues busca aportar, conceptualmente, a lo que, hasta el momento, ha sido una aproximación culturalista al VIH que permita ver otros modelos explicativos circulantes en esta población. En ese sentido, busca contribuir a la producción de más información alejándose de explicaciones profundamente culturalistas y conductuales, que determinen la expansión y transmisión del VIH solo a partir de barreras de este tipo. Partiendo que sería errado simplemente ignorar las distintas interpretaciones y reinterpretaciones a enfermedades como el VIH/ SIDA, considera que pueden existir diversas explicaciones que entrelacen y mezclen los discursos biomédicos, tradicionales y religiosos.

Dado que esta epidemia sigue siendo bastante distante de la experiencia de la población awajún, es necesario conocer a fondo dichas interpretaciones y concepciones y el argumento de fondo que cargan, determinado a partir de

situaciones y contextos marcados por la historia y la política; entendiendo que no es solo su “cultura” lo que define sus comportamientos de riesgo. En ese sentido, “se evidencia la necesidad de desarrollar un modelo de análisis basado en la identificación de variables internas y externas a las comunidades, de carácter histórico, que considere y articule factores sociales, culturales, políticos, económicos y ecológicos en sus niveles macro, meso y micro”. (Portocarrero 2015: 550)

Solo con esta evidencia, se podrá avanzar en búsqueda de nuevas y urgentes respuestas para detener y prevenir la expansión de la epidemia. Encontramos por tanto que esta investigación cuenta con una justificación aplicada también pues se espera que estos hallazgos sea útiles para el futuro de las estrategias de prevención, cuidado y control de enfermedades sexualmente transmitidas como el VIH. (MINSA: 2013)

En el plano personal, esta investigación parte de un interés personal y profesional por investigar y trabajar con poblaciones indígenas amazónicas; en particular, desde un enfoque de antropología médica, dado que la salud es una dimensión de extrema relevancia política y social para este y otros pueblos. Asimismo, esta investigación es parte de mi tesis de pre-grado para la licenciatura en la carrera de antropología; por lo que ayudará en mi desarrollo profesional. Este proyecto llevará a una serie de productos concretos: por un lado, la tesis de licenciatura, por otro, un informe parcial de la investigación a la comunidad antropológica dentro del marco del coloquio de antropología PUCP y, finalmente, un artículo para una revista indexada en conjunto con mi asesor de tesis y un resumen ejecutivo para presentar a la propia comunidad y a los encargados de la estrategia nacional y del proyecto del Fondo Global.

En cuanto a la viabilidad de este proyecto de investigación, consideramos al inicio que la comunidad de Huampami, como microrred de salud, nos iba a permitir la observación y visibilización de distintos entornos en donde se ve enmarcada la lucha contra el VIH. En ese sentido, fue posible observar encuentros médicos dentro de las capacitaciones, charlas y el resto de actividades relacionadas que permitieron ahondar en los modelos explicativos

desde la población, el personal de salud y otros funcionarios del tercer sector, nacional e internacional. Los contactos y permisos fueron otorgados en una visita inicial al lugar acompañada de la ONG Salud Sin Límites y Clelia Jima, la consejera regional y tuvieron el consentimiento del jefe de la microrred, Licenciado Bernardo Chávez. Finalmente, en cuanto al componente ético y la propia viabilidad, se tuvo muy presente que no se trabajaría solo con pacientes de VIH -dada la delicadeza del asunto y la necesidad de confidencialidad de aquellas personas-, lo que se haría solo con autorizaciones previas o consentimientos informados de los participantes.

1.3.3 Preguntas y objetivos

El objetivo principal de esta investigación fue analizar y conocer la negociación de modelos explicativos y narrativas sobre VIH/ SIDA que circulan entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH. En ese sentido, se entiende la salud como una interrelación entre el pueblo y el Estado y se considera que los diálogos médicos son determinantes en la experiencia e interpretación de la enfermedad, pues reflejan y se dan dentro de un marco de relaciones sociales determinadas histórica y políticamente. Por lo tanto, los modelos explicativos que se investigaron se dieron dentro de un contexto sociopolítico, histórico y económico determinado que ha permitido hacer un análisis etnográfico a través de los diálogos y sistemas médicos involucrados.

La investigación se dividió en tres preguntas secundarias. La primera, ¿cómo circula y se negocia la información con respecto al VIH/SIDA desde los distintos actores involucrados en el marco de la lucha contra el VIH?; la segunda, ¿cómo afecta el contexto sociopolítico awajún a los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado?; y la última, ¿cómo los modelos de atención y sistemas de interpretación de la población awajún permean los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA que circulan en comunidades intervenidas por la estrategia contra el VIH/SIDA?. Por lo tanto, se buscó conocer la circulación y negociación de información con respecto al

VIH/SIDA desde los actores involucrados en la estrategia contra el VIH, analizar el efecto que tiene el contexto sociopolítico awajún sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado, y finalmente, examinar la influencia de los modelos de atención awajún sobre los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA que circulan en la comunidad.

Tabla 3: Preguntas y objetivos de la investigación

Pregunta principal	Preguntas secundarias	Objetivos
¿Qué modelos explicativos (ME) y narrativas sobre el VIH/SIDA circulan y se negocian entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH?	¿Cómo circula y se negocia la información con respecto al VIH/SIDA desde los distintos actores involucrados en el marco de la lucha contra el VIH?	Conocer la circulación y negociación de información con respecto al VIH/SIDA desde los actores involucrados en la estrategia contra el VIH
	¿Cómo afecta el contexto sociopolítico awajún a los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado?	Analizar el efecto que tiene el contexto sociopolítico awajún sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado
	¿Cómo los modelos de atención y sistemas de interpretación de la población awajún permean los ME sobre el VIH/SIDA que circulan en comunidades intervenidas por la estrategia del Fondo Global?	Examinar la influencia de los modelos de atención awajún sobre los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA que circulan en la comunidad

1.3.4 Metodología y técnicas

Esta investigación es de corte cualitativo etnográfico. Se ha buscado investigar los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA que circulan y surgen a través de los diálogos médicos en el contexto de la intervención del Fondo Global contra el VIH, por lo que toma la metodología trabajada por Libett Crandon Malamud en sus investigaciones de pluralismo médico en los Andes (1986). Este tipo de metodología permitió acercarse al problema de investigación a través de

un análisis de los modelos explicativos dentro de un escenario de diálogos médicos que a su vez se da en un contexto específico, económico, político e histórico.

De tal forma, se trabajó a través de entrevistas a profundidad a los múltiples actores involucrados en los diálogos médicos, entendiendo éstos no solo como una interacción entre paciente y médico, sino como un escenario donde se discute la propia enfermedad; esto permitió así ver los procesos de discusión, construcción, circulación e intercambio de los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA. La observación de las experiencias de diálogos y las relaciones en el contexto de la intervención, dejan entender los modelos explicativos de manera concreta en un escenario social y político, y no de forma abstracta. Asimismo, se trabajó un enfoque de observación de los diálogos médicos desde la reconstrucción del contexto sociopolítico y económico en donde se dan dichas interacciones. En ese sentido, se tomó en cuenta la propuesta de Menéndez (2003), de prestar especial atención al conjunto social, en tanto es el eje de los padecimientos.

La investigación busca describir la realidad investigada y analizar la información recolectada para luego presentar un análisis de la misma. En ese sentido, busca generar conocimiento, efectuar una descripción etnográfica de alto nivel, ordenar conceptualmente la información recogida y construir avances teóricos e interpretativos. Asimismo, el proceso de análisis cualitativo ha sido transversal e iterativo a todo el proceso de la investigación, de modo que empezó mucho antes de realizar el trabajo de campo, durante el mismo y luego de terminarlo. El propósito de ello fue el de poder transformar los datos recolectados en resultados, ordenando, codificando y sistematizando para ser interpretados a partir de patrones y temas.

Hay dos técnicas de recojo de información que fueron esenciales y transversales a toda la investigación, por lo que serán descritas a mayor detalle. Por un lado, se han realizado entrevistas abiertas a profundidad, y por otro, observación constante. Dado que esta investigación es de corte cualitativo y de tipo etnográfico, y que además al tratar mucho con discursos y narrativas, no

cuenta con variables específicamente delimitadas, estas dos herramientas fueron cruciales.

La primera permitió, a diferencia de entrevistas más estructuradas, una mayor profundidad en los temas a tratar. Contaron con una cantidad pequeña de preguntas, por lo que permitieron que el interlocutor no sienta que sus respuestas están siendo dirigidas hacia algo en particular que se estaba buscando. Se realizaron con una guía temática, que permitió tener de 5 a 8 ejes alrededor de los cuales debía ir la entrevista, pero que no condicione la forma en que se desenvolvía. Asimismo, este tipo de entrevistas permitieron una comparación en relación al eje temático trabajado. Realicé alrededor de 50 entrevistas: a jóvenes (hombres y mujeres), a adultos medios y mayores (hombres y mujeres), a autoridades, al personal de salud y de las intervenciones, a docentes del colegio y a profesores del colegio.

Por otro lado, la observación constante fue crucial en esta investigación, desde la primera entrada al campo; dado que hay una serie de escenarios de diálogos médicos en lo que lo principal fue observar con mucha atención las interacciones, escuchar detalladamente lo que se discutía y permitir que se desarrollara el espacio o evento como sucedería sin mi presencia. El espacio de la intervención y de la comunidad en donde se dan dichos diálogos médicos, permitió acercarse a los modelos explicativos así como los modelos de atención que se articulan, dentro de un contexto político e histórico determinado. Esta técnica fue acompañada de un cuaderno de campo extendido, que permitió escribir a un nivel etnográfico y profundo de detalle. Las observaciones fueron realizadas constantemente en el centro de salud, dentro de los espacios de capacitaciones, talleres y reuniones de planeamiento de los trabajadores de salud, así como en espacios administrativos de la comunidad, y por supuesto espacios más íntimos como el hogar, o recreativos como la plaza. Asimismo, se realizó una serie de acompañamientos a diversas atenciones extramurales del centro de salud, y visitas a otras comunidades que permitieran salir del sesgo de solo una comunidad y entra en un panorama más extenso.

Ambas técnicas, transversales a la investigación, vinieron también acompañadas, de un registro de audio, en la medida en que esto no generará una incomodidad y se volviera una limitación para poder obtener la información necesaria. Se realizó también un registro visual de muchas situaciones que son un apoyo para la contextualización de esta investigación. Finalmente, otra de las técnicas más importantes y que salió durante la investigación fueron las conversaciones informales, en donde con más comodidad y confianza, las personas expresaron aspectos que no salieron en las entrevistas.

Hay que considerar también que más allá de las técnicas específicas, fue necesario combinar aquellas que han sido usadas para posteriormente triangular la información obtenida a través de ellas. Este enfoque permitió validar los hallazgos y así reducir los sesgos y la objetividad de la investigación, de forma que sea posible acercarse a una interpretación y un análisis más complejo de la realidad. En ese sentido, se buscó encontrar mayor coherencia en los resultados en función de los objetivos, preguntas de investigación y sobre todo, los ejes temáticos. Asimismo, la investigación estuvo acompañada de un constante proceso de reflexividad, aprendizaje y autocrítica que permitió sumar a la confiabilidad y validez de los datos obtenidos.

Para el análisis de esta investigación se utilizó una estrategia de reconstrucción de diálogos y trama discursiva frente a cada eje temático. Esto permitió identificar y analizar los modelos explicativos que aparecen en este contexto, y observar la forma en que circular, se reinterpretan, se negocian e incluso se contraponen. En ese sentido, se buscó observar las diferentes narrativas y discursos, primero por el tipo de actor que los enuncia, y luego por el tipo de contexto en el que son enunciados. Esto permitió discutir las diferentes posiciones y estrategias argumentativas utilizadas para hablar de VIH, así como los conceptos y categorías claves.

Si bien la idea de memoria no estuvo presente en el planteamiento de esta investigación, fue un concepto y sobretodo un enfoque metodológico que surgió en el campo. En ese sentido, no solo se trató de recopilar la historia del contexto sociopolítico, sino la memoria, permitiendo así una recopilación de posiciones,

experiencias y subjetividades en vez de un recuento exacto y cronológico (Portelli: 2002). Estas microhistorias y narrativas son las que permitieron enriquecer los detalles y la reflexión de este trabajo. En ese sentido, entendiendo que sus historias implicaban una serie de selecciones subjetivas de sus memorias y una representación que podría significar a veces no hablar de algo, metodológicamente fue importante respetar esta conexión entre la memoria y el silencio, y no entenderlo como una negación de la memoria. Además, este tipo de recopilación implicó obviamente un continuo respeto y reconocimiento de la sensibilidad y las emociones del otro.

Fue necesario transcribir los cuadernos de campo y entrevistas, desgrabando todo el registro de audio. Primero se realizó el procesamiento de los datos recogidos haciendo una descripción densa de la problemática recogida. La data fue ordenada en datos resumidos, y en el proceso se fue codificando para identificar los elementos claves y sus características. De tal forma, y al descubrirse los elementos claves, fue posible establecer relaciones o patrones entre ellos que llevaron a la construcción de las secciones de este proyecto. Finalmente, se realizó una etapa de interpretación en donde se intenta trascender lo factual de los datos para encontrar significados e implicancias dentro de ellos, para darle sentido a los resultados, patrones y temas.

1.3.5 Inserción al campo

El campo fue realizado en el Centro Poblado y Comunidad Nativa de Huampami, en el distrito El Cenepa, provincia de Condorcanqui, en el departamento de Amazonas. Huampami fue sido elegido para el trabajo de campo por una serie de razones. En primer lugar, Huampami se encuentra ubicado en una de las zonas con mayor cantidad de casos de VIH/SIDA, como otras comunidades de la provincia de Condorcanqui. . De acuerdo, a la investigación realizada por UNICEF, habían 72 casos positivos registrados entre el 2014 y el 2016 en Condorcanqui y 27 en el Centro de Salud Huampami; de los cuales el 44% falleció desde el año 2007 y solo el 6% recibe el TARGA (UNICEF:2014). Asimismo, es la capital del distrito, y por lo tanto es Microrred

de la Red de Salud de Condorcanqui, cuenta con un centro de salud bien equipado, con una buena cantidad de personal, buena infraestructura, equipo de tratamiento antirretroviral (TARGA) e incluso un laboratorio de análisis y pruebas de tamizaje que lo vuelve central para las comunidades cercanas y su acercamiento al sector salud. Si bien no es el único espacio, fue central para explorar los diversos escenarios de diálogos médicos, pues es un espacio esencial de la intervención contra el VIH/SIDA del Fondo Global, dado que Huampami ha sido utilizado como centro y modelo de la intervención del Fondo Global contra el VIH. Si bien este fue el lugar central y estratégico para la realización del trabajo de campo, durante las 9 semanas de estadía se realizaron distintas visitas y estadías en otras comunidades del Cenepa: San Antonio, Suwa Pagki, Mamayaque, Wawain, ubicadas a cuatro horas de la ciudad de Nieva por navegación fluvial en el río Cenepa, en Condorcanqui. Todas las comunidades y sus respectivos puestos de salud están bajo la jurisdicción de la Micro Red de Huampami, que, a su vez, es jurisdicción de la Red de Salud de Condorcanqui, ubicada en Santa María de Nieva.

Para recoger la información y observaciones necesarias, se utilizaron eventos específicos de la intervención del Fondo Global y de la comunidad. Entre ellos están las capacitaciones de VIH/SIDA a diversos actores realizadas en el centro de salud, las reuniones con las brigadas de las ONGs encargadas de tamizaje, adherencia al tratamiento y concientización de la población; las visitas extramurales de seguimiento a pacientes, y demás espacios que fueron posibles de observar. Además, otro de los espacios importantes han sido las reuniones con distintas autoridades para escuchar los distintos discursos sobre el VIH/SIDA emitidos desde los líderes y otros agentes de la comunidad.

La primera entrada al campo se dio mes de enero del 2017, y tuvo una duración de una semana. Fue una aproximación inicial para conocer el contexto y las posibilidades que había de investigar el tema ahí; asimismo, fue útil para conocer el trayecto que se debía recorrer y coordinar la logística de alojamiento y alimentación necesarios. Esta entrada se dio a través de un acompañamiento a la ONG Salud Sin Límites, encargados de la estrategia comunicacional de la

intervención contra el VIH/SIDA, para realizar capacitaciones a agentes comunitarios con respecto a lo que ellos llaman “ideas claves” del VIH/SIDA; en ese sentido, permitió también una riqueza de data inicial.

Para el período más extenso de trabajo de campo, la entrada fue el 3 de agosto y la salida el 8 de octubre. Dado que la logística había sido previamente coordinada, no hubo muchas dificultades con respecto a ese tema. De tal modo, los contactos ya establecidos en el primer acercamiento facilitaron la segunda entrada. Se coordinó con el director de la ONG, el encargado de la estrategia en Amazonas, y los facilitadores de dicha estrategia comunicacional. Asimismo, esto permitió realizar acompañamientos a las capacitaciones, de forma que se ha podido observar la estructura, actores y dinámica de éstas. Fue a través de estas capacitaciones que también se tuvo la oportunidad de contactar y hacer las coordinaciones necesarias con el director del centro de salud, y parte de su equipo técnico. Asimismo, se tuvo la oportunidad de conocer a algunos acompañantes pedagógicos, agentes comunitarios y parteras, con quienes se compartió un fin de semana de capacitaciones. Como los contactos habían sido realizados con el centro de salud, este sirvió como primer punto de ingreso a la investigación. Esto fue bastante útil pues permitió realmente entender las acciones que se estaban realizando desde el sector salud para prevenir y controlar el VIH; no solo desde un plano “teórico” sino desde la propia práctica; a su vez, permitió observar los discursos, narrativas y percepciones de los involucrados, así como los obstáculos que identificaban en la propia comunidad. Ya con esa primera porción de datos, y a través de visitas a distintas comunidades y familias de Huampami, se obtuvieron datos sobre sus narrativas y discursos de la enfermedad, logrando así armar una línea general de relatos en cuando al ingreso y origen del VIH, las distintas teorías que surgían; los modelos de atención e itinerarios terapéuticos escogidos en los casos que se conocían. Finalmente, fue en todos los espacios donde a través de las primeras entrevistas empezaron a surgir cuestiones importantes del contexto sociopolítico, la historia y la memoria de la población; en ese sentido, el segundo

mes se trató de profundizar más en ellos al ver cómo emergía entrelazado a los otros temas.

El trayecto de viaje ambas veces se realizó tomando un vuelo de Lima a Jaén, Cajamarca. Desde Jaén se tomó un colectivo hacia Bagua Chica, y desde Bagua Chica otro transporte hacia Santa María de Nieva. En Santa María de Nieva en ambas oportunidades fue necesario descansar una noche para salir temprano hacia Huampami, en chalupa (lancha motorizada) por el río Cenepa; de regreso se efectuó el mismo trayecto.

La logística básica de la investigación ha sido coordinada previamente a raíz de la visita previa al lugar. Todos los contactos mencionados ayudaron en la logística de la investigación. De las autoridades y las familias ya contactadas, se empezó a elaborar una muestra más detallada no aleatoria, que permitió seleccionar a la población a entrevistar a partir de las recomendaciones y contactos que iban haciendo los interlocutores ya establecidos; siendo ellos los primeros en participar en dicha muestra si es que cumplen los criterios básicos para algún eje temático.



Fotografía 1: Cuarto donde me alojé
Fuente: elaboración propia

Por otro lado, a través de estos contactos también se hicieron las coordinaciones más prácticas en cuanto al trabajo de campo. La estadía y alojamiento se realizó en el hospedaje en los cuartos del patio trasero de la casa de una familia, con quien se coordinó un precio por mes, el tiempo y duración de la estadía. Se coordinó también con una señora para la provisión de menús para el almuerzo y

cena por un precio por día. En cuanto a las coordinaciones con la universidad, se pidió una carta para acreditar la condición de esta investigación como parte de la elaboración de tesis para el bachiller de antropología. Asimismo, la

comunicación con mi asesor se dio por vía telefónica, dado que no hay señal de otro tipo de comunicación.

1.3.6 Dificultades

Todo trabajo de campo trae consigo contingencias que uno no se espera, y para las cuales no está preparada. En ese sentido, esta experiencia en el campo no fue diferente, tuvo dificultades que felizmente pudieron afrontarse con tranquilidad; pero que de igual modo afectaron la estadía y el desarrollo de la investigación en cierta manera.

Por un lado, la primera estadía de esta investigación, durante la visita aproximativa que se realizó en enero, los cuartos del alojamiento tenían luz y electricidad por 2 horas en las noches. Fue así que cuando llegué en agosto estaba preparada para solo tener esas dos horas, pero no contaba con que no fuera a tener electricidad en lo absoluto; cuestión que me enteré a las pocas horas de mi llegada. Me había confiado tanto de lo que conocí en esa oportunidad que incluso mi linterna era para cargar en un enchufe y no a pilas pensando que esto sería lo más adecuado en este contexto. Por lo que la adaptación a este problema fue complicada pero dentro de todo, posible. Si bien la comunicación a veces podía dificultarse porque no había donde cargar el celular y era el único tipo de señal que había, habían algunos pobladores que contaban con motor a gasolina que generaba luz y que “alquilaban” un poco de esta electricidad por unas horas para cargar celular. Asimismo, dado que en las últimas semanas necesitaba contar con electricidad para poder trabajar en mi computadora, tuve que comprar gasolina para prender el motor del alojamiento y esto subió los costos de mi estadía notablemente. En cuanto a costos justamente, el transporte fue otra de las cosas que incrementó constantemente mi presupuesto; pues no contaba con que moverse por río fuera tan caro. Para ir a la ciudad debía gastarme S/. 100 solo en transporte.

Otra de las dificultades a las que se enfrentó mi investigación es el manejo del idioma awajún. Si bien me pude comunicar con la gran mayoría de personas en castellano, era claro que para la población en general no era tan fácil

expresarse en un idioma que no fuera el suyo, y que definitivamente se hubieran sentido más cómodos con el idioma propio, en particular al hablar de situaciones delicadas como el VIH. Asimismo, con aquellas personas que solo hablaban awajún y que consideré pertinentes o que se acercaron a buscarme, tuve que entablar el diálogo a través de otra persona que tradujera lo que no me asegura siempre una conversación fluida o fiel a lo que se está diciendo realmente por ambos lados; de todos modos sentí que todas fueron útiles y aportaron a la investigación y a mí como persona y profesional.

Por otro lado, una de las dificultades con la que me topé fue cuando la brigada de Path Finder; ONG encargada del tamizaje de VIH en la población y la administración del tratamiento antirretroviral, entró a Huampami para luego dirigirse a dos comunidades claves que son actualmente el foco infeccioso de VIH. A pesar de mi acercamiento a través del Jefe de Micro Red quien me presentó y les pidió que me permitieran acompañarlos, pusieron una serie de objeciones que terminó llevando a que me solicitaran mi proyecto de investigación no solo a nivel de la ONG sino a nivel de la Dirección Regional de Salud de Amazonas; quienes finalmente y luego de un par de semanas negaron mi autorización. Las razones nunca fueron muy claras, y si bien hubo varias personas involucradas que me dijeron que siga con mi investigación, se recibió una negativa por ese lado; lo cual me llevó a cuestionar qué decía esto de la propia intervención. Asimismo, si bien encontré muchos de los espacios que fui a buscar de la intervención, noté y me mencionaron constantemente la ausencia de otro tipo de intervenciones a pesar del aumento de casos. Una vez más, si bien se me presentó como una dificultad que no esperaba, eso llevó a reflexionar sobre la intervención en sí, por lo que la propia ausencia de data en ese sentido es un dato en sí.

Finalmente, ya desde un lado más personal y también profesional, dos aspectos presentaron un reto bastante difícil. Por un lado, dentro de la comunidad pude observar distintas interacciones que demostraban un comportamiento bastante sexualizado de los varones hacia las mujeres, tanto de varones awajún como mestizos. Esto, junto con varias historias recolectadas de

abusos y violaciones, así como mi presencia en una reunión con algunas autoridades y la fiscalía para el arresto de un docente que había violado a una niña de 12 años, me hizo estar siempre bastante consciente de mi condición como mujer en este entorno. Esto llevó a que tuviera que tomar una serie de precauciones como no caminar sola en las noches por la comunidad, para poder evitar cualquier situación de violencia. Sin embargo, me vi más de una vez en una situación incómoda tanto con una autoridad como con dos pobladores de la comunidad que constantemente estuvieron llamándome (uno sigue hasta el día de hoy) y buscándome, a veces haciéndome sentir bastante insegura pues uno de ellos me esperaba por mi alojamiento sentado en la oscuridad. Asimismo, a pesar de mis precauciones, tuve un evento bastante crítico, donde un hombre metió el brazo a una caseta de calaminas que rodeaba un pozo ciego donde yo estaba orinando, para tocarme. Eso sucedió en la penúltima semana y me chocó muchísimo, haciéndome perder gran parte de la seguridad y confianza que yo sentía en la comunidad. Me dejó con una sensación muy amarga, de humillación y vergüenza además, y dolor por lo que había pasado, por lo que estuve a punto de retirarme de la comunidad antes del tiempo planeado. Fue necesario para mí salir unos días y despejarme del ambiente, lo tuve que hacer acompañada por una amiga del centro de salud pues tenía temor de estar sola. Sin embargo, tomé la decisión de no dejar que ese evento arruinara lo que había sido una hermosa experiencia de campo, gratificante a nivel personal y profesional en todos los sentidos. Traté en la medida de lo posible de volver esta experiencia un evento que si bien no era necesario ni justo para mí, me impulsaba a reafirmar las condiciones injustas cotidianas para las mujeres en contextos rurales de pobreza e inequidad, y con ello a tratar de visibilizar dichas condiciones desde mi investigación y mis posibilidades.

Para terminar, creo que una dificultad recurrente en las investigaciones de antropología de la salud, especialmente en contextos de extrema pobreza, violencia política y de género, es lo emocionalmente agotador que puede ser enfrentar algunas de las situaciones en las que uno se encuentra o sobre las cuales escucha. El tema del VIH, la intensidad de la epidemia, la manera en que

no hay una sola familia que no haya sido tocada por esta enfermedad de alguna manera, los trágicos casos de niños y adolescentes infectados, el poco poder de decisión que a veces tenían las mujeres en estas situaciones, fue impactante y doloroso. Esto además de la sacudida emocional que me trajo, implicó una serie de dilemas éticos de investigar un tema tan crucial y no poder intervenir directamente.

Estas últimas dificultades en particular, no son solamente dificultades sino momentos y factores que me incentivan y motivan a seguir investigando, buscando un mejor entendimiento de la situación, no solo por un interés académico; sino con un interés político y personal también, de visibilizar situaciones y buscar soluciones en conjunto. Son necesarios mayores espacios de producción y discusión para la antropología de la salud, sus herramientas conceptuales y metodológicas; así como para las situaciones de pobreza, vulnerabilidad y violencia en la que se encuentran tantos pueblos del Perú.

1.3.7 Componente ético

Esta investigación ha respetado los principios éticos que evitan dañar la integridad física, moral o cultural de cualquier persona. Se trata de una investigación basada en un principio de horizontalidad en el intercambio de conocimientos, así como de beneficios mutuos para la población y para mí como investigadora. Se buscó la mayor claridad y transparencia en todos los objetivos, procedimientos y análisis; así como mi rol como antropóloga. En ese sentido, la entrada al campo se realizó con la documentación que justificaba y acreditaba mi presencia como investigadora, permitiendo a los interlocutores y autoridades conocer sobre el estudio, y la agenda de éste.

Cualquier tipo de entrevista y grabación fue hecha con un consentimiento informado oral; dejando claro que la participación no es obligatoria y que en cualquier momento del proceso pueden dejar de participar si lo desean. Asimismo, la investigación se ha realizado con principios de absoluta confidencialidad y anonimato de los involucrados, en particular de los casos. Sobre todo en el caso de una investigación sobre VIH, es de vital importancia

mantener la confidencialidad de los datos y el anonimato de personas con VIH. Para ello, se ha evitado usar nombres a la hora de citar a los entrevistados, y se ha cambiado los nombres a la hora de describir los casos. Si bien no se considera que las narrativas de las personas entrevistadas sean homogéneas en relación a su trabajo o si son mestizos o awajún, se ha hecho esa clasificación solo para mantener un anonimato absoluto de los involucrados.

En cuanto a la propia vinculación con los informantes, se intentó en lo posible construir una relación confianza y ser siempre coherente con esta condición. Asimismo, será a ellos a quienes se les presenten los resultados primero, para devolver y validar antes de la sustentación de la tesis.

Si bien investigar esta situación en el ámbito del VIH es un tema delicado y controversial, es una temática necesaria de explorar, siempre bajo principios éticos adecuados. En ese sentido también se ha descrito todo en la investigación como si fuera una situación pasada, no porque muchas de estas situaciones no se sigan dando en la actualidad, pero para plantear la situación vista en el momento del trabajo de campo, pues entendemos que las situaciones, actores y contextos varían constantemente a lo largo del tiempo.

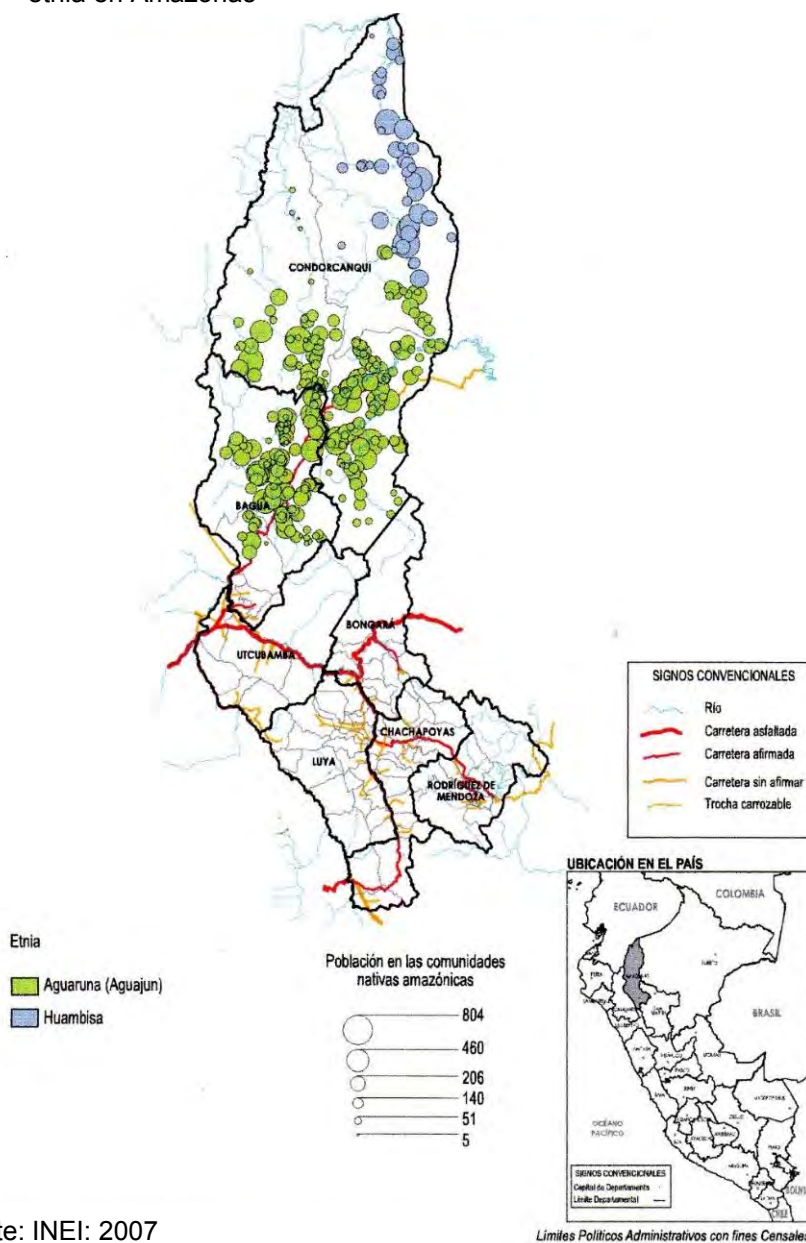
2. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 De Amazonas a Huampami

Amazonas

El departamento de Amazonas está ubicado al norte del Perú, en la zona de frontera con la República del Ecuador. Limita con el departamento de Loreto y

Mapa 1: Ubicación y distribución espacial de población por etnia en Amazonas



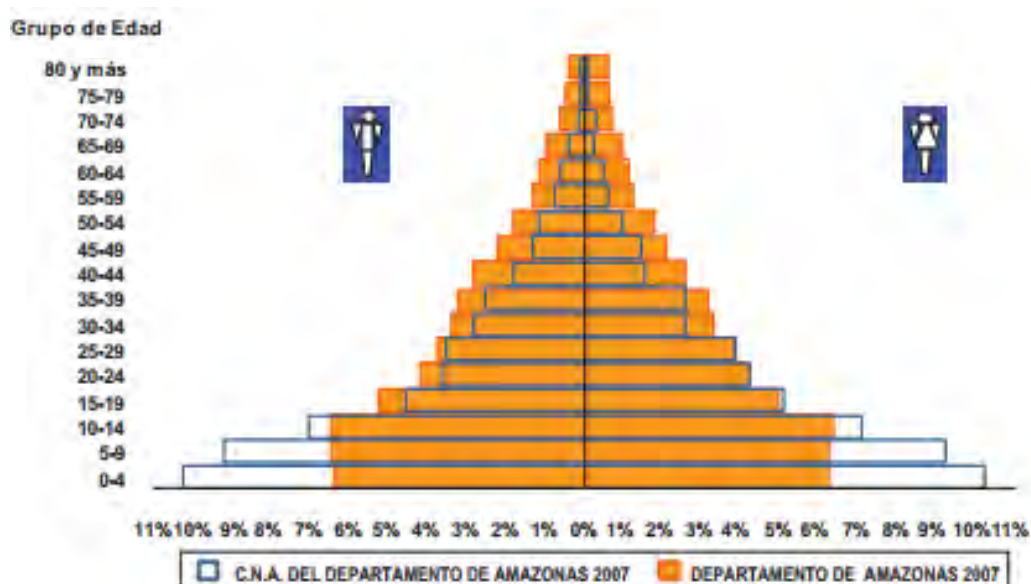
Fuente: INEI: 2007

San Martín, La Libertad y Cajamarca. Representa el 3% del territorio nacional. Casi el 50% de su territorio está ocupado por comunidades nativas amazónicas, principalmente del pueblo Aguaruna o Awajún y Huambisa o Wampis. Las comunidades de ambas etnias se encuentran en los distritos norteños, en el distrito de Aramango, Imaza, Nieva, Cenepa y Río Santiago.

En los últimos años, Amazonas había experimentado una reducción significativa en la tasa de pobreza total; sin embargo, el departamento seguía estando entre las seis regiones más pobres del Perú. Tenía un índice de desarrollo humano (IDH) de 0.3486, menor incluso que el IDH del país, 0.5058 en el 2012. (MINSA: 2016).

De acuerdo al Censo del 2007, en el departamento de Amazonas, se registraba una población total de 375 mil 993 habitantes, con un porcentaje de 13.9% de población indígena, es decir, 62 mil 153 habitantes nativos. La

Gráfico 1: Pirámides poblacionales del Departamento de Amazonas



Fuente: INEI: 2007

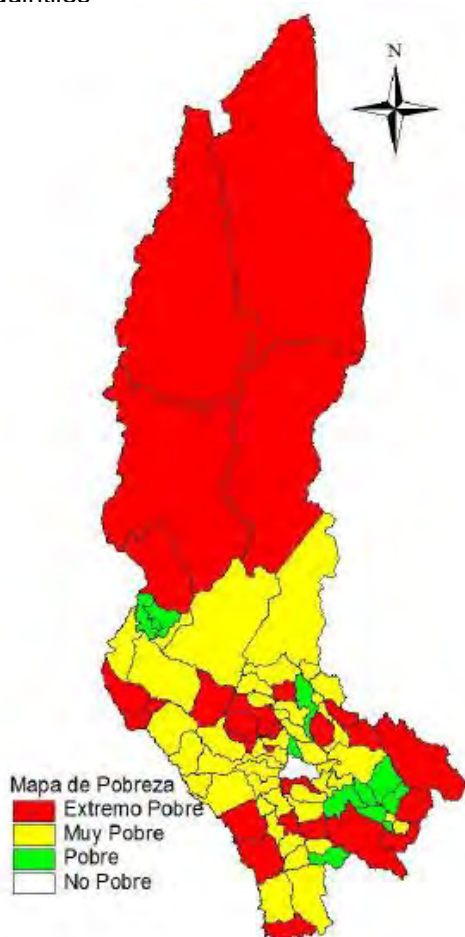
población evidenciaba una estructura poblacional expansiva, con una población compuesta en su mayoría por jóvenes. Dicho grupo etéreo, en especial aquellos entre los 15 a 19 y los 20 a 24, era donde se advertían mayores desplazamientos y migraciones, particularmente, en los varones (INEI: 2007).

Condorcanqui

La provincia de Condorcanqui constituye una de las siete provincias del departamento de Amazonas. Está ubicada en la zona de frontera del departamento y se compone de tres distritos: Nieva, El Cenepa y Río Santiago.

Conforma la zona de selva baja del departamento de Amazonas, cuenta con varios afluentes al río Marañón, pero dada su topografía y tipo de clima tiene escasas zonas de cultivo. Dentro de esta provincia, se ha construido la carretera xbinacional que recorre el tramo de Bagua a Santa María de Nieva. Además de la carretera, los ríos Marañón, Nieva, Cenepa y Santiago son las principales vías fluviales navegables por donde se traslada la población y distintos tipos de mercancía, desde y hacia las comunidades nativas. (MINSA: 2016)

Mapa 2: Mapa de pobreza de Amazonas por distritos según quintiles



Fuente: INEI: 2007

Su capital es la ciudad de Santa María de Nieva, en el distrito de Nieva. Su población total era de 54 949 habitantes, la mayoría pertenecientes a los pueblos awajún y wampís, pero hay también población mestiza (INEI: 2012, MINSA: 2016). “La municipalidad provincial de Condorcanqui constituye quizás el gobierno local más importante gobernado por un Alcalde indígena. (...) En esta región, la organización indígena “Consejo Aguaruna Huambisa” – CAH tiene actividad hace casi dos décadas” (Dávila: 2005, 78) Desde la Municipalidad, se trabajaba en dos ámbitos: el urbano que abarca la capital Santa María del Nieva y el

Pueblo Joven Juan Velasco

Alvarado, y el rural que abarca todas las Comunidades Nativas Awajún y Wampís. La gestión del ámbito urbano enfrentaba sus mayores retos en cuanto a la limpieza pública por el arrojo de basura al río, saneamiento (desagüe y alcantarillado) y los establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas. En el

Cenepa

Mapa 4: Mapa fluvial del distrito del Cenepa



Fuente: Red de Salud de Condorcanqui: 2017

El distrito de El Cenepa es uno de los tres distritos de la Provincia de Condorcanqui. Tiene límites fronterizos por el norte y oeste con Ecuador, choca con el distrito de Nieva y del Río Santiago por el este y con la provincia de Bagua por el sur. Su capital es el centro poblado de Huampami. El distrito contaba con una población de 9626 habitantes cuya totalidad pertenece a la etnia awajún y habita en las 40 comunidades nativas a lo largo del Río Cenepa, en ambos márgenes. (INEI: 2007) Es también el territorio donde se llevaron a cabo las acciones de la Guerra del Cenepa en la Cordillera del Cóndor. En esta cuenca, se ha constituido la Organización de Desarrollo de las

Comunidades Nativas del Cenepa – ODECOFROC. Esta organización tiene cinco principales programas: Territorio y Medio Ambiente, Producción y Comercialización, Educación (Capacitación), Salud (Proyecto Serpentario) y el Programa de Mujeres.

Según la investigación de Dávila, los dirigentes de la organización manifestaron que los tres principales problemas que afectaban a las comunidades nativas eran: “el aumento desmedido de la población, la explotación de recursos naturales sin medir las consecuencias de dicha actividad, y la escasez de recursos económicos, falta de trabajo y por

consiguiente desmejoramiento de la calidad de vida.” (2005: 70) Asimismo, expresaron que el nivel de coordinación con la Municipalidad Distrital del Cenepa ha ido disminuyendo por lo que hay un muy bajo nivel de diálogo con la organización y con la población en general.

Huampami

La Comunidad Nativa y Centro Poblado Huampami está ubicado en el margen derecho del Río Cenepa, en el Distrito del Cenepa, Provincia de Condorcanqui, Departamento de Amazonas, Perú. Huampami es la capital del distrito de El Cenepa y fue titulada como comunidad nativa en julio del año 1975.

Mapa 5: Croquis del Centro Poblado Huampami y sus anexos



Fuente: Centro de Salud Huampami: 2017

El sector principal donde se encuentran las instituciones es el Sector Huampamí, pero también cuenta con dos anexos: Saasa, cruzando la quebrada

Huampami, y Kayamás, ubicado en la orilla opuesta al Sector Huampami, en el Cenepa. Huampami tenía una población total de 1103 habitantes. ¹⁰

En el Sector Huampami, se encontraban todas las instituciones públicas: gubernamentales, educativas y de salud. La zona residencial de Huampami se articulaba en torno a una plaza



Fotografía de casas en Huampami en la calle Bikut
Fuente: elaboración propia

central que funciona como cancha de fútbol y de vóley. Rodeando la plaza, se podía ver el local de la Municipalidad, del Juzgado de Paz, de la Comisaría y el



Local Comunal; el resto eran viviendas. Uno de los lados de esta plaza daba a la calle Bikut, calle principal que corre paralela al curso del río Cenepa. Del otro lado de la calle estaban ubicadas las viviendas y un par de tiendas de abarrotes. El sector Huampami era el único sector que tiene tiendas de abarrotes mejor

Fotografía de la plaza de Huampami y sus canchas deportivas
Fuente: Elaboración propia

abastecidas dentro de todo el centro poblado, aunque igual los productos eran escasos y poco variados. Asimismo, en la calle Bikut, a una cuadra de la plaza, estaba la Subprefectura y, a dos, el Centro de Salud Huampami. Siguiendo por Bikut, se llegaba al puente que cruzaba hacia la última parte del Sector Huampami, donde estaba ubicada la escuela secundaria, y hacia el anexo Saasa. Desde esta calle, se iban desligando otras más pequeñas donde se encontraban más viviendas, algunas otras tiendas de abarrotes y un par de locales que proporcionaban un servicio de menú diario.

Otra zona importante en el sector Huampami era el puerto principal en el río Cenepa, ubicado al final de la calle paralela a la quebrada Huampami. Este puerto servía para recibir chalupas (lanchas motorizadas) con pasajeros y encomiendas, peque-peques de la misma comunidad o de otras comunidades, y embarcaciones grandes que venían cada cierto tiempo a ofrecer mercancía (alimentos, productos de higiene, productos de limpieza, medicinas, artículos de



belleza y ropa), para vender al por mayor a los negocios locales o individualmente, en particular cuando se realiza el pago del Programa Juntos. Alrededor del puerto, se encontraban un par de tiendas de abarrotes, así como dos gasolineras y una

farmacia. Asimismo, había un puerto pequeño desde donde se puede cruzar a Kayamás, y que sirve mayormente para chalupas, canoas y peques, mas no para embarcaciones grandes.

Vista del puente para cruzar al último sector de Huampami y el anexo Saasa

Kayamás, y que sirve mayormente para

Las chacras de los pobladores de Huampami no estaban en el mismo sector. Para acceder a ellas se requería cruzar el río y viajar al menos una media hora. Sin embargo, el cultivo en estas chacras era escaso y, dada la distancia hacia las ciudades principales, era raro que los productos sirvieran para la venta fuera de Huampami. Principalmente, se cultivaban plátanos y yucas de distintos tipos, cocona, toronja, piña y cacao. La siembra era para el autoconsumo o el intercambio. El abastecimiento de otros productos como conservas de pescado, fideos, arroz, huevos y leche se daba en las bodegas de la comunidad. La ingesta de proteína animal solía provenir principalmente de los huevos, “sangrecita” o molleja de los pollos, gallinetas y pavos que se crían en Huampami; aunque los pavos eran principalmente para la venta en la ciudad. Si bien por costumbre los varones siempre han entrado al monte a cazar, esta práctica era muy poco común al momento, pues los animales alrededor de Huampami son escasos.

El río es un eje estructural de la comunidad, pues todas las calles dan a alguna salida hacia él. Estas bajadas servían para que las familias,



Fotografía de la vista de Huampami desde lo alto del anexo Saasa
Fuente: Elaboración propia

principalmente las mujeres y los niños puedan ir a la orilla a lavar la ropa y bañarse. El río siempre ha servido como fuente de pesca para los hombres; sin

embargo, similar a lo que pasa con las actividades de caza, la pesca cada vez era más escasa. Es por ello que, a pesar de la cercanía del río, en Huampami, el pescado no era parte de la dieta cotidiana y solía pescarse solo el “boquichico,” pescado bastante pequeño y espinoso. En otras comunidades del Cenepa en donde no llegaban tantos productos industrializados, había una mayor regularidad del pescado en la dieta. Cuando sí se pescaba, se utilizaba el barbasco y la “tarrafa.” El barbasco es una técnica de pesca, muy usual en los ríos de la Amazonía, donde se machacan las raíces y se echan al agua para que los peces mueran y aparezcan flotando; sin que este veneno tenga un efecto tóxico en las personas. La tarrafa es un tipo de red de pesca circular, de malla fina, que se lanza a mano y es elaborada específicamente para el tamaño de pescado que se está buscando; hay para pescados más chicos (“mojarritos”) y para pescados más grandes.



Fotografía del puerto de Huampami, dos pequees y una chalupa

Fuente: Elaboración propia

Marañón. Santa María de Nieva es la capital de la provincia de Condorcanqui, a orillas del Río Marañón y el Río Nieva. Como capital, cuenta con sedes de instituciones públicas, todos los servicios

El río es la principal y única vía de transporte entre comunidades y hacia las ciudades más cercanas: Puerto Imacita y Santa María de Nieva. El Puerto Imacita es uno de los centros poblados de la provincia de Bagua, y es un importante puerto comercial en el margen derecho del Río



Fotografía de la plaza de Santa María de Nieva

Fuente: Elaboración propia

básicos, negocios, restaurantes, tiendas, farmacias, varios puertos y distintas instituciones educativas. Por ello, Nieva suele ser un destino para trámites burocráticos, estudios o algunas compras que no son posible realizar en Huampami. Sin embargo el costo del transporte fluvial tanto para Imacita como Nieva es de 50 a 60 soles cada tramo y toma de 3 a 5 horas. Realizarlo implica una gran inversión de tiempo y dinero para las familias.

Nieva también recibe visitantes, en particular vinculados a instituciones estatales presentes en la comunidad. Entre las instituciones presentes se encontraban las educativas, el centro de salud, la sede de la Municipalidad del Distrito y la comisaría de la Policía Nacional - que no ha vuelto a funcionar desde que la Policía se retiró en el 2009 tras los sucesos ocurridos en Bagua, en la Cordillera del Cóndor. Estos últimos dos locales solo habían sido otorgados con carácter temporal; sin embargo, el local de la comisaría cumplía tres funciones: oficina para el Apu o Presidente Comunal, oficina para el Presidente de la Junta Distrital -quien actuaba como intermediario entre la fiscalía y la población- y calabozo. Asimismo, existía un Juzgado de Paz y una oficina para la Subprefectura Distrital que funcionaba como ente supervisor de todos los programas del Estado.

Son pocos los municipios donde toda la población y sus autoridades son indígenas, como el del Río Cenepa. Tienen la ventaja de contar con una



Fotografía de Santa María de Nieva desde el Río Marañón
Fuente: Elaboración propia

organización fuerte como ODECOFROC. (Dávila: 2005, 43) Sin embargo, “de acuerdo a ODECOFROC y el personal de la Municipalidad de Huampami existe una pugna entre la autoridad de la Comunidad “el Apu” y la autoridad de la Municipalidad.” (Dávila:

2005, 77) A pesar de la autonomía política, económica y administrativa que debería tener la Municipalidad, las comunidades nativas son autónomas en su organización, trabajo comunal, uso y disposición de tierras, aspectos económicos y administrativos; por lo que, al encontrarse la Municipalidad dentro de este territorio, se ve sujeta a las normas comunales. “La percepción de los dirigentes y/o autoridades de la Comunidad de Huampami es que la Municipalidad como local y las personas que laboran en ella son “invitados” dentro del territorio comunal.” (Dávila: 2005, 77) Además, se han reportado conflictos entre el Alcalde, los regidores y la comunidad, por lo que se exigía a todos los funcionarios que, para realizar cualquier obra, se pidiera la autorización previa del Apu. Era también posible que las autoridades comunales pudieran exigir la expulsión de ciertas personas si su comportamiento no se considera adecuado hacia la comunidad y la población.

Entre los programas sociales del Estado que llegaban a la zona del Cenepa, se encontraban Juntos, Qali Warma y Pensión 65. Juntos, tiene como finalidad contribuir a la reducción de pobreza y evitar el paso de esta pobreza y ambientes de pocas oportunidades a las siguientes generaciones. Se transfieren 200 nuevos soles bimestrales, condicionados al cumplimiento de compromisos, como incentivo para que las familias atiendan temas de salud, nutrición y educación. Hay una verificación periódica de los criterios de permanencia, ya que, si no se cumplen los requisitos, se desafilia a la familia. Esto genera conflictos entre los pobladores que expresan confusión con respecto a la afiliación y focalización de Juntos y, sobre todo, muchísima molestia cuando son desafiliados ya que lo perciben como una decisión arbitraria.

Qali Warma es el programa de seguridad alimentaria del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) que busca brindar alimentación variada y nutritiva a niñas y niños de nivel de educación inicial y primaria en las escuelas públicas de todo el Perú, y del nivel secundario en las poblaciones indígenas de la Amazonía. Sin embargo, este programa en realidad solo provee insumos básicos para la alimentación de lunes a viernes. Los pobladores manifiestan tener varios inconvenientes en la recepción de los productos de Qali Warma.

Cuando se reciben, son tan escasos y básicos que no cumplen con el propósito de mejorar la nutrición. Las dos instituciones que más han ejecutado proyectos en la zona son el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES).

Finalmente, Pensión 65 es el programa con menos usuarios en la zona, comparado a los dos descritos anteriormente. El propósito de este programa es brindar protección, a adultos mayores de 65 años que no tengan las condiciones básicas de subsistencia como sector marginal y vulnerable de la sociedad. Se entrega una subvención de S/ 250 soles bimestrales por persona para que puedan atender sus necesidades básicas. Dado que la elección de los usuarios se da a través del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), al igual que en el caso de Juntos, hay confusiones y dudas con respecto a los requisitos que deben cumplir. Para acceder a este fondo, es necesario contar con DNI. Lamentablemente, hay varias personas no documentadas en las comunidades, sobre todo en los mayores de 65 años, por lo que, en vez de ayudarlos, muchas veces los invisibilizan.

La mayoría de trabajadores de las instituciones y programas son población awajún; con excepción de la escuela secundaria, donde el director y algunos profesores son mestizos. La Municipalidad tenía también algunos trabajadores mestizos y el Centro de Salud, cuyo personal era mayoritariamente mestizo que no manejaban el idioma awajún.



Fotografía de aulas de la IE Secundaria Moisés Moreno Romero
Fuente: elaboración propia

La comunidad contaba con todos los niveles educativos: inicial, primaria, secundaria y Centro de Educación Técnica Productiva (CETPRO). La Institución Educativa Inicial 209 es mixta; dictaba un turno solo en la mañana; y contaba con 3 docentes, 3 secciones y 54 alumnos, aproximadamente. La

Institución Educativa Primaria 16342 también era mixta y dictaba un turno solo en la mañana; contaba con 11 docentes, 11 secciones y 275 alumnos, aproximadamente.

La Institución Educativa Secundaria Moisés Moreno Romero también era mixta; tiene turno en las mañanas y en las tardes; y contaba con 18 docentes, 14 secciones y 450 alumnos aproximadamente. Esta institución funcionaba también como internado o residencia estudiantil para jóvenes varones y mujeres que provienen de comunidades aledañas donde no hay nivel secundario. El CETPRO 026 cuenta con un aproximado de 30 alumnos y 3 docentes, así como 3 secciones mixtas.

Huampami contaba con instalaciones de agua y desagüe en el sector Huampami. Sin embargo, saliendo de ese sector había solamente abastecimiento de agua, mas no de desagüe, por lo que las casas e instituciones contaba con pozos ciegos o silos. Asimismo, el acceso a electricidad es bastante limitado. Si bien desde la Municipalidad se le dio a la comunidad el servicio de luz eléctrica, no se tomó en cuenta que la población no podría pagar el servicio, por lo que se dejó de brindar el servicio y los postes de luz se dejaron de usar salvo en ocasiones especiales. (Dávila: 2005, 43) El acceso a la luz eléctrica venía de motores generadores de energía que funcionaban con combustible.

Solo algunas familias contaban con su propio motor y se abastecían de gasolina cuando lo necesitaban o si contaba con un negocio que necesite el servicio. Aquellos negocios que sí utilizaban un motor generador tratan de generar la mayor ganancia en base a ello con distintos tipos de servicios, bebidas heladas, helados, cargar celulares y otros aparatos electrónicos, etc. Algunas familias contaban también con paneles solares que les permitían acceder (dependiendo del tamaño del panel y potencia del generador) a luz y electricidad pero comprar estos paneles en la zona era bastante más caro que en la ciudad.

En Huampami funcionaba la Iglesia Católica a través de la presencia de la Compañía Misionera del Sagrado Corazón de Jesús, quienes llegaron a la zona en 1954. Existía una pequeña comunidad cristiana que se reunía cada domingo en la capilla, donde se celebraba una paraliturgia, dirigida por los catequistas. Las tres hermanas que vivían en la comunidad prestaban apoyo al sector educación a través del CETPRO, los profesores y alumnos de los centros educativos. Anteriormente, contaban con un internado de niñas en la otra orilla del Cenepa, sin embargo no podían manejar los gastos y tuvieron que cerrarlo. También acompañaban a personas enfermas, tanto en el centro de salud como a aquellos que tenían que salir fuera de la comunidad para una atención especializada. Otra de sus labores consistía en trabajar con las mujeres de la comunidad para la concientización de sus derechos, apoyo para sus estudios primarios y secundarios, y cursos de formación práctica: costura y cocina, principalmente. La Compañía estaba también presente en la elaboración de presupuestos participativos y colaboraban con las campañas de defensa de recursos naturales y cuidado del medio ambiente.

2.2 Confrontaciones constantes: Los awajún y los otros

2.2.1 Contacto con el Pueblo Awajún

Los pueblos jíbaros han ocupado la Amazonía occidental por muchísimo tiempo, así como algunas áreas de la sierra del Perú y Ecuador. En la actualidad es el conjunto jíbaro amazónico quienes conservan este territorio, reproducen

sus patrones culturales y siguen creciendo demográficamente. (Barclay, 2009: 13)

Por su ubicación, la historia del pueblo awajún está relacionada con otras sociedades desde la época preinca, en donde habrían estado vinculados con pobladores de la costa norte peruana, en particular los moche hace aproximadamente 2,000 años. (Regan: 1992) Estos contactos se dieron a través de tramos de menor altura en la cordillera que permitían la cercanía entre ríos de la costa y de la selva. Se habrían encontrado objetos de diversos pueblos de la costa norte en territorio awajún, reflejando así el intercambio que podría haber existido entre ellos. (Barclay, 2009: 13) Referencias a estos contactos son vistos en iconografía y mitología jíbara y moche, donde los moche son referidos como los «lwa,» con quienes incluso podrían haber tenido conflictos por la extracción de oro, evidenciando desde hace cuánto se producen este tipo de conflictos en nuestro país. (Barclay, 2009: 15)

Ya en la época inca, los awajún y este pueblo habrían tenido fuertes enfrentamientos. (Chirif y Mora: 1977) De acuerdo a muchos autores, el imperio Inca no llegaría nunca a tener control sobre el territorio Awajún, pero sí se darían algunas alianzas administrativas, políticas y militares de algunos conjuntos jíbaros andinos. Los enfrentamientos y guerras entre ellos se dieron durante el incanato de Huayna Cápac. (Barclay, 2009: 13) El inca Túpac Yupanqui trató de conquistarlos. (Regan, 2010: 23) Sin embargo, los intentos de conquista y ocupación fallaron ante la destreza guerrera de los pueblos jíbaros. (Barclay, 2009: 13)

Durante la época colonial, los pueblos jíbaros ocupaban toda la zona alrededor del río Chinchipe, Santiago y Marañón. (Regan, 2010: 23) Las expediciones al territorio awajún se dieron desde 1536, con la entrada a Bracamoros, lo que llevaría a la fundación de Jerez de la Frontera en el cruce del Marañón y el Chinchipe. Para 1541, se había fundado también Jaén y Bilbao, haciendo avances hacia el norte y sur, que llevaron también a la fundación de Zamora de los Alcaldes. A partir de estas conquistas, se establecieron dos Gobernaciones, las de Bracamoros y Yahuacongos, que luego se consolidaron

en una sola. (Barclay, 2009: 13) Dos años más tarde, los conquistadores españoles empezaron la repartición de indígenas en encomiendas, exigiendo tributos de oro. (Regan, 2010: 23)

En los documentos coloniales no mencionan al nombre awajún para las poblaciones que ocupaban este territorio, incluso el término aguaruna recién aparece en documentos de la primera mitad del siglo XVIII. La diversidad de nombres atribuidos a las poblaciones permite ver que no existía un único nombre para designar a los antepasados de quienes hoy se identifican como awajún. Sin embargo, una de las características que estos grupos tuvieron y que siguen teniendo hoy en día, no solo fue la reputación de guerreros por la defensa de sus territorios, sino su capacidad de establecer alianzas en aras de este objetivo. (Barclay, 2009: 14)

El interés de la corona española por el territorio ocupado por los pueblos jíbaros tuvo como motivación los yacimientos de oro en la zona, interés extractivista que hasta el día de hoy sigue presente. (Barclay, 2009: 15) Las primeras minas identificadas se encontraron en la región de Zamora en 1556, lo que llevó a que en los años siguientes se fundaran las ciudades de Santiago de las Montañas y de Santa María de Nieva en la actual región Amazonas, y de Loja en Ecuador, permitiendo así un avance estratégico de ingreso a estas zonas (Uriarte: 2007). Sucesivamente, se fundaron las ciudades de Valladolid y Loyola, Sevilla del Oro y Santa Ana de Logroño de los Caballeros en Yahuarzongos, al norte. La zona fue adquiriendo importancia pues se fueron descubriendo más minas de oro en la cuenca del río Santiago. Para 1571, ya existían 71 encomiendas de indios con un total de 22.270 indios encomendados. La fundación de ciudades implicaba que la población indígena quedaba sujeta a encomiendas, donde debían pagar tributos como vasallos de la corona. Para este sometimiento, se utilizaron otros pueblos indígenas como guerreros y soldados aliados a la corona. Estos abusos además vinieron acompañados de epidemias que diezmaron a la población, entre ellas la viruela y el sarampión. La población fue constantemente maltratada por los encomenderos, por lo que solían haber constantes enfrentamientos y ataques a la población española.

(Barclay, 2009: 15) En 1598, el aumento del tributo en el oro llevó a un levantamiento general de grupos jíbaros aliados, donde se mató al gobernador y a un grupo de españoles y se destruyó la ciudad de Logroño. Además, se secuestraron a niños y mujeres españolas para incorporarlos a su población (Regan, 2010: 23). Después de la rebelión, se logró que las comunicaciones entre ciudades se interrumpieran y se lograra cerrar la zona y las minas del río Santiago a los españoles. Durante los siglos XVII y XVIII, los jíbaros no permitieron el ingreso al territorio de soldados, autoridades o civiles españoles. (Regan: 2010, 23) Sin embargo, la gran importancia de estas minas para la Corona, ocasionó que se realizaran múltiples intentos de recuperación y reconquista hasta 1695. Estos intentos además vinieron acompañados de muchos secuestros de mujeres y niños jíbaros, tomados para uso personal de las autoridades. (Barclay, 2009: 15)

Todos estos ingresos habrían facilitado también el ingreso de los jesuitas y la fundación de las misiones de Maynas, que continuaron existiendo por 130 años. Sin embargo, el constante conflicto y resistencia de la población obligó a españoles y misioneros a abandonar la zona en 1704. Casi 60 años después, se haría un segundo intento de reiniciar las misiones, pero poco después serían expulsados del Perú (Uriarte: 2007). Desde ese momento, el usufructo de las minas entre el río Santiago y la cuenca del Cenepa por la Corona quedó eliminado, permitiendo a los awajún recuperar su autonomía y mantener su libertad durante el resto de la colonia. (Barclay, 2009: 16)

Poco antes de la independencia, la resistencia jíbara fue quebrada por el lado de Ecuador, lo que permitió reestablecer la comunicación al Marañón, pero se mantuvo un rechazo hacia la población externa ya que existía mucho temor por las epidemias que habían traído. El interés por el oro por parte de las autoridades tampoco disminuyó una vez independizados de la corona española: durante el período del Presidente Cáceres, él y sus socios adquirieron una concesión minera al norte del río Marañón a pesar de la resistencia a la ocupación de la zona. En 1894, los awajún realizaron ataques a poblados mineros y caucheros para impedir su tránsito por el Marañón. (Barclay, 2009: 15)

2.2.2 El pueblo Awajún y el Estado

A comienzos del siglo XX, algunos pobladores empezaron a trabajar con patrones caucheros, pero igual hubo muchas situaciones abusivas que llevaron a distintos enfrentamientos y asesinatos. (Regan, 2010: 24) Alrededor de 1930, empezó con más fuerza el auge de la minería de oro, aunque varias zonas trabajadas terminaron abandonadas por el uso limitado de tecnología que se tenía disponible. Las vetas auríferas coloniales de oro se dejaron de usar en los ríos Cenepa, Santiago y Marañón, pero se seguía realizando la explotación de oro aluvial en pequeña escala. (Barclay, 2009: 16) De acuerdo a Romio, el lapso entre 1920 y 1950 marca un proceso intenso de cambio sociocultural y económico en las dinámicas externas e internas del pueblo awajún, llevando a la “formación de una sociedad mestiza compleja y poliétnica. (Romio, 2014: 142) El pueblo awajún se vio obligado a compartir su territorio con distintos grupos poblacionales, con diversas culturas e intereses. Asimismo, se vio un incremento de comerciantes y patrones caucheros, así como de bases militares fronterizas. Se inició un proceso gradual de mestizaje a través de una intensa movilización desde la sierra, que hasta el día de hoy ejerce una fuerte presión poblacional, y un flujo de pobladores awajún hacia otras zonas más urbanas. Hay poca información que permita acercarse a los efectos de estos cambios sobre la salud y las prácticas tradicionales de esta población. Por otro lado, esta ola migratoria vino acompañada del proyecto de evangelización de la Iglesia Nazarena y de la Iglesia Católica de la misión jesuita. En 1945, a través del Ministerio de Educación, se autorizó al Instituto Lingüístico de Verano (ILV) a trabajar en la selva. El instituto tenía como objetivo investigar los idiomas y traducir la Biblia para, a su vez, formar maestros y profesionales bilingües. De acuerdo a la autora, si bien tuvieron estrategias de acercamiento distintas, lograron ofrecer a la población indígena conocimientos fundamentales del castellano y la cultura peruana, manejo de su producción y exportación de bienes, y nuevos lenguajes de estructuración política. Cinco años más tarde, se empezaron a expandir escuelas bilingües con maestros indígenas formados por el ILV o las misiones jesuitas. La creación de estas escuelas tuvo una gran influencia en la formación

de núcleos poblacionales y nuevos centros sociopolíticos. Estos centros serían además la estructura base para la formación de comunidades cuando se promulgara la Ley de Comunidades Nativas del gobierno de Velasco. (Romio, 2014: 143)

Desde la década de los 60, ya existía una generación de jóvenes indígenas que habían concluido sus primeros estudios en estas escuelas y que, por lo tanto, habían empezado a movilizarse hacia las ciudades para terminar secundaria e incluso estudios superiores. Muchos de estos jóvenes utilizarían luego esta experiencia como capital cultural y social que les permitiría empezar a construirse como líderes indígenas, bajo nuevas formas de liderazgo. Es en ese contexto, responder a una necesidad de autonomía indígena que resistiera dentro de una sociedad cambiante y en expansión, que se empiezan a formar las primeras organizaciones indígenas en el Alto Amazonas. Para ello, existían dos grandes lógicas mestizas que un líder indígena debía comprender; por un lado, las lógicas de comercio, y por el otro, las de gobierno. Tener este conocimiento permitía alejarse de la condición de subordinación económica y cultural, formalizándose como líderes con estatus político y económico que permitiera reivindicar el territorio indígena y a sus pueblos. Si bien los clanes y familias awajún no contaban con autoridades centralizadas, pues se articulaban de manera segmentaria frente a contextos de conflictos; dentro de ellos, existían hombres con características de líder y una situación de prestigio, que les permitían actuar como líderes de guerra. En esa línea, Romio entiende este nuevo liderazgo como una “dimensión jerárquica de poderes políticos y espirituales,” recordando además la importancia del “guerrero visionario” como ideal masculino.” (Romio, 2014: 144).

Otro período importante de cambio para el pueblo awajún y los pueblos indígenas en general ocurrió durante el gobierno de Velasco Alvarado, con la promoción de la Ley de Comunidades Nativas y Campesinas, que permitió la titulación a nombre de los pueblos indígenas de cientos de comunidades nativas y áreas protegidas. Organizaciones indígenas, entre ellas AIDASEP, participaron en y promovieron campañas para la inscripción y legalización de estos territorios,

trabajando de manera conjunta con el Ministerio de Agricultura. Hoy en día, y a partir de esa Ley, contamos con un Directorio que cuenta con alrededor de 1.500 comunidades nativas o 10 millones de hectáreas tituladas a nivel territorial. Si bien para la mayoría de las poblaciones involucradas en este proceso, la titulación ha tenido efectos positivos al permitir un nivel de gestión territorial con el que no contaban antes; este proceso también ha implicado que existan múltiples divisiones del territorio que antes no existían formando una especie de archipiélago. Esto implica que muchas de las áreas continuas a las comunidades, que por tanto tiempo han sido parte de su territorio, ya no lo serían ni en forma, ni en extensión ni en calidad. Además, hay que tener en cuenta que, si bien existe un título legal de reconocimiento, esto no garantiza que en la práctica se respete este derecho. Lo que sí ha logrado el proceso de titulación es generar y dinamizar un movimiento político indígena de reivindicación y protección de sus territorios. (Surrallés: 2009)

Para finales de la década de los 70, se redescubrieron algunos antiguas zonas de extracción de oro Inca en el lado occidental de la Cordillera. Esto ocasionó que se iniciara un intenso proceso de movilización de mineros hacia el área, pero la explotación constante agotó rápidamente dichos recursos en las vetas superficiales. (Barclay, 2009: 16) Los mineros avanzaron hacia el noreste, por donde ocurrió un derrumbe masivo que llevó a que muchas empresas mineras de grandes capitales se animaran a entrar a la zona, desplazando mineros informales y pequeños y arrasando por el bajo Nangaritza en los sectores Machinaza, Río Blanco, y El Zarza. (Barclay, 2009: 17)

En este contexto, las comunidades tituladas empezaron a asociarse a federaciones, tomando en cuenta distintos criterios étnicos y espaciales, como la pertenencia a una cuenca. A lo largo de los 80, se constituyeron con más fuerza las federaciones indígenas amazónicas. Esta década también significó una serie de proyectos o iniciativas que intentaban integrar a la población indígena como ciudadanos del Perú. Una de las más resaltantes, de acuerdo a Surrallés, fue la entrega de las libretas electorales en la selva norte, que hasta los años 90 muy pocos indígenas tenían. A partir de estas campañas, líderes

indígenas empezaron a ejercer cargos públicos, tanto a nivel distrital como provincial. Dado el incesante modelo extractivista en el que se ve inserto el país, las organizaciones indígenas tomaron ciertas posturas ante ellos, en su mayoría de resistencia; sin embargo, se diferenciarían aquellas que estaban o están dispuestas a comprometerse a cambio de contraprestaciones, de aquellas que se mantendrían como un frente firme de resistencia. (Surrallés: 2009)

Si bien en la primera versión de la Ley de Comunidades Nativas y Campesinas se legitimaba el derecho inalienable a la propiedad colectiva de los pueblos indígenas -que se fue fortaleciendo a través de tratados internacionales, la legislación nacional peruana ha intentado múltiples veces destituir estos derechos territoriales. En el gobierno de Fujimori, se logró eliminar la “intangibilidad” de las tierras; mientras que, en el de Alan García, se emitieron una serie de decretos legislativos para facilitar el proceso de inversión de grandes transnacionales extractivistas. En esa línea, el Estado se ha dedicado a dos procesos paralelos; por un lado, la titulación de comunidades y, por el otro, la promoción de un modelo extractivista a través de grandes inversiones internacionales. Este modelo enfocado en recursos naturales como el petróleo busca la mayor cantidad de ingresos económicos para el país sin importar el impacto en la población indígena que habita en esos territorios, ni el medio ambiente que contamina. (Surrallés: 2009)

Como se ha podido observar a lo largo de este recuento histórico y político, el modelo no es nuevo, ni tampoco la resistencia indígena hacia él. Estos procesos empiezan a ser conocidos por la opinión pública en un contexto donde la conciencia ecológica crece y se busca desarrollar el turismo interno. Sin embargo, en los últimos años, la expansión de la industria petrolera ha aumentado de manera acelerada y sin precedentes. Desde el 2003, las inversiones realizadas por este sector se dan con “una política fiscal favorable y una licitación masiva de zonas de exploración.” (Surrallés: 2009) Asimismo, el mercado mundial ha contribuido a ello con un precio alto para el barril de petróleo, dándose un auge petrolero. Actualmente, los lotes licitados por el Estado peruano cubren 72% de la Amazonía.

Como se ve, en un contexto de políticas tan agresivas como estas, la titulación ganada no ha sido de mucha utilidad, ya que el subsuelo aún pertenece al Estado quien puede disponer de él. Surrallés sugiere que, incluso, podrían ser contraproducentes, en tanto el Estado se aprovecha de la situación para no responder ante ciertas condiciones que todo proyecto debería tener.

Asimismo, la poca capacidad de negociación con la que cuentan las comunidades, lleva a que muchas veces se ignore la consulta previa establecida por los convenios internacionales y se encuentren con proyectos iniciados sin ni siquiera haber sido informados (Surrallés: 2009). De acuerdo al autor, esta situación representa un amplio conflicto de intereses que, inevitablemente, ha llevado y seguirá llevando a un proceso de conflicto, como lo fue el denominado “Baguazo.”

2.2.3 El Baguazo: “El Gobierno no nos quiere a nosotros, nos quieren exterminar”

En el panorama mencionado y dada la importancia que se ha otorgado al Baguazo en los relatos y narrativas de los pobladores entrevistados, es relevante hacer un pequeño recuento de los eventos ocurridos en el 2009. Para ello, seguiremos la breve descripción que hace Surrallés sobre este proceso (2009). En abril del 2009, las organizaciones indígenas de la Amazonía iniciaron una protesta para solicitar la derogatoria de los decretos legislativos 994, 995, 1060, 1064, 1080, 1081, 1083, 1089 y 1090, así como de la Ley de recursos hídricos. La legislación actual presentaba ciertos obstáculos para los proyectos extractivos de recursos mineros, petrolíferos y forestales, por lo que dichas iniciativas buscaban facilitar el proceso de inversión para estos proyectos. En ese sentido, la población y las organizaciones consideraban que los decretos y la ley eran perjudiciales y dañinos para sus derechos, en particular los territoriales. Asimismo, consideraban que se intentaría adaptar la legislación a los acuerdos del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos. Si bien, como menciona el autor “la protesta indígena podía considerarse legítima con solo tener en cuenta que el Perú, según el Convenio 169 de la OIT del que es

país signatario, debe realizar una consulta previa y de buena fe a toda resolución que afecte a los pueblos autóctonos” y que “esta protesta se sumaba además a una serie de iniciativas similares (...) con propuestas legislativas inconsultas que afectan a los pueblos indígenas y que son finalmente derogadas frente a las protestas”, el gobierno y las autoridades tomaron la decisión de declarar estado de emergencia en la zona y utilizar a la Policía Nacional y a las Fuerzas Armadas para desalojar el bloqueo de la carretera Fernando Belaunde Terry en Bagua, como principal foco de la protesta. El operativo desató una serie de actos violentos que terminaron en alrededor de 30 muertos y más de 100 heridos, entre civiles, líderes indígenas y cuerpo policial.

Lo que siguió a este evento fue la persecución política de participantes y líderes indígenas, a través de la detención de algunos, intimidaciones y acusaciones de terrorismo, delincuencia y salvajismo. Como consecuencia, un tiempo después el Primer Ministro y la Ministra el Interior presentaron su renuncia. Sin embargo, si bien se asignó una comisión parlamentaria para aclarar los hechos y encontrar culpables, el proceso fue bastante turbio y sesgado por los intereses del Gobierno, incluso ocasionando que algunos de sus miembros renunciaran. (Surrallés: 2009) En ese sentido, “los incidentes de Bagua son la consecuencia de una larga historia que lleva muchos años generando una gran frustración en la población local: un polvorín social que la mala gestión gubernamental hace estallar.” (Surrallés: 2009, 6) Estos eventos expresan el descontento de la población amazónica hacia el Estado y su accionar, latente en hechos concretos como paros, movilizaciones y manifestaciones en contra de empresas extractivas. Por un lado; se encuentra el Estado peruano, quien tiene un historial de modelo extractivista que permea cualquier política donde los derechos territoriales de los pueblos indígenas son promovidos con desdén; y por el otro, las organizaciones indígenas creadas en el proceso de titulación, que permiten abrir un espacio para la integración y capacidad de negociación de las comunidades indígenas con la sociedad peruana, pero que no logran tener el impacto que deberían en la búsqueda de sus derechos territoriales. Los oídos sordos del Estado ante las demandas de

las organizaciones indígenas, demuestran su interés por beneficiar a las empresas mineras; poniendo en riesgo los territorios y derechos de estos pueblos en aras de un modelo no sostenible y basado en la ampliación de la exploración petrolera. (Barclay, 2009: 10)

El pueblo awajún ha manifestado su oposición hacia la minería en la Cordillera del Cóndor a través de diversos mecanismos nacionales y regionales. Asimismo, se han realizado múltiples demandas por contaminación de sus aguas, confirmadas por DIGESA pero sin haber informado a la población de sus resultados. También se ha denunciado la ausencia del uso de la consulta previa para concesionar territorios y dar permisos de operación. (Barclay, 2009: 40)

Hacer una revisión de la historia y el contexto sociopolítico del pueblo awajún; en particular su relación con el Estado, permite ver que, como lo dice Regan: “Dentro de un Estado con una sociedad estratificada como la peruana, perduran sociedades que en su interior son igualitarias, que conservan muchos valores que se remontan a una época cuando no formaban parte de un Estado burocrático.” (Regan, 2010: 20) Se considera que estos han sido los valores que han permitido la formación de diversas alianzas y organizaciones para construir un frente de resistencia ante el incesante modelo extractivista estatal. En ese sentido, hay que considerar también que en su relación con el Estado, no son solo los territorios lo que ellos defienden, sino su “propia identidad colectiva étnica: de pensarse como parte de una historia propia asociada a un territorio específico que les pertenece.” (Araujo: 2016) Asimismo, Surrallés propone que esta problemática no es solo una cuestión jurídica, pues abarca cuestiones políticas y culturales, que además definen modelos contradictorios de desarrollo. Nos deja con ciertas interrogantes: “¿está preparada la sociedad peruana para hacer respetar los derechos adquiridos de sus ciudadanos —aunque sean indígenas amazónicos— y refrendados tanto por la legalidad vigente como por un conjunto de jurisprudencia, convenios y declaraciones internacionales asumidas por el Perú? ¿La democracia será lo suficientemente sólida para evitar que grupos de poder continúen utilizando para su propio beneficio las prerrogativas que ofrece el Estado para la explotación de recursos naturales, en

la más pura mentalidad colonial, sin importarles el precio en términos de convivencia social, conciencia democrática y decencia civil que esto implique?” (Surrallés: 2009, 34)

Además del recuento histórico y político de dichos eventos y, en particular de la relación que el pueblo awajún tiene con el Estado desde hace décadas, parte de esta investigación recuperó varios relatos sobre lo que el “Baguazo” significó en la vida de los pobladores awajún y cómo repercutió en su vida cotidiana así como en su confianza en el Estado y en entidades externas.

De acuerdo a diversas versiones, el Baguazo representó un hito en la confianza que los pobladores del Cenepa tienen con el Estado. Cuando se exacerbaron los conflictos en el 2009, uno de los primeros grupos que salió hacia la Curva del Diablo fue de la comunidad de Huampami, el 7 de abril. Un segundo grupo salió poco después a apoyar en la protesta y, de acuerdo a los relatos recolectados, “la policía los estafó. Les dijo que los iban a apoyar y cuando fueron, los dispersaron.” Esta noticia de distanciamiento empezó a correr de regreso a Huampami y hacia otras comunidades del Cenepa. Entre estos rumores, se dijo que “habían matado a la gente”, lo que enfureció a gran parte de la población de Huampami quienes intentaron tomar la comisaría de la comunidad. La policía, sin ánimos ni órdenes de enfrentarse, se encerró en la comisaría, viendo además que eran superados numéricamente por la población y sus posibilidades de salir ilesos eran muy reducidas. Al poco tiempo, los pobladores “se desanimaron” pero, ante la imposibilidad de tomar la justicia en sus propias manos con la policía, “descargaron su cólera con una familia y un personal de salud”.

Ante los eventos ocurridos en Huampami, las protestas y tomas que estaban realizando diversos grupos del pueblo awajún, se realizó una reunión comunal para determinar las acciones con respecto a la policía y al personal del centro de salud. En dicha reunión, se acordó la salida sin enfrentamientos de la policía de Huampami, pues para la población estaba claro que ellos seguían las órdenes del gobierno y que no podían seguir en su territorio o todo terminaría peor. Es así como llegó el Comandante del Ejército de la base Chávez Valdivia, ubicada

a 10 minutos en pequepeque de Huampami y a cinco en chalupa, junto con otros soldados y más policías para recoger a aquellos que trabajaban en la comisaría y así evitar un enfrentamiento en la zona. Desde ese momento, la policía no volvió a trabajar ni establecerse en Huampami y la comisaría quedó en las manos de las autoridades comunales.

El centro de salud y su personal cumplieron también un rol fundamental en el conflicto. Si bien al comienzo hubo una cierta molestia hacia el personal por ser mayoritariamente mestizo y, por lo tanto, potencialmente peligroso; en la asamblea comunal, el personal pidió garantías de que no iban a ser agredidos ni hostigados o se irían. Hubo quienes estuvieron reacios a aceptar dicha propuesta, pero, finalmente, se decidió dejarlos permanecer. Todos estos eventos ocurrieron antes del 5 de junio.

Con respecto al propio 5 de junio, los hechos que lo precedieron y aquellos que sucedieron posteriormente, la opinión recogida es que todo fue “provocado por el gobierno nacional. Si no lo autorizaban, no hubiera pasado”. En ese sentido, se entiende también que lo que buscaban el Estado y las empresas extractivas era y es su territorio. Si bien la expulsión de la policía en Huampami fue vista como necesaria en ese momento, hay una línea general de pensamiento que describe cómo los policías en la Curva del Diablo “recibieron órdenes para actuar en contra de nosotros”. De hecho, un tema que resaltó fue que algunos de los relatos recopilados consideran que la policía no solo no fue responsable de las muertes que ocurrieron, sino que ellos también sufrieron pérdidas que el gobierno ocasionó; logrando que “entre peruanos nos matemos”. El Centro de Salud demostró su apoyo mandando personal para ayudar con los heridos, lo que, según algunos trabajadores del centro, suavizó un poco la tensión, permitiendo que se les considerara “como su enemigo necesario”.

Otras de las entrevistas permitieron ver también cómo se vivió el Baguazo para aquellos que se encontraban fuera de sus comunidades en la época, la mayoría de ellos estudiando en la ciudad, Jaén o Santa María de Nieva. Una de las descripciones fue de un varón cuya familia se encontraba en Kusu Pagata mientras él se encontraba en Jaén. “Mi familia estuvo por acá, y normal,

preocupados por mí porque escuchaban que hay que eliminar a todos los indígenas. A veces no iba a estudiar por eso, escuchaba esos comentarios por mi mamá, dicen que todos los que estudian en la ciudad van a buscar a los indígenas para eliminarlos.” Este joven asustado se privó por días de sus estudios. Refugiado con las misioneras del Sagrado Corazón, temía por su vida cuando le comentaban que buscarían incluso entre las aulas a los indígenas para matarlos, dado que él “era el único awajún en el instituto”. Otra persona describió la situación terrible cuando llegaban los heridos a Jaén, pues trabajaba ahí y escuchaba los relatos del enfrentamiento. Contaba también que atacaron a la SUNAT y al Poder Judicial y quemaron el local del APRA. “Fue terrible, todos se encerraron,” comentó, refiriéndose a otros awajún que se encontraban en la ciudad y que no participaron de la violencia. “A raíz de eso, por eso nos quieren matar. Hasta de Qali Warma, los enlatados, también hablan para que awajún muera.”

Si bien algunos han generalizado y mezclado al gobierno, con las empresas y los mestizos; la mayoría de los entrevistados explicaron que su resentimiento estaba dirigido hacia el gobierno y el Congreso, mas no hacia los mestizos. Hay también quienes opinaron que gran parte de la culpa está en “los policías, que siendo nuestros hermanos, nos mataron sabiendo que no tenían armamento.” Esto evocó un profundo sentido de resentimiento y de injusticia. También se dijo que, cuando los grupos salieron hacia las protestas, lo hicieron con una intención pacífica y, por eso, salieron sin armamento; mientras que la policía, bajo órdenes, salió a matar. “Si hubieran dicho, hubieran preparado plantas medicinales que son mortales; porque ellos saben hacerlo. Más bien la comunidad quiso hacer una marcha pacífica.”, fue la opinión de una comunera de Huampami. Con la intención de evitar la violencia, pero conseguir que sus reclamos fueran escuchados, los pobladores del Cenepa y del Río Santiago salieron a apoyar de diversas maneras: llevaron todo el dinero con el que contaban, cazaron animales para que sus hermanos pudieran alimentarse, y cargaban con ellos, cualquier cosa que pudiera ayudar. Otro aspecto que varios mencionaron y les incomodaba bastante es que la relación con la policía antes del Baguazo era

“coordinada” con la comunidad. “No intervenía con las funciones del Apu (...)” desde la perspectiva de las autoridades, y que “eran hermanos”, desde la perspectiva de otro poblador, quien incluso mencionó que antes “les invitaban su yuca, su cocona.” Ambos concluyeron que esa relación se destruyó a raíz del Baguazo.

Finalmente, se han recopilado testimonios que expresaron el sentir de los pobladores de Huampami y otras comunidades del Cenepa con respecto al Baguazo y el Estado. “Desde entonces, pensamos que el Gobierno no nos quiere a nosotros. Nos quieren exterminar,” parece ser una opinión compartida. Además, más de uno mencionó que el cuidado de la salud a través del centro o de los hospitales en ciudades es ahora un problema pues, “muchos familiares dicen que cuando llevan a un paciente a Bagua es muerte segura. Si son familiares de los policías que han fallecido, los matan. Siempre hablan. No hay confianza en Bagua, Jaén”. O que, además de comportamientos discriminatorios, “hasta en hospitalizarte tienes miedo, porque por el tema del Baguazo te van a matar”. Hay quienes también afirmaron que “hay una desconfianza total” y que “a los indígenas del Cenepa nos quieren matar, porque dicen que nosotros hemos matado a la policía. La psicosis que quedó marcada en nuestra población, influye bastante esto.”

2.3 Violencia estructural: círculo de pobreza e inequidades

“La violencia que se ejerce contra los pobres encuentra sus fundamentos en las fuerzas históricas, muchas veces forjadas por procesos económicos. Estos procesos y estas fuerzas constituyen la base de la “violencia estructural”, una violencia de intensidad constante que puede tomar varias formas: racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales. A través de la rutina, del ritual o de los transcurso difíciles de la vida, esta violencia estructural pesa sobre la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus vidas.” (Farmer: 2003).

El fenómeno de la violencia estructural es, como Farmer lo define, una violencia constante fundamentada en relaciones históricas y políticas; que se nutre de múltiples dimensiones e inequidades; y sobre todo, limita la capacidad de autonomía y decisión del individuo sobre su vida. Según mi percepción de lo observado y lo recopilado a través de entrevistas y conversaciones, la población indígena awajún del Cenepa se encuentra en esas condiciones. Una serie de situaciones observadas en el trabajo de campo entran dentro de estas categorías y me han hecho reflexionar este concepto y lo que implica un contexto estructural así. Para ordenar estas situaciones donde se han desencadenado diferentes elementos de “violencia estructural,” la presente sección tendrá dos dimensiones en las que se concentrará; lo que hemos definido como “círculo de pobreza” y las inequidades sociales en la población, en particular las de género. En ese sentido, me parece importante señalar que muchas de estas situaciones llamaron mi atención y fueron procesadas e interiorizadas desde mi perspectiva como mujer; y que es por ello que surgieron como un elemento crucial para mi investigación, en dónde me parecía necesario visibilizarlas.

Parte de contextualizar esta investigación y mostrar estas situaciones que evocaron el concepto de violencia estructural, implica analizar su situación de pobreza, de desarrollo humano y condiciones de vida. Entonces, es necesario también definir qué es la pobreza. De acuerdo a la PNUD, “la pobreza se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable, entendiendo por esta la posibilidad de contar con una alimentación adecuada, un lugar donde vivir y gozar de salud, acceder a educación y disfrutar de un nivel de vida decente, así como contar con seguridad personal, libertad política y de asociación, respeto a los derechos humanos, garantía de acceso a un trabajo productivo y bien remunerado, y participación en la vida comunitaria. De acuerdo a esta definición, serán pobres las personas a las que no les sea posible alcanzar un mínimo necesario establecido, en cada una de estas áreas.” (PNUD) (MINSa: 2006, 45)

Si bien no existía información específica sobre cada comunidad, hay datos que pueden ayudar a describir este contexto de pobreza con mayor profundidad a nivel distrital. Como ya se ha mencionado, el Cenepa tenía 9626 habitantes y,

de acuerdo al Mapa de Pobreza Provincial y Distrital del 2013, estaba en el puesto número 14 de los 20 distritos más pobres del país (con mayor índice de pobreza) (INEI: 2015, 51) y pertenecía a los 27 distritos con extrema pobreza de la provincia de Condorcanqui (MINSA: 2016). Su índice de desarrollo humano era de 0.3666, llegando a ser incluso más bajo que la República del Níger, que tuvo el índice de desarrollo humano más bajo (puesto 187) del mundo con 0.337, de acuerdo al Informe del PNUD publicado en el 2014 (Noruega, el más alto, tuvo un índice de 0.944). Entre los 1847 distritos del Perú, ocupaba el lugar 1807 de acuerdo a su índice de desarrollo humano (IDH). El ingreso familiar per cápita era de 174.90 nuevos soles al mes, 1499 en el ranking, ocupando el número 52 de 57 entre los distritos del estrato 4 (de 5'000 a 30'000 habitantes).

La esperanza de vida era de 66.1 años, ocupando el ranking 1218, mientras que el promedio nacional era de 74.6 años. El Cenepa tenía una tasa de 70.4% de alfabetismo, siendo el puesto 1484 a nivel nacional. La matriculación secundaria era de solo 16.8% y el logro educativo era de solo 34.7%, ocupando -en ambos casos- los últimos lugares (puesto 1825 y 1820, respectivamente). Finalmente, ocupaba el puesto 52 de 57 de los distritos que tienen entre 5 mil a 20 o 30 mil habitantes.

Tabla 4: Índice de desarrollo humano distrital 2003 (1847 distritos)

Distrito	Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida	
	Habitantes	Ranking	IDH	Ranking	Años	Ranking
Cenepa	9882	510	0,3666	1 807	66,1	1 218

Fuente: Elaboración propia en base a PNUD / Equipo para el Desarrollo Humano: 2004.

Tabla 5: Niveles educativos a nivel distrital 2003 (1847 distritos)

Distrito	Alfabetismo		Matriculación secundaria		Logro educativo		Ingreso familiar p/cápita	
	%	Ranking	%	Ranking	%	Ranking	N.S/mes	Ranking
Cenepa	70,4	1 484	16,8	1 825	34,7	1 820	174,9	1 499

Fuente: Elaboración propia en base a PNUD / Equipo para el Desarrollo Humano: 2004.

Tabla 6: Índice de desarrollo humano del estrato 4: distritos de 5mil a 20/30mil habitantes

Ranking	Índice Desarrollo Humano Local	Índice Competitividad Humana	Índice Satisfactores Desarrollo Humano	Índice Desarrollo Humano
52 de 57	0,4750	0,1565	0,3345	0,4525
Promedio	0,4434	0,2609	0,3560	0,5299

Fuente: Elaboración propia en base a PNUD / Equipo para el Desarrollo Humano: 2004

Con estos datos, queda explícito que estamos hablando de una de las zonas más pobres del país. Esto se refleja en una serie de dimensiones: los altos índices de desnutrición de la población, las bajas tasas de educación y el poco acceso a ella, las pocas oportunidades laborales y de ingreso y, por supuesto, las inequidades de género que detallaremos más adelante. De hecho, al ser focalizada como zona de extrema pobreza, recibe programas sociales que corresponde: Juntos, Pensión 65 y FONCODES. Sin embargo, estos programas tienen un enfoque que no permite ver cambios tangibles en la situación de pobreza.

Los índices de desnutrición y las bajas tasas de educación son temas absolutamente vinculados, que además son atravesados por un eje de género. De acuerdo a datos recopilados de CARE, la desnutrición es un desafío enorme para la educación. Considerando que en Huampami había un índice de desnutrición de 30%, queda claro que esto representaba una gran problemática para la educación. Como se sabe, la desnutrición crónica infantil antes de los 5 años limita el desarrollo cognitivo y social de los niños. Los niños que entran en esta categoría son más propensos a repetir el ciclo de pobreza con sus hijos. Esto implicaría que ese 30% de niños en Huampami estaría destinado a la pobreza antes de siquiera haber entrado al colegio.

En cuanto a los índices de educación, a nivel distrital el Cenepa ocupaba los últimos puestos. Tenía una tasa de 70.4% de alfabetismo -ubicándose en la posición 1484 de 1847; y un índice de matriculación secundaria de solo 16.8% quedando casi en los últimos lugares con un ranking de 1825. Además, de acuerdo a la Consultoría en comunicación para el desarrollo que trabaja el tema del VIH/SIDA con poblaciones awajún-wampis; la situación educativa de la provincia de Condorcanqui -donde el 79% de los niños, niñas y adolescentes son

de origen indígena- mostraba que los niños y niñas de 12 a 13 años de origen indígena es más baja, en comparación, con los de origen mestizo. A pesar del alto porcentaje, no se implementaba la educación intercultural bilingüe a nivel de secundaria. Si además agregamos la variable de género, las cifras son aún más alarmantes. De acuerdo a CARE el 51% de las niñas en zonas rurales no termina la secundaria; en la Amazonía, la situación es peor, 1 de cada 10 niñas no termina el colegio (CARE-Perú). Se considera además que las niñas que completan su educación, son más propensas a tener mayor capacidad de decisión sobre la cantidad de hijos que tendrán, pues la edad mediana al primer nacimiento aumenta con el nivel educativo; así como mejores posibilidades de una fuente de trabajo e ingreso.

“Estadísticamente llegan muy pocas chicas a terminar secundaria. Desertan alrededor de tercero. Hay cuatro primeros pero solo dos quintos con muy poca gente. Algunas embarazadas.”

Docente mujer mestiza, 38 años

De acuerdo a la Encuesta Familiar (INEI), las mujeres en esta zona empiezan a tener hijos a edades tempranas. Alrededor de un 30% tenían su primer hijo antes de los 18 años y casi 60% antes de los 20. Al llegar a los 25, casi 80% ya ha dado a luz a su primer hijo. (INEI: 2012, 67)

“Se habla también de una memoria genética. Ahora quieren que terminen la secundaria. Las mismas niñas están como entrenadas, predisuestas para el rol de mamá. Antes las entregaban y la pareja asumía la responsabilidad. Ahora es un embarazo, que pasa a ser un problema entonces prefieren no mandarlas a secundaria. Aunque no se hable abiertamente, sí hay temor por sus hijos. Hay familias que dicen cuando mis hijos lleguen a la pubertad, los saco de acá.”

Hermana mestiza de la comunidad cristiana, 45

En ese sentido, para encarar la problemática de la violencia estructural, hay que tomar en cuenta que no son solo las historias de abuso sexual, las condiciones que definen la existencia de la mujer en un contexto donde se encuentra subordinada. También influye la división y organización del trabajo que hay, y con ella las expectativas de vida que ellas pueden tener para su futuro. Se considera, y se confirma en cierta medida con las observaciones, que las

mujeres tienen a su cargo muchas más tareas del hogar y la familia que el varón, tareas que son cotidianas y sin descanso. Ellas no solo se encargan del ámbito doméstico, la cocina y la crianza de los hijos; sino que también tienen a su cargo el manejo de la chacra. A pesar de ello, cuentan con muy poco poder de decisión sobre sus propias vidas. Una de las situaciones en las que más se reflejan estas dimensiones es en la bajísima posibilidad de elegir de manera autónoma lo que quieren hacer cuando se trata de su salud o la de sus hijos. En ese sentido, al ser atendidas en el centro de salud y ser referidas para una emergencia o recetadas algún antibiótico, son los varones -esposos o padres- quienes han terminado tomando la decisión final, muchas veces sin considerar la real condición de salud.

“Son una cultura bien machista acá, ya te habrás dado cuenta. Aquí la mujer hace lo que el hombre le dice. Por ejemplo, con las emergencias cuando se hacen referencias, la mayoría de emergencias que recibimos acá son obstétricas, y si los esposos no quieren que se les refiera no se van. Y te dicen todavía: “Que se muera acá.” A veces son los papás también, sobre todo si la chica es más joven. Y piensan que ahí se soluciona el problema, pero cuando la persona está más grave o se muere, ahí se van contra ti.”

Personal de salud mestizo, mujer, 26 años

Insertar la variable de género me parece algo de suma importancia para esta investigación. Durante los dos meses que pasé en la localidad, percibí inequidades que se manifestaban en distintas formas. Hay que tener en cuenta además, que como mucha bibliografía detalla, las mujeres campesinas e indígenas son el eslabón más débil de la sociedad, expuestas a un ciclo de abusos como mujeres y como indígenas; tanto dentro de su sociedad como en y con la sociedad mayor.

En ese sentido, se recopilaron una serie de relatos con respecto a la condición de la mujer en la comunidad, que evocaron este sentido de desigualdad y en particular de pocas posibilidades de decisión, falta de autonomía. La mayoría de estos casos fueron casos de abuso y violación de niñas, niños y adolescentes, así como escenarios de sexo transaccional.

Uno de los primeros casos que llegó a mis oídos en el tercer día de mi estadía en la comunidad, fue el arresto de un profesor por la violación de una menor de edad. Fui invitada a participar en una reunión con el fiscal, la municipalidad, los docentes y la coordinadora de la estrategia contra el VIH. Todos los presentes, menos aquellos que fueron invitados del Centro de Salud de Huampami, residían en Santa María de Nieva y habían venido específicamente para esta situación. Se estaba realizando la coordinación para el apresamiento de un docente que había violado a una niña de 12 años en Suwa Pagki, en junio del 2017, dos meses antes de la reunión. Aunque la denuncia ya había sido hecha hacía tiempo, las medidas de justicia recién estaban empezando. A pesar de ya haber pasado por un médico legista en Nieva, el fiscal y los distintos miembros de esta coordinación habían llegado a Huampami con dos propósitos, recoger a la niña y a su madre para llevarlas a Nieva a volver a reunirse con el médico legista y coordinar el apresamiento del docente. La idea era además hacer un caso ejemplar, que sirviera como antecedente y como medida disuasoria al ser una situación frecuente, pocas veces sancionada.

“Tenemos que encerrar al violador, cazarlo, sancionarlo, pasearlo y llevarlo. Y si el fiscal lo suelta, le caemos a él; y si paga para salir, nos encargamos con las rondas de Nieva.”

Miembro de la municipalidad, varón, 40 años

Pareciera ser que los casos de abuso y violación están tan normalizados que aparecen como una pena simple en el reglamento interno y, hasta hace poco, no eran llevados a la fiscalía ni a la ciudad. En junio, se realizó un monitoreo de distintas instituciones para ver la problemática. En ella, destacó el abuso sexual de los docentes a los alumnos, y de los comuneros a las niñas y adolescentes. De acuerdo al personal de salud, el reglamento interno es *“una burla a la humanidad, por una violación te pagan 300 soles, y si es a un mestizo, no importa.”* Desde la Red de Salud y desde las estrategias de monitoreo social, ya se está trabajando con las autoridades en la sensibilización de las comunidades para que cambien sus reglamentos internos. Esto permitiría que los casos de violación sean derivados a la fiscalía y no se utilizaría solamente la

justicia comunal. Lamentablemente, ante estas iniciativas, ha habido un índice de rechazo también, por lo que es un juego de constante negociación.

“Yo tengo varios casos de alumnas violadas por profesores, tengo varios casos de alumnas violadas por los docentes, tengo varios casos de alumnas acosadas por docentes, tengo varios casos. ¿Qué es lo que está pasando?”

Personal de salud mestiza, mujer, 32

Si bien hay un contexto donde se habla mucho de la promiscuidad de la población, por parte de la misma población, de los mestizos e incluso de las investigaciones sobre estos temas; es importante ver qué factores de violencia estructural están detrás de esta “promiscuidad.” Desde el Centro de Salud, se menciona que los niños y niñas empiezan a tener relaciones entre los 8 a 14 años. Se califican estos comportamientos como promiscuos, dentro de un estilo de vida de libertinaje que no mide las consecuencias. Sin embargo, incluso en casos descritos de chicas “moviditas”, hay también un factor de abuso detrás. Un caso relatado fue el de una chica de 17 años con dos abortos registrados, suponiéndose que tenga más sin registrar. Un elemento clave en su historia es que algunos de estos abortos podrían ser producto de abusos del propio padre.

“Hay unas chicas que son un poco movidas. Aquí desde jovencitas se acuestan, chibolas, pero yo no juzgo, también lo harán por necesidad. No todos tienen las mismas facilidades. Carmen tiene 17 años y dos abortos (registrados, debe tener otros afuera), odia a su padre, ya sabes por qué. Es movidita pues, y a mí me gusta hablar con ella, pero al toque piensan mal. Se acuesta con varios por ahí.”

Personal de salud mestizo, varón, 29 años

Las historias de acoso y violaciones relatadas evocan esa dimensión de inequidad y violencia estructural que se ha manifestado. Si a eso, se le añade la pobreza económica y multidimensional mencionada antes, esto conlleva otro fenómeno de abuso y ausencia de libertad de elección: el sexo transaccional con menores. Si bien en otros contextos, hay trabajadores sexuales que escogen esa profesión por motivos que van más allá de la necesidad, en el caso de Huampami y del Cenepa, es difícil hablar de esa capacidad de elección y decisión. Dado que la situación de pobreza extrema significa hambre (más allá de los índices de

desnutrición), dejamos de hablar de libertad para elegir esta actividad si se trata de conseguir alimento al cual no podrías acceder de otra manera. En ese sentido, cuando las persona de la comunidad y los mestizos en la comunidad hablan de las condiciones de vida tan precarias, todos señalan que la dieta es uno de los temas más complicados que les limita las posibilidades para desarrollarse como persona.

“Le damos arroz y fideos y a veces su madurito. Usted sabe, aquí no hay mucho.” “Sí, yo entiendo.”

Interacción entre personal de nutrición y madre joven en una visita domiciliar a al anexo de Kayamás.

Por un lado, están los motivos de esta “transacción” muy ligados, como ya se mencionó, al hambre y a la “necesidad.” Los relatos usualmente establecieron que los niños y jóvenes, al verse en situaciones de hambre, aceptaban unas monedas o algo de comida o gaseosa a cambio de su cuerpo, sea alguna especie de tocamiento o una relación sexual en sí. El pago puede también podía ser algo de ropa o zapatillas.

“Solo comen yuca y plátano y los niños como cualquiera desean otras cosas. Se meten al tocamiento, al ultrajo sexual a cambio de chupetes, zapatillas, cinco soles.”

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

Incluso se han relatado casos donde el abuso se ha dado por alguno de los docentes y la transacción ha estado relacionada al rendimiento académico. Por lo tanto, muchas de estas situaciones calificadas como promiscuas, tienen más que ver con la necesidad de conseguir lo que se les esté ofreciendo a cambio, que del deseo de tener esa relación. A continuación, pondré tres citas que permitan visibilizar mejor esta situación desde la población y el personal de salud.

“Yo escuché de las chiquitas que por una lata de atún si hacían cambios. Ellas con su cuerpo se ganaban su comida. De los gays también últimamente escucho que los gays mayorcitos ellos son los que les dan esa idea y se van contagiando entre ellos y ahora hay un monton de gaysitos. Los jóvenes necesitados terminan acostándose con alguien mayor u homosexual. A veces por unas golosinas o ropas, terminan contagiándose”

Mujer awajún, 40 años

“Los alumnos se meten con docentes por necesidad, les dan sencillo.”

Personal de salud awajún, mujer, 31 años

“Relaciones entre profesores y alumnos se da más que nada por dinero. Ese es el mayor riesgo entre edades de 16 a 18 años y porque no tienen dinero para ropa, una gaseosa, nada.”

Personal de salud mestizo, varón, 46 años

Parte de esta problemática de sexo transaccional, en particular, como menores es el tema del contagio del VIH. Si de por sí, el uso del preservativo no ha sido común y muchas veces es rechazado; en el caso de sexo transaccional, quien paga rara vez usará preservativo, exponiendo a una persona que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad.

“Tenía muchachitos de 13, 14 años que tenían relaciones sin protección. La mayoría son jovencitos. A algunos les daba 5 o 10 soles. Otros por curiosidad. La mayoría por eso es contagio por homosexual. Un profesor siendo homosexual tiene relaciones con alumnos a veces por las notas.”

Personal de salud awajún, mujer, 35 años

Finalmente, un gran ejemplo y potencial foco de enfermedades infecciosas



Fotografía de uno de los cuartos de la residencia de mujeres
Fuente: elaboración propia

han sido las residencias del internado de secundaria. En ellas, los alumnos vivían en una situación de precariedad terrible. No solo tenían pésimas condiciones de saneamiento, tanto el de varones como en el de mujeres, sino que estaban hacinados en cuartos pequeñísimos donde se apiñaban más personas de las que

deberían. 60 niñas y adolescentes vivían en 4 cuartos, con dos pozos ciegos para ir al baño y tan solo 1 ducha. Lo peor es que había una plaga de cucarachas y ratas y no existía presupuesto ni para la fumigación. Esto era complicado, poco higiénico y peligroso en particular para la salud de las mujeres. Por otro lado, en el caso de los varones, su residencia queda más cerca al colegio, pero los baños del colegio se cierran en las tardes y se veían obligados a utilizar uno de los pozos al exterior que estaban en las mismas condiciones (dos de ellos están actualmente cerrados porque ya se llenaron) y 3 duchas al aire libre. No contaban con luz, y antes de que



Fotografía del baño de la residencia de mujeres
Fuente: elaboración propia

oscurezca eran encerrados en sus cuartos con solo una pequeña ventana por la que pueden mirar a la comunidad. Otro de sus grandes problemas ha sido siempre la falta de alimentos. En teoría, sus familias deberían dejarlas algunos insumos para que ellos puedan cocinar o comer mientras están ahí en el internado; en teoría también, Qali Warma debería poder proveer a estos jóvenes de seguridad alimentaria. Sin embargo, Qali Warma solo repartía insumos muy básicos de lunes a sábado; por lo que los estudiantes internados nunca estaban bien alimentados y vivían en condiciones absolutamente precarias. Ante esta situación, han sido de los primeros que se han visto involucrados en el sexo transaccional a cambio de alguna de las cosas que necesitaban.

“De otras comunidades los dejan en el internado, y hacen por necesidad de alimentos. Les dan también ropas.”

Personal de salud awajún, mujer, 27 años

“A mí, mis alumnos me dicen que a veces por S/ 5 los homosexuales, aceptan. Igual las chiquitas a veces por galletas, un celular. O sea no hay que te enamores. A veces,

se dan embarazos. Los jóvenes a veces por la necesidad; les ofrecen comprarles ropa, comida, un poco de sencillo. Como están necesitando, aceptan. Dos casos pasó: un alumno aparece con infección. Eso se investiga si tuvo relación. Un profesor que había estado con homosexual, le ofreció comprar zapatillas. Al igual, otro alumno apareció con infección y, como ya son grandecitos, se les pregunta. Igual también dijo que había tenido relaciones con otro homosexual a cambio de un poco de dinero. Mayormente, los mismos docentes. Les compran golosinas, gaseosa y las niñas caen en esa tentación. Como son adultos, les llegan a hacer daño a las chicas.”

Docente awajún, mujer, 38 años

El nivel estructural de violencia y este contexto de pobreza multidimensional, es una de las razones principales por las que cuestionamos los argumentos culturalistas. Se pretende explicar la expansión de la epidemia clasificando a la población de extremadamente promiscua, como condición inherente de la sexualidad indígena, en particular amazónica, estigmatizando así a la población. Esto hace que se dejen de lado otras condiciones, como las descritas, que nutren la epidemia; y que se promuevan intervenciones moralistas en base a prejuicios, en vez de concentrarse en las condiciones reales que limitan la autonomía de estas personas. Muchas de estas situaciones de “promiscuidad” se dan en jóvenes mujeres o varones que, ante su condición de pobreza, no ven otra posibilidad que la de vender su cuerpo e intercambiar relaciones sexuales o algún tipo de tocamiento por un plato de comida, alguna golosina o ropa, o por una compensación no mayor a cinco soles. Sin embargo, me parece importante aclarar que considero que la libertad sexual no es que te paguen por tener sexo; no hay nada libre en condicionar tu “consentimiento” a un dinero que necesitas para sobrevivir.

Como ya mencioné, son múltiples las situaciones durante el trabajo de campo que evocaron en mí el concepto de violencia estructural, entendiéndola, sobre todo, como la ausencia de posibilidades para elegir qué hacer con la vida de uno. Entiendo también que la ausencia de estas libertades tiene mucho que ver con distintos elementos de relacionamiento, incluyendo el aprovechamiento de ciertos grupos sobre otros. En ese sentido, las jerarquías se reproducen a diferentes niveles y en distintos momentos, intensificando las inequidades en un

contexto que de por sí ya es precario. A través de los casos relatados, espero haber ayudado a visibilizar parte de situaciones cotidianas así como otras más extraordinarias que muestran cómo emergen los factores que Farmer plantea para la violencia estructural. Se ve entonces que este tipo de violencia es constante, multidireccionada y, en especial, de género.

Asimismo, es importante ligar estos elementos con todo lo descrito en la sección anterior; viendo así como las dimensiones de pobreza y política perpetúan estas condiciones de vida. La relación con el Estado descrita en la sección anterior se vuelve componente esencial de la violencia política que ha sentido la población por mucho tiempo; y se reproduce en todos los niveles cotidianamente.

2.4 Problemática de salud en la zona: servicios y situación

En esta sección del contexto de investigación, se planteará la problemática de salud en la zona vista al momento de trabajo de campo. En ese sentido, se hará una descripción de los servicios de salud dividida esencialmente en dos partes. Por un lado, la situación en la que se encontraba el Centro de Salud en cuanto a abastecimiento, condiciones de infraestructura y burocracia. Por otro lado, nos enfocaremos en la relación del personal de salud con la población awajún y las percepciones que se tienen de ambos lados, así como las consecuencias que esta trae para las condiciones de salud de la población y la confianza que se tiene en el Centro.

En una segunda parte, se describirá la situación de salud de la zona; obviando aún detallar la situación específica del VIH que se abordará más adelante, se plantearán los distintos problemas sanitarios que afectan la zona y a la población. Además, se entenderá este contexto como parte de la situación de violencia estructural que se ha descrito y analizado en la sección anterior.

2.4.1 Servicios de salud

Describir el contexto de la investigación, implica también presentar la problemática de salud en la zona, independientemente del VIH. Por ello, ha sido importante analizar y observar la situación del Centro de Salud, en cuanto a infraestructura, abastecimiento y burocracia; así como la situación del personal de salud y la relación que tienen con la población. Esto, además, ha aportado mucho para entender el marco de relaciones sociales en las que se dan los diálogos médicos con respecto al VIH.

El Centro de Salud de Huampami (de categoría 1-4) es, a su vez, Micro Red de Salud, cayendo bajo la jurisdicción de la Red de Salud de Condorcanqui, la cual forma parte de la Dirección Regional de Salud de Amazonas. Contaba, al momento del trabajo de campo, con tres equipos



Fotografía de fachada del Centro de Salud de Huampami
Fuente: elaboración propia

completos: 20 personas en el mismo centro y 58 a nivel de Micro Red. Como Micro Red, tiene bajo su jurisdicción 15 puestos de salud: Kusu Pagata, Teesh, Kusu Kubaim, Mamayaque, Achuim, Shamatak Grande, Kusu Numpatkaim, Pampa Entza, Buchigkin, Wawaim, Shaim, Tuang Entsa, Achu, Tutino y Canga, todos de categoría 1-1. Las emergencias que tienen que ser referidas a un hospital son derivadas al Hospital Santa María de Nieva, perteneciente a la misma Red.



Fotografía del espacio entre la construcción nueva (izquierda) y la vieja (derecha) del Centro de Salud de Huampami
Fuente: elaboración propia

El equipo o cuerpo médico del Centro de Salud de Huampami estaba integrado por dos médicos generales, dos obstetras, un nutricionista, un odontólogo, un psicólogo, cuatro enfermeros, un biólogo, dos técnicos sanitarios, dos técnicos de enfermería, un técnico de laboratorio, un técnico farmacéutico, cuatro digitadores, y un encargado de

limpieza. El centro contaba con dos construcciones continuas, una más antigua (la original) y una nueva que se hizo hace unos años para ampliar el lugar e incorporar otros ambientes. Tenían una sala de emergencias y partos, un cuarto de hospitalización, dos consultorios para los doctores, un consultorio para obstetricia que contaba con equipo de ecografía, un consultorio para psicología, uno para nutrición, uno para odontología, dos consultorios para enfermería donde también se veía inmunización y control de crecimiento, un tóxico, un laboratorio, una farmacia, una sala de conferencias, una sala de digitación, un cuarto para la comunicación radial, un cuarto para la cadena de frío de las vacunas a través de paneles solares y dos baños que no estaban en funcionamiento. Si bien la infraestructura es bastante más grande que las postas en las comunidades, mucho del espacio no está siendo utilizado y otros están descuidados y fuera de mantenimiento, como los servicios higiénicos. Asimismo, dada la necesidad e importancia del DNI para el acceso a los servicios de salud y programas sociales del Estado, en el 2015, la RENIEC implementó la Oficina Registral Auxiliar – ORA C.S. Huampami dentro del mismo centro para así facilitar e incrementar la documentación de las personas en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad de este distrito.

Uno de las grandes dificultades que experimentaba el Centro de Salud es el abastecimiento de medicinas. Este tema ha sido un problema a nivel nacional; sin embargo, en el Cenepa, este desabastecimiento ha llegado a mayores escalas. El problema ha sido reconocido hace muchos años e identificado como una de las prioridades en el Plan Regional Concertado de Salud de Amazonas: “Deficiente acceso a medicamentos fundamentalmente en zonas de dispersión y extrema pobreza y del SIS.” En ese sentido, se reconoce que la baja cobertura de los sistemas de salud y la pobreza son factores principales en el acceso a medicamento necesarios para la población (MINSA: 2008). Parte del problema de la escasez parece ser que a los puestos de salud les llegaban medicamentos a punto de vencer. La escasez y desabastecimiento no solo es en cuanto a los medicamentos, sino a los propios insumos más básicos y necesarios en un establecimiento de salud, por lo menos para una atención a nivel de tópico, ni que decir de emergencias o situaciones de mayor gravedad.

“No hay lo más básico, no hay esparadrapo, no hay alcohol. La burocracia hace que el proceso demore. No hay más que esperar y esperar.”

Personal de salud awajún, mujer, 31 años

Esto implica que ni siquiera las atenciones más básicas pueden ser atendidas con las medidas adecuadas. La escasez de guantes ha sido uno de los grandes problemas ya mencionados. Existen dos tipos principales de guantes médicos; los quirúrgicos y los regulares para cualquier examen o atención médica. Los guantes quirúrgicos se caracterizan por mayor precisión y sensibilidad; se fabrican con estándares mayores de calidad; vienen en paquetes individuales y, casi siempre, son estériles. Los guantes para examen médico están disponibles como estériles o no estériles, y vienen en cajas de 50 o más. Si bien en el centro hay guantes quirúrgicos que vienen sellados y en paquetes individuales; solo llegaba una pequeña cantidad de estos; deben sacarse a través de una solicitud con farmacia; y eran guardados exclusivamente para partos y otras emergencias. Sin embargo, en las atenciones cotidianas y consultas regulares no se utilizaban guantes pues no contaban con los regulares descartables de

látex. Esto es especialmente peligroso considerando la cantidad de enfermedades contagiosas que hay en la zona, entre ellas, el VIH.

Asimismo, “es evidente que en los lugares a donde no llegan los sistemas de salud; los medicamentos y otros insumos críticos tampoco estarán disponibles y por lo tanto las poblaciones se ven limitadas de prevenir o tratar sus dolencias, recurriendo muchas veces a prácticas poco seguras”. (MINSA: 2008, 46) La dificultad de acceso a medicamentos lleva a una desarticulación de la población y el centro de salud, produciendo que la automedicación sea una práctica muy frecuente. Más de una vez, se ha podido observar que los médicos no realizaban las visitas y atenciones extramurales programadas argumentando que sin medicamentos no los reciben y que la visita es por gusto. Finalmente, queda claro que un problema de desabastecimiento tensa la relación con la población y desanima a los pacientes a buscar ayuda en el centro. “Que si estamos desbastecidos es un problema de la Red. Es a nivel nacional. Yo no puedo hacer nada,” es una de las respuestas que tenía que dar el personal al encontrarse realmente con las manos atadas con respecto a esta situación.

Otro de los problemas a los que se enfrentaba el Centro de Salud es que la zona no contaba con alumbrado eléctrico. Solo se disponía de electrificación a través de motores a gasolina y generadores de luz. El Centro de Salud contaba con uno de estos sistemas, los puestos no. El propósito de esta electrificación no era el alumbrado del centro. El horario de trabajo es de 8am a 1pm y de 3pm a 6pm, por lo que el personal salía cuando aún no ha oscurecido. El motor servía para las emergencias en las noches y los exámenes que requerían de electricidad (ecografías, hemogramas y otras pruebas de laboratorio), y para el área de Digitación -encargados del aseguramiento y padrón nominal- ya que necesitaban enviar constantemente datos a la Red de Salud de Nieva para puedan atender a los pacientes de la Micro Red.

Al haber una cantidad limitada de combustible y, por lo tanto, de luz, el motor se prendía solo a las horas que se necesite, limitándose las acciones a esas horas, incluso propiciando a que haya cierta subjetividad en la selección de los exámenes y pacientes que, de tener otras condiciones, no se haría.

“Como no hay luz, hay que priorizar. Por ejemplo, los hemogramas requieren luz para el primer paso, y de ahí para el tercero y último, así que tenemos que escoger a quiénes se lo hacemos.”

Personal de salud mestizo, mujer, 26 años

Además de la cantidad limitada, el motor del Centro estuvo fallando durante el año en el que se realizó el trabajo de campo. No había presupuesto para hacerle mantenimiento. Muchas veces, en pleno funcionamiento, el motor fallaba y se apagaba; lo que presentaba una situación peligrosa en particular cuando se está atendiendo emergencias. A esto, se suma que solo había un encargado para manejar el motor. Esto puede significar que, ante una emergencia, era a veces difícil ubicarlo, retrasándose la atención. Finalmente, vale recalcar que la Red de Salud no abastecía este combustible. El Jefe de la Micro Red cuenta con un grifo del cual sacaba los galones necesarios con cargo a devolución. Muchas veces no le han devuelto lo que realmente se ha gastado, por lo que, constantemente, presionaban para que se use menos. Por lo tanto, de los problemas que fueron identificados del Sistema de Salud en Amazonas, estaba aún vigente, “la inadecuada gestión de los escasos recursos financieros.” (MINSa: 2008)

La gestión burocrática del Centro de Salud era también un tema complicado.

“Hay demasiada burocracia, hay que estar llenando montón de fichas, de ahí digitalizarlas, es una pérdida de tiempo. Podría estar haciendo visitas domiciliarias, cualquier otra cosa y estoy ahí llenando fichas.”

Personal de salud mestizo, mujer, 38 años

Las historias y demás papeles del paciente tenían que llenarse manualmente y luego digitalizarse, proceso que tomaba bastante tiempo del personal. Por su lado, los pobladores entrevistados manifestaron descontento con la cantidad de papeles que les pedían y hacían llenar para cada atención, y recalcaron que al personal le importa más el “papelito” que la salud.

Otro de los temas importantes en cuanto a la burocracia era el “paloteo,” término que fue repetido de manera bastante frecuente en el Centro. El personal de salud tenía ciertas metas y requisitos de casos con los que tenían que cumplir cada día, cada semana y cada mes; sin importar si en realidad los pacientes y

los casos se distribuían de esa manera. “Palotear” parece ser la práctica de sacar historias de pacientes que no han estado en el Centro, falsificar un tipo de atención y contarla como si hubiera sido parte de los casos atendidos; buscando alcanzar la meta requerida. Algunos miembros del personal refirieron haber recibido la indicación de personal de la Red que, si tenían muchos casos un día, guardarán algunos para un día donde no hubiera atención, de forma que tuvieran producción todos los días. Esto ocasionaba que no solo se falsifiquen las fechas de las atenciones, sino que se inventaran atenciones que nunca pasaron.

“Por último habrá que palotear lo que es peso y talla, con vacunas si no, eso jamás. No voy a palotear los niños que nunca se han vacunado, ni se dejan vacunar. Los que sí se dejan ahí con algunos.”

Personal de salud mestizo, varón, 30 años

Para seguir contextualizando y adentrándonos en las acciones del personal de salud, es importante describir la situación de estas personas. Muchas veces se considera y habla de los awajún como una cultura definida y relativamente estática, como si pudiéramos sumar un conjunto de rasgos y caracterizarlos; pero olvidamos que el personal de salud y los miembros de las intervenciones sanitarias cargan también con una cultura, una serie de valores, creencias, prácticas, argumentos y relaciones políticas y económicas en los que han sido formados y de los que, difícilmente, pueden despojarse al verse en realidades tan ajenas a la suya. Uno de los temas a tomar en cuenta es la propia dotación del personal. Si bien en el centro de Huampami había un equipo bastante extenso, los puestos de salud a nivel de Micro Red tenían a una o dos personas atendiendo. Esto implica que, si la persona no estaba disponible, el puesto no funcionaba y que esa persona debía atender todo tipo de casos sin importar si estaba o no preparado para ello.

“Soy la única, si salgo tengo que cerrar el puesto. Atiendo todo yo, partos, todos. Si hay una complicación nomás refiero a Huampami.”

Personal de salud awajún (Mamayaque), mujer, 42 años

Por otro lado, había también una ausencia de especialidades que eran necesarias para la zona. Se mencionó la necesidad de médicos especializados

como ginecólogos, gastroenterólogos, infectólogos, que permitan realizar mejores diagnósticos, considerando que hay ciertos problemas de salud que se repiten constantemente como los problemas estomacales. La respuesta de un miembro del personal awajún de la zona fue *“entonces acá solamente se hace lo que se puede.”* Adicionalmente, en cuanto al personal, era también importante tener en cuenta que, así como el tema de las metas, había algunas condiciones de trabajo que eran incentivos perversos. Por ejemplo, el tema salarial: casi todo el personal que estaba en el centro de Huampami se encontraba ahí porque recibían un salario más alto que el que recibirían en la ciudad. Al estar alejados de sus familias y amigos, su principal motivación no siempre era mejorar las condiciones de salud de la población y la zona, sino el aspecto económico.

Finalmente, otro de los aspectos que resaltó entre los testimonios recolectados fue el ambiente laboral hostil que hay dentro del Centro de Salud. Se observaron enemistades entre el personal, que llevaban a discusiones e incluso peleas y, en el mejor de los casos, solo a ignorarse. Estas tensiones influían en la propia práctica de la medicina dentro del Centro; pues muchas veces terminaban evitándose ciertas especialidades que deberían ser parte del proceso de diagnóstico y atención, por un problema personal. Para retratar un poco las tensiones constantes que hay, se han recopilado ciertos testimonios, en particular la que sucedía con psicología y sus efectos en la atención de los pobladores.

“Es un ambiente muy hostil, las cosas se han calmado un poco, pero los rumores siguen. Aquí solo hay el cuchicheo negativo, a mí no me gusta, parece un mercado, esta es una institución.”

“Tampoco casos de aborto nunca me refieren, ese es un caso psicológico, no se está queriendo, no se está cuidando, pero no los refieren. Nos hemos divorciado. No quieren que esté aquí.

No es por criticar, es hostigamiento laboral, no hay profesionales acá, yo les digo en su cara. Hay un estado de conducta regresivo infantil, la conducta regresiva hace tomar un acto irresponsable lo que están haciendo como persona. Dicen que no me quieren pasar pacientes porque “yo no sé”.

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

“Ahora, el clima laboral yo he visto que es muy fraccionado, porque se ha generado desconfianza entre ellos, mucha chismosería. Enfermera y obstetra no se llevan bien, personal

awajún y mestizo tampoco, no se juntan, solo se hablan por obligación, a veces ni se hablan. Eso mucho influye el liderazgo del jefe de establecimiento de la Micro Red.”

Autoridad awajún, mujer, 43 años

Asimismo, existían ciertas tensiones entre el personal mestizo y awajún que, si bien no se manifestaban expresamente en conflictos, es notorio en los comentarios despectivos hacia los técnicos awajún. Parte de estos comentarios se originan en que el personal percibe a la población awajún como un grupo con costumbres atrasadas que, por falta de educación, no están a la par que ellos.

“Tienen bajo coeficiente intelectual, algunos entienden, otros son muy lentos. Son buena gente, pero cuando quieren, joden, si no quieren hacer algo no lo hacen. Por ejemplo, con las visitas domiciliarias, yo no hablo awajún, no puedo ir sola, y solo cuando quieren te acompañan.”

Personal de salud mestizo, mujer, 26 años

Esto ocasionaba que hubiera una falta de comunicación entre el personal awajún y mestizo que esto se tradujera en problemas con los pacientes. Había ocurrido que, por esta falta de comunicación, el mensaje transmitido a los pacientes era el equivocado, lo que finalmente terminaba generando más resistencia al centro de salud. Asimismo, otra percepción que tenía el personal de salud mestizo del awajún es que, muchas veces, ellos comentaban sobre algunas situaciones asumiendo su posición como comuneros, olvidando que son también un referente en salud para la comunidad y que, por tanto, debían seguir y transmitir los mensajes que se intentaban dar desde el centro de salud. Las tensiones, parecen también haber tenido un efecto en la población y la percepción que tenían del personal.

“No los revisan bien a los pacientes, también por la misma tensión entre los doctores. Todo esto ocasiona el desprestigio y la negligencia. Si no regresan a vacunarse, es por la falta de confianza en el centro, y por algo será.”

Personal de salud mestizo, mujer, 32 años

Uno de los temas principales mencionado en múltiples entrevistas y observaciones, así como en diversa bibliografía, fue la desconfianza de la población con el personal de salud por múltiples factores. Uno de ellos, que se repitió en particular con las pruebas de VIH, fue la divulgación de los resultados

y consultas realizadas por parte del personal de salud, en algunos casos, por haber estado en estado de ebriedad.

“Acá necesitan una obstetra mujer porque dicen que hay más confianza. Antes dicen que había en el Centro de Salud, personas que sacaban sangre y comentaba. Yo soy testigo que una vez antes el Licenciado, borracho, le dijo a mi sobrina: “Tú tienes SIDA. Tú estás tirando con los militares. Te vas a morir.” Mi sobrina se había traumado. Mi hermana la había llevado a sacarse análisis y, gracias a Dios, no tiene nada. Así cuando salen del triaje comentan. Por eso, a veces no quieren ir. “Si hemos llegado con infección, todo comentan.” A veces, les da vergüenza de ir.”

Mujer awajún, 40 años

Otro de los factores era la poca familiaridad que siente la población con el personal, debido, en parte, al alto nivel de rotación al que es sometido. En las últimas semanas de trabajo de campo, hubo un despido “masivo” en el centro, salieron 4 trabajadores, de los cuáles solo uno tenía más de un año trabajando en la comunidad. Solo quedaron un médico y una obstetra. Las áreas de psicología y odontología quedaron vacías.

Otro factor es el trato discriminatorio por parte del personal de salud hacia la población. Se ha mencionado este trato como algo constante en la vida de los awajún; remitiéndonos también a la idea de violencia ejercida estructuralmente y el relacionamiento con otros a través de jerarquías que se perpetúan.

“Siempre ha habido discriminación hacia el nativo. Yo lo he vivido.”

Personal de salud awajún, varón, 58 años

En definitiva, se ve que la relación entre el personal y la población no ha sido cercana ni de confianza y que, en ocasiones, se ha visto manchada por situaciones de abuso de poder. Desde el aspecto más personal, más de un testimonio de la población relató actitudes “creídas” de las personas que atienden en el centro. Se expresó la percepción que el personal se “siente más” y, por lo tanto, no socializan con la población como antes, no entablan amistad y son “muy especiales.” Ha habido también casos reportados de abusos sexuales y relaciones de profesionales con niñas y adolescentes, a cambio de una tarifa mínima, algo de comer o algo de ropa.

“La población tiene mucha desconfianza con el centro de salud, [pidió apagar la grabadora] porque ha habido un desprestigio del personal, por abusos sexuales y ultrajamiento de personas, que les han pagado 5 o 10 soles y han estado tocando a los pacientes.”

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

Todos los factores mencionados afectaban la relación y han creado una sensación de rencor de parte de la población hacia el personal. En ese sentido, el personal comentaba que sentían mucho resentimiento por parte de la población y que, a veces, sentían que esto se daba por la relación que tuvieron con los trabajadores anteriores o por lo que ellos puedan haber hecho. Por ello, percibían que la población solo quiere que se hagan las cosas a su manera cuando se trata de salud y que criticaban las acciones que se tomaban sin importar si era la mejor opción o si era necesario. Otro de los temas que influía en la percepción que la población tenía del personal del centro de salud eran los horarios y las consultas. Distintas versiones mencionaron que el personal llegaba tarde y salía muy temprano, que las consultas se reprogramaban y que a veces estaban ausentes.

“Unos dicen que llegan, cuando llegan justo a la hora de salida te reprograman y como vives lejos. O le dan cita, pero no está la persona, está cerrado, como son usuarios de Juntos, se van de lejos con todos sus hijos.”

Personal de salud awajún (Suwa Pagki), mujer, 35 años

El centro de salud reconocía esta situación e intentaba manejar su imagen institucional. El tema había sido discutido a profundidad en reuniones internas pues entendían que era necesario cuidar su imagen para mantener una buena relación con la población. En ese sentido, resaltaban la importancia de cumplir con los horarios, así como de estar adecuadamente uniformados.

“La gente de afuera nos mira a nosotros y la gente de afuera opina, queramos o no aceptarlo. Opina en todo, de pies a cabeza, cómo te vistes, como estás en el centro, todo eso. Lo que tiene cada institución son reglas claras, y los trabajadores no deben vulnerarlas. Tenemos que dar una mejor imagen, nos han dado un ultimátum en ese tema.”

Personal de salud mestizo, 46 años

La problemática descrita -la fuerte desconfianza de la población awajún hacia el centro y los trabajadores de salud- los llevaba a no acudir cuando tenían un problema de salud o ir solamente como última instancia, luego de haber buscado otras alternativas con las que se sintieran más cómodos. Entre esas alternativas se encontraban las parteras -si es el caso de mujeres gestantes,- y el curandero -si eran otro tipo de dolencias o malestares que puedan solucionarse con plantas medicinales. Otro factor que estaba presente en la elección de atenderse o no en el centro de salud eran los programas de transferencias condicionadas, como el Programa Juntos. Dado que requieren una serie de acciones por parte de la usuaria con respecto a su salud o la de sus hijos, esto crea una obligación de atenderse en el centro de salud si deseaba seguir recibiendo la transferencia. Sin embargo, esto no quería decir que atendieran puntualmente los chequeos o controles que debían hacerse, ni que lo hicieran con ganas; más bien, se hacía más notorio que eran la última opción y que si tuvieran elección de recibir ese dinero sin ir al Centro de Salud, muy probablemente no irían. Frente a esta situación, el personal de salud tuvo que encontrar acciones para que la población se sintiera un poco más confiada con ellos. Más de una vez, vacunado entre ellos (a pesar de ya contar con esa vacuna) o a sus hijos frente a pobladores de la zona para demostrar que las vacunas no hacen daño.

“No quieren venir, vienen obligados, por Juntos nomás, o como último recurso, no es nunca su primera opción. Primero, van al brujo, de ahí a la partera, toman sus plantitas, y de ahí cuando no funciona vienen”

Personal de salud mestizo, mujer, 26 años

Aunque existía mucha desconfianza; algunos pocos testimonios revelaban no tener problemas de confianza con el centro y el personal de salud; ni haber tenido conflictos con ellos. La percepción de los entrevistados es que esta confianza con el personal de salud, estaba relacionada con el nivel educativo. Aquellos que señalaban tener más confianza lo asociaban mucho a haber estado en la ciudad o a tener experiencias de estudio, precisando que sus casos eran inusuales.

“Se llevan bien, no con todas. Por mi parte, yo confío, porque como he estado estudiando tengo algunas experiencias.”

Madre gestante awajún de Kayamás, 23 años

Había también personal de salud que reportaba no haber tenido conflictos con la población. En esos casos, tenían muy presente que una relación no conflictiva solo podía llevarse si uno como personal de salud trataba al paciente y a la población con respeto y transparencia. Sin embargo, algunos miembros del personal de salud expresaron que esta relación puede variar mucho entre comunidades. Según sus testimonios, mientras menos mestizos haya en la comunidad (en caso del personal mestizo), la comunidad presentaba más resistencia; si el personal era awajún, la situación es distinta.

Por otro lado, una cosa podía ser una relación no conflictiva y otra era la aceptación y adherencia a los tratamientos recetados por el personal; pues era ahí donde los pacientes usualmente diferían. Si llegar al centro de salud a atenderse, ya era dar un paso hacia adelante en la confianza que se tiene con el personal, confiar también en la medicina que recetan y distribuyen era un paso adicional.

Uno de los aspectos que se mencionaba es que, cuando el personal recetaba algún medicamento, la población creía que no iba a surtir efectos y prefería automedicarse. En ese sentido, combinaban el tratamiento biomédico con tratamientos naturales (preparados de plantas), dejaban los medicamentos recetados por el centro cuando ellos consideraban oportuno (sin completar el tratamiento y generando, por tanto, mayor tolerancia a la medicina) o, simplemente, no los tomaban nunca.

Cuando la relación era conflictiva, ya sea con todo el personal o con uno en particular, los pobladores y los trabajadores mencionaron en las entrevistas una reacción común a esta situación: la acusación de brujería al personal. Esta era una situación recurrente y común en más de una comunidad en la zona. Asimismo, no solo tenía que ver con el propio personal sino también con el significado que se le otorgaban a ciertas enfermedades, incluyendo la negación

de la existencia de una, o al menos la presuposición que si existía era porque alguien te la había enviado.

“Hay conflictos sociales en todo lo que es la cuenca del Cenepa, población contra salud; en todas las comunidades, ligado a todas las enfermedades, no solo VIH. Huampami ha sido criticado varias veces porque tienen un concepto erróneo de los exámenes de laboratorio que se hacen. Algunos comprenden, otros no.

Si traías un tubo de ensayo con sangre para el estudio era catastrófico creían que se infectaban al ir al laboratorio. Muchas veces el personal de salud es tomado como brujos erróneamente y los amenazan.”

Personal de salud mestizo, varón, 54 años

Durante las entrevistas, se relataron varios casos donde algunos miembros del personal de salud fueron acusados de brujo y de hacer daño a la población. Algunos tuvieron repercusiones que se elevaron hasta las autoridades comunales.

“A mí también me echaron rumores. Empezaron a decir que yo era bruja, que por saber de psicología yo había aprendido magia blanca. Y tuve mucho hostigamiento, me pusieron una lagartija con gusanos debajo de mis tampones, ropa interior con semen en mi oficina. También se empezó a rumorear que me habían violado 4 personas. Fue un ambiente muy hostil.”

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

Uno de los casos más dramáticos, pero no el único de este tipo, fue la acusación al Jefe de Micro Red, que tuvo que enfrentarse a una reunión comunal para defenderse. Cuando la situación se ha puesto muy tensa, el personal de salud se ha visto obligado a poner ciertos parámetros que aseguren su bienestar y un ambiente libre de violencia, y ha tenido que coordinar con las autoridades.

“Le habían acusado de brujería. Una vez una señora se había puesto mal de apendicitis y le sacan de emergencia. Parece que habían discutido. En la Asamblea, ella se había parado y había mostrado su cicatriz y le había dicho: “Tú me has hecho esto. Por tu culpa estoy así. Eres brujo.”

Varón awajún, 63 años

“Hay varios personal de salud que han sido acusados. El año pasado íbamos a hacer una huelga por nuestra seguridad. En otros sitios hay varios que han sido acusados, incluso a uno lo mataron. Hemos tenido que trasladar a otro porque estaba

acusado de brujo. Son problemas que acá van a pasar. Nosotros tenemos cuidado para decir o hacer ciertas cosas. Por más que sepamos, no podemos hacer esas cosas. Solo les decimos, háganlo si quieren.”

Personal de salud mestizo, varón, 44 años

El personal mestizo también tenía sus propias percepciones con respecto a la población awajún y cómo manejaban su salud. Por un lado, y así lo reportaba también el Plan Regional Concertado de Amazonas, había una escasa participación ciudadana en salud. (MINSA: 2008) El personal expresaba que los pobladores no parecían interesados ni en mejorar ni en mantener su salud, no entendían realmente la gravedad de estas condiciones de vida, como si siempre hubieran vivido así.

“No vemos preocupación, no hay preocupación real por las cosas que tienen. Todo está normalizado, la desnutrición, la sarna, el VIH. No entienden la magnitud de sus problemas, las condiciones reales en las que están viviendo, les parece normal, como si toda la vida hubieran estado así. La gente en la ciudad “piensa más” son más conscientes de su enfermedad, aquí no les importa.”

Personal de salud mestiza, mujer, 27 años

Había una percepción generalizada que el paciente muchas veces venía o traía a sus hijos solo por obligación. Sin embargo, había quienes iban por voluntad propia y podía que muestren interés en la consulta. Parte del personal mencionó que ellos respondían al paciente dependiendo de cómo el paciente actúe con ellos. Si es que notaban un interés real de parte de ellos y una genuina preocupación por entender lo que estaba sucediendo y enfrentarlo de la forma que el personal lo recomiende, se les tenía mucho más paciencia. Sin embargo, cuando veían lo que ellos clasificaban como falta de interés o que solo iban cuando ya estaban graves, no solían ser tan pacientes. Mencionaban que eso sucedía porque el enfoque y las acciones preventivas de salud no encajaban en los modelos de atención de la población. En ese sentido, el personal de salud expresaba molestia cuando las personas no atendían a sus controles o chequeos programados, en particular cuando eran de los niños. En el caso de los pobladores que estaban más cerca (geográficamente), se decía que eran ellos

los que dejaban a último minuto sus controles, pasando la fecha programada y desesperando a quien los atiende.

Para el personal de salud, la falta de interés se reflejaba en las pobres condiciones de salud en la que se encontraban los niños. Este es un tema que aparece en la priorización del Plan Concertado de Salud que identifica una “Deficiente promoción para mejorar la salud de la población y lograr que ejerzan un mayor control sobre la misma.” Esto les ocasionaba también una fuerte sensación de impotencia, pues algunos de ellos realmente veían la situación de la salud de la zona como algo que no se podía dejar así. A continuación, algunos de los extractos de entrevistas o conversaciones al respecto:

“Todos los niños están con diarrea. Reciben las chispitas pero no se las dan, dicen que sí pero cuando les preguntas cómo se las dan, ni eso saben. También dicen que usan el hierro en gotas, pero tampoco mejoran. “Será cuestión de adoptar a un niño a ver si es verdad lo que dicen, que les dan tratamiento y no les sube la hemoglobina. Porque el medicamento no es malo. Dicen que los niños no quieren comer, pero de ahí les invitamos algo y vemos que sí. “No les darán de comer, no les tendrán paciencia’.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

“Ahí la gente no se quieren dejar, mayormente hay deserción, prefieren morir que quedarse a hacerse ver.”

Autoridad awajún, mujer, 43 años

“Uno le da mucha pena ver tanto niño enfermo. Pero de ahí ya da rabia, frustración. No les grito porque si no me botan, porque aparte te botan entre ellos, se organizan y te botan, pero ya da rabia.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

Varios trabajadores del centro expresaron que no se valora el trabajo que ellos realizaban en una zona tan complicada, y que la población parecía solo prestarles atención y querer sus servicios cuando se encontraban en un estado de salud precario; buscando “salvadores” de último minuto. Asimismo, los múltiples factores que afectaban la relación del personal de salud con la población awajún se expresaban también en la facilidad con la que el personal sentía que la población podía ser convencida de algo. Rumores sobre la salud y los servicios de salud se esparcían velozmente, en una cadena que ellos han

llamado “teléfonos malogrados” que imposibilitaban o dificultaban la atención a la población. Se mencionó que hay ciertas posiciones o cargos de poder y prestigio que influían en la expansión de esta información. Dos de los principales eran los dirigentes y los docentes; con menos frecuencia pero también importante, los líderes religiosos. De acuerdo al personal, la población tomaba a estas personas como referentes que rápidamente pueden influenciar en diversas situaciones.

El personal reconocía que la población se alejaba de ellos por varios motivos, entre ellos, la confidencialidad. Esta sensación de desconfianza ocasiona que los pacientes tuvieran temor y vergüenza de atenderse en el centro, ya sea para hacerse una prueba o un chequeo, pues sentían que el resto de la comunidad estaba atenta al “chisme” y que el personal de salud no sabía ser discreto. Sin embargo, los trabajadores del centro también se defendieron y aseguraron que eso no sucede.

“No somos chismosos, también les digo. Porque creen que de aquí allá hablamos, no tengan vergüenza.”

Personal de salud mestizo, varón, 29 años

“Habían pacientes que han acudido pero siempre hay temor por la parte de cultura. Muchos se esconden, no quieren que se les identifique. Pero nosotros estamos con la confidencialidad.”

Personal de salud awajún, 64 años

Finalmente, una de las dificultades más grandes en la atención y que se expresaba de manera latente en la relación entre la población y el personal mestizo fue el idioma. Sin el manejo de este, había una falta de entendimiento entre ambos que dificultaba la situación y no permitía una atención de calidad. Si bien el personal awajún tenía como parte de sus tareas no oficiales la traducción, esta era igual una tarea difícil pues más de uno estaba seguro que los técnicos awajún no traducían lo que ellos realmente querían decir. Asimismo, mencionaron cuando van a traducir lo que el paciente estaba intentando comunicar, le respondían antes al paciente en awajún, impidiendo la conversación fluida entre quien está atendiendo y el paciente. Del mismo modo,

si al paciente le costaba hablar castellano, era más difícil que exprese su sintomatología y sus necesidades.

“El paciente no es comprendido, y no comprende al médico, y eso daña la salud en vez de mejorarla.”

Personal de salud mestiza, 32 años

En ese sentido, parte del personal consideraba necesario recibir capacitaciones para poder aprender a manejar el idioma en un nivel básico que les permitiera entablar una mejor relación de comunicación y confianza.

2.4.2 Situación de salud

Como se mencionó, contextualizar la problemática de salud en la zona implica también presentar la situación de la salud en concreto al momento de trabajo de campo. Parte de ello, ha significado la recolección de datos a nivel estadístico, acompañada del recojo de percepciones y opiniones con respecto a los diversos problemas que enfrenta la población en la zona.

A nivel de Amazonas, el Plan Regional Concertado del 2008 al 2021, identificó y priorizó 9 problemas sanitarios regionales: el deficiente saneamiento básico y ambiental; así como el incremento de EDAs y parasitosis; la alta prevalencia de desnutrición infantil en la región; el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA; los altos índices de muerte materna, perinatal y neonatal; el incremento de la violencia familiar y problemas de salud mental; la alta prevalencia de enfermedades metaxénicas e infectocontagiosas; el incremento de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción; el incremento de IRAs; y, finalmente, el alto índice de embarazo en adolescentes. De los problemas identificados, se detallarán los más frecuentes en la zona del Cenepa, en particular, en las comunidades cercanas a Huampami.

En cuanto al saneamiento básico y ambiental, Huampami contaba con acceso a agua, pero no tenía un sistema de desagüe más que en un sector de la comunidad. Sin embargo, no todos accedían a él. Son pocas las casas que contaban con un inodoro, primando aquellas que tienen pozos ciegos o silos. Esto además pudo ser confirmado por los datos a nivel provincial, que

determinaban que Condorcanqui era la provincia con menor acceso a agua dentro del departamento de Amazonas, con solo 7% de población que cuenta con agua potable en total, y con menor disponibilidad de red pública de desagüe con solo 0.6% del total de viviendas. A nivel de Condorcanqui, el 57% de niños y niñas no contaba con fuentes mejoradas de agua ni desagüe en sus viviendas. Es esencial notar que el suministro de agua potable y el saneamiento ambiental son vitales para la protección del medio ambiente, el mejoramiento de la salud y la mitigación de la pobreza (MINSAs: 2008, 41).

Otro de los grandes problemas de Huampami, la zona del Cenepa e incluso a nivel de Amazonas es la alta prevalencia de desnutrición infantil y de anemia. A nivel de Amazonas, 1 de cada 2 niños menores de 3 años sufría de anemia. (ENDES: 2007) En la provincia de Condorcanqui la anemia afectaba al 80% de las gestantes, contribuyendo así a la proliferación de esta enfermedad en la siguiente generación. En el caso de la DCI, el porcentaje a nivel regional era de 22%, pero a nivel de Condorcanqui superaba el 30%, cifra que también maneja el Centro de Salud de Huampami para la anemia y la DCI. Desde el área de nutrición, se mencionaba que hay un conjunto de factores que afectaban la desnutrición y la anemia. Por un lado, la escasez de alimentos que era crucial para estos índices, poca variedad de la dieta, en especial una que permitiera acceder a una buena ingesta de proteína y hierro.

“No hay con qué nutrirlos, todo te responden que no tienen. Yuca, plátano y unkush. Mi recomendación de dieta es un huevo al día; no hay otra, es lo más barato que pueden conseguir.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

El tema de la dieta además no solo afectaba a los niños, sino también a los adultos, en especial a las gestantes y, por lo tanto, a los hijos lactantes también. Se mencionó que al encontrarse un paciente en una condición delicada de salud, era más probable que su dieta empeore pues no siempre contaban con un familiar que pudiera hacerse cargo de conseguirle los alimentos necesarios. La situación de desnutrición y anemia de los niños se veía afectada por la problemática que existía alrededor de los multimicronutrientes (MMN) o

“chispitas,” así como del sulfato ferroso en gotas para bebés. La poca aceptación y rechazo de estos suplementos nutricionales ha sido detallada en bibliografía extensamente.

“En el Centro de Salud, les entregan chispitas, pero ellos no les dan a sus bebés. A mi sobrino, porque tiene anemia para que se cure; dice que cuando le dan, no come. Lo botan cuando llega su vencimiento”

Mujer awajún, 23 años

El personal mencionaba constantemente que este tipo de problemática se veía estrechamente ligada con el condicionamiento a los programas sociales como Juntos, pues si no fuera por este tipo de programas “ni siquiera te recibirían las chispitas.” Relataron casos en donde al perder la afiliación a Juntos, automáticamente dejaban de ir a sus controles y de darle los suplementos que necesitaban sus hijos para combatir la anemia y la DCI. Para el personal de salud, esta era una forma de las mamás de “castigar” al personal como si ellos tuvieran la culpa de la desafiliación (de la cual ellos no se encargaban), cuando los realmente perjudicados eran los niños.

El tercer problema, el incremento de ITS y VIH/SIDA, no se detallará en esta sección pues, dada su importancia para esta investigación, será descrito con mayor profundidad más adelante. Sin embargo, si bien es casi implícito, está claro que ese es uno de los principales en la zona del Cenepa, lo que motivó esta investigación.

Con relación a los altos índices de mortalidad materna, perinatal y neonatal, a través del Centro de Salud de Huampami, se pudo ver la alta cantidad de casos de emergencias obstétricas que recibían, siendo el tipo de emergencia más frecuente que había. Muchos de los casos eran complicaciones durante el parto o posteriores a él. Hubo un caso de una joven gestante que tuvo parto domiciliario y, al no tener los cuidados apropiados, se quedó con restos placentarios adentro. Fue llevada al centro de salud después de 7 días de estar mal, con una grave infección que tendría que haber sido atendida en la ciudad. Sin embargo, su esposo y su padre no querían, por lo que solo se le pudo dar antibiótico, con el riesgo de que muriera de septicemia.

Junto con estas complicaciones durante la gestación y parto, vienen los riesgos para los bebés. Algunos de los casos relatados eran bebés con parálisis cerebral infantil, porque al tardar mucho en salir cuando sus madres daban a luz, no habían recibido suficiente oxígeno por muchos segundos. El pronóstico para esos niños era fatal.

“Sus madres dan a luz en sus casas y pasa tiempo antes de que el bebé reciba oxígeno. Un niño con parálisis aquí no sobrevive. Yo les digo que se vayan de Huampami, no es por mala, no es por fría, pero aquí no van a sobrevivir.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

El último problema sanitario identificado era el alto índice de embarazos adolescentes. A nivel de la provincia de Condorcanqui, la incidencia de embarazo adolescente llegaba a más del 40%. Las mujeres solían tener un primer hijo de los 13 a los 18 años. Muy frecuentemente, la maternidad se volvía una etapa primordial en la vida de las mujeres desde muy temprano en sus vidas. Si bien no era la única dimensión que influye en el embarazo temprano, es también importante mencionar el uso y el nivel de aceptación de los anticonceptivos que -en el caso del preservativo- es también esencial para las ITS. Casi todos los entrevistados coincidieron en que hay un rechazo a la utilización de anticonceptivos. Por un lado, se creía que podían y querían esterilizar a las mujeres; asimismo, se consideraba que quien tiene que usarlo es una persona que ya está enferma, no aquellos que estén sanos. Si bien se distribuían todo tipo de anticonceptivos, pocos eran aceptados y menos aún utilizados.

“Aquí ofrecemos gratis todos los métodos anticonceptivos. La ampolla trimensual, la mensual, el norplan y la T de cobre, pero aquí no se utiliza, conocen de lo básico y quieren lo general nomás, y las pastillas anticonceptivas. Normalmente no son adolescentes las que las utilizan, sino mayormente ya jóvenes cuando ya tienen hijos.”

Personal de salud mestiza, mujer, 38 años

Para aquellas que sí tenían interés en controlar la cantidad de embarazos que tienen, los anticonceptivos del centro de salud no eran la primera opción. En este

caso, el itinerario terapéutico pasa nuevamente por el consumo de plantas de la zona primero.

“De acá hay plantas para embarazo, a veces si no quieren embarazar usan; como se llama, kion, kion dicen, pero tienen montón de otras plantas.”

Mujer awajún, 28 años

Otro aspecto a considerar son los abortos, particularmente en los casos de maternidad temprana, problemática que se invisibilizaba mucho en las cifras de problemas sanitarios en la zona. Desde el centro de salud y la percepción de la mayoría de sus trabajadores, era un acto que debía ser castigado. Dada su ilegalidad (e inmoralidad para algunos del personal) en el centro no se practicaban abortos. No solo no se practicaban, sino que se buscó penalizarlos como si eso fuera a detenerlos. En realidad, ponían a las jóvenes que tienen complicaciones durante la terminación de sus embarazos, que pueden ser producto de un abuso, en una situación de riesgo mayor sin ningún espacio seguro adonde acudir.

“Ha habido varias chicas con abortos, por todo querían abortar. Así que convoqué una reunión con el Juez de Paz y el ex Teniente que antes estaba acá, y se hizo un reglamento en la reunión comunal. Que si ella se provocaba el aborto, entonces no se le iba a atender, y se le iba a poner una multa de S/. 150.

Igual con las gestantes que no vinieran a hacerse control después de un mes sin la regla, porque algunas vienen ya con 5 meses sin haberse hecho chequeos, controles, nada. Tienen que venir al mes, si vienen después se pagan. Ellas saben cuándo no les viene la regla, porque ya tienen varios hijos, ellas todas saben. El aborto normalmente lo hacen solas. Usan pastillas que dicen que consiguen en Nieva, pero a veces ni siquiera son las correctas y ni funcionan y peor se hacen. También hay con plantas, pero he visto menos de eso, la mayoría son con pastillas.”

Personal de salud mestiza, mujer, 38 años

Finalmente, el último punto a detallar con respecto a la situación de salud era el escenario de inmunización, es decir, la aceptación, situaciones y casos de las vacunas en los pobladores. En cuanto al nivel de aceptación, se comentaba que la gente poco a poco estaba accediendo más a utilizarlas. Esto es en parte porque habían visto los efectos preventivos que podrían tener cuando hay un

brote de enfermedad; como ha sucedido con la rabia y con la fiebre amarilla. De acuerdo al personal de salud awajún, actualmente sus paisanos se estaban dejando engañar menos y estaban aceptando más las vacunas para sus hijos. Se han recopilado testimonios, en particular de madres, que decían que a pesar de las sugerencias y el rechazo por parte de su familia, ellas ya vacunan a sus hijos y se sienten satisfechas de hacerlo.

“Por eso llevo a mi bebé a que la vacunen. Su control. A veces mi tía me dice que no la lleve, ‘va a bajar su peso.’ Le digo que no es así. No comen bien. Yo no le hago caso. Yo soy la que tengo que decidir. (...) A veces, mis tías, ellas no llevan a su hija, porque no quieren que les coloquen vacunas. Piensan que va a fallecer. Cuando le ponen, ‘no quiere comer, tiene gripe.’”

Mujer awajún, 24 años

Hay dos razones principales por las que una madre no quería llevar a su hijo a que lo vacunen. En primer lugar, y la explicación más frecuente, era que cuando lo vacunaba esto tenía efectos secundarios que afectaban la salud del niño y para los cuáles no estaban preparados. El personal de salud relataba que las madres no quieren las vacunas porque consideraban que son un gran problema, que ocasionaba hinchazón de pies, dolor de cabeza y otros efectos secundarios. La percepción de algunos además es que ya no sabían qué otra excusa inventarse, y que estos efectos secundarios eran más ideas suyas que síntomas o signos reales. Incluso hubo un Apu que firmó un acta para que nadie de su comunidad se vacunara. Si bien la información sobre los efectos secundarios se tergiversaba y exageraba muchas veces; la población recordaba claramente algunos casos en donde sucedieron eventos inusuales, llegando incluso a la muerte del niño o niña.

“Mi tía cuando nació su hijita le pusieron sus vacunas. Tenía un lunar. La bebida se enfermó. Mi tía pensó que por la vacuna, ‘se está muriendo mi bebé’ y vino a reclamarle a la persona que le había puesto en el Centro de Salud. Falleció la bebida, le echó la culpa a la vacuna.”

Varón awajún, 35 años

Finalmente, el otro motivo para no vacunarse estaba vinculado de cierta manera al tema de los efectos secundarios. Algunas personas de la comunidad

consideraban que dichos efectos secundarios eran producto de un daño intencionado hacia ellos. En ese sentido, manifestaban que las vacunas eran un medio de infección, contagio y muerte de diversas enfermedades, incluyendo el VIH, dirigidas hacia la población awajún para exterminarla. Esta idea de conspiración hacia el pueblo awajún era constantemente negociada y permitía que aparezcan nuevos elementos y desaparezcan otros, mientras que el motivo principal era siempre constante. Las siguientes citas permiten ver algunas de estas narrativas.

“Dicen que son fabricadas por los chinos para eliminar a la raza awajún. Que el Estado invierte en vacunas para que eliminen a los paisanos. Por eso no querían vacunarse.”

Personal de salud awajún, varón, 20 años

“He escuchado con las vacunas. Algunas familias no quieren vacunar a sus hijos. Nos están enviando para que se mueran.”

Mujer awajún, 23 años

Parte de estas teorías son también impulsadas por líderes religiosos, en particular nazarenos y evangélicos.

“Viene también de dirigentes y parte lo que es religiosos; campaña a nivel nacional que no se dejan vacunar porque viene la marca del 666 para identificar a la gente, la señal que están poniendo y que no se dejen vacunar y también que están poniendo virus para eliminar el awajun y puedan entrar a explotar el territorio.”

Personal de salud mestizo, varón, 44 años

“Hermanos tenemos de religión católica, hermanos nazarenos, evangélicos, yo me he peleado con ellos. ¿Por qué me he peleado? Porque ellos hablan: ‘yo no soy vaca para recibir vacunas, para andar medicado.’ Otros dicen: ‘por vacunación va a salir sello, sello en la frente, sellar por medio de vacuna, otros hablan 666, como que fuera el diablo, en general de las vacunas. Esto no se puede eliminar, cada día está aumentando, entonces ahí van a decir persecución. No hay persecución, así la gente muere.”

Personal de salud awajún, varón, 64 años

A manera de una breve reflexión, la descripción de la problemática de salud en la zona ayudba a plantear el escenario donde se dan los diversos diálogos médicos sobre el VIH/SIDA. Se entienden estos diálogos no como una mera interacción entre personal de salud y pobladores, sino simplemente espacios en

los que se habla y construye la enfermedad desde las personas. En ese sentido, y tal como hemos visto en las descripciones de la relación entre ambos tipos de actores, estos diálogos se dan en escenarios marcados por relaciones de poder, históricas y políticas, que es imposible no tener en cuenta como una variable. Contextualizar la investigación de esta manera sirve, no solo para plantear un panorama general del contexto, sino para entrar a temáticas que influyen en la construcción y negociación de modelos explicativos del VIH/SIDA.

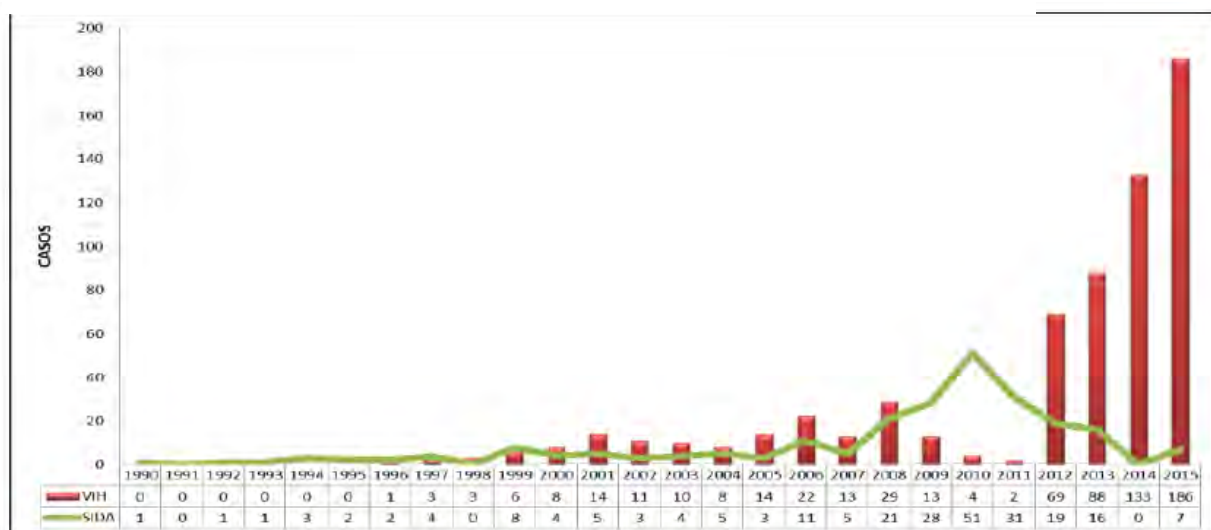


3. DIÁLOGOS MÉDICOS Y MODELOS EXPLICATIVOS

3.1 VIH en la zona: “Un ladrón silencioso”

De acuerdo al INEI (2007), en Amazonas, las comunidades nativas amazónicas ocupan alrededor del 50% del territorio, con una población de, aproximadamente, 52 mil habitantes, casi un 14% de la población total del departamento. Casi 16 mil son pobladores Awajún habitantes del distrito del Cenepa, en la provincia de Condorcanqui, donde parece desarrollarse con mayor intensidad la epidemia. Hasta el 2015, en toda la región de Amazonas, se reportaron 747 casos de VIH y 183 de SIDA, más del 86% en Condorcanqui – zona mayoritariamente indígena- y en Bagua. (UNICEF: 2014) Son las comunidades de esta cuenca y, en particular, los distritos del Cenepa, Imaza, Nieva, Bagua Grande y Bagua, los más afectados. (MINSa: 2016) Importante tener en cuenta que la cantidad de personas con VIH/SIDA también se ha incrementado porque las pruebas de tamizaje se han extendido en más comunidades, tratando de capturar la dimensión real del problema y efectuar un diagnóstico a tiempo. (UNICEF: 2014)

Gráfico 2: Casos de VIH/SIDA, según año de diagnóstico 1990-2015 (Amazonas)



Fuente: MINSa: 2016

Tabla 7: Casos de VIH por provincia en Amazonas

Provincias	Casos VIH	%
Chachapoyas	9	7
Luya	4	3
Bongara	0	0
Rodríguez de Mendoza	4	3
Utcubamba	26	20
Bagua	49	38
Condorcanqui	36	28
Total	128	100

Fuente: ESRPyC ITS, VIH/SIDA: 2008

En el 2008, se registró el primer caso en comunidades awajún del Cenepa, y entre ese año y el 2014, se registraron en los centros de salud de Condorcanqui (Huampami, Kusu Kubaim, Kusu Pagata, Achu y Alto Canampa) 72 casos de personas infectadas de VIH. La mayoría de afectados eran hombres jóvenes entre los 18 y 29 años y, en menor porcentaje, mujeres en el mismo rango de edad. (UNICEF)

El 63% de todos los casos infectados por VIH, correspondía al grupo etéreo de 20 a 39 años, seguido de la población adolescente de 15 a 19 años con el 20%. (MINSa: 2008, 34) Adicional a este incremento paulatino, desde el 2004, los casos de VIH afectaban en un ratio de 2 a 1 a hombres y mujeres. (MINSa: 2008) Asimismo, un 24% del total de la población infectada en Condorcanqui son varones homosexuales, entre los 15 y 25 años. (UNICEF 2004: 31)

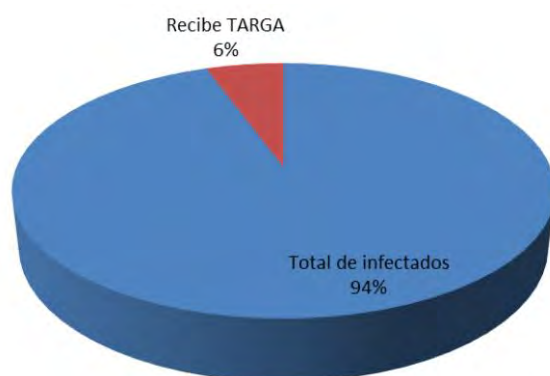
Tabla 8: Dimensiones de la epidemia (Total de infectados, del 2006 al 2014, según género, vivo o muerto)

Año de detección	Total de infectados	Hombre	Mujer	Vivo	Muerto
2006	1	1	0	0	1
2007	4	3	1	1	3
2008	8	4	4	1	7
2009	1	0	1	1	0
2010	3	2	1	1	2
2011	1	1	0	1	0
2012	25	18	7	14	11
2013	19	16	3	11	8
2014	10	8	2	10	0

Fuente: UNICEF: 2014

De estos casos, el 44% fallecieron desde el 2007, 32 muertes que se han atribuido a la poca accesibilidad al TARGA como tratamiento periódico de cuidado y a la ausencia de una estrategia comunicacional intercultural sobre el VIH/SIDA. De acuerdo al estudio de UNICEF, del total de infectados, solo el 6% recibe TARGA. (UNICEF: 2014)

Gráfico 3: Porcentaje de infectados que recibe TARGA



Fuente: UNICEF: 2014

El acceso al tratamiento antirretroviral en el Cenepa se centralizó a través de la Red de Salud de Nieva, que funcionaba como punto urbano estratégico. Dado que los costos de los traslados de las comunidades más alejadas hacia la ciudad exceden a lo que los pacientes pueden manejar; suelen acceder al tratamiento solo los que proceden de comunidades más cercanas o los que son apoyados por la gestión de otros actores estratégicos.

Dentro de la NTS, se ha priorizado a las madres gestantes como población clave para el tratamiento contra el VIH/SIDA; no obstante, reciben muy poca atención especial que permita un correcto seguimiento del tratamiento. En el caso de los jóvenes, si bien han sido identificados como el mayor foco de contagio en esta población, no están priorizados dentro de esta normativa (UNICEF 2004: 31).

Recién hace 5 años, se empezaron a elaborar estrategias para formular procesos de reunión en la zona afectada los que, finalmente, culminaron en una serie de intervenciones. Dado que el caso planteaba la necesidad de adecuar las normas y estrategias culturalmente, se desarrollaron ciertas estrategias de prevención y tratamiento de VIH y otras ITS en base a la población awajún, por lo que este caso sirvió de guía para intentar formular estas intervenciones culturalmente adecuadas. En ese sentido, se hizo un esfuerzo por realizar

capacitaciones en awajún, utilizando y hablando en los marcos interpretativos de la población. Este proceso de supuesta horizontalidad ha sido -en amplios términos- visto como algo unilateral, dado que ha sido el Estado quien ha establecido estrategias para adaptarse a la población, sin darle a la población un rol activo en concreto para la creación de estos esfuerzos. Se han utilizado dinámicas participativas que no han logrado tener en cuenta aquello que se busca desde la población misma, sus organizaciones e instituciones; así como su propia respuesta al tema. Esto es particularmente relevante ya que, en el caso awajún, ha habido una mayor cantidad de casos ¿¿?? con un fuerte componente político, puesto que se han desarrollado en contextos de conflicto y zonas en grandes procesos de transformación.

De acuerdo a los datos recogidos en el Centro de Salud de Huampami, la incidencia en esta comunidad actualmente es de de 1.8%, mientras que en el país hay una prevalencia de 0.8%. Según señala el personal de salud, las comunidades a lo largo del río Cenepa y Santiago están infectadas; “no hay comunidad libre.” Aunque en algunas comunidades, no hay muchos afectados, mencionan que, en todas, hay al menos 2 pacientes infectados y que “probablemente, haya mucho más casos ocultos.” Esta cifra puede sonar reducida, pero es en realidad alarmante considerando el número de pobladores por comunidad y la rápida dispersión que pueden tener estos casos.

Cada dos o tres días se presenta un caso nuevo y dicen que “no hay familia que no haya sido tocada por el virus.” En el Centro de Salud de Huampami, el caso más joven detectado fue de un niño de 11 años y el mayor de un hombre de 70. Estiman que entre el 80 al 90% se encuentra entre los 14 a 29 años. Las cifras oficiales dicen que el 63% de todos los casos infectados por VIH, corresponde al grupo etario de 20 a 39 años, seguido de la población adolescente de 15 a 19 años con el 20%. (MINSa: 2008, 34) Con respecto a los casos más jóvenes, mencionan además que muchos de ellos, probablemente, hayan sido efecto de un abuso o violación.

“Habían dicho que estaban aumentando los casos entre adolescentes, púberes, 11 a 17 años; lo que te habla de relaciones homosexuales con gente mayor con el virus y eso

se hace por abuso o por dinero. (...) Si se están dando estos casos, es porque hay abusadores, puede ser entre la familia o los docentes.”

Hermana de la comunidad cristiana mestiza, 54 años

Por otro lado, el grupo de mayor prevalencia son los HSH (1.86%), lo que indica que la forma de transmisión del VIH es casi exclusivamente sexual (96%). Las relaciones sexuales no protegidas son la forma más importante de exposición al virus. Más allá de las cifras oficiales, según diversas conversaciones con los pobladores, el VIH está muy relacionado a la población homosexual y al sexo transaccional a cambio de alimentación, vestimenta u otros elementos que los jóvenes no tienen a su alcance y que, en muchos casos, necesitan para poder sobrevivir.

“En Huampami, hay más gay que tienen. Hay también unos cuantos heterosexuales. Allí se contagian a los 13, 14 años. De otras comunidades los dejan en el internado, por necesidad de alimentos. Les dan también ropas.”

Mujer awajún, 29 años

Finalmente, las gestantes con VIH son también un porcentaje alto de los casos. Dado que han sido priorizadas en la NTS, el procedimiento indica que, en caso haya una gestante infectada, el problema debe ser enfrentado desde el primer momento; especialmente tomando en cuenta que ya existe una gran posibilidad que el bebé no salga infectado si se siguen los cuidados adecuados. De tal manera, desde que la gestante va a su primer control en el centro de salud, se le hace una prueba de tamizaje y, en caso salga positivo, se le plantea tratamiento para controlar la infección, la cesárea como alternativa para proteger al bebé y al personal que atiende el parto y, a toda costa, evitar la lactancia materna para no tener una vía directa de contagio. Si estas medidas fueran seguidas al pie de la letra, la transmisión vertical podría ser una de las más fáciles de detener. Sin embargo, hay muchos motivos por los cuales esta estrategia nunca suele completarse al cien por ciento y el seguimiento de estas condiciones se da muy rara vez en las gestantes diagnosticadas.

“El temor para aceptar cesárea, temor al corte salvo que esté bien concientizada. A último momento hay mucho temor por

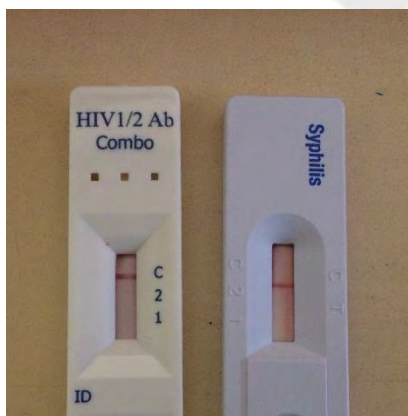
derramar bastante sangre. Todos son partos vaginales, domiciliarios; no llegan al centro”

Personal de salud mestizo, varón, 46 años

3.1.1 Procesos y modelos de atención

Parte de la intervención del centro de salud ante la problemática de VIH en la zona abarcaba todo un proceso por el que se somete y es sometido el paciente desde antes del diagnóstico. Este proceso formaba parte de sus itinerarios terapéuticos, en tanto implicaba una serie de cuidados, tratamientos y tecnologías de distintos modelos de atención; por lo tanto podía ser, y muchas veces lo era, interrumpido en cualquier momento; del mismo modo que podía ser revisitado posteriormente. Asimismo, si bien desde el Centro de Salud, se establecía un proceso a seguir, este era también revisado y modificado continuamente no solo por los pacientes sino también por el personal; pues la atención dependía de personas y situaciones diversas.

La primera etapa empezaba a través del tamizaje que llevaba a la identificación de casos positivos. Si bien parecía ser algo relativamente simple y directo, constituía toda una problemática en sí. Para comenzar, se debía determinar quiénes debían ser tamizados. Un primer grupo eran aquellos pacientes que



Fotografía de pruebas de laboratorio rápidas para detección de VIH/ sífilis
Fuente: elaboración propia

presentaban un cuadro clínico con síntomas del VIH/SIDA, que serán descritos posteriormente. Estos pacientes llegaban al centro de salud y pasaban inicialmente por triaje de donde lo derivaban a una consulta con el médico general. El médico general le daba una orden de laboratorio, si consideraba pertinente realizar la prueba. Vale la pena mencionar que el triaje se daba en una sala abierta grande, con otros pacientes esperando. El paciente se sentaba en un escritorio con un técnico awajún y relataba sus síntomas y molestias. El técnico evaluaba con quién y

dónde debía tener consulta (medicina general, obstetricia, nutrición, psicología, odontología, enfermería o tóxico), de acuerdo a las necesidades terapéuticas y recursos disponibles. Un segundo grupo de pacientes eran las gestantes, quienes, apenas acudían al centro de salud para su primer control, eran tamizadas para VIH y sífilis. Además, si bien no era parte de la normativa, la obstetra del centro refirió que “a todos los adolescentes que llegan, siempre les hago la prueba rápida y la mayoría salen positivos.” Manifestó que las jóvenes adolescentes sí van a veces a hacerse pruebas rápidas voluntariamente. Una vez que se ha determinado a quiénes se les hará la prueba, el o la paciente debía ir a laboratorio, un cuarto pequeño a unos cuantos pasos de triaje y al lado de admisión (donde se almacenaban las historias de pacientes). Al respecto, hay quienes decían que hoy en día ya no es tanto problema hacer las pruebas, que esto ha ido cambiando y las personas están más abiertas al tamizaje.

“Las pruebas no es un problema, le hablas bonito y todo el mundo quiere sacarse. Por la presión del grupo, se sacan.”

Personal de salud, awajún, 34 años

Para realizar la prueba se presentaban dos situaciones problemáticas: cuando los síntomas se presentaban en niños o adolescentes acompañados por sus padres (Estos, a veces, se negaban a aceptar la posibilidad que su hijo pudiera estar infectado y se indignaban ante la sugerencia.), y el que la prueba requiriese la extracción de gotitas de sangre, lo que les preocupaba y los llevaba incluso a rechazarla, debido a las teorías alimentadas por la desconfianza; lo que analizaremos más adelante.

En el laboratorio, el biólogo o técnico de laboratorio daba un pequeño pinchazo al dedo, extraía una gota de sangre y la colocaba en las pruebas rápidas de VIH. Las pruebas rápidas eran de CD y CTS; si la primera salía positiva, se realizaba la segunda. Los resultados estaban en 15 minutos máximo. De acuerdo al biólogo:

“La norma técnica dice que tienen que ser dos marcas diferentes de laboratorio, y solo si salen positivas las dos se envía la muestra a Nieva. Sí ha habido casos que salen positivos en las pruebas rápidas y negativo en el laboratorio.”

Pero eso es porque las muestras vienen mal, del propio laboratorio.”

Personal de salud mestizo, 34 años

Si ambas pruebas salían positivas, se le solicitaba al paciente autorización para enviar a Nieva una muestra de suero, que, posteriormente, era enviada a Lima al Instituto Nacional de Salud en Lima para la prueba de Elisa. Para ello, el biólogo o técnico de laboratorio extraía un tubo de sangre, lo centrifugaba, sacaba el suero con las pipetas, lo ponía en líquido vial, lo rotulaba (nombre, fecha y DNI) y lo mandaba con una ficha epidemiológica del paciente y su consentimiento. Se mencionó que se realizaban un promedio de 50 pruebas rápidas al mes, de las cuales, al menos, tres salían positivas.

La prueba de Elisa es el examen del suero para la detección del VIH desde un punto de vista del diagnóstico molecular. El problema con esta prueba, para los pobladores del Cenepa y otros, es que no estaba disponible ni siquiera en la capital del departamento.

“Como lo mandan al INS puede demorar como 8 meses, como es gratuito.”

Personal de salud awajún, varón, 44 años

El período de espera para los resultados de la prueba de Elisa era de 6 a 8 meses, por lo que, solo se enteraban de los resultados aquellos que seguían yendo al Centro de Salud a recibir el tratamiento antirretroviral en su control mensual. Aquellos pacientes que decidían ignorar el primer diagnóstico con pruebas rápidas, o que habían decidido tratarse a través de otros medios y en otros espacios, no se enteraban del resultado final.

Finalmente, se mencionó que deberían hacerse otros exámenes adicionales que no se realizaban en Huampami, ni en el Cenepa.

“Los exámenes obligatorios deberían ser el CD4, para hacer el conteo de carga viral, que creo que ya se está haciendo en Nieva. Si es menor de 100 entonces es SIDA. Y el BK para la muestra rápida de TBC, las dos deberían hacerse juntas para definir en qué etapa está el paciente; sin eso no se puede hacer, y aquí no se hace ninguno de los dos.”

Personal de salud mestizo, varón, 29 años

Se señalaron dos motivos de preocupaciones con relación al examen para diagnosticar tuberculosis. Por un lado, las condiciones de higiene del laboratorio luego de realizar las pruebas, ya que era muy difícil dejar el ambiente esterilizado al no haber fluido eléctrico permanente. Esto era una gran inquietud, porque al laboratorio entraban los hijos del personal de salud y a los encargados del laboratorio, les daba miedo contagiarse y luego contagiar a sus hijos. Por otro lado, la poca adherencia al tratamiento del TB que incrementaba las posibilidades que el caso se volviese multiresistente.

El biólogo del CS explicó que él no realizaba exámenes de TB ni les daba tratamiento, porque tenía la certeza que, si ni siquiera seguían el del VIH, menos lo harían con el de la tuberculosis. En este contexto, se asociaba muchísimo el VIH a la TB, ya que cuando el cuerpo está con el sistema inmunológico débil - como en el caso del VIH- uno es mucho más susceptible a contagiarse de TB. Si bien se podía eliminar a través del tratamiento oportuno y eficaz, los pacientes de VIH rara vez lo lograban porque sus defensas estaban bajas. Otro de los grandes problemas era la resistencia que el virus de la TB podía adquirir si el paciente discontinuaba el tratamiento.

“Se vuelve multiresistente y es más fregado. Aquí la gente no es consciente, el tratamiento no va de acorde a su medicamento, toma una vez, dos veces, no me gusta y lo dejan. Toman su hierbita, pasan su huevito y lo dejan. Me da cólera eso. Se juntan con los niños, se exponen a la bacteria y cuando a ellos los agarra multiresistente ya ahí les da duro.”

Personal de salud mestizo, varón, 29 años

La siguiente etapa del proceso de un paciente con VIH eran sus consultas iniciales. Una vez que medicina general recibía la confirmación del laboratorio, el doctor indicaba el tratamiento a seguir. Este procedimiento era distinto al de otras enfermedades, pues el doctor les daba directamente el tratamiento y las explicaciones del caso; mientras que -en otras situaciones- en farmacia recibían la medicina y la información necesaria. Esto por privacidad y confidencialidad con los pacientes, pues hay muchos que sentían mucha vergüenza por el estigma que tiene la enfermedad. Luego de terminar con medicina general, el paciente pasaba a una consulta con obstetricia. Se realizaba una sesión de

planificación familiar con la obstetra en donde se le repartían preservativos, y servía como espacio de consejería.

“Normalmente no regresan cuando los trato, yo les digo, que basta con que sean sexualmente activos, los que están contagiados saben. La familia es la que dice que es brujería, ellos se ríen nomás de la vergüenza.”

Personal de salud, mujer, 38 años.

Las sesiones para los pacientes regulares se realizaban una vez; en el caso de las gestantes, la consulta se repetía periódicamente tanto para los controles prenatales como para asegurarse que se mantuviera el procedimiento.

Posteriormente, los pacientes pasaban a una consulta en enfermería. En esta consulta, se les hacía varias preguntas para llenar una ficha de control. Esta ficha permitía saber con quiénes habían tenido relaciones sexuales, para hacerles un seguimiento a sus “contactos”, al ser considerados grupo de riesgo. Esta parte del procedimiento era bastante compleja -dada la intimidad de las preguntas, la poca apertura para hablar del tema de parejas o contacto sexual, y el sesgo que se daba por el género del paciente y el personal de salud.

“Cuando se fue de licencia la otra enfermera, me tocó a mí encargarme. Qué vergüenza hacer ese tipo de preguntas: cuántas parejas ha tenido, si son hombres o mujeres, la duración de la relación; y también preguntar si esa pareja ha tenido contacto, si se ha muerto.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

Según el protocolo, la siguiente consulta debía ser con el área de psicología, sin embargo, durante el trabajo de campo se pudieron observar muchas tensiones entre las distintas especialidades y psicología. Se produjeron conflictos y discusiones bastante personales con la licenciada y, durante el proceso, el área de psicología fue trasladada a un pequeñísimo consultorio donde solo había espacio para el escritorio y una silla a cada lado.

Para psicología, era vital que los pacientes pasen por esta área, especialmente, por el efecto que pudieran tener los resultados confirmatorios del VIH. Si bien verbalmente, casi todo el personal señalaba la importancia de la psicología -en particular en los casos de VIH, pues reconocían el golpe que podía

significar enterarse de los resultados positivos-, se consideraba esta parte del proceso como una formalidad necesaria, pero menospreciada hasta cierto punto.

“La psicóloga también está involucrada, se supone que todos los pacientes deberían pasar por ella, para que les digan suavemente que tienen VIH, porque algunos se quieren matar”

Personal de salud mestizo, varón, 28 años.

En la primera consulta, se evaluaba el estado mental y emocional del paciente, mediante una entrevista y la observación de sus comportamientos y reacciones. En el caso del encargado de psicología, había una percepción explícita que todo paciente con VIH debía tener algún tipo de trastorno mental. De todas formas, el diagnóstico psicológico inicial servía como línea de base para luego recomendar un plan de tratamiento, especialmente en cuanto a los cuidados que debía tener, el apoyo que debía buscar y la frecuencia de sus consultas.

“No es simplemente un tamizaje, el tamizaje no identifica, no detalla las características o rasgos de personalidad de cada paciente; es una evaluación de cinco evaluaciones proyectivas, cognitivas, para determinar recién su diagnóstico definitivo. Recién con eso se puede armar un plan de tratamiento.”

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

Si bien teórica e idealmente, el tratamiento psicológico que se planteaba para pacientes de VIH proponía consultas una vez al mes por lo menos; se mencionó que no se cumplía. Por un lado, porque los pacientes abandonaban el tratamiento psicológico casi con tanta frecuencia como el tratamiento antirretroviral, y por otro, las otras áreas referían a los pacientes con VIH a psicología solo una o dos veces -cuando recién iniciaban el tratamiento- en vez de controlar que fuese un chequeo frecuente cómo se esperaba en otras áreas. Desde psicología, se reconocía que, para tener resultados más eficaces y un mayor seguimiento del tratamiento antirretroviral, la consulta regular debía ser condicionante para recibir el tratamiento. Otra de las razones que se planteaban para seguir con el acompañamiento psicológico era que muchos de los pacientes con VIH solían estar en contextos de violencia. Aun así, el personal de salud no refería los casos como se debía.

Finalmente, la última consulta por la que debían pasar los pacientes con VIH era la del área de nutrición, dado que todo paciente requería una dieta y cuidados especiales para mantener las defensas altas. Lo primero que se realizaba era un diagnóstico de su estado nutricional, peso y talla, para determinar cómo se ubicaban con relación al promedio.

La recomendación principal era una dieta hipercalórica e hiperproteica, que permitiera bombardear y mejorar las defensas con proteínas y utilizar las calorías extras para hacerle frente a la aceleración del metabolismo. En ese sentido, la idea era plantear una dieta con una gran variedad de alimentos de origen animal, aunque se reconocía que eso era muy difícil de obtener en la zona y el contexto de los pacientes. Tomando en cuenta esta dificultad, se les incentivaba a criar algún animal y pescar, para que pudieran consumir al menos 2 huevos diarios, un poco de pescado, gallina o suri -en caso este fuese más asequible. También se les preguntaba sobre qué alimentos sembraban para que pudieran llevar una dieta balanceada, aunque rara vez se veía que pudieran suplir todas las necesidades dietarias. Se les recomendaba el consumo de frutas para el suplemento de vitaminas y otros nutrientes. En los casos más fuertes -sobre todo cuando el paciente estaba en etapa de SIDA-, era necesario que la fruta esté cocida pues sufren de muchas diarreas.

Uno de los problemas a los que se enfrentaba nutrición era la seguridad alimentaria. Una nutrición incompleta, sin la ingesta necesaria de proteínas ni de calorías, ocasionaba que las defensas se suprimieran mucho más rápido e intensamente, incluso si la persona estaba recibiendo tratamiento antirretroviral.

En el caso de las gestantes, ellas debían hacerse un chequeo mensual en nutrición al recibir el antirretroviral. Además de las recomendaciones sobre la dieta señaladas, eran las únicas pacientes con VIH que recibían suplementos adicionales, ácido fólico y hierro, ya que era muy usual que vinieran con anemia o que les fuese a dar durante el embarazo.

3.1.2 TARGA y otros tratamientos

De acuerdo al protocolo, los pacientes diagnosticados con VIH recibían el tratamiento antirretroviral (TARGA) en Medicina General o a veces Obstetricia junto con un plan de tratamiento general. Una vez que las pruebas rápidas salían confirmatorias, el paciente podía iniciar el uso del TARGA para evitar que el virus siguiera multiplicándose -debilitando su sistema inmunológico- y para brindarle mejor calidad de vida.

“En realidad el paciente empieza con los retrovirales apenas salen las rápidas. Pero usualmente no desean sus retrovirales. Usualmente no los aceptan, ponte de 100 solo 2 aceptan.”

Personal de salud mestizo, varón, 44 años.

Para las gestantes reactivas, el tratamiento antirretroviral se iniciaba a los cuatro meses de gestación. Durante los siguientes meses de embarazo, la gestante tenía controles mensuales en obstetricia y en otras áreas. En las consejerías, se le orientaba y aconsejaba sobre los riesgos que podía tener el bebé de nacer con VIH. Para evitar la transmisión vertical, se le recomendaban dos cosas muy importantes: primero, dar a luz por cesárea para evitar el contacto del bebé con la sangre de la madre, lo que ocurre en un parto vaginal. Importante precisar que las cesáreas solo se realizaban en la ciudad pues ni los centros de salud ni las postas contaban con la sala de operaciones y el equipo necesario para ello. En segundo lugar, evitar a toda costa la lactancia materna, vía directa de contagio entre la madre y su hijo, para lo cual se le daba a la madre una pastilla que impedía la producción de leche.

“La mamá, aunque lo vea llorar a su bebito, siempre va tener esa pena, ese sentimiento de madre pero no le va a poder dar. Le vamos a dar lo que es la leche en polvo que nos brinda el MINSA.”

Personal de intervención mestiza, mujer, 25 años

Al nacer, los bebés también recibían tratamiento. Sin embargo, se mencionaron varios casos donde la fórmula no había estado disponible gratuitamente y esto había ocasionado que algunas madres terminen dándole chapo (sopa de plátano) o masato (fermentado de yuca) a sus hijos, que no era lo ideal para su nutrición y podía llegar a ser dañino para su salud. De acuerdo

al personal de la intervención, se les daba fórmula hasta el año, a pesar de que la edad promedio era hasta los 6 meses; para buscar asegurar una mejor nutrición.

Uno de los grandes desafíos con la epidemia del VIH -constantemente mencionado por el personal de salud y otras autoridades- era la adherencia de los pacientes al tratamiento. Aun cuando hubieran aceptado el tratamiento luego de haber sido diagnosticados, el problema era que muchos no lo continuaban. En todos los casos (incluyendo a las gestantes), este parecía ser el mayor obstáculo para enfrentar la epidemia.

“El problema es la adherencia. Por decir un número, 50 diagnosticados, 8 llevan tratamiento. Hemos visitado la semana pasada a una comunidad San Antonio, solo hemos encontrado 4 de los 8 infectados y ninguno de los 4 quería tratamiento.

¿Qué hacemos contra eso? No se hacen problema por la prueba. Los detectados, se llevan el primer tratamiento y luego no regresan. Por eso, ahora les decimos, piénsalo, no te lleves el primer tratamiento sino lo vas a utilizar.”

Personal de salud mestizo, varón, 54 años

Eran varios los motivos por los que los pacientes dejaban el tratamiento una vez que habían aceptado recibirlo en primera instancia. Uno de los argumentos más usuales eran los síntomas o efectos secundarios que podía ocasionar después de la primera toma. Considerando que el VIH es una enfermedad asintomática y el tratamiento trae efectos secundarios que sí parecerían de una enfermedad regular, era difícil para los pacientes encontrar la coherencia en esta secuencia de eventos y considerar que esto podría estarlos manteniendo saludables. Uno de los principales síntomas para abandonar el tratamiento eran las constantes diarreas, pues los antivirales eran fuertes y tenían un proceso de choque y adaptación en el cuerpo que se manifestaba en síntomas estomacales.

Era también frecuente escuchar que la alimentación era un problema grave, pues para enfrentar el VIH y el tratamiento uno necesitaba una buena nutrición. Para empezar, el tratamiento muchas veces dejaba sin apetito a los pacientes, con náuseas o sin ganas de comer, por lo que no se veían motivados a

alimentarse correctamente. Por si eso no fuera suficiente, conseguir una buena alimentación era muy difícil en la zona. No tenían disponibilidad de alimentos para comprar, ni suficientes recursos para comprar los que sí llegaban y, cuando iban al monte a cazar o a pescar, no siempre obtenían lo que querían.

“El problema es la alimentación, cuando recibe tratamiento de VIH. Aquí no tenemos suficiente alimentos como ciudad que es el mercado ahí, nuestro mercado es el monte. Aquí es así, si no vas al monte o no pescas, no comes, no hay alimento. Cada uno busca lo que come, los que no buscan no comen. Esos pacientes que andan tomando, tomando medicamentos quedaba sin apetito, así te deja el medicamento. Así se murió, por no comer, los dos pacientitos, así han muerto otros también. Eso es lo que ocurre acá. El mayor riesgo y obstáculo es ese.”

Personal de salud mestiza, mujer, 26 años

El gran inconveniente con el abandono del tratamiento era el reajuste que se tenía que hacer cuando un paciente lo retomaba dependiendo de su nivel de hemoglobina, porque el único personal calificado para realizar este ajuste eran los infectólogos y, en las comunidades, no había ninguno disponible.

De acuerdo a personal que había trabajado también en la ciudad, en las comunidades rurales no se seguían las normas del protocolo de VIH, pues no se hacía un seguimiento continuo del paciente, por lo que había mucho abandono del tratamiento.

Otro de los temas con respecto a la adherencia del tratamiento era el itinerario o repertorio terapéutico que los pacientes solían armar una vez que habían sido diagnosticados, combinando distintos tratamientos de diversos sistemas de salud. En ese sentido, era muy usual que se usara por un tiempo el tratamiento antirretroviral así como distintos tipos de plantas, ya sea uno primero y luego el otro, los dos al mismo tiempo o intercalándolos.

“Ellos experimentan ambas, no solo una, y al experimentar ambos ellos solos se dan cuenta del efecto que tiene la medicina farmacológica en su cuerpo y por eso hay jóvenes que han renunciado. Estuvieron en el programa y mejoraron pero las creencias de los padres los lleva a poner pies por otras medicinas alternativas creyendo que son brujerías, y una vez

que ya han experimentado el tratamiento a través de los brujos y al ver que no hay resultados regresan.”

Personal de salud mestizo, varón, 44 años

Era frecuente que los pacientes que empezaban a tomar el tratamiento y además utilizaban plantas se empezaran a sentir mejor, por lo que consideraban que ya no era necesario seguir con las pastillas y dejaban de tomarlas. Este recurrente abandono, especialmente en el caso de jóvenes, parecía estar vinculado a la influencia de la familia, en particular de las generaciones mayores. Este es un factor que debe ser tomado en cuenta en las estrategias que se implementen, considerando que el mayor porcentaje de casos está en adolescentes y jóvenes. Sin embargo, era también recurrente que al ver que su condición empeoraba, los jóvenes volvieran a pedir el tratamiento a veces a espaldas de su familia. Se mencionó varios de estos casos en donde pacientes jóvenes habían fallecido por la prohibición de sus padres de usar medicina farmacológica por -según el personal de salud- sus “creencias ancestrales.”



Fotografía de suero y hojas de toé en la sala de hospitalización del CS Huampami
Fuente: elaboración propia

Durante esta negociación de tratamientos, los pacientes utilizaban plantas administradas por curanderos o por sus propios familiares. La más frecuentemente mencionada fue la catahua pues su amargura es una característica necesaria para la curación del VIH. De ella, se extraía la leche del fruto que se tomaba en diferentes dosis o se preparaba una especie de té purgante.

“Se usan distintas plantas. La catahua es más para purgar, como purgante tipo té, te da diarrea pero fuerte, fuerte, más te deja deshidratado, te puedes morir con catahua. También se usa el “santanik” es una plantita como acolchonadito el tallo, como camufladito, adentro viene como una yuca, como una sachapapa. La fruta esa que viene la preparan y la toman, como amargo piensan que va a matar a la enfermedad. Para el VIH se buscan plantas amargas.”

Mujer awajún, 38 años

También estaban el toé, la ayahuasca, el santanik, y la uña de gato. Estas plantas se podían usar independientemente o combinadas entre sí o con otras plantas. En general, funcionaban como tratamientos purgantes para expulsar la enfermedad, por lo que el curandero o brujo solía recomendar una dieta estricta. Entre las restricciones, estaba el aceite, la grasa y los condimentos, limitándose, básicamente, a una dieta de yuca y pescado sancochado o a la leña. Con la misma intención de expulsar la enfermedad o el daño, se recomendaba el enema para limpiar el cuerpo.

De acuerdo al personal, si bien esto podía aliviar algunos síntomas de manera temporal, era uno de los remedios más peligrosos, pues, en general, tanto purgantes como enemas podían deshidratar y terminar matando al paciente. El tema de la dieta era también riesgoso para los pacientes de VIH, ya que una alimentación tan pobre debilitaba el cuerpo en vez de fortalecerlo y mejorar su sistema inmune. Al tener bajas sus defensas y no alimentarse bien, muchos de los pacientes sucumbían ante infecciones oportunistas, que podían terminar poniendo en riesgo su vida.

Muchas veces, al ver que las plantas no estaban funcionando y que el paciente estaba empeorando, hay quienes probaban o volvían (si es que lo dejaron) a tomar el tratamiento antirretroviral, como última esperanza para sobrevivir.

“Cuando empiezan, a los dos o tres meses abandonan su tratamiento, por el tema de la brujería; y ellos te dicen que es por ejemplo porque sus padres los quieren tratar con plantas; pero ahí te das cuenta que no te lo dicen directo que ellos creen, pero no son conscientes. De ahí regresan al año de nuevo por el tratamiento, pero ya están mal la mayoría, y no son todos.”

Personal de salud awajún, mujer, 27 años

La percepción desde el centro de salud con respecto al uso de plantas en los pacientes con VIH era variada. Si bien algunos consideraban que había que respetar el uso de las plantas mientras no se afectara más la salud, por lo que había que estar atentos, hubo otros que fueron bastante críticos con este tipo de tratamientos. Las opiniones variaban desde tonos más amigables y tolerantes,

usualmente por parte del personal de salud awajún, quienes entendían a sus paisanos y consideraban que salud no se debería “desenterar” del tema, por lo creían que se debía permitir el uso de plantas que no se quedaran por mucho tiempo en el organismo. A tonos bastante más críticos y burlones que asumían un tono paternalista que no consideraba la posibilidad de curarse con plantas.

“Cuando dicen catahua, yo les digo ¿cuándo han visto un caso que haya vivido? Nunca. No entienden, no se han visto casos que se hayan curado con plantas nunca.”

“No quieren venir, vienen obligados, o como último recurso, no es nunca su primera opción. Primero van al brujo, de ahí a la partera, toman sus plantitas, y de ahí cuando no funciona vienen. “¿Qué creen que las plantitas van a funcionar?”

Personal de salud mestizo, varón, 38 años

3.2 Diálogos médicos: escenarios y casos en discusión

3.2.1 Relatos sobre el ingreso de la enfermedad

Esta sección del informe hará una descripción de los relatos recolectados sobre el ingreso y el origen de esta enfermedad a la zona. En ese sentido, ayudará a descifrar el entramado de diálogos médicos que se propuso en el marco teórico, ya que estos relatos han constituido una forma de hablar de la enfermedad y, por lo tanto, han determinado qué acciones tomar al respecto.

Para ello, empezaremos contando la historia de los primeros casos y cómo las personas recuerdan cuando empezaron a escuchar o conocer el VIH. Luego, pasaremos a un recuento de las diversas teorías recolectadas con respecto al origen de la enfermedad, cómo y porqué consideran que llegó el VIH a la población awajún.

3.2.1.1 Cronología de la aparición y expansión de casos

Las historias de la aparición de los primeros casos y los recuerdos de lo que fue la primera etapa del VIH en la zona fueron variados. En líneas generales, siguió una cronología similar que permitió identificar no solo la aparición, sino la intensidad a la que se empezó a desarrollar la epidemia del VIH. En ese sentido, se intentará armar una línea del tiempo de las historias contadas, en particular

aquellas que más concuerdan, aunque también remarcando aquellas que salen de la generalidad de relatos pero que son igual de importantes.

Si bien la mayoría de recuentos sobre los primeros casos empezaron el 2003, hay algunas personas que recordaron los primeros casos en los años previos. El recuerdo más antiguo de los entrevistados sobre esta enfermedad data de 1995. Estos primeros casos se asociaban muchísimo a la homosexualidad y las relaciones sexuales, pero siempre teniendo en cuenta el tema del daño y la brujería.

“Escuché por primera vez en 1995, cuando estaba estudiando en el colegio. Era de un gay que era familia. Mamá nos dijo que es una enfermedad que no tiene cura nunca; que hay que cuidarse, no tener relaciones sexuales. Teníamos miedo porque ha muerto flaquito, con llagas. Ellos decían que era brujería, no decían que era VIH, no sabíamos. Pensamos que era eso.”

Varón awajún, 32 años

Otro de los casos más antiguos fue el de un poblador de la zona, quien en 1999 estaba estudiando en Lima. Por su familia, supo de un caso en el Cenepa.

“El 99 estuve en Lima. Un señor se había muerto porque había estado con ese mariconcito. Yo estaba en Lima, pensé que era brujería.”

Varón awajún, 37 años

Los relatos sobre los primeros casos fueron más frecuentes a partir del 2000, especialmente, del 2003. Cuando hablaron de ellos, mencionaron que – en ese tiempo- no había pruebas rápidas accesibles en la zona -solo estaban disponibles en ciudades grandes y lejanas. Por otro lado, tampoco existían brigadas de intervención para la estrategia comunicacional, el tamizaje ni el tratamiento. Mientras más antiguos los casos, más frecuentemente no fueron considerados como VIH, pues casi no se conocía la existencia de la enfermedad: Todas las explicaciones se referían a brujería.

A partir del 2003, los relatos empezaron a coincidir más. Casi todos describieron los primeros casos como situaciones aisladas que empezaron a aparecer en distintas comunidades del Cenepa y llegaron a Huampami principalmente por haber mejores posibilidades de atención médica. Una vez

más se volvió a mencionar que los primeros casos se dieron en la población homosexual que empezó a contagiarse y enfermarse.

“Hay varios gays, entonces empezaron a morir. Había un chico que trabajaba donde la Luisa. Él cocinaba, hacía todo. Y de un momento, se regresa a Kusu y ahí se murió. Entonces hubo varias muertes seguidas. Ahí es donde supimos que había VIH. Decían que deben cuidarse.”

Mujer awajún, 42 años

Hubo también recuerdos de los primeros casos, que aún parecían darse lejos de la zona y fueron relatados como casos sin ninguna posibilidad de sobrevivencia. Se mencionó que eran escasos los medicamentos, que las gestantes de Nieva eran las únicas que tenían alguna chance de conseguirlos. Hubo también relatos sobre la llegada e incremento de la enfermedad en Huampami alrededor del 2004.

“Los primeros casos nosotros empezamos a ver eso en varios gaysitos. Empezaron a morir seguidito. Había uno enfermito, un día regresa a su comunidad y nos cuentan que se ha muerto. Al principio todos los gays uno tras otro. Ahí es donde supimos que había VIH y nos decían deben protegerse y cuidarse esa fue la primera vez que supimos.”

Mujer awajún, 37 años

Estas historias permitieron identificar que dichos casos no pasaron por el proceso que hoy se aplica para ser diagnosticado. Sin pruebas rápidas al alcance de todos, la única manera de diagnosticar el VIH era a través de cuadros clínicos. Un cuadro clínico consiste en la evaluación médica sobre el estado de salud de un paciente en base a sus síntomas y signos. Los síntomas, descritos por el paciente de manera subjetiva, y los signos, visibles objetivamente al examinar al paciente, llevaban a un diagnóstico presuntivo que debería corroborarse con otras pruebas y exámenes. Al no haber otro tipo de pruebas disponibles, los casos detectados en esa época estaban ya en una etapa avanzada de la enfermedad, donde los síntomas y signos comienzan a mostrarse con más claridad, por eso podían ser reconocidos. Entre el 2004 y 2005, se declararon los primeros casos de muertos en Huampami. Sin embargo, el reconocimiento de la enfermedad por parte de la población era aún lejana. De acuerdo a los relatos, aún se relacionaba muchísimo con la brujería, en particular, como respuesta a envidia entre pobladores y conflictos de propiedad.

“Cuando recién aparecía, creían que era brujería; como pelean por los terrenos, por el bote, por envidia. Hasta ahora, a pesar de las charlas, lo que se incentiva a los alumnos. Ha bajado un poco.”

Personal de intervención awajún, varón, 34 años

De acuerdo a las historias, el recuerdo de los casos que iban llegando a Huampami y a otras comunidades más cercanas está más presente desde el 2005.

“Pasaron los años, como en el 2005 por ahí, y decían que había casos en el propio Huampami. Nos asustamos, decían que era contagioso, que el que tiene relación con alguien que tiene, lo va a tener.”

Varón awajún, 27 años

Para ese momento, ya se mencionaban las pruebas de diagnóstico en la zona. Se realizaban las pruebas rápidas en Huampami y se mandaba a Lima el análisis de sangre para la prueba confirmatoria. Los casos venían sobre todo de Kusubaim, donde hubo varias muertes de pacientes homosexuales en esa época. Si bien señalan que se tenía un distinto acercamiento a la enfermedad en ese momento, pues ya había una noción más clara de que la transmisión era sexual; se siguen mencionando las explicaciones sobre la enfermedad, la negación de la misma y el tratamiento con las plantas.

“Los chicos se morían, decían que el brujo los está matando. Eso decía la gente pero el Centro de Salud decía que era SIDA. Acudían más al curandero, por la aceptación de medicamentos”

Personal de salud mujer mestiza, 32 años

Uno de los relatos recopilados -correspondiente al 2006 o 2007- es uno de los primeros con los cuales se intentó rearmar la cadena de contagio de un paciente diagnosticado desde el sector salud. Se había captado un caso de una niña de 14 años. Lo que se quería era identificar con quién había tenido contacto sexual y la había infectado para, a su vez, poder avisar y tratar a todos los que habían tenido contacto con esa otra persona.

“Mi primer casito fue -yo traté de captar- una niña de 14 años. En el 2006, 2007 en Kusu Pagata. Siguiendo sus contactos, tratamos de llegar a un profesor que lo trataba como tío. Se aprovechó de la niña y se lo contagió. Tratamos de buscar al profesor, y nos dimos con que el profesor estaba reactivo en su prueba rápida. Dos esposas tenía, en Aitam y Achu. Lo

seguimos a la comunidad de Achu; su primera esposa estaba reactiva, a la segunda no la encontramos a tiempo. Había fallecido no sabían de qué, no le habían hecho análisis. Su esposa de Achu empezó a tener sintomatología, le hacíamos seguimiento y, de un momento a otro, falleció.”

Personal de salud mestizo, 52 años

A partir del 2008, hubo un claro aumento en la cantidad de casos; y se produjo un brote y foco de contagio en Shain. Uno de los casos resaltantes fue el de un joven de Shain que se movió entre varias comunidades. El joven vivió años con el virus, contagiando a muchas personas en el Río Santiago, incluyendo a su esposa quien murió antes que él. Cuando llegó a Huampami buscando atención médica y asilo, el apu no lo recibió, por lo que se regresó a Kusu Kubaim, fue a la ciudad a estudiar un año y, finalmente, falleció en el Río Santiago.

Alrededor de esa época aparecieron los primeros relatos de casos en otras comunidades. Algunos, aparentemente, empezaron a controlar la enfermedad viviendo con ella sin mayores molestias.

“Otro profesor de aquí, le detectaron en el 2008. No sé si recibió tratamiento, creo que le estaban dando plantas medicinales, ayahuasca, catahua o bakaig. A su esposa, que salió embarazada, le han hecho cesárea. Él está trabajando en Santiago. Está bien, no tiene malestares.”

Varón awajún, 27 años

Si bien varios relatos concordaron en señalar la aparición de los primeros casos entre el 2003 y el 2004, de acuerdo al doctor del Centro de Salud de Huampami, el primer caso apareció en el 2009. Para el 2010, algunos recuerdan que en Shain los casos dejaron de aumentar, sin embargo empezó un nuevo foco de contagio en Kusu Kubaim y Kusu Pagata. Se decía que la enfermedad “ya estaba en casi todos lados.” En el 2010, se narró también el primer caso en Pampa Entsa. Un caso que resaltó por tratarse de un profesor de Kusu Kubaim que subió a la parte alta en Pampas y contagió a niñas menores de edad.

Para el 2011, ya había un recuento más claro de las condiciones del diagnóstico del VIH en los centros y puestos de salud. El laboratorio de Huampami ya estaba activo para esa época y se construyó uno en Kusu Kubaim

y Pampa Ensta, pero los biólogos que trabajaban en esos puestos no duraban y renunciaban, dejando Huampami como único centro de diagnóstico.

El diagnóstico no fue el único problema al que se enfrentaban los pobladores de la zona. El tratamiento era casi inaccesible, por lo que un diagnóstico positivo podía significar rápidamente una sentencia de muerte. Esto obligó a muchos diagnosticados a resignarse prácticamente a morir. "Hay familias que tienen aún esa herida."

En el 2012, por el aumento de casos, Mamayaque recibió más atención y se plantearon más estrategias de intervención que lo involucraran, aumentando las visitas extramurales del centro de salud de Huampami. Sin embargo, en ese momento solo había una enfermera que controlaba todo el puesto de salud, la que, a través de pruebas rápidas, diagnosticó 5 casos. De estos casos, hubo un número de muertes de pacientes que no aceptaron el tratamiento porque consideraban que la enfermedad era a causa del daño. Hasta ese momento, el foco en Kusu Kubaim y Kusu Pagata estaba aún latente. No solo era preocupante el aumento de casos, sino la incapacidad de conseguir que alguno de ellos recibiera y se tratara con los antiretrovirales.

En el 2013, las pruebas rápidas tomaron más protagonismo en los relatos. Sin embargo, el tratamiento no apareció hasta finales del 2014. En el 2015, se resaltaron dos aspectos importantes. Por un lado, finalmente, empezó a descentralizarse el tratamiento -a causa de las dificultades y costos para transportarse hacia Huampami o la ciudad; y, por el otro lado, aumentaron los casos en Huampami y las comunidades aledañas, especialmente, en adolescentes de 13 o 14 años.

Un dato interesante para analizar entre todos los relatos recolectados fue el año de la aparición del primer caso de VIH en la zona. Las distintas versiones concordaron en que el 2003 y 2004 fueron los años donde realmente se escuchó de esta enfermedad o, al menos, de los síntomas y muertes que estaba produciendo. Sin embargo, de acuerdo a las capacitaciones observadas, que son manejadas por la Red de Salud de Nieva a través de la Estrategia Nacional contra el VIH, la aparición de los casos fue bastante más tardía, en el 2008.

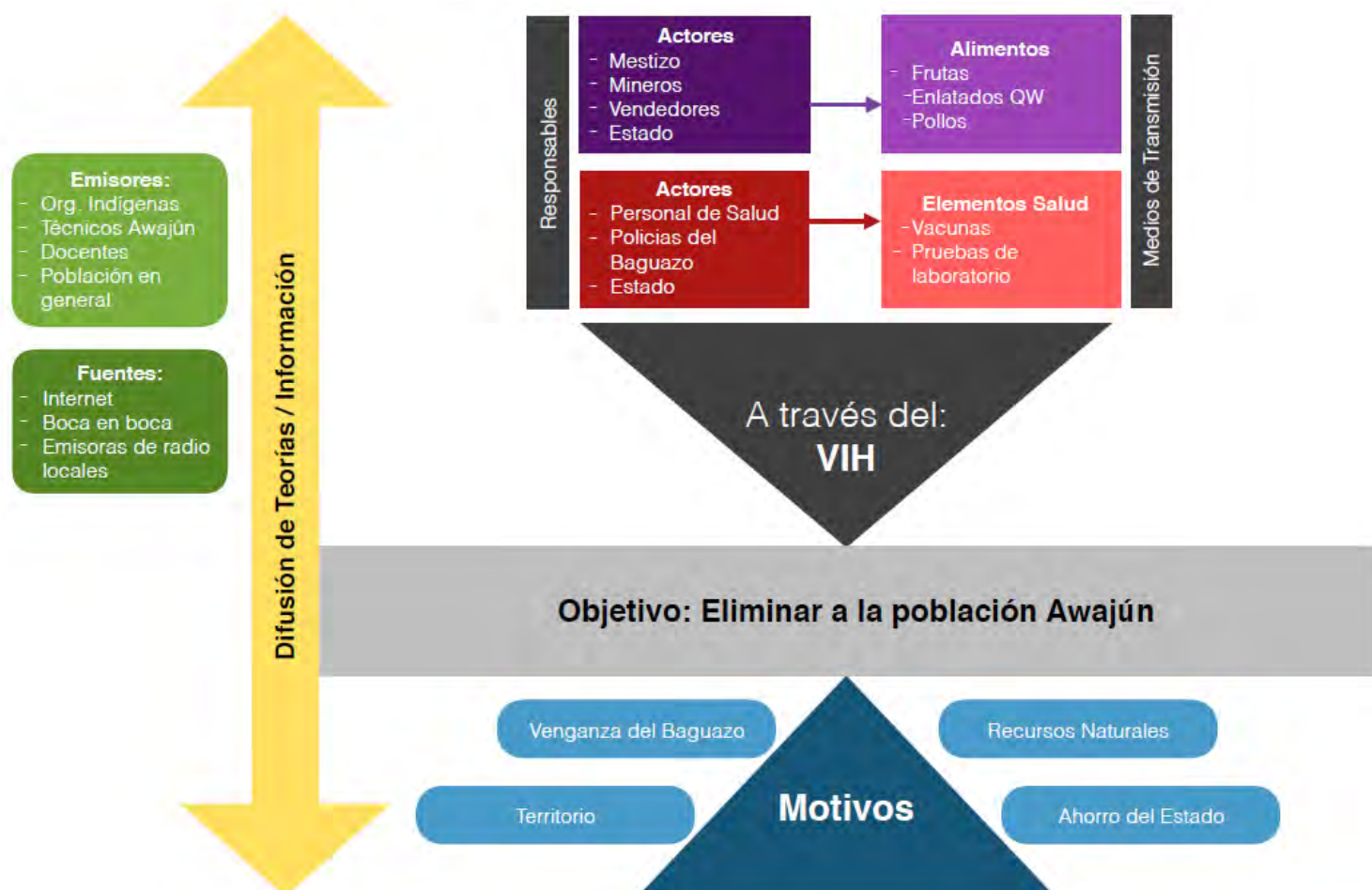
Pareciera ser que una de las razones del problema de la expansión de la enfermedad fue la llegada de dichas estrategias e intervenciones se produjo años más tarde que su aparición fuera reconocida oficialmente.

Lo que se ha descrito permite ver cómo los informantes recordaban las primeras etapas de la aparición del VIH en la zona y con ello, los primeros casos que empezaron a surgir. Si bien ese es el aspecto más concreto de la aparición, hay también un lado más abstracto, que excede los recuerdos de los primeros casos.

3.2.1.2 Teorías de ingreso de la enfermedad

A continuación, se describirá la información recolectada sobre las diferentes teorías que los pobladores han elaborado en base al porqué y el cómo de la aparición e ingreso del VIH a la población awajún. Hay tres factores principales a tomar en cuenta en los relatos: el medio de ingreso, el actor encargado de este medio y la razón detrás de este ingreso. Asimismo, hay dos factores secundarios: los encargados y los medios de difusión de estas teorías e información. Se utilizará un flujograma de elaboración propia para ilustrar la forma en que estos elementos se relacionan y plantean un panorama general de las explicaciones que surgen con respecto al origen de la enfermedad en zona awajún.

Diagrama 1: Teorías de los pobladores sobre el ingreso del VIH a la zona



Fuente: elaboración propia

Las teorías del ingreso y aparición del VIH en la zona coinciden en que el motivo es eliminar al pueblo awajún a través del contagio de la población. Los relatos señalaron que el medio de ingreso y transmisión era siempre un elemento (frutas, vacunas, pruebas de laboratorio) que llegó a la zona infectado con el virus. Los actores responsables de introducir el virus eran personas del Estado o mestizos (mineros, vendedores, personal de salud o policías del Baguazo). Este objetivo se daría además por motivos y conflictos políticos y territoriales. Finalmente, toda esta información fue difundida por distintos actores, entre los cuales figuraban algunas autoridades o personas de prestigio en la comunidad; esparciendo estos planteamientos por diversas fuentes mediáticas y de boca en boca.

Un grupo mayoritario de relatos señaló que el virus había sido inyectado en alimentos por el Estado y los mestizos, incluyendo a vendedores y mineros. Entre estos alimentos, las más frecuentemente mencionadas fueron las frutas, descritas como portadoras del virus luego de haber sido inyectadas con sangre contaminada. Una de las frutas que se repitió en bastantes historias fueron los mangos. Se describió que, a raíz de ese rumor, la gente dejó de consumirlos, pues le habrían encontrado “sangre adentro” al lavarlos o partirlos para comer. Señalaron también que fueron los docentes, actores influyentes en la comunidad, los que compartieron esta información con la población, que aparentemente habría sido obtenida de fuentes virtuales como YouTube. Considerando que en las comunidades no hay acceso a internet, estos rumores tuvieron que partir de la ciudad y recorrer el camino hacia las comunidades de boca en boca. Eso se señaló también en las entrevistas, comentando que posiblemente se habrían originado en ciudades como Jaén y Santa María de Nieva; dos de las más cercanas y dónde las personas de las comunidades suelen viajar o ir a estudiar y trabajar.

Otra de las frutas que fue mencionada en un buen número de relatos fueron los plátanos, repitiéndose la idea que habrían sido infectados por el Estado o los mestizos con VIH para eliminar a la población indígena. En ese caso, incluso, se mencionó que había varios casos donde habían encontrado plátanos con “el corazón medio rojo”, señal que estaban infectados para cuando la población los comiera. .

“Escuché que en Nieva habían encontrado comiendo una sangre adentro y el SIDA estaba puesto adentro para que los awajún murieran todos. (...) Escuché que por Nieva. No sé, los vendedores (mestizos) lo habrían inyectado. “

Varón awajún, 27 años

También refirieron que algunas autoridades y personal de salud eran parte de la difusión de esta información.

“Un integrante de AIDSESEP hizo una publicación en Facebook, que tengan mucho cuidado porque el plátano están inyectando con virus de VIH, para que puedan eliminar a los awajún y wampis.”

Personal de salud awajún, 32 años

En algunos casos, se pudo verificar la forma y actor de difusión de esta teoría: un técnico sanitario awajún había compartido en sus redes sociales una imagen de un plátano con un centro rojizo, informando que así se veía la sangre infectada con VIH en estas frutas. La imagen tenía un texto que lo acompañaba con un mensaje de confirmación de esta forma de contagio por parte de la directora de la OMS – que, claramente, no era cierto. La publicación había sido compartida más de 30 veces.

Entre las frutas que habrían sido infectadas con VIH, se mencionaron - con menor frecuencia- las papayas y las piñas; descritas con la pulpa con toques rojizos que indicarían la presencia de sangre. Una vez más, se repitió que los actores difusores del mensaje fueron los docentes y el personal de salud, incluyendo personal de Nieva (ciudad encargada de manejar la estrategia de la zona).

“Dicen que la papaya está contaminada, dicen que ha sido inyectada con sangre infectada. Un profesor estaba diciendo que no debían comerla. Dicen que las papayas las inyectan con el SIDA, vienen inyectadas ya por eso están rojitas.”

Mujer awajún, 29 años

Los pollos fueron otro alimento utilizado por terceros para que el VIH ingrese a la zona awajún -según los relatos recogidos. Estos animales, que son llevados desde las ciudades en embarcaciones a las comunidades para ser vendidos mensualmente en la feria de Juntos, vendrían inyectados con el virus para que se contagie quien lo coma. Esta explicación pareció ser más creíble y tangible para algunos, ya que el pollo es un animal vivo con sangre como los humanos y, por ende, con más posibilidades de estar enfermo y ser portador del virus. La siguiente cita revela como, incluso para algunas autoridades, los detalles de transmisión y contagio de la enfermedad eran confusos, permitiendo que una teoría como la de los pollos fuera más posible para la población.

“No creía, porque el SIDA se produce a través de sangre viva. Sí ha habido el comentario del mango, pero es una fruta, no tiene sangre. Yo mismo le explicaba a la gente. Pollo vivo sí tiene sangre. Sí puedes contagiarte. La gente tenía miedo, preguntaban un montón de cosas. La gente a veces trata de engañarles. Nunca por nunca en un producto va a venir SIDA.”

*Yo también consultaba a los del CS. ¿Eso puede suceder?
Conforme me digan, reportaba a la gente.”*

Autoridad awajún, 32 años

La utilización de pollos y gallinas como medio de contagio tenía el mismo objetivo descrito y los mismos actores involucrados.

*“También dicen del pollo. Dicen que los mestizos estarían
inyectando, de repente para que se mueran los awajún, de
repente por el territorio. También el Estado.”*

Varón awajún, 26 años

El último alimento descrito como medio de transmisión fueron los enlatados que mandaba el Estado a través del programa Qali Warma. Tal como con las vacunas, la población sabía que como parte de un programa público, el Estado era el encargado de distribuirlos. Por ello, no querían que se les diera a sus hijos ninguna leche, ni enlatado cuando se les distribuía en el colegio. El motivo de venganza reapareció en estos relatos sobre el programa alimenticio.

*“A raíz de eso (el Baguazo), por eso nos quieren matar. Hasta
de Qali Warma, los enlatados, también hablan, para que
awajún muera.”*

Mujer awajún, 35 años

El segundo grupo más extenso de relatos recolectados explicaba que el virus del VIH ingresó a la zona a través de medios relacionados a la salud, objetos foráneos que el sector salud distribuía o usaba en la zona. Los más frecuentes fueron las vacunas.

*“Cuando vine, había muchos pacientes que se rehusaban a
que los vacunen, entonces tratamos de averiguar por qué.
Refirieron que había un señor que les había dicho, que en las
vacunas estaban inyectando VIH y por eso no querían
vacunarse.”*

Personal de salud mestizo, 32 años

En este caso, al tratarse de un producto que era distribuido directamente por el personal e infraestructura estatal, como los enlatados de Qali Warma, el causante de este ingreso era el Estado. Considerando que la población solo tiene acceso a la salud pública, esta vía de ingreso conllevaba a un rechazo directo a las vacunas en general.

*“Yo no digo, solo he escuchado. Algunos no vacunan a sus
hijos hasta los 8 años porque pueden agarrar SIDA. Eso he*

escuchado, pero no lo aseguro, tienen la idea de que quieren exterminar la población indígena. Hay desconfianza hacia el Estado.”

Mujer awajún, 32 años

También habrían participando los mestizos en la propagación a través de las vacunas; si bien no se precisó cómo exactamente habrían logrado infectar las vacunas, sí se señaló que lo hacían en venganza del Baguazo, incluyendo a los policías involucrados o aquellos que perdieron compañeros en este evento.

“Algunos dicen que es de los mestizos, porque tienen cólera por eso mismo de los élites, mandan en la vacuna. Por eso a veces no quieren vacunarse. Todo eso sucede acá. No sé, eso he escuchado. Para eliminar a los awajún.”

Varón awajún, 30 años

Señalaron que el motivo estaría vinculado al Baguazo, no solo en venganza, sino por los conflictos y disputas por el uso de las tierras.

“A veces de la vacuna también dicen, que los países desarrollados sacan una vacuna para exterminar a los indígenas. Comentan, que nosotros mezquinamos nuestros terrenos. ‘No permiten trabajar a las mineras.’”

Varón awajún, 27 años

Más allá de la exterminación, otro motivo que apareció en las entrevistas fue que las vacunas eran utilizadas para esterilizar a las mujeres awajún; motivo recurrente cuando hablaron de los anticonceptivos distribuidos por el centro de salud.

“El VIH, en vacunas, porque el awajún se está multiplicando más que los mestizos. Tienen 9, 10, 12 hijos. Les mandan vacunas para que se mueran algunos, los esterilicen. El Estado gasta más plata en esas comunidades.”

Varón awajún, 35 años

El último medio de transmisión mencionado fueron las pruebas de laboratorio realizadas por el personal de salud. Este elemento está asociado al miedo particular basado en el estigma que acarrea el ser diagnosticado con VIH. Con ello, viene la desconfianza tanto de la prueba como del biólogo encargado. Uno de los rumores fue que la persona “mete el SIDA a la aguja con la que pincha, y ahí les mete la enfermedad en la puntita del dedo.” Esto pareció ser una forma de protegerse moralmente en caso las pruebas dieran positivo, por lo que, a

veces –antes de realizar la prueba-, hay personas que de frente le piden al encargado que no los vaya a apuntar.

Como se ha podido observar, las teorías sobre la aparición e ingreso del VIH en la zona y, en particular, entre la población awajún, varían en cuanto a actores, medios y motivos relacionados. Sin embargo, los relatos tienen ciertos puntos en común. Todos los medios habrían sido inyectadas con VIH por parte de un agente externo a los awajún, con la intención de lograr que el pueblo awajún desaparezca o –más específicamente- que “los eliminen, porque mezquinan la selva.” Esta idea fue expresada en distintos verbos como exterminar, matar o extinguir al pueblo awajún.

Asimismo, en varios de los relatos, se mencionaron a figuras de prestigio o autoridades como difusoras de estas teorías. Fuese a través de los alimentos u otros elementos relacionados a la salud y al personal; señalaron también que todos buscaban librar al Estado y al Perú de la población indígena. Algunos relatos combinaron distintas formas.

“Lo de las frutas, eso estaban diciendo, que por el zancudo y que está en el mango. Uno dice que es una fruta, el otro dice que es un mango. Ahora también he escuchado que dicen que en el plátano. Igual con el multimicronutriente, más conocido como chispita, dicen que eso produce muerte, porque lo han comprobado porque cuando le dan a la hormiga, la hormiga muere.”

Mujer awajún, 41 años

“Escuché estaban diciendo que para extinguir a los awajún mandaban mangos inyectados con sangre infectada de VIH. Ha sido como una propaganda para que no coman. Mi madre cuando le envié fruta, me llamó para decirme eso. Que una señora había encontrado sangre al partirlo. Comentaron en el programa Juntos en Mamayaque. (...) Dicen que inyectaban gente de la costa, los vendedores; que para extinguir.”

Varón awajún, 24 años

3.2.2 Narrativas del VIH en los itinerarios terapéuticos

Uno de los elementos centrales de esta investigación fue la recopilación de casos de personas con VIH o SIDA en las distintas comunidades del Cenepa. El

registro de las diversas narrativas sobre estos casos permitió que emerjan los diversos modelos explicativos con respecto a la enfermedad y, en particular, los itinerarios terapéuticos elegidos -consciente o inconscientemente- por los actores involucrados. Estos ¿a qué se refiere, a los modelos explicativos?, tal como se propuso en el marco teórico, pueden tener mayor o menor concordancia entre ellos.

En su mayoría, los casos fueron relatados por familiares cercanos, amigos o vecinos. Algunos fueron recopilados de más de una persona, por lo que se pudo triangular la información y armar los relatos de manera más completa. Unos cuantos han sido descritos de manera extensa y otros, mencionados brevemente. Se realizó una selección de los 4 casos sobre los cuales se obtuvo más información para describirlos a detalle y poder observar la heterogeneidad y diversidad entre los modelos explicativos e itinerarios terapéuticos.

Caso 1:

El primer caso es de Juan, joven de 20 años, familiar directo del personal de salud awajún del Centro de Salud, nativo de Huampami.

En el 2017, la familia de Juan notó los síntomas que estaba desarrollando: fiebre, dolor de cabeza y un poco de diarrea. Su hermana, que conocía del VIH por su contacto con el centro de salud, se empezó a preocupar, pensando que podría ser esta enfermedad. Le pidió que se fuera a hacer una prueba para descartar. Por insistencia de ella, Juan fue al centro de salud a realizarse la prueba rápida. Entró solo al tópico. Como la prueba salió positiva, llamaron a su hermana para darle la noticia. Juan solo se quedó callado. Con su historia en la mano, le explicaron cómo funciona la enfermedad y el tratamiento que debía llevar. Ese día, su hermana no pudo concentrarse en el trabajo, esperando a que su madre regresase de la chacra. Cuando ella llegó, Juan ya les había contado a su madre y a su otra hermana.

Ante la complicada situación, su hermana tomó la determinación de conseguirle el tratamiento necesario. Si bien él estaba dispuesto a tomar el

tratamiento, su madre no estaba de acuerdo. Estaba preocupada y temía mucho el tema del contagio. En esa época, el tratamiento no estaba disponible en Huampami. Tenían que ir a Santa María de Nieva a conseguirlo, lo que implicaba costos de viaje difíciles de asumir (S/100 solo en transporte). La última prueba confirmatoria se seguía haciendo solo en Lima, por lo que se tuvo que enviar la muestra y esperar seis meses el resultado. Mientras esperaban, su hermana quiso motivarlo a recibir tratamiento. Se fue a Nieva con él para buscar a un infectólogo que había ido al centro de salud periódicamente y que trabajaba en la Red de Salud de Nieva. Luego de contarle todo, quedaron con el infectólogo en que Juan debía ir a hacerse chequeos para medir su nivel de CD4 y ver en qué estado se encontraba. Además, como las pastillas eran repartidas mensualmente, quedaron en que cualquiera podría ir a recibirlas (su madre, su hermana o él personalmente) con tal de que las tomara completas. Poco tiempo después de empezar el tratamiento antirretroviral, lamentablemente, le empezaron los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

“Chocaba todo y, acá, mis paisanos siempre así cuando enferman no dicen que tiene ese enfermedad, dicen que es brujería, más; y mi madre, ese pensamiento tenía. Yo le decía no, porque le sacaron su análisis, y de Lima resultado llegó. Ahí enfermó bien, bien grave”.

La reacción al medicamento le ocasionó diarreas, granitos y heridas en la piel. Aunque el personal del centro de salud, entre los cuales tenía familiares, le aseguró a la familia que no se trataba de brujería, dados los síntomas, su madre se puso más firme y decidió que, después de su chequeo de CD4 en Nieva, lo llevaría a que lo atendiera un brujo. El brujo dijo que Juan tenía daño ocasionado por alguien. Ante esta respuesta, Juan y su madre se convencieron que no era VIH y que se podría curar con plantas. Él aceptó tomar ayahuasca con otras plantas.

“Lo llevan y más peor, porque estaba tomando medicamento con medicamento. Creo que chocó, no sé qué le daban, no sé qué plantas. Y ahí, “tu hermano está muerto”, me dijeron, después así casi muerto lo trajeron de Nieva. No creía que era VIH y lo noquearon. Yo estaba en Nieva y ellos llegan a Nieva y él ya no reaccionaba desde la medianoche hasta la mañanita.

En Nieva, comunicaron que murió, estaban ya gestionando su cajón. Estaba con la cara hinchada, pero todavía estaba vivo, y lo botaron como cualquier cojudez a la chalupa, ya para que regrese a morir nomás. Como muerto viajaba. Aquí todos llorando esperando su cuerpo.”

El tratamiento con plantas no solo no mejoró, sino que agravó la condición de Juan. Al verlo tan mal, quienes lo acompañaban lo dieron por muerto. La familia se preparó –económicamente- recolectando dinero para poder comprar un cajón y -emocionalmente- para recibir el cuerpo del fallecido. Cuando llegó – vivo aún-, estuvo una semana convaleciente.

“Estuvo casi sin hablar y sin comer, así, así, y bien flaquito se levantó. Y ahí les dije que no den plantas de acá, que empiece otra vez; 15 días sin tomar el tratamiento estuvo, porque esa plantita, no sé qué planta le dio, que pase del cuerpo. Después empezó, desde ahí ya siguió tratamiento. Ahora está mejor. Buen susto fue.”

Juan sobrevivió el desbalance que tuvo y retomó su tratamiento antirretroviral. Mientras el tratamiento no llegó al Centro de Salud de Huampami, las pastillas tuvieron que conseguirlas en Nieva. Aunque no podían ir todos los meses, coordinaban con el doctor y él se las enviaba para allá. Con los controles de carga viral, se le ha ido adaptando su tratamiento para que no tenga efectos secundarios tan pesados como los de la primera vez. Actualmente, reside en Chiclayo y sigue recibiendo tratamiento. Dice su hermana que muchos en Huampami saben, porque él no tiene vergüenza; más bien intenta advertir a sus compañeros para que se cuiden.

Caso 2:

El segundo caso fue también recopilado a través de la hermana, enfermera y autoridad en la zona.

Luis es un varón homosexual de 33 años, que fue diagnosticado hace 7 años. Las sospechas por parte de su hermana empezaron con los dolores de cabeza y diarrea que fue desarrollando Luis. Para aliviarlo, su hermana le puso una ampolla para aliviar los síntomas, pero nada mejoró. Si bien, ella tenía sus sospechas que debía tener VIH, él nunca dijo nada ni quiso tomar otra acción

frente a sus familiares. Un día una licenciada del centro le dijo: “Tu hermano tiene que ir, tú sabes lo que tiene ¿no?” “O sea, que yo sepa que tiene con diagnóstico exactamente confirmado, no lo sé, pero sospecho.” “No, lo que pasa es que estaba recibiendo su tratamiento y lo abandonó.” “Desde ahí supe, traté de conversar con mi hermano y mi hermano negó hasta el último.” Como era mayor de edad cuando fue diagnosticado, la familia nunca fue informada y él lo negó durante la mayor parte de los años. Su madre, por lo tanto, siempre insistió que los síntomas que él tenía eran a causa de la brujería que le habían hecho en la comunidad, por lo que propuso el uso de plantas medicinales. Una vez que su hermana supo del diagnóstico, les informó a sus padres: “No hay que estar cuestionando. Tiene y por lo tanto hay que apoyarle.” Si bien su padre entendió la situación y aceptó que él debía tomar el tratamiento antirretroviral, su madre no quiso aceptarlo hasta el último momento. “A pesar de que yo le había conversado a los dos, mi madre tardó en entender.” Su padre lo conversó con su madre, lo que ocasionó algunas discusiones. Tanto su hermana como su padre, intentaron también hablar con sus otros hermanos, pero ellos tampoco les creían. Sin embargo, como su padre no hablaba con Luis por su homosexualidad, nunca se atrevió a decírselo directamente. Ante la insistencia de sus otros familiares, su hermana aceptó que él recibiera plantas, pero recomendó que no guardara dieta, dado que necesitaba comer de todo para estar fuerte. El cuñado, curandero, le dio plantas para limpiar su estómago y curarse, pero este tratamiento no resultó efectivo.

Rechazando el diagnóstico de VIH y el tratamiento, Luis “cayó muy mal, andaba tomando cerveza, pensaría que iba a morir rápido. Entró en agonía, ahí recién supieron, cuando ya salió el diagnóstico y las complicaciones, por tener VIH, etapa de SIDA, se complica con tuberculosis, neumonía; y ahí recién tuvo que aceptar mi madre.” “Yo quería que me diga, pero no quiso, hasta que ya estaba por morir.” Agonizando ya, le aceptó su enfermedad ante su hermana, quien le dijo que no era la única persona con VIH, que muchos recibían tratamiento y llevaban una vida normal. Fue trasladado a Chiclayo con las esperanzas de que mejorara y pudiera llevar el tratamiento de manera continua.

Estuvo un mes internado. Poco a poco, Luis fue recobrando su salud; sin embargo, su hermana menciona que “nuevamente ha entrado a la borrachería, eso no ayuda.” Luis está actualmente viviendo en Nieva, donde accede a su tratamiento regularmente. Sin embargo, “a veces se descuida y lo deja. Cuando abandona y regresa, se vuelve resistente y la carga viral se dispara.”

Caso 3:

El tercer caso narrado y observado fue el de un joven varón de 16 años, diagnosticado durante el período de trabajo de campo.

De acuerdo a su padre, Javier se comenzó a sentir mal en Bagua, donde vivía con su tía para poder estudiar en la ciudad. Tenía dolor de cabeza, de huesos, fiebre y tos. Fue para que le sacaran análisis y solo le detectaron anemia. Como continuaron sus síntomas, su tía informó a sus padres y Javier fue llevado de vuelta a su comunidad, Kusu Kubaim, para que ellos pudieran atenderlo. El padre consultó y compró pastillas para sus dolores y Javier estuvo de mejores ánimos. Sin embargo, de un día al otro, “se agravó, casi no veía, desconocía a la gente, como si hubiera tomado toé. Esa es la planta que tenemos para tener visión (para ver el futuro, ver futuro de mujer, ver si eres guerrero), esa te deja así, como que desconoces.” Al ver que su salud empeoraba, extremadamente preocupado, su padre le consultó al curandero, que vivía a dos horas en río de su comunidad. Él diagnosticó que Javier no tenía síntomas de VIH, “sino que daño se complica con la enfermedad que hay, se cruza con otra enfermedad. Así que le dimos un enema para que lave todo. Si tuviera, él no se hubiera levantado. Yo he visto en la comunidad, porque hay bastantes con esa enfermedad, no pueden parar así, están amarillos, con granitos, él no tiene, no hubiera levantado si tuviera VIH.” Después de colocarle un enema, el curandero le preparó toé. Al comienzo, Javier no quiso pasarlo, sin embargo, ante la presión, accedió. Dos horas después, vomitó de un color verdoso, y le volvieron a hacer tomar toé junto con una planta de la familia del kion. Luego de la toma de plantas, su padre le hizo un baño con agua florida y lo humeó “con vapor con una tela así bien caliente. Así cae el daño, corre la

enfermedad, se sintió mejor, solito hizo todo; comió, se bañó, se paró.” “Esto”, explicó el padre de Javier, “es para que el daño se asuste, se limpie.”

Luego de que Javier se levantara, sus padres quisieron llevarlo a hacerse la prueba de VIH en el puesto de salud de Kusu Kubaim, pero el licenciado se había ido a una capacitación. Preocupados por la salud de Javier, la familia decidió ir inmediatamente a Huampami a realizar las pruebas para descartar totalmente la posibilidad de esta enfermedad.

Javier llegó al centro de salud refiriendo tener dolor de cabeza y de garganta desde agosto, cuando vivía en la ciudad. Pesaba 48.7 kgs y medía 1.53 mt. Si bien estaba bajo de peso, no salía del límite de lo normal. Una vez en el centro, se le identificó una tos fuerte y pus en la garganta. Asimismo, también se notó que tenía temblores en las manos. En triaje, se tomó la decisión de realizar las pruebas rápidas de VIH, las dos salieron positivas.

Javier pasó a las diversas consultas con el doctor, la psicóloga y la nutricionista donde proporcionó mayor información en cuanto a sus contactos. Había tenido cinco parejas sexuales en la ciudad, varios encuentros casuales. Estaba nervioso, triste y, esporádicamente, irrumpía en llantos. En la consulta psicológica, admitió tener pensamientos suicidas, encontrarse desmotivado, muy triste y no tener apetito. En nutrición, se le recetó una dieta hipercalórica e hiperproteíca, difícil de obtener en la zona, especialmente por las proteínas.

Como había que esperar meses por la prueba de sangre que se mandaba a Lima para el diagnóstico confirmatorio, el padre refirió que Javier seguiría recibiendo plantas. Su argumento principal para negarse a aceptar el tratamiento era que “si la enfermedad tuviera, (su hijo) tendría síntomas,” pues su “sobrino tuvo y no se levantaba. La máquina habla, usted sabe, la máquina dice la verdad. Pero yo hago caso a plantas, también a las pastillas, pero por el momento con plantas y luego ya las pastillas.” El tratamiento consistió en un fuerte preparado que debía tomar 3 veces al día hasta que se terminara y que fue comprado al curandero por treinta soles.

Caso 4:

Otro caso resaltante en Huampami fue el de María, una mujer gestante de 21 años que estuvo embarazada durante la estadía de trabajo de campo, lo que permitió observar el itinerario terapéutico de ella y de su hijo próximo a nacer.

Según su tía y otro personal de salud, María fue contagiada por su esposo cuya pareja anterior había fallecido de SIDA, sin que ella supiera nada al respecto. Después de un tiempo, ellos tuvieron problemas y se separaron. Estando separados, su esposo se involucró con una alumna de secundaria a la cual contagió también. Al poco tiempo, volvieron a juntarse y ella quedó embarazada. Como parte de sus controles, todas las gestantes deben realizarse el despistaje de VIH y sífilis. María tuvo un resultado positivo. Al enterarse de su condición y sabiendo con quien había estado su esposo antes, fue a contárselo a los padres de la chica. Sin embargo, los padres solo le dijeron que ella ya sabía y que no había hecho caso, además de tener otras parejas, había decidido no decírselo a nadie.

María, con vergüenza, decidió recibir el tratamiento antirretroviral, pues fue informada que con eso reduciría las posibilidades de contagiar a su bebé y además prolongaría su vida. Durante los controles del embarazo, le recomendaron, insistentemente, dar a luz mediante cesárea y no darle de lactar al bebé cuando naciera para evitar el contagio directo a través de la sangre y la leche materna. Sus tías, trabajadoras del centro de salud, recalcaron en que “se haga cesárea y que acá hay leche. Le hablamos, incentivando, hasta que acepte la cesárea.”

En algunos momentos, en particular cuando le enseñaron la fórmula que se le daría gratuitamente apenas diera a luz por cesárea (no como antes cuando la fórmula no era gratuita, y cuando empezó a serlo a veces no llegaba), pareció un poco más dispuesta a aceptar esta intervención; sin embargo, no quiso programar la cesárea y cuando llegaron las contracciones dio a luz en su casa sin avisarle a nadie.

Si bien desde el centro de salud, se intenta institucionalizar los partos, en el caso de gestantes con VIH que no quieren cesárea, el parto natural significa un

riesgo y exposición enorme para el personal que la atiende, dependiendo de quién esté de turno. Se recogieron comentarios como, “tenemos miedo, yo al menos tengo miedo” por parte del personal al hablar de la decisión que finalmente tomaría María, y con las esperanzas de no ser ellos quienes estuvieran de turno ese día. Su rechazo a la cesárea –que hubiera tenido que ser realizada en el Hospital de Nieva, ya que en el centro de salud no se hacense basó principalmente en dos razones: por miedo y porque su esposo no quería que se la llevaran de Huampami (por temas económicos y de desconfianza de lo que le pudiera pasar durante la intervención y en el hospital).

Caso 5:

Otro caso fue el de Daniel, otro joven varón en sus veintes. Durante la estadía de la brigada de tamizaje y seguimiento de Path Finder, el doctor se encontró con una situación bastante grave, por lo que le hizo la prueba rápida que salió positiva. Ante la urgencia de la situación del paciente, el doctor lo remitió al Centro de Salud de Huampami. En el proceso, su hermano admitió que ya le habían “diagnosticado VIH hacía tiempo y que no se había hecho tratar con TARGA,” pues consideraba que era brujería.

De acuerdo al relato de su hermano, Daniel “estaba trabajando en Nieva, y ha llegado hace dos meses a Pagata, y lo han estado tratando con hierbas medicinales.” El diagnóstico había sido realizado en Santa María de Nieva, y al empeorar, Daniel había decidido irse a tratar a su comunidad. “Todos estos meses ha estado mal. Tiene dificultad para caminar, pararse, comer, hablar bien y, ayer, automáticamente, dejó de hablar, hacía ruidos incomprensibles; ha estado echado en su cama sin poder hacer nada.”, fue la descripción de su hermano.

Luego del tamizaje realizado por Path Finder, el doctor evaluó su estado de consciencia y llamó para referirlo a Huampami. Ahí empezaron las complicaciones, pues al no estar afiliado al SIS, se dificultaba cualquier traslado o gasto que se tuviera que cubrir. Con la chalupa de la brigada lo llevaron a Huampami, acompañado de su papá, su hermano, y un tío. Llegó al tópico, pálido

y deshidratado, pero con signos vitales estables, los ojos abiertos y las pupilas reactivas, respirando sin dificultades. Además, mostraba fuerza corporal pues retenía los brazos de quien lo estaba atendiendo. El personal estaba suspicaz igual pues de acuerdo a uno de ellos, “acá la gente es un poco diferente a la ciudad, no sabes si te están engañando o si están presentando ese cuadro realmente.” Se tomó la decisión de referirlo a Nieva porque se encontraba en etapa SIDA y en Huampami no podían hacer nada por él. Sin embargo, el SIS no cubriría la gasolina para llevarlo pues no se encontraba afiliado, y no lo afiliaría ya que, al haber estado viviendo y trabajando en Nieva, no entraba en el padrón de pobreza extrema y, si intentaba pagar el de independientes, demoraría de 5 a 8 días activarlo, días que con los que probablemente él ya no contaba. Los de la Estrategia Contra el VIH/SIDA dijeron que no tenían presupuesto para cubrir ese transporte; el doctor de Path Finder aclaró que él debía volver a atender a Kusu Pagata; el centro estableció que esa no era su responsabilidad y los familiares dijeron que ellos no tenían plata para llevarlo.

El doctor con frustración se preguntaba “¿Qué hacemos con el paciente acá, si no sabemos en qué estadio está en SIDA, en un lugar donde hay más gérmenes, y sin atenderlo? No tiene sentido, necesita pruebas de laboratorio que aquí no hay, tampoco le podemos dar tratamiento.” Ante la negativa por parte de todas las instituciones y la falta de recursos económicos para trasladarlo, Daniel no tuvo otra opción más que regresarse a Kusu Pagata con el doctor de la brigada y su familia. “Lo más probable es que ya se vaya a morir allá,” estableció el personal de salud.

3.2.3 Intervenciones: Capacitaciones, consultas y campañas

La intervención del Fondo Global y el Estado ha prestado especial atención a la provincia de Condorcanqui, no solo por el alto número de casos, sino porque su relevancia política y contexto cultural diverso, ha llevado a que sea utilizada como modelo de referencia del Estado para diseñar la estrategia a seguir contra el VIH en poblaciones indígenas. En ese sentido, la intervención se ha dividido en dos estrategias principales, contando ambas con un carácter de pertinencia

cultural. Por un lado, el modelo comunicativo, encargado de la estrategia comunicacional de VIH, las capacitaciones, talleres y otras actividades de concientización y comunicación sobre esta epidemia, encargada a la ONG Salud Sin Límites. Por el otro lado, las brigadas de tamizaje y atención, responsables de identificar casos, promover las pruebas rápidas y asegurar que aquellos casos positivos empiecen y sigan con el tratamiento, encargada a la ONG Path Finder. Los recursos del Fondo Mundial fueron asignados a través de estas dos organizaciones.

En la última década, el MINSA ha establecido alianzas con actores clave de otros sectores para responder de manera multisectorial a la expansión del VIH y SIDA, junto con otras ITS. Se formuló el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 que se ha intentado poner en práctica en distintos espacios nacionales y regionales. A través de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) y las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSAS), se ha logrado, desde el año 2003 a la actualidad, movilizar recursos financieros procedentes del Fondo Mundial para fortalecer la respuesta del Estado frente al VIH/SIDA. (MINSA: 2013, 8)

Los programas del Fondo Mundial intervinieron en los ámbitos de prevención y control del VIH a través de un conjunto de iniciativas: el programa de transmisión vertical, el tratamiento antirretroviral y diversas acciones para detener la discriminación y el estigma hacia las personas que tienen VIH. Estos proyectos tienen como objetivo mejorar el acceso a la atención, prevención, cuidado y apoyo a las poblaciones clave de mayor riesgo, como lo es la población indígena amazónica. Uno de sus grandes logros ha sido el incremento de la cobertura de tratamiento antirretroviral, cubierto inicialmente por el FM (MINSA: 2013, 18).

Asimismo, para llegar a las poblaciones más vulnerables, se formularon y aprobaron los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales para la prevención y control de las ITS y el VIH por parte de 12 Gobiernos Regionales (PERM). En ese contexto, organizaciones de la sociedad civil con el apoyo de la ESNITSS y recursos del Fondo Mundial impulsaron los procesos de formulación

de ordenanzas regionales y decretos. Los recursos del Fondo Mundial fueron asignados a través de dos ONGs: a Salud Sin Límites Perú se le asignó la estrategia comunicacional para la prevención y control del VIH; y a Path Finder International, la administración e implementación del tamizaje y tratamiento antirretroviral.

La Asociación Salud Sin Límites es una institución peruana que busca desarrollar intervenciones y generar conocimiento y evidencia para la implementación de políticas públicas que incorporen la equidad de género y la interculturalidad. Además, busca facilitar el diálogo entre el Estado y la Sociedad Civil para el acceso y derecho universal a la salud y la eliminación de la inequidades sociales. En ese sentido, tiene como objetivo contribuir al acceso a la salud de las poblaciones en situación de pobreza, a través de la alianza y cooperación con comunidades, instituciones públicas y privadas y organizaciones locales.

De acuerdo a esta ONG, la prevalencia del VIH en la provincia de Condorcanqui es diez veces mayor al promedio nacional; donde además un 95% de la población es awajún y wampis. Según el lineamiento que utilizaron como base para el proyecto Intensificando las Acciones de Prevención y Control del VIH en la Provincia de Condorcanqui y el Distrito de Imaza, del Plan Binacional Perú - Ecuador y el Ministerio de Salud del Perú, “el miedo y la desinformación abundan entre los 1700 estudiantes entrevistados.”

40% NO CREE que una persona que se vea saludable pueda estar infectada de VIH.

27% cree que el SIDA puede curarse en algunos casos.

36% de los estudiantes NO CREE que usar preservativo en todas las relaciones sexuales es la forma más eficaz de prevenir el contagio de VIH.

Sólo el 31% de los estudiantes usó preservativo en su última relación sexual. Por miedo al contagio, 56% no estaría dispuesto a cuidar a un familiar en caso se contagiara de VIH.

Entre otras fuentes de desinformación, mucha gente CREE QUE EL VIH NO EXISTE, o corre el rumor de que es producto de la brujería y que puede curarse con plantas medicinales.

Prima la mala información y esta conlleva malas decisiones, que incrementan el riesgo de contagio. Revertir la mala información es esencial y, sin embargo, la desconfianza hacia el Estado y sus representantes lo hace muy difícil.

Extracto de página web de Salud Sin Límites Perú

Ante este diagnóstico, Salud Sin Límites Perú cuenta con una estrategia de comunicación intercultural del VIH/SIDA. El proyecto Empowering 200 Awajun Youths to Prevent HIV ha sido implementado para que los jóvenes elaboren mensajes en awajún para la prevención del VIH. Esto se ha realizado a través de actividades recreativas y de reflexión, como talleres de teatro, producción de murales, afiches y otras estrategias artísticas. Asimismo, se han plasmado mensajes sobre diagnóstico, prevención y tratamiento en lugares estratégicos de las comunidades que han sido intervenidas. La idea de buscar que el mensaje surja de la propia población y esté expuesta en su idioma o su propio arte tiene el propósito de eliminar la desconfianza que hay en información que proviene de agentes foráneos.

Por otro lado, Path Finder International es una ONG comprometida con incrementar el acceso a la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva. Ha realizado trabajo en 23 países con altos índices de pobreza. Trabaja en alianza con gobiernos y organizaciones locales para crear programas que permitan responder a las necesidades de comunidades específicas, en particular, en áreas rurales. Para ello, busca capacitar a miembros de las comunidades para que ayuden en los servicios de planificación familiar, y asesoramiento de salud reproductiva. Sus proyectos están enfocados en las poblaciones más vulnerables, para brindar acceso a información y servicios sobre el VIH/SIDA en colegios, centros juveniles, grupos comunitarios y centros de trabajo.

En el contexto específico del VIH/SIDA en zonas indígenas amazónicas, Path Finder se dedica a realizar actividades en dos áreas: diagnóstico y tratamiento. Han realizado brigadas de tamizaje de VIH/SIDA en diversas comunidades y tienen brigadas de seguimiento de pacientes y adherencia al tratamiento antirretroviral.

Si bien todos estos han sido los objetivos y planes de las intervenciones del Fondo Global, las entrevistas y conversaciones han permitido tener distintas versiones y percepciones sobre ellas. En ese sentido, la intervención y sus

diversas actividades han funcionado como espacio de diálogos médicos donde se conversa, discute y negocian las interpretaciones del VIH/SIDA a la luz del proyecto y el contexto actual.

De acuerdo a la población y a los trabajadores del centro de salud, ninguna de las dos ONGs estuvo en la zona en los últimos meses.

“Path Finder no viene hace cuatro meses, Salud sin Límites tampoco. Se les paga por gusto, tienen como 5 millones de presupuesto, a los médicos como S/.9,000 y nada no vienen, por gusto.”

Personal de salud mestizo, mujer, 34 años

Sin embargo, algunos aceptan que la intervención siempre demora porque tienen que entrar a distintas comunidades, por lo que la logística es complicada y el tiempo es extenso. En el caso de las brigadas tienen la responsabilidad de entrar a 72 puestos de salud, por lo que van rotando cada mes y, tomando en cuenta la distancia y los gastos que implican cada viaje, este proceso es difícil de acelerar.

“Estuvo antes; están viniendo, entran mensualmente a distintas comunidades. Las brigadas han entrado una vez el año pasado, porque tienen que intervenir en otras comunidades.”

Personal de salud awajún, mujer, 28 años

De acuerdo a las personas entrevistadas, Path Finder se encarga sobre todo del tema de muestreo, tamizaje y diagnóstico con una frecuencia mensual. Además, se ha mencionado que realizan también consejerías, pero que estas se dan en “lenguaje profesional, desde su propia percepción.” También realizan “actividades de prevención y promoción integral.” Para ello, cuentan con un médico, una obstetra y un enfermero; y deben coordinar con las Micro Redes para el abastecimiento de vacunas, atención a las gestantes y seguimiento de los pacientes. Una de las opiniones frecuentes es que se deberían realizar más espacios de consejería que permitan difundir más información y fomentar más consciencia con respecto al VIH.

“La brigada de Path Finder se dedica a hacer muestreos pero no se han dedicado a hacer consejería y debería hacerse por especialistas del tema para poder llegar mejor a la familia y al individuo; si es adulto para que no sea un potencial en los casos de VIH. Porque si él no toma conciencia él va a seguir y

si nosotros como comuneros no divulgamos los nombres, peor.”

Autoridad comunal awajún, 52 años

De acuerdo a un miembro de Path Finder, las actividades actualmente han cambiado un poco. Más allá del tamizaje, se está intentado hacer un seguimiento a los pacientes que ya están diagnosticados. Se intenta que el paciente que aún no ha comenzado el TARGA pueda iniciar el tratamiento, así como que aquellos que lo han abandonado puedan retomarlo. Sin embargo, para él, *“el problema es cultural, no podemos hacer nada. Los pacientes son diagnosticados, inician tratamiento y a los 3 días abandonan. La explicación clásica, se va a la brujería.”* En ese sentido, recalca la importancia de dedicarse al seguimiento ya que la administración de pruebas y despistaje de la enfermedad es relativamente simple, lo complicado es el inicio y la adherencia al tratamiento.

“La cuestión es a veces tomar conciencia si quieres recuperarte. Sino vas a recoger y vas a guardarlo, porque al final otros pacientes necesitan. No tenemos tanto combustible como para ir tan seguido.”

Personal de salud mestizo, mujer, 28 años

Durante el trabajo de campo, Path Finder fue dos veces para hacer coordinaciones con el centro de salud y luego ir a los dos focos de VIH más cercanos a Huampami: Kusu Pagata y Kusu Kubaim. La modalidad de trabajo de la ONG ha ido evolucionando, en los últimos meses han trabajado la adherencia al tratamiento elaborando una historia clínica del caso y de la familia. Su intención es hacer *“más de una o dos visitas a cada paciente para entender qué está pasando. Hay que tratar, uno o dos días.”* Si después de un par de visitas al paciente donde se le informa sobre la importancia del tratamiento, sigue rehusándose a usarlo, se le deja de hacer seguimiento *“para que se dé el mismo trato.”* En muchos de estos casos, los pacientes aceptan el tratamiento pero lo dejan al segundo mes. Durante esta etapa, se les ofreció -desde el centro- el apoyo de psicología para completar más la historia de cada paciente; apoyo que no llegó a ser tomado en cuenta. Sin embargo, se reconoce que uno de los mayores logros de Path Finder es que los pobladores se familiarizan más con la enfermedad.

Con relación a Salud Sin Límites, la percepción generalizada es que ya no están interviniendo en la zona, ni con capacitaciones ni con otras estrategias comunicacionales. Si bien se reconoce que apoyó en su momento, queda claro que ya no sienten esta ayuda presente. En la práctica, la ONG se ha encargado de la estrategia comunicacional de cuatro actores principalmente: los estudiantes, los docentes, los agentes comunitarios y el personal de salud. El caso de los estudiantes fue particularmente distinto porque se realizó a través de dinámicas y talleres de creatividad, teatro y arte; involucrando sus propios conocimientos. Según un personal de Salud Sin Límites *“se veía en diferentes comunidades, donde se ha desarrollado, que habían colegios que conocían un poquito más que otros, por la cercanía a la ciudad y porque el personal de salud les capacitaba.”*

Salud Sin Límites ha realizado algunas actividades en la zona, iniciando con un diagnóstico de la situación que les sirvió para la elaboración de los documentos: “Comunicación para el desarrollo para trabajar el tema del VIH/SIDA con poblaciones awajún-wampis” y “Estrategia de Comunicación de VIH/SIDA con población awajún-wampis.” Para ello, realizaron consultorías para recoger las percepciones sobre el VIH/SIDA, características de la población de Condorcanqui y el armado de la metodología a aplicar. Luego, hicieron las capacitaciones para el personal de salud, tanto profesionales, licenciados, obstetras, enfermeras, y técnicos enfermeros).

Un aspecto a resaltar es la vinculación y apoyo entre sectores. El proyecto de Salud Sin Límites estaba plasmado para capacitar técnicos y enfermeros que, a su vez, capacitaran a los agentes comunitarios. Sin embargo, el personal de salud no quiso asumir este rol *“por el mismo trabajo que tienen, no tenían tanto interés de socializar lo aprendido y de replicarlo”*, sintiéndose ya abrumados por el trabajo regular; por lo que se tuvo que plantear hacer otras capacitaciones directamente a los agentes comunitarios. Desde el centro de salud, se considera que los docentes son los que menos apoyan y se comprometen a la causa contra el VIH. En diversas capacitaciones a docentes, se pudo observar una especie de

“divorcio entre el sector salud y el sector educación” y que, de ambos lados, se manifestaba que no lograban trabajar de manera comprometida como aliados.

Las personas involucradas en el proyecto consideraban entre sus logros que las ideas fuerza que se transmiten sobre el VH/SIDA están internalizándose cada vez más. Basándose en los reportes finales de algunas de las capacitaciones, se mencionaba que, si bien las ideas no habían sido captadas en su totalidad, algunas de las incorporadas eran parte del aspecto más significativo a entender sobre esta enfermedad. En cuanto a las fallas o aspectos por mejorar, se observó, principalmente, que el grupo influenciado por la estrategia comunicacional es pequeño y disperso, siendo parte del problema la ausencia de una mayor cantidad de fondos.

“Si bien es cierto con este proyecto se ha intervenido en el ámbito de los tres distritos (Imaza, Santiago y Cenepa), el grupo objetivo ha sido muy pequeño, no se ha llegado a más. Por ejemplo, en agentes comunitarios solo 10 personas, el listado era de 30 personas hasta 50 personas. Después en Santiago, unos 12 más o menos, 7 por ahí nomás que llegaron; y en Cenepa han sido 12 agentes comunitarios. La parte alta reclamaba porque no les capacitaron, ellos tienen casos similares, pero el presupuesto según el responsable del proyecto dice que no alcanza. Yo no puedo decir que hayamos llegado 80%, diré unos 50% de agentes comunitarios”

Personal de la intervención, mujer, 30 años

Finalmente, la ausencia de Salud Sin Límites se ha hecho notoria, al punto de haber planificado una intervención adicional para el mes de setiembre 2017, antes del cierre del proyecto, que nunca ocurrió por falta de presupuesto.

El otro actor principal en las intervenciones contra el VIH es el Centro de Salud y el personal que se encarga de realizar las reuniones comunales necesarias, así como campañas de tamizaje, sesiones educativas y seguimiento de pacientes en las atenciones extramurales y las visitas a otras comunidades.

En el marco de estos esfuerzos, el Jefe de la Micro Red convocó una asamblea comunal para presentar las estadísticas del VIH, así como la respuesta negativa de la población a aceptar las intervenciones de salud. La asistencia fue muy baja y la gran mayoría de los que asistieron expresó su rechazo frente a la poca coherencia que encontraban en la enfermedad. El hecho de estar enfermo,

con la posibilidad de contagiar a otras personas pero sin síntomas, fue el principal argumento. *“Si ahora aparecen los síntomas, es que me has hecho algo.”* Este tipo de intervenciones han terminado siendo respondidas con actitudes no receptivas e, incluso, hasta hostiles, acusando al personal de ocasionar el daño. Ante estas situaciones, el jefe de la microred y el personal de salud intentaron aliarse con las autoridades comunales para garantizar su seguridad.

“El Licenciado habló un poco amenazante, que se iban a tomar medidas si le pasaba algo a su personal.”

Poblador awajún, 28 años

En este tipo de reuniones, también se hicieron propuestas y sugerencias de soluciones o estrategias por parte de la población para enfrentar esta situación. Una de las herramientas que los pobladores consideraron esenciales es la publicación de los nombres de aquellos que han sido contagiados del virus. Este tema es uno de los más controversiales pues la publicación de las personas contagiadas es algo éticamente imposible. Lo curioso es que, a nivel discursivo, el personal de salud y las autoridades señalaron que publicar una lista está prohibido por leyes que defienden la confidencialidad del paciente; pero ellos mismos -sobre todo los que tienen hijos y llevan más tiempo viviendo en Huampami, se preguntan si no sería la mejor solución para evitar más contagios.

“Los asistentes preguntaban ‘¿por qué no se publica la lista de los afectados para proteger a nuestros hijos?’. Se les explicaba que eso estaba prohibido por ley. La gente insistía. Preguntaban por alternativas. ‘Dennos los nombres y pongámoslo como en un internado.’”

Personal de salud mestizo, 48 años

Otra de las percepciones que se recogió es que, si bien había intenciones de concretar campañas de tamizaje o charlas educativas, estas no se realizaban. Desde psicología, se había propuesto hacer una campaña de tamizaje a todos los estudiantes del internado pero no se realizaron. También se propuso hacer charlas en todos los grados de primaria pero solo se realizaron en sexto grado por falta de personal que ayudara.

“Hacemos algunas sesiones educativas, pero pocas, por falta de tiempo también. Hemos pensando en programar una para el

viernes sobre métodos anticonceptivos. Yo les pregunto: ¿sabes lo que es VIH? ¿Sabes cómo cuidarte? Y me ponen cara de que no saben nada.”

Personal de salud mestizo, mujer, 40 años

El trabajo del personal del centro de salud abarca también la prestación de servicios de salud o atenciones en modalidad extramural, es decir, servicios que se ofrecen a la población en espacios que no están destinados normalmente a salud en áreas de difícil acceso. En este caso, estas atenciones se dan en los centros comunales y las visitas domiciliarias; pero no se hacen con la frecuencia necesaria.

“Tenemos que salir todos y nadie sale. Es que falta estructuración, para mejorar el prestigio de la institución, por ejemplo los días miércoles trabajo con la comunidad.”

Personal de salud mestiza, mujer, 32 años

Quienes deberían encargarse de la sensibilización y plana informativa del VIH pertenecen al área de obstetricia, pues manejan el tratamiento antirretroviral. No obstante, si la frecuencia de salidas extramurales es poca, más escasa aún es la participación de obstetricia en ellas, mayormente solo salen si hay gestantes en las comunidades que se visiten y no pacientes de VIH. Además, las gestantes deben haber aceptado ser atendidas y monitoreadas durante su embarazo; sino no le realizan la visita tampoco. Durante las 8 semanas de trabajo de campo, obstetricia solo realizó una visita domiciliaria en Huampami y una en la comunidad de San Antonio, donde había 9 casos. En esa visita, solo 4 pacientes fueron ubicables. De los 4, solo una joven de 16 años aceptó el tratamiento, una joven madre cuyo bebé había nacido hacía unos meses mediante parto domiciliario vaginal y al que le estaba dando de lactar desde el nacimiento. PROMSA hace charlas educativas en secundaria, “pero son superficiales, entran por un oído y salen por el otro.” Durante la duración del trabajo de campo, solo se pudo observó la realización de una.

Es contradictorio que, a pesar del incremento de casos de VIH/SIDA en la zona, las intervenciones por la zona (como Huampami y sus alrededores), sean bastante dispersas y poco frecuentes; lo que habla de la estrategia de la propia intervención.

Finalmente, el último actor involucrado en la prevención y control de VIH es la estrategia de monitoreo social del sector Salud. Desde este sector, se pudieron observar capacitaciones específicamente elaboradas para los docentes. Lo más resaltante de ellas fue el panorama de confusión y el enredo de percepciones que generaron en un solo día de capacitaciones, no solo por las distintas voces que dialogaron sobre el VIH en todo el contexto, sino por la propia información que se brindó desde un mismo sector.

Uno de los aspectos que se prestaban a más confusión e incertidumbre son las teorías del origen de la enfermedad descritas en las capacitaciones. Se manejaban de tres a cuatro teorías que diferían constantemente y no dejaban clara la información con respecto al VIH. En primer lugar, se oyó hablar de VIS (Virus de Inmunodeficiencia en Simios) que cuenta la historia de monos infectados: un científico que quiso investigar el tema y que a través de un corte se contagió; por otro lado, se mencionó que esta era la enfermedad de los homosexuales (clasificados además como “hijos del demonio”); también, una versión con relación a un navegante que fue quien lo esparció hasta Perú. En estas tres versiones, hay elementos que se entremezclan y que en algún momento terminan transformándose en otra teoría. Por ejemplo, la versión de los homosexuales se asoció con que era la enfermedad de los ricos, pues ellos eran quienes andaban en prostíbulos. Asimismo, la versión del navegante se terminó confundiendo con la del científico y, por momentos, se llegó incluso a señalar que fue un navegante que tuvo relaciones con un mono infectado el que ocasionó el primer brote.

No solo quedó claro el manejo pobre de información que hay en las capacitaciones, sino que se ve que no hay una preparación correcta ni enfoque adecuado para transmitir la información necesaria, como la prevención, el contagio, etc. Considerando que estas confusiones se dieron por parte de capacitadores de la ESN contra el VIH/SIDA, es posible percatarse del escenario de incertidumbre que es promovido desde los diversos actores en el marco de la lucha contra el VIH.

Por otro lado, en las capacitaciones, las explicaciones con respecto a la propia enfermedad eran bastante científicas, con terminología biológica y epidemiológica que la población, así sean docentes, no maneja. Esto generaba distracción, desentendimiento y desconexión por parte de quienes escuchaban la capacitación, más allá del distanciamiento por la barrera de idioma. A diferencia de las capacitaciones de Salud Sin Límites, quienes realizaron los talleres fueron mestizos que no manejaban el idioma awajún. Frases como “¿Qué pasa? ¿No me están captando muy bien o yo estoy hablando un idioma muy diferente?” fueron bastante comunes entre los capacitadores ante la falta de respuesta de sus oyentes. La información tampoco fue expuesta siguiendo una estructura u orden claro y se generó confusión al mencionarse otras enfermedades venéreas en el proceso o hablarse de las infecciones oportunistas. Asimismo, las formas de transmisión se presentaron de manera bastante ambigua generando dudas y negociaciones con relación a las posibilidades. Algunos docentes mencionaron a animales e insectos (mono, zancudos) y alimentos (masato, cubiertos) como posibles formas de transmisión. Si bien fueron corregidos, tampoco se aclaró con total precisión. Finalmente, el discurso que se promovió en esa línea de capacitaciones es el de amor, cuidado y consciencia hacia uno mismo, que permita tener relaciones sanas, monógamas y con protección.

Una de los argumentos principales en todas las intervenciones realizadas es el de la negación de la explicación de brujería y, por tanto, su tratamiento con plantas.

¿Ustedes creen que el VIH es tema de brujería? [Silencio] ¿Lo conceptualizan como una enfermedad o como brujería? [Docentes: como una enfermedad...] ¿Y por qué creen que en las comunidades dicen que es brujería? [Docente: en las comunidades creen así.] ¿Pero por qué creen eso? [Docente: es una creencia] ¿Pero por qué creen así? Esa creencia nació de algo. [Docente: porque muchas veces cuando viene esa enfermedad, según los que dicen, cuando una persona muere con ese síntoma, se enflaca, le sale herida, pero esa persona que están diciendo que está muriendo por SIDA o por VIH, está gordo, no le ha salido ninguna herida o a veces muere de, así nomás. Por ejemplo, un caso no, entonces las personas de la

comunidad creen que es brujería. Porque si se muere con VIH, ¿cómo le va a salir esos granitos parecido a la quemadura? Y mueren con eso, por eso la gente mayormente creen que mueren de brujería] Esos granitos, ahora que dices, me hiciste acordar, es por la misma picazón y por eso la persona que tiene VIH. [Docente: no, pero a veces...] Son como barritos, barritos con agua, pero no solamente se presentan en la piel, sino en la boca también. [Docente: no, pero a veces señorita, te dicen que esa persona está así, pero el día que muere le salen heridas, no le han salido antes cuando estaba enfermo, no le han salido heridas ni nada de eso, pero el día que muere, mitad de su cuerpo le aparece así, con heridas que digamos pero así grande como si se hubiera quemado, ¿cómo va a ser que al morir ya le va a salir?] No, eso ya se ha estado dando, peor hay un tiempo donde se desencadena todo, todos esos síntomas como ya les he dicho no se dan en todas las personas con VIH. Algunos pueden tener diarrea, fiebre y pérdida de peso. Otros pueden presentar las manchas, esas manchas grandes que dicen, también presentan así. Eso ya es en la etapa de SIDA, si no ha recibido tratamiento. ¿Por qué se le atribuye a la brujería, por qué se asocia el VIH a una brujería? Se le atribuye por la pérdida de peso, por ejemplo, si la persona con VIH está todo alegre, gordito y sin embargo al otro mes lo puedes ver bien flaquito, y por eso dicen que es brujería. Sin embargo, hay que tratar de revertir esa mentalidad, explicándole cómo funciona de verdad. Porque yo te puedo venir a decir, esto es así así pero sin embargo si tú no me preguntas siempre te vas a quedar con la duda.

[Extracto de capacitación de Estrategia de Monitoreo Social a Docentes]

3.3 Modelos explicativos sobre el VIH/SIDA

Ubicándonos nuevamente en la pregunta principal de la investigación para conocer y analizar los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas por el Fondo Global, se presenta esta última sección del capítulo 3. Para ello, se ha dividido en tres secciones que permitan aproximarse de manera más analítica a cada uno de los objetivos secundarios. Siento que deberías señalar cuáles son, lo que sigue no guarda mucha relación aparente. En ese sentido, se buscó identificar los temas principales que surgieron en la información recolectada, así como patrones que permitieran un análisis más concreto con respecto a las narrativas y discursos

que hay detrás de los modelos explicativos y los diálogos médicos. Para ello, se tuvo en cuenta que los modelos explicativos que emergen de la data no son un marco rígido de interpretación de la enfermedad, sino una construcción y negociación constante de información, permitiendo siempre cierta flexibilidad y a veces incoherencia dentro de los mismos. Este proceso se da dentro de un contexto sociopolítico, histórico y económico determinado que se ha intentado ir planteando a lo largo de la descripción etnográfica de esta investigación y a través de los diálogos y sistemas médicos involucrados, y que se analizará en relación a las teorías recolectadas sobre la aparición del virus.

3.3.1 Circulación, negociación e incertidumbre: las distintas versiones

Si se entienden los diálogos médicos como cualquier espacio en donde se discuta el VIH y sus distintas dimensiones, los participantes de esta negociación son la multiplicidad de personas que interactúan en este diálogo y espacio. En ese sentido, hay una variedad enorme de subjetividades, narrativas y percepciones con respecto a la enfermedad que son constantemente negociadas en el escenario de la intervención. Dentro de este gran conjunto, hay algunos actores claves que aparecieron con mayor frecuencia en las entrevistas, como las autoridades, el personal de salud awajún y mestizo, el personal de las intervenciones, sean supervisores o capacitadores, y los docentes. Esas son las voces que marcaban la pauta alrededor de las interpretaciones que se le da al VIH.

A pesar de que el VIH/SIDA actualmente ya tiene resonancia en la zona, y es raro encontrar a alguien que no haya escuchado de esta enfermedad, hay confusiones con respecto a sus distintas dimensiones: el origen de la enfermedad, el diagnóstico y las pruebas, el tratamiento a seguir y, por supuesto, la propia existencia de la enfermedad; pues hay (y no solo en población awajún sino también en las voces disidente globales) quienes aún la niegan, al menos como una enfermedad de transmisión sexual.

Por otro lado, no es solo la variabilidad de voces lo que influye en las negociaciones y confusiones, es que dentro de la misma persona existen

diversas percepciones e ideas con respecto a la enfermedad. En ese sentido, es interesante notar que casi todas las narrativas recolectadas fueron contadas desligándose el interlocutor de la responsabilidad de la explicación. Se pronunciaron frases como: “no sé, eso he escuchado;” “eso he escuchado, pero no aseguro;” sin adjudicarse ni apropiarse las explicaciones directamente. Otros ejemplos son: “yo no digo, solo he escuchado;” “han dicho;” “la gente piensa,” “mis paisanos creen” y otras variaciones. Los argumentos fueron dados en tercera persona y de manera impersonal.

Fue también notorio -a través de los relatos- que muchas de estas teorías fueron referidas como rumores, tanto por parte de los awajún como de gente externa a las comunidades. El hecho de que se planteó como información que va de boca en boca podría dejar dudas sobre su veracidad o al menos la magnitud que toman estas teorías en la realidad de la gente; sin embargo, algo que se identificó es que hay ciertos cargos de prestigio o autoridad que cargan con la responsabilidad de iniciar dichos “rumores”. Uno de los principales fueron los docentes, que los comuneros plantearon como figuras de las cuales no se duda; y fueron muchas veces ellos mismos los que informaron equivocadamente a la población sin tener suficiente información. Otros actores claves fueron los dirigentes políticos, quienes difundían los rumores con más facilidad y credibilidad.

“El Estado estaba inyectando las frutas. Estos comentarios vienen de jefes de organizaciones, entonces ellos tratan de hacer creer a la gente, para que hagan huelga contra el Estado para que vengan más ONGs. Solamente es cuestión que una persona awajún o wampis, tenga facilidad de palabra, y les acopla su idea de él para que eso sea la cadena, y se hace el teléfono malogrado.”

Personal de salud mestizo, varón, 44 años.

Más allá de quién iniciase el rumor, el tema es que se producía el efecto de bola de nieve, con lo cual se agrandaban, expandían y enredaban. En ese sentido, los oyentes los interpretaban a su manera y bajo los lentes de su cotidianeidad y memoria.

“Aquí alguien habla y es como teléfono malogrado, empiezan a comunicarse. Es información que se tergiversa de persona a persona y no se sabe quién los empezó y terminan afectando.”

Autoridad comunal awajún, varón, 32 años

Ante las diversas versiones de ingreso del virus a la zona awajún, relatadas como responsabilidad de terceros, autoridades, empresas extractivas y mestizos, para eliminar al pueblo awajún; el centro y personal de salud ha tenido que buscar una respuesta que afronte esta situación. Parte de esto ha implicado simplemente negar aquellas teorías; como en el caso de las vacunas, haciendo alusión además a que no tendría sentido que el Estado invierta tanto en hacer llegar la inmunización a zonas tan alejadas para enfermar con eso a los pacientes y luego tener que curarlos de nuevo. Adicionalmente, en comunidades muy pequeñas, el personal tenía que improvisar para que la información llegara rápido y lejos, de manera práctica. Para ello, de la misma manera que hay personal de salud que hace demostraciones con vacunas en ellos mismos o en sus hijos; también se describió el caso de una familia awajún del centro de salud que ayudó a rebatir la teoría de los mangos infectados comiendo mango junto con su familia frente a un grupo de comuneros. Finalmente, parte de la respuesta del centro ha sido recalcar la explicación biológica de lo que es el virus, y con ella dejar claro que el virus no sobrevive en otro ámbito que no sea la sangre humana.

“Acá les explicamos que el virus no sobrevive. Acá como no hay mucho que hacer, tratan de averiguar de la vida del otro. El personal comenzó a explicar y bajó el rumor.”

Personal de salud mestizo, 54 años

Existía un escenario de circulación, negociación e incertidumbre, donde la información con relación al VIH era parcial, fragmentada y diversa, pues provenía de diversas fuentes de información que interactuaban constantemente. Los actores claves tomaban sus propias medidas frente a la situación y difundían información diversa que podía ser bastante imprecisa. Dada la combinación y negociación que existía entre discursos locales y foráneos, en las entrevistas y conversaciones una misma persona muchas veces ha presentado más de una interpretación que no es coherente entre sí, y de la cual no están seguros cuál

es la parte más cierta. Del mismo modo, los comuneros no lograban identificar las fuentes de las distintas versiones con respecto al VIH y sus dimensiones. Por ello, podemos considerar que los modelos explicativos del VIH en esta población circulan y se negocian dentro de un escenario de incertidumbre, de múltiples actores y argumentos flexibles y muchas veces incoherentes entre sí.

3.3.2 Memoria e identidad: politizando el VIH

Por otro lado, analizar el efecto que tiene el contexto sociopolítico awajún sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado ha permitido que emerjan temas fundamentales como la historia y la memoria. Para ello, se realizó primero la revisión bibliográfica y periodística necesaria para tener un panorama general de la historia del pueblo awajún y el contacto foráneo. Con esta revisión, se encontró un contexto de confrontaciones constantes, que han dejado una huella profunda de desconfianza y resentimiento en la población. El Baguazo en particular, el evento más reciente y con mayor relevancia política y social para esta población, deja entrever la “propia identidad colectiva étnica: de pensarse como parte de una historia propia asociada a un territorio específico que les pertenece.” (Araujo: 2016) De tal forma, plantea un sentido de otredad ante la sociedad mayor, que los lleva a defender sus barreras territoriales, sociales y políticas; frente a cualquier elemento o actor que pueda representar una amenaza. En ese sentido, las teorías de origen e ingreso del virus a la zona y población awajún tienen un carácter conspirativo que se entrelaza con los factores socioeconómicos y políticos referidos.

Una teoría de conspiración puede entenderse como la explicación de un evento o una serie de eventos de importancia política, social, económica o histórica, que ha sucedido o está sucediendo a causa de un grupo de mayor poder que está en esa posición por un largo tiempo y desea preservarla. En ese sentido, las narrativas y relatos recolectados permitieron encontrar en ellas una línea común, un extenso repertorio de teorías que proponen que el virus ha sido traído por agentes foráneos para la exterminación de la población indígena y, en particular, de la población awajún. Si bien no son una interpretación de la propia

enfermedad, los relatos del origen son igualmente importantes para entender cómo se está entendiendo y negociando lo que esta enfermedad representa para la población awajún. Constituyen una comprensión más abstracta de la enfermedad, que sobrepasa los síntomas percibidos e itinerarios terapéuticos escogidos, pues posiciona al virus frente a una colectividad no a un individuo y teoriza con respecto a su origen. De tal modo, el análisis e interpretación de estos relatos consta también en la comprensión de ellos a través de dos conceptos que emergieron a través de los datos. Por un lado, se puede hablar de ideas o teorías de conspiración; y por otro, estrechamente vinculado, de la memoria.

Como se ha descrito, en los relatos conspirativos de ingreso del VIH, se mencionaron diversos medios y agentes, coincidiendo todos en que el objetivo general era eliminar al pueblo awajún. De los relatos recopilados, los agentes variaron desde algo tan general como El Estado, los mestizos, los mineros, el personal de salud, los policías, a algo tan específico como los familiares del mayor Bazán desaparecido en el Baguazo. Estos actores habrían utilizando diversos medios para que el virus ingrese a la zona: inyectado en los frutas (mangos, plátanos, piñas y papayas) y pollos que la población consumía, así como en los propios enlatados de Qali Warma que mandaba el Estado; o a través de vacunas y exámenes de laboratorio -donde, en vez de tamizar para una prueba positiva o negativa, se inyectaría el virus a la persona- y los propios anticonceptivos, con el propósito adicional de esterilizar a las mujeres indígenas.

Eliminar a la población o lograr que ya no se reproduzcan más tendría dos motivos ulteriores: quedarse con el territorio que los awajún estarían “mezquinando” para la extracción de minerales y otros recursos naturales o como represalia del Estado por la participación del pueblo awajún en las protestas contra los decretos legislativos que llevaron al Baguazo. Para interpretar qué hay detrás de esta teoría social y genocida de la epidemia, es necesaria la comprensión de las lógicas sociales e históricas previas de esta población. Es por este motivo que, en las secciones anteriores, también se ha hecho una descripción extensa y profunda del contexto, la situación de violencia estructural del pueblo awajún, sus problemáticas políticas y de salud, así como la

recopilación de su memoria con respecto a estos eventos. En ese sentido, los argumentos que sostienen que el VIH busca perjudicar al pueblo awajún responderían la pregunta de la influencia del contexto sociopolítico y la relación con el Estado en el tema. El contexto sociopolítico, la historia y las memorias relatadas afloran constantemente, no solo cuando entienden el VIH bajo esos lentes, sino en general dentro de las intervenciones de salud en este contexto. Asimismo, el nivel de desconfianza y resentimiento con el Estado que se ha expresado en estas teorías, hablaba de una relación conflictiva y sin resolver, que terminaba afectando la relación con el resto de la población peruana, de la cual no se sienten parte. Tanto el contexto sociopolítico como la relación del Estado influían en estas teorías de conspiración donde la teoría era que se estaba buscando perjudicar el desarrollo individual y colectivo del pueblo. En este contexto, se pudo ver el clima de pobreza, exclusión y discriminación, bajo acceso a todos los servicios básicos y terribles condiciones de salud en las que se encuentra la población awajún de la zona.

Los relatos y narrativas contadas nos llevan a interpretaciones de memoria y conspiración. Tal como Fassin propone para el caso africano, el VIH se ha vuelto una “epidemia de disputas,” donde encontramos dos tipos de economías: una del “resentimiento” donde el pasado constituye un reservorio de memorias dolorosas, y otra de la “sospecha” donde el presente es interpretado a través de un lente de desconfianza hacia cualquiera con una posición de autoridad. (Fassin, 2007: 170-171) En ese sentido, el pasado, en particular el Baguazo y las secuelas que dejó, son un relato de dolor y miedo; mientras que la situación presente de la enfermedad del VIH son interpretados a través del resentimiento y desconfianza que se tiene con los el Estado y otros agentes foráneos.

La epidemia, por tanto, es una experiencia que renovaba un pasado de discriminación y violencia, de ser considerados ciudadanos de segunda categoría bajo el discurso del perro del hortelano¹¹; y, a la vez, esparcía dudas y

¹¹ El Presidente Alan García popularizó la expresión: "Si no lo hago yo, que no lo haga nadie." para calificar de perros de hortelanos y comunistas del siglo XIX enmascarados a los pueblos indígenas, comunidades campesinas y activistas que defienden los derechos de los pueblos indígenas y el manejo sostenible de los recursos.

desconfianza sobre la existencia del VIH y los especialistas o profesionales de salud encargados de lidiar con el virus. Las teorías de conspiración son una representación de la hostilidad étnica que habían vivido, revelando conflictos de su historia política no resueltos como lo es el Baguazo. Dichas teorías parecen vincularse más con el sentido de protesta o contestación que refleja la realidad donde se construyen, que con la coherencia y significado que puedan tener estas ideas. De tal forma, la epidemia del VIH revela realidades no visibilizadas del contexto social; prejuicios, tensiones y relaciones de poder que existen pero que no se perciben concretamente; y esas realidades son “incuestionablemente políticas” (Fassin, 2007: 17). Para ello, hay que también reconocer que las políticas de salud no son solo sobre salud, son un tema político; por lo que el VIH también lo es. El conflicto y discusión de significados y teorías excede una confrontación entre modelos explicativos; dejando entrever una confrontación entre mundos, maneras de relacionarse a la historia y la memoria, definiendo la moral y la política (Fassin, 2007: 33).

Es necesario entender el VIH en relación al cuerpo y la memoria, pues permite ver cómo la historia se inscribe en el cuerpo, y cómo se le da sentido al presente a través del pasado. En ese sentido, “requiere pensar sobre la humanidad compartida menos en términos de diferencia que de desigualdad, menos como un asunto de cultura que de historia.” (Fassin, 2007: XV). Para ello, hay que conceptualizar a la memoria como un fenómeno multidimensional, compuesta en relación a distintos elementos y a diversos actores. La recopilación de memorias funciona como un discurso sobre el pasado, constantemente reconfigurado en relación a situaciones, objetos, lugares e identidades particulares. A diferencia de la historia, la memoria no es estática ni oficial, es un proceso subjetivo anclado en experiencias y marcos simbólicos y sociales; es por lo tanto única e individual. La importancia de un trabajo de memoria recae en esa individualidad y subjetividad, en esas relaciones con otros elementos y en la performatividad de las narraciones; abriendo así un universo entero de interpretaciones negociadas de la realidad y prácticas que surgen en base a ellas.

Dada la importancia del Baguazo y sus repercusiones en las personas entrevistadas, hablar de memoria implica necesariamente entender lo que este evento significó para la población y lo que aún representa. Hay que tomar en cuenta que el Baguazo puso en primer plano las reivindicaciones indígenas amazónicas a través de protestas en contra de derechos legislativos que modificaban reglas de protección de los territorios comunales sin consulta, y que eso polarizó dos posiciones de por sí distintas. Por un lado, la población indígena y sus aliados con una posición de rechazo a la extracción indiscriminada de recursos naturales, expresando querer proteger sus territorios de contaminación y preservar el control de los mismos. Por otro, el sector a favor de estos derechos legislativos y un modo compulsivo de extracción; que se esmeró en posicionar a los manifestantes como individuos conflictivos en contra del desarrollo económico, que impedían el aprovechamiento de recursos y que eran manipulados por gobiernos extranjeros y partidos de la oposición; y que lanzó una campaña para identificarlos como primitivos y violentos, para luego iniciar y legitimar la intervención policial de represión violenta que terminó en heridos y muertos. En ese sentido, las protestas masivas y la participación del pueblo awajún en ellas conllevaba y manifestaba un fuerte sentimiento de identidad étnica y capacidad de acción coordinada; que además evocaba una tradición guerrera y resistencia histórica a la invasión de sus territorios. (Garra: XX)

Tomando en cuenta la relación de la memoria y la identidad, el concepto de memoria colectiva (Halbwachs: 1968) fue bastante útil para analizar las situaciones de vulnerabilidad o violencia en ciertos individuos o grupos como el pueblo awajún. Hay una relación de dependencia entre la memoria individual y la colectiva que facilita y se relaciona a la identidad tanto individual como colectiva, en una dimensión temporal. La memoria es entonces una reconstrucción del pasado en relación al presente, con la función de servir al individuo para leer y comprender su realidad, así como para generar una sensación de pertenencia con su grupo. Por lo tanto, es una facultad que permite tener cierta conciencia sobre nuestra identidad.

De acuerdo a Assman, las narraciones orales se remiten al pasado para arrojar luz sobre el presente. De tal forma, a través de estas narraciones vive la identidad colectiva, compartiendo una multiplicidad de dimensiones temporales (1995: 110). La identidad es un factor complejo y puede manejar diferentes memorias al mismo tiempo, cada una de ellas responde a formas y exigencias distintas. La construcción de dicha identidad permite un sentimiento de reconocimiento y pertenencia (1995: 111). En el caso de la memoria cultural, el autor explica que esta se transmite de generación en generación, y que puede seguir existiendo incluso sin un objeto material de referencia o desligado de su forma inicial, por lo que funciona como un sistema abierto. El grupo recuerda transmitiendo esta memoria como un instrumento para el desarrollo de su identidad. En ese sentido, a través de la memoria cultural se podría repensar y leer el VIH en términos de la hostilidad étnica que siempre ha existido con la sociedad mayor, en particular desde el Estado. Es así como darle significado al origen del VIH como una conspiración genocida hacia el pueblo awajún les permite posicionarse y reafirmar una identidad que se solidifica contra un Estado que no los reconoce, ni legitima como ciudadanos.

Para Pollack, “la memoria es un elemento constituyente del sentimiento de identidad” (1992: 38) De tal forma, la construcción de la identidad se da en un sentido físico, proyectándose en el cuerpo de la persona y, en un sentido colectivo, otorgando un sentido de coherencia y pertenencia al grupo. “El núcleo de la identidad individual o grupal está ligado a un sentido de permanencia a lo largo del tiempo y del espacio. Poder recordar y rememorar algo del propio pasado es lo que sostiene la identidad.” (Jelin: 2002, 25) Pollack propone que un individuo transmite su memoria reconstruyendo su pasado; un pasado que está caracterizado por núcleos duros, no negociables, que posibilitan la construcción de la identidad. Los núcleos duros actúan como hechos inmutables e invariables que son reiterados y solidificados en la memoria. Son identificados a partir de la repetición y la incapacidad de hablar del pasado sin mencionarlos; son eventos, personajes o lugares que marcan claramente la construcción de la identidad de esa persona. La reconstrucción del pasado implica que la memoria va a abarcar

tanto acontecimientos vividos en primera persona, como aquellos que son indirectamente experimentados y son parte de un imaginario colectivo o una memoria heredada (1992: 34). A través de todos estos elementos y el ordenamiento de esta información, es posible reafirmar una identidad en base al pasado, historia y memoria compartida por la población awajún. La expresión de esa identidad y memoria responden a exigencias del momento, ya sean colectivas, individuales o políticas. El Baguazo compondría un núcleo duro de la memoria colectiva e individual de la población awajún, otorgándole un sentido de permanencia e identidad étnica que polariza su posicionamiento frente a aquellos personajes y lugares que fueron influyentes en el desarrollo de este trágico suceso de eventos. Existe además, una relación entre la memoria y las emociones, que permite ver cómo una persona se identifica con su pasado, pensándose a sí mismo a través de los recuerdos. De tal modo, el individuo construye su individualidad e identidad a partir de su memoria y las experiencias que lo han marcado, sean recuerdos directos o indirectos. Los hechos de la memoria por lo tanto no aluden a una factualidad sino a su percepción de la realidad. (1992: 34) Es por ello que las teorías de ingreso y origen del virus no se analizan ni evalúan en cuanto a su veracidad, sino en relación a lo que representan para la negociación y explicación de la realidad que enfrenta esta zona con el VIH.

Los eventos críticos y el proceso histórico violento y de mucha pobreza han llevado a la elaboración y difusión de estos relatos como una más de las agresiones y hostilidades étnicas; por lo que esto debe ser interpretado a la luz de la memoria colectiva y cultural. Es posible que la colectividad que experimentó estos eventos tenga una memoria compartida que los hace parte de ese colectivo y que posean una serie de conocimientos, relatos sobre dichos eventos. En ese sentido, el grupo recuerda y transmite esa memoria como instrumento para desarrollar la identidad, aspecto que se ve reflejado en las historias recolectadas. Entendemos por eso que la identidad se desarrolla en interrelación con la sociedad, con respecto a la cual se toman una serie de decisiones y sentimientos para reconstruir el pasado con relación al presente. De tal forma, la población

awajún se identifica colectivamente posicionando al Estado y a la sociedad mayor en una condición de alteridad; en particular cuando se trata de una situación crítica como la expansión del VIH que está matando a la población de la misma forma que lo habrían hecho la policía y el Estado hace 9 años.

Resaltamos la necesidad de trascender un enfoque de esencialismo culturalista y exoticismo conductual, que ignora la incorporación de la historia y las relaciones raciales, de género, clase y generacionales de la población. Consideramos que es un enfoque injusto y poco efectivo, que termina por responsabilizar de la aflicción a la población, y en donde se presentan sus creencias y conductas como el mayor obstáculo para luchar contra la epidemia. Pareciera ser que este tipo de explicación implica que el resultado es inevitable y que la población está condenada por la debilidad de sus normas morales; invisibilizando la posibilidad de otra explicación y produciendo una representación imaginaria de la sexualidad awajún y una imagen descontextualizada y ahistórica de los awajún y su comportamiento sexual (Fassin, 2007: 151). Incluso, la teoría del daño y brujería no debe ser planteada como encerrada en la tradición, las creencias y la magia. Presentar estas creencias como el mayor obstáculo trae implícito el que los elementos sociales, económicos y étnicos se dejen de lado, y que la idea del “daño” es una idea fija y estática a lo largo del tiempo. Es posible analizar la brujería desde un enfoque menos culturalista que permita inscribirla en dinámicas sociales y políticas, que expresan la memoria de esta población. (Fassin, 2007: 93) Verla como razón de expansión u obstáculo de prevención y tratamiento instala una serie de prejuicios y estereotipos; y no deja observar la dinámica de negociación y reconfiguración constante que tiene este mismo fenómeno de la brujería.

3.3.2 La teoría del daño: modelos de atención awajún

“Detrás de ello siempre está la mentalidad de que alguien ha producido esto. Los comprendo. El SIDA es una enfermedad misteriosa.”

Personal de salud mestizo, varón 54 años

Finalmente, para adentrarnos en el último objetivo, se ha examinado la influencia y permeabilidad de los modelos de atención awajún sobre los modelos explicativos y narrativas del VIH. Parte de este objetivo se basó en la reconstrucción de casos de personas con VIH a través de las distintas narrativas de personas cercanas a su entorno, normalmente familiares, vecinos, amigos o el personal de salud. Esto permitió ver cómo emergían los itinerarios terapéuticos de cada caso, con sus propias negociaciones internas y externas. Las narrativas que surgieron de esta interpretación tendrían un enfoque más concreto pues, a diferencia de los relatos sobre el origen, no intentaban explicar el ingreso de la epidemia en la zona o la población, sino que planteaban la causa del VIH o sus síntomas y signos en una persona específica. De acuerdo a la investigación realizada por UNICEF, los mensajes emitidos desde el MINSA y la DIRESA sobre el VIH/SIDA no son una explicación lógica para las comunidades awajún; mientras que la teoría del daño es más comprensible. (2014:12) Al hablar de los casos en concreto, pareció ser que el modelo más constante es la brujería o Waweamu, al haber cuestionamientos sobre la existencia de la enfermedad. Entre ellos, porque al ser una enfermedad nueva y desconocida, particularmente para la zona, se buscaba entender su origen y causas dentro de los modelos de referencia previos; por otro lado, la asintomatología del virus -dado que hay un largo período de tiempo donde uno puede ser portador del virus sin manifestar síntomas ni signos, los que pueden presentarse de un día a otro y empeorar rápidamente- los hacía poner en duda su existencia así como la necesidad del tratamiento. Otra de las razones fueron las inexactitudes y contradicciones en los exámenes cuando hay casos donde no concuerdan o existen falsos positivos o negativos, además de una pérdida total de interés en un diagnóstico correcto por la demora de la prueba de Eliza, y las contradicciones que los pobladores encontraban sobre casos de VIH, donde padres positivos no habían contagiado a sus hijos, o esposos no habían contagiado a sus parejas.

La noción biomédica de la enfermedad crónica, entonces, era interpretada como la voluntad realizada de hacer daño a alguien. En ese sentido, el daño era el sistema bajo el cual se explican los padecimientos del VIH, como de otras

enfermedades en la zona, teniendo efectos mayores en la elección de itinerarios terapéuticos. Sin embargo, si bien era la explicación predominante para los casos en concreto, es importante resaltar, tal como se ha visto en las narrativas de los casos, que no era un modelo estático sin lugar a negociaciones o cambios. De hecho, en la mayoría, si no es en todos los casos donde esta explicación está siendo utilizada, solía ser lo que guiaba una primera etapa de la interpretación de la enfermedad para luego llegar a una segunda etapa donde la interpretación cambiaba y se alejaba un poco dando lugar a otras narrativas como la biomédica. En ese sentido, “nuevas condiciones sociales del pueblo Awajún han producido la recreación del daño, pero algunos de sus principios importantes continúan muy vigentes (UNICEF: 2014, 17)

“Nuestra costumbre más creen en el brujo. Cuando los veían así de flaquitos. Como antes no había examen al brujo pero ahora poco a poco ya analizan, observan la enfermedad. La persona que tiene SIDA se nota claramente, entonces ahora creen más. Al principio, no.

Autoridad awajún, varón, 51 años

Como se puede ver en los datos de los casos e itinerarios terapéuticos recogidos, el daño formaba parte del sistema médico amazónico y en particular de los modelos de atención awajún. En ese sentido, articulaba diversos actores, teorías (de síntomas y causas), y relaciones (de conflicto y contagio), además que legitimaba las relaciones sociales como fuente de este tipo de dinámicas, de enfermedades y males. (UNICEF: 2014) Como hemos visto en el escenario de negociación e incertidumbre, existían varios actores claves que ayudan a legitimar las interpretaciones sobre la enfermedad. El Waweamu o teoría del daño era la forma más común a través de la cual los comuneros awajún explicaban los casos concretos de VIH/SIDA. Sin embargo, esta explicación no venía sin cuestionamientos ni negociaciones, como se ha visto en algunos de los casos narrados. Si bien a veces casi toda la familia podía estar convencida que es brujería, podía haber un miembro que abogaba por otra explicación; lo que llevaba a una constante discusión entre familiares, especialistas y autoridades para evaluar el caso. Uno de los actores claves que se mencionaba

constantemente en las entrevistas para la legitimación del modelo de brujería eran los docentes.

“Son jovencitos, salen de estudiar y ya empiezan a enseñar, y lo que pasa es que es lo mismo de siempre, la misma mentalidad retrógrada, que la brujería, y puro contacto con niñas tienen. Entonces no salimos del círculo vicioso, porque el profesor es alguien a quien se le admira, la ley por decir así, y si él no colabora, si está diciendo que no es VIH, que es brujería, entonces a quién le van a creer.”

Personal de salud mestiza, mujer, 31 años

Por otro lado, esta teoría se sustentaba también en ciertos síntomas que para la población awajún eran irreconocibles en las enfermedades que han conocido a lo largo de su existencia. Se reconocía por ejemplo, que cuando una persona tenía VIH y “muere con ese síntoma, se enflaca, le sale herida,” sin embargo, cuando veían a una persona “que están diciendo que está muriendo por SIDA o por VIH, está gordo, no le ha salido ninguna herida o a veces muere de, así nomás” se consideraba lógico que debía ser brujería. En la mayoría de los casos, cuando alguien presentaba síntomas y signos que aparecían de pronto con mucha intensidad o cuando fallecía alguien casi sin presentar ninguno, se consideraba que le debían haber enviado el daño. En cuanto a la difusión de la teoría biomédica y su modelo de atención sobre el virus; esta era una de las confusiones entre el VIH/SIDA y el Wameamu, dado que uno puede tener el virus y no presentar síntomas por un largo tiempo hasta que el sistema inmunológico se vea más afectado pudiendo presentarse una infección oportunista con síntomas fuertes.

La atribución de la teoría del daño en una persona se debía a diversas causas de relacionamiento entre las personas de la comunidad, siempre vinculadas a algún tipo de conflicto o enfrentamiento. Por un lado, podía tratarse de problemas de pareja, o entre hermanos; también podía ser algún tema relacionado a envidia de una familia o individuo hacia otro, ya sea por el éxito con la familia, el trabajo u otros. Era posible que se tratara de un problema territorial que había traído peleas o enfrentamientos a nivel de sueños.

“Dicen que “si yo te soñé, si yo me peleé” y le echan la culpa al otro, siempre tienen que echarle la culpa a alguien.”

Personal de salud mestiza, mujer, 38 años

“Y lo más triste, es que a veces piensan que los que les han hecho el daño son miembros de sus familias o sus vecinos. Hay heridas casi insalvables. Conforme van más lejos la brujería tiene un precio. Por eso, lo importante de mirar las cosas con un sentido crítico. Si discutió con alguien, entonces le hicieron daño. Están como atrapados”

Hermana de comunidad católica, mujer, 45 años

Dado que las causas son relacionales ¿ah?, los arreglos también debían serlo. Se contrataban cazabrujos que iban a la comunidad como encargados de establecer quién era bueno y quién no. Una vez confirmado por el cazabrujos, la persona se veía obligada a salir de la comunidad expulsada por las autoridades; en caso no quisiera salir, corría un alto riesgo de que lo maten. Para probar la propia inocencia era necesario conseguir un certificado de otro brujo para establecer que no se estaba haciendo brujería. Sin embargo, no siempre se esperaba a conseguir una autoridad o cazabrujos que señalara al culpable. No es inusual que algunos de estos conflictos hayan llevado a la muerte de comuneros luego de acusaciones hechas por otros. Poco antes del trabajo de campo realizado, se había asesinado de un machetazo a una persona porque habían soñado con él y el daño que les había hecho.

Existía una mayor confianza en el uso terapéutico de plantas para este modelo de enfermedad y atención. Un tema que resaltaba era el contagio, aspecto que también reflejaba las dinámicas y relaciones sociales dentro de la comunidad. Muchas versiones de la teoría mencionaban que para deshacerse del daño se debía contagiar a más personas con los síntomas, para así poderse limpiar de la brujería. Se ha mencionado que hay otros que asumían una actitud de resignación con respecto a su muerte y decidían que, si ellos van a morir, podían contagiar sin sentirse mal al respecto.

“Un pata le digo cuídate para prevenir al resto. No mates a tus paisanos. Si sé que voy a morir yo, para morir juntos igual las mujeres contagian a paisanos, de ahí a la ciudad. Muchos en la zona piensan que es brujería, que hay que contagiar a muchas personas para curarse. Dicen que tienen que estar con más

chicas, o más hombres, cuando contagian a otra persona, creen que van a curarse, como que se estuvieran deshaciendo de la brujería.”

Varón awajún, 27 años

Frente a estos modelos de atención awajún, el personal del centro de salud y algunas autoridades que trabajan en conjunto con ellos, intentaban rechazar la teoría del daño, en particular para el VIH. Mi percepción es que mucha gente está realmente enterada de la situación actual del VIH, pero la información se tergiversa de uno a otro y cada quien lo interpreta a su manera. Por estas interpretaciones, es que el personal de salud consideraba que la creencia y obstáculo más arraigado era la brujería; pero que la información que ellos y la intervención proveían, también influenciaba e iba formulando cambios en los modelos de interpretación del VIH. De hecho, muchísimos de los testimonios relataban que antes creían en la teoría del daño pero que ya han visto y conocido que esa no era la realidad y que el virus sí existía. Igualmente, había que reconocer que esta información depende mucho de quien emitía el mensaje, el momento de enunciación y a qué público lo dirigía. Por ejemplo, cuando la población awajún le hablaba a la población mestiza sobre la brujería lo hacía con cierto recelo sabiendo que probablemente su explicación sea desestimada; por lo que muchas veces (al igual que con las teorías de origen de la enfermedad) no se atribuían la responsabilidad de esta noción y decían que son sus paisanos quienes piensan eso.

“Ellos no te explican de la brujería, no te lo dicen directamente, te dicen que otros creen, o que otros ya no creen, pero nunca te van a afirmar por su cuenta que ellos creen. Se escucha sobre todo en reuniones, pero no directamente.”

Personal de intervención, mujer, 33 años.

En ese sentido, había que reconocer la permeabilidad y flexibilidad del modelo de atención awajún, como otros; que permitía hablar del VIH de distintas maneras, en distintos espacio y circunscribirse a esas situaciones. La negación de la idea del VIH como una enfermedad de transmisión sexual que está expandiéndose en la zona awajún con impresionante rapidez, y la consideración que puede ser causa de daños enviados por terceros, nos llevó a encontrar

distintas formas en que el modelo de atención awajún permeaba los modelos explicativos del VIH. Se han encontrado diversas percepciones en relación a las causas, los síntomas y el tratamiento que remitían a factores tanto sociales, como económicos, políticos y culturales relacionados a las condiciones en las que vive la población. Por lo tanto, la aparición de diversos modelos de atención awajún, visible en distintos casos a través de la reconstrucción de itinerarios terapéuticos, ha ido permeando los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA y la discusión en torno a ella.



CONCLUSIONES

Como se ha visto a lo largo de esta investigación, la expansión del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. En este momento, hay más de 30 millones de personas afectadas por esta epidemia.¹² A través de distintas estrategias, el número de nuevas infecciones por VIH ha ido decreciendo, pero en cantidades claramente diferenciadas por regiones y por poblaciones claves.

En el Perú, la cifra de casos bordea las 65 000 personas y, a pesar de haber logrado disminuir progresivamente la mortalidad por VIH/SIDA, las intervenciones realizadas han tenido efecto principalmente en Lima, mas no en el resto del país. Uno de los grupos afectados que resalta la ONU son las poblaciones indígenas, que representan el 4.5% de la población mundial total y el 10% de la población en condición de pobreza, lo que impacta fuertemente en su salud. La infección por VIH/SIDA es un problema mundial en estas minorías étnicas, agravado por determinantes como el menor acceso a servicios de salud, información, infraestructura y métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Algunos grupos indígenas amazónicos presentan niveles de incidencia y prevalencia mucho más altos que el nivel nacional. Aunque existe un sub-registro en los centros de salud de la población infectada, se reconoce que cada vez hay más pobladores de comunidades indígenas que viven con VIH/SIDA. Hay además, supuestos y prejuicios que han moldeado el abordaje del tema del VIH en los referidos pueblos, tanto desde una mirada académica como desde los funcionarios públicos y el tercer sector. Estos supuestos han transformado y redefinido la relevancia política y académica del tema y la propia agenda de discusión. (Nuñez, 2011: 16)

Los marcos utilizados y las estrategias tomadas desde el tercer sector y el Estado han creado un imaginario de la población indígena ¿? como enferma. En

¹² MINSA, 2013: 9

el caso del VIH, así como en otros, se ha enfatizado la dimensión cultural como algo determinante para el comportamiento de la población y la rápida expansión y poco control de la epidemia. Frente a esta sobre enfatización cultural, la población awajún ha sido presentada como un grupo con poca agencia, víctima del determinismo cultural. Se ha achacado al determinismo cultural, la idea de una cosmovisión fija que tiene como modelo explicativo la brujería y, por lo tanto, no permite entender la enfermedad, sus causas ni los tratamientos a seguir. Se considera que es esta misma dimensión cultural la que conlleva comportamientos sexuales de los awajún que representan factores de riesgo y condenan a la población, como el rechazo al preservativo, promiscuidad y libertinaje sexual, iniciación temprana sexual y alto índice de relaciones entre varones.

Entender que esta epidemia abarca mucho más que la dimensión cultural y entrelaza factores y tensiones políticas, económicas y sociales ha sido un punto de partida crucial para esta investigación. Las intervenciones desarrolladas cargan con ellas ciertas preguntas que nos llevan a reflexionar no solo en base a los modelos explicativos awajún como modelos dados que abarcan toda una perspectiva indígena, sino sobre la propia producción y negociación de estos modelos. Se ha querido ver como surgen estas narrativas y prácticas dentro de los diálogos que se generan en las intervenciones, cómo se negocian, cómo circula la información y cómo se construyen estos modelos no estáticos, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico, histórico y político.

Recapitulando

En ese sentido, el objetivo principal de esta investigación fue analizar y conocer los modelos explicativos y las narrativas sobre VIH/SIDA que circulan entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH/SIDA, a partir del análisis de los diálogos médicos.

Para ello, se ha entendido la salud como una interrelación entre el pueblo y el Estado, y se han considerado los diálogos médicos como determinantes en la experiencia e interpretación de la enfermedad, pues reflejan y se dan dentro de

un marco de relaciones sociales determinadas histórica y políticamente. Por lo tanto, se analizaron los modelos explicativos y las narrativas que se investigaron dentro de su contexto sociopolítico, histórico y económico específico, permitiendo hacer un análisis etnográfico a través de los diálogos y sistemas médicos involucrados. La información recopilada se organizó en tres capítulos.

El primer capítulo de la tesis abarca las aproximaciones teóricas y metodológicas. En él, se presenta el Estado del Arte para ver, en primer lugar, la historia social y natural del VIH y luego las diversas corrientes de estudios antropológicos sobre el tema, así como el abordaje que se le ha dado a esta situación cuando es particular a pueblos indígenas. También se desarrolló, dividido en dos partes, el marco conceptual que guio esta investigación. En la primera, se utilizaron dos conceptos principales que ayudarían a explicar el contexto de intervención contra el VIH/SIDA: Modelos Explicativos y Diálogos Médicos, enmarcando la investigación en un contexto mayor para abordarlo desde una perspectiva más acorde con la realidad contemporánea. En la segunda parte, se explica el concepto de sistemas de salud, ahondando más en el sistema de salud amazónico y su característica de pluralismo médico. Esto fue útil para entender el contexto de los sistemas donde están ocurriendo estas intervenciones y diálogos médicos. Finalmente, el capítulo se cerró con el diseño metodológico, explicando el argumento y problema de investigación, la metodología y técnicas utilizadas—principalmente las entrevistas abiertas a profundidad y la observación constante—y las mayores dificultades del trabajo.

El segundo capítulo de la investigación está dedicado ampliamente al contexto de la investigación. Esta recolección de información fue esencial, no solamente para entender el lugar donde se ha realizado el trabajo de campo, sino para aproximarse a las condiciones de vida, las problemáticas de salud y la relación con el Estado. En ese sentido, primero se hizo una descripción progresiva del departamento de Amazonas hasta llegar a Huampami; y luego se describió la historia y política del pueblo awajún, poniéndose énfasis especial en el Baguazo por la trascendencia que este evento ha tenido en los relatos y memorias recolectadas. En la tercera parte, se contextualizó -de manera más

analítica- las condiciones de vida para ayudar a entenderlo, en tanto se presentó el concepto de violencia estructural de Farmer, dándole énfasis a la pobreza y la inequidad de género. Finalmente, el capítulo terminó con una sección dedicada a la problemática de salud en la zona; primero describiendo los servicios de salud, incluyendo al personal y su relación con la población; y luego la situación de salud de la zona, más allá del VIH.

El tercer capítulo permite una aproximación más cercana a los modelos explicativos y las narrativas que circulan sobre el VIH/SIDA, así como los diálogos médicos a través de los cuales se negocian estas interpretaciones. Para ello, se hizo una recopilación de los relatos de la población sobre el ingreso de la enfermedad; presentando los recuerdos de los primeros casos y las teorías sobre los motivos del cómo y porqué la enfermedad llegó a esa zona. También se presenta una recopilación de reconstrucciones de casos y autopsias verbales de personas con VIH hechos a través de sus familiares, amigos y personal de salud. Finalmente, se describen las intervenciones sanitarias, pasando por las capacitaciones a diversos agentes, las campañas desde el Centro de Salud y las ONG y las consultas y seguimiento de pacientes. En este capítulo, se profundiza el análisis de los temas más recurrentes: la forma de circulación de la información y, con ella, las negociaciones e incertidumbre de ME que trae, la influencia del contexto sociopolítico, la historia y la memoria en los ME; y finalmente, la aparición de diversos modelos de atención awajún que emergen en los casos permeando así los ME sobre el VIH/SIDA.

Aproximaciones

Aproximándonos a respuestas un poco más concretas a las preguntas de investigación, podemos empezar a concluir en relación a cada objetivo. En primer lugar, el recojo de información emitida desde los actores involucrados en la estrategia contra el VIH con respecto al VIH/SIDA ha permitido ver un escenario de circulación, negociación e incertidumbre con respecto a los modelos explicativos y las narrativas desarrolladas sobre el VIH/SIDA. La información con relación al VIH se presentaba de manera parcial, fragmentada y diversa, pues provenía de variadas fuentes de información que interactuaban

constantemente. Los actores tomaban sus propias medidas frente a la situación y difundían información que podía ser bastante imprecisa, al no manejar un solo discurso. Dada la combinación y negociación que existía entre discursos locales y foráneos en las entrevistas y conversaciones, una misma persona muchas veces dio más de una interpretación, no coherentes entre sí, no estando seguros cuál era la parte más cierta. Los comuneros tampoco pudieron identificar las fuentes de origen de las distintas versiones con respecto al VIH y sus dimensiones. Por ello, podemos considerar que los modelos explicativos del VIH en esta población circulan y se negocian dentro de un escenario de incertidumbre, de múltiples actores y argumentos flexibles y muchas veces incoherentes entre sí. Esas narrativas y modelos se expresaban como elementos dinámicos al no existir un modelo estático o fijo.

Teniendo en cuenta que los diálogos médicos en un ambiente de pluralismo médico, envuelven y construyen relaciones políticas, sociales y económicas, analizar el efecto que tiene el contexto sociopolítico awajún sobre los modelos explicativos del VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado permitió aproximarse de manera más concreta a los eventos críticos y el proceso histórico violento y de mucha pobreza que ha vivido el pueblo awajún. Con este recuento, se dejó entrever que es este contexto el que ha llevado a la elaboración y difusión de relatos de ingreso del VIH con un componente conspirativo y genocida.

Las teorías de ingreso de la enfermedad a la zona hablaban de diversos medios así como de diversos agentes responsables, compartiendo el objetivo de eliminar o exterminar a la población awajún. Para entender qué había detrás de esta teoría social y genocida de la epidemia, fue necesaria la comprensión de las lógicas sociales e históricas previas de esta población. Como propone Garra en su comprensión del alma o "wakan" desde los awajún, es necesario entender estos conceptos como fenómenos relacionales e históricos (Garra: XX). En ese sentido, se interpretaron los relatos como una más de las agresiones y hostilidades étnicas; por lo que deben ser vistos a la luz de la memoria colectiva y cultural. Es posible que este tipo de memoria haya unido al pueblo awajún como colectivo que ha experimentado estos eventos y que reafirma su identidad

como parte de ese colectivo que comparte un conjunto de conocimientos y relatos sobre dichos eventos. El grupo podría haber estado recordando y transmitiendo esa memoria como instrumento para desarrollar su identidad, aspecto que se veía reflejado en las historias recolectadas.

Entendemos por eso que la identidad se desarrolla en interrelación con la sociedad, con respecto a la cual se toman decisiones y afloran sentimientos para reconstruir el pasado con relación al presente. Y en ese sentido, la narrativa de la enfermedad en sí, tendría que ver con esta identidad; presentándose como un desequilibrio de las relaciones entre los cuerpos y las personas involucradas en ella. Es por ello que, la brujería -como una de las narrativas sobre el VIH- también tendría mucho que ver con fenómenos políticos, económicos y sociales, como las relaciones de identidad y alteridad con el grupo y con agentes externos. (Kelly: 2004, 2011) De tal forma, la población awajún se identifica colectivamente posicionando al Estado y a la sociedad mayor en una condición de alteridad; en particular, cuando se trata de una situación crítica como la expansión del VIH que está matando a la población de la misma forma que lo habrían hecho la policía y el Estado hace 9 años. Es por ello, que se debe tomar en cuenta cómo los procesos históricos tienen efectos y generan cambios en las narrativas sobre los procesos de enfermedad, salud y atención como el VIH/SIDA. (Perez Gil: 2007).

Finalmente, examinar la influencia de los modelos de atención awajún sobre los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA que circulaban en la comunidad permitió reconocer la permeabilidad y flexibilidad que los caracterizan. Esto trae el hablar del VIH de distintas maneras, en distintos espacios y circunscribirse a esas situaciones. En ese sentido, los diálogos médicos son espacios de circulación y negociación que permite entender la cultura como parte de este proceso, es por ello que no se trata de ideas estáticas que pertenecen a cada grupo, sino a una posibilidad de ver los procesos sociales, políticos y económicos reflejados en ellos. Los distintos modelos de atención que puedan aparecer relacionados a la cultura, son en sí un escenario de negociación donde no se presentan narrativas abstractas, sino explicaciones que se dan en un contexto

específico de relaciones de poder, políticas y económicas. Hay que dejar claro que la crítica a los estudios socio-antropológicos y epidemiológicos con relación al sobre determinismo cultural, no niega en ningún momento que la variable cultural sea importantísima. Con lo que no concuerda, es con la pérdida de agencia de los individuos ni con el encajonamiento de muchos aspectos de la epidemia dentro de esta variable. Por lo tanto, hay una necesidad de entender los procesos de salud, enfermedad y modelos de atención como el VIH desde sus factores culturales también, sin asumir que existe una perspectiva fija y englobante de un solo pueblo, o incluso de una sola comunidad y teniendo en cuenta las interacciones sociales que rodean estas narrativas. La negación del VIH como enfermedad de transmisión sexual que está expandiéndose en la zona awajún con impresionante rapidez y la consideración que puede ser causa de daños enviados por terceros nos lleva a encontrar distintas formas en que ciertos modelos de atención de la población awajún permean los modelos explicativos y narrativas del VIH. Se identificaron diversas percepciones en relación a las causas, los síntomas y el tratamiento que nos hacen pensar también en los factores socio-económicos relacionados a las condiciones en las que vive la población. Una vez más, se refleja un sistema de salud pluralista; y la manera en que se dialoga y discute la enfermedad deja entrever las relaciones construidas y que se construyen alrededor de esta situación.

La aparición de diversos modelos de atención awajún a través de la reconstrucción de itinerarios terapéuticos ha ido permeando a su vez la forma de interpretación, las narrativas y los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA. Asimismo, teniendo en cuenta el contexto de pluralismo médico, es posible ver cómo hay espacio para la circulación y negociación de los distintos modelos de atención, variando así en el uso de distintos recursos terapéuticos, y las concepciones de salud y enfermedad. Del mismo modo, la salud y el proceso de atención se relaciona con el concepto de identidad y alteridad pues el modo de atención se relaciona y categoriza a la persona que escoge tratarse de esta manera. Si bien estamos hablando de un contexto de atención y elecciones limitado, el escoger no ir al centro de salud, tomar el tratamiento de cierta

manera, o mezclarlo con otro tratamiento es una negociación de la identidad propia y la manera en que uno crea su realidad. No es una situación fija ni predeterminada, sino un proceso y espacio de negociación en donde se reconfiguran relaciones políticas, económicas y sociales.

Reflexiones generales

A manera de reflexión, queremos regresar un poco al contexto de la investigación y con ello al tema de violencia estructural. Algo que es importante mencionar de las investigaciones de Farmer en contextos de pobreza sobre el VIH es su interpretación del informe anual del 2000 de la ONUSIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. En él, se declaró que: “La mayor parte de los 34.3 millones de personas en todo el mundo que viven actualmente con el VIH no sabe que están infectada por el virus. En los países más afectados, esta proporción es aún mayor. Son muchas las razones que explican esta situación; entre ellas, la ignorancia acerca del VIH, la falta de servicios adecuados de asesoramiento y pruebas, y el estigma aún generalizado asociado al SIDA y que puede provocar el rechazo e incluso la violencia contra las personas que se sabe son VIH positivas” (ONUSIDA, 2000: 80). Farmer acepta que “la ignorancia” de las personas puede tener un rol en la expansión de la epidemia, sin embargo, resalta que ese tipo de afirmaciones deja de lado las situaciones de precariedad y violencia estructural en la que vive una gran porción de los habitantes del mundo, que favorecen la transmisión del VIH y que además obstaculizan el conocimiento sobre su estatus serológico. (Farmer: XX, 30) En ese sentido, es también importante notar que más del 90% de las defunciones y las infecciones nuevas ocurren en países pobres, ya que, de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral, solo 5% tiene acceso a él. (Farmer: XX, 31)

En este contexto, pareciera ser que, si bien los modelos explicativos y narrativas recopiladas en esta investigación no se circunscriben a un modelo cultural estático, como normalmente se plantea la brujería en las investigaciones ¿¿??, sí se trata de un reflejo de las relaciones sociales y políticas, tal como el “daño” o “Wameamu” lo ha hecho por tantos años en estas poblaciones. No solo

se trata de reconocer las diferencias culturales y ontológicas, sino de entenderlas como una de los circuitos de negociación y creación de distintas narrativas. En ese sentido, es más fácil comprender que esos modelos no son estáticos, pues en realidad no existe una perspectiva awajún compartida, ni por comunidad, ni por familias; pues puede variar en cada persona e incluso la persona misma puede tener diferentes versiones en función al contexto en el que se expresa. Es por ello que podría verse el modelo explicativo de la brujería como una reconfiguración o “nueva forma” de envío de daño de agentes externos hacia la comunidad o población. Si bien estos modelos explicativos resaltan por su relación con el contexto sociopolítico, la manera en que circulan y se negocian estas narrativas y los modelos de atención del pueblo awajún. ¿?¿??

Las narrativas y relatos sobre el ingreso del VIH a la provincia de Condorcanqui, sobretudo en zona awajún, han permitido encontrar en ellas una línea común: un extenso repertorio de teorías que proponen que el virus ha sido traído por agentes foráneos para la exterminación de la población indígena en general y, en particular, de los awajún. Si bien no son una interpretación de la propia enfermedad en sí, los relatos del origen son importantes para entender cómo se está pensando y hablando de esta enfermedad entre la población awajún. Constituyen una comprensión más abstracta de la enfermedad, que sobrepasa los síntomas percibidos e itinerarios terapéuticos escogidos, pues posiciona al virus frente a una colectividad no a un individuo, y teoriza con respecto a su origen. De tal modo, parte del análisis e interpretación de estos relatos consta en la comprensión de ellos a través de un concepto que ha emergido con los datos: la memoria.

Pollack propone que un individuo transmite su memoria reconstruyendo su pasado; un pasado que está caracterizado por núcleos duros, no negociables, que posibilitan la construcción de la identidad. Los núcleos duros actúan como hechos inmutables e invariables que son reiterados y solidificados en la memoria. Son identificados a partir de la repetición y la incapacidad de hablar del pasado sin mencionarlos; son eventos, personajes o lugares que marcan claramente la construcción de la identidad de esa persona. La reconstrucción del pasado

implica que la memoria va a abarcar tanto acontecimientos vividos en primera persona, como aquellos que son indirectamente experimentados y son parte de un imaginario colectivo o una memoria heredada (1992: 34). A través de todos estos elementos y el ordenamiento de esta información, es posible reafirmar una identidad en base al pasado, historia y memoria compartida por la población awajún. La expresión de esa identidad y memoria responden a exigencias del momento, ya sean colectivas, individuales o políticas.

De tal forma, el Baguazo compondría un núcleo duro de la memoria colectiva e individual de la población awajún, otorgándole un sentido de permanencia e identidad étnica que polariza su posicionamiento frente a aquellos personajes y lugares que fueron influyentes en el desarrollo de este trágico suceso de eventos. Existe además, una relación entre la memoria y las emociones, que permite ver cómo una persona se identifica con su pasado, pensándose a sí mismo a través de los recuerdos. El individuo construye su individualidad e identidad a partir de su memoria y las experiencias que lo han marcado, sean recuerdos directos o indirectos; pues como se vio en los testimonios sobre el Baguazo, no todos los afectados lo vivieron directamente; sin embargo el miedo y el resentimiento son latentes en sus palabras. Los hechos de la memoria por lo tanto no aluden a una factualidad sino a la percepción de la realidad. (1992: 34) Es por ello que las teorías de ingreso y origen del virus no se analizaron ni evaluaron en tanto a su veracidad, sino en relación a lo que representan para la negociación y explicación de la realidad que enfrenta esta zona con el VIH.

Los eventos críticos y el proceso histórico violento y de mucha pobreza han llevado a la elaboración y difusión de estos relatos como una más de las agresiones y hostilidades étnicas; lo que debe ser interpretado a la luz de la memoria colectiva y cultural. En ese sentido, el grupo recordaba y transmitía esa memoria como instrumento para desarrollar la identidad, aspecto que se veía reflejado en las historias recolectadas. Entendemos por eso que la identidad se desarrolla en interrelación con la sociedad, con respecto a la cual se toman decisiones y sentimientos para reconstruir el pasado con relación al presente. La población awajún se identificaba colectivamente posicionando al Estado y a la

sociedad mayor en una condición de alteridad; en particular cuando se trataba de una situación crítica como la expansión del VIH que está matando a la población de la misma forma que lo habrían hecho la policía y el Estado hace 9 años.

Sugerencias

Dada la escasa información sobre el tema que hay y teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población indígena afectada, se necesita producir más investigación. Se debe priorizar la formulación de estrategias de prevención, debido a las grandes dificultades en acceder a los servicios de salud y la desarticulación con su sistema de salud indígena, así como por lo dispersa y pequeña que es la población. El impacto del VIH en esta población puede ser mucho mayor por la falta de información de las formas de prevención y transmisión, además de las barreras económicas, culturales, políticas y lingüísticas que influyen también en la aceptación de los métodos de prevención y tratamiento. Esto implica que aún un número reducido de infecciones podría tener un impacto muy alto en la salud y bienestar de este grupo poblacional. (Bartlett, 2008: 94)

Dado que parece no haber cifras exactas de la epidemia en la población indígena amazónica, es necesario incrementar el acceso a las pruebas rápidas e implementar también estrategias comunicacionales y educativas sobre la prevención y control de enfermedades sexualmente transmitidas. Estas formas de respuesta deben trabajarse dentro de las normas culturales y lingüísticas de la sociedad, para reducir la transmisión y controlar el virus sin crear un mayor estigma y discriminación sobre él y aquellos que se han visto afectados por él. (Bartlett, 2008: 95)

En ese sentido, hay necesidad de conocer, entender y reconocer los factores sociales y estructurales que llevan a la transmisión del VIH, determinantes en la expansión del virus en esta población, al existir una serie de accesos desiguales, sociales, económicos y políticos que van más allá de los factores de riesgo individuales. Para lograr las estrategias de prevención necesarias, se necesita una mejor comprensión de ellos, que permitan dirigirse, en particular, a las

poblaciones más vulnerables en distintos contextos socioculturales. Es necesario entender que los factores de riesgo mayores son de orden social-estructural y exceden el comportamiento individual. Es importante también, poder analizarlos dentro de su contexto específico para poder lograr mejores respuestas.

Teniendo en consideración lo expuesto, consideramos igualmente necesario alejarse de explicaciones profundamente culturalistas y conductuales, que determinen la expansión y transmisión del VIH solo a partir de barreras de este tipo -en donde se alude mucho a sistemas de interpretación, instituciones culturales y comportamientos y prácticas sexuales como factores de riesgo. Sin embargo, como se ha mencionado, sería errado simplemente ignorar que existen distintas interpretaciones y reinterpretaciones a enfermedades como el VIH/ SIDA, pero esto no debe llevarnos, como lo ha hecho muchas veces, a un sobre determinismo cultural, sino a entender los procesos de salud, enfermedad y modelos de atención como el VIH desde sus factores culturales sin asumir que hay una perspectiva estática que un solo pueblo, o incluso de una sola comunidad comparta, y teniendo en cuenta las interacciones sociales que rodean estas narrativas. Es necesario conocer con mayor profundidad dichas interpretaciones y concepciones, pues conllevan un argumento de fondo determinado a partir de situaciones y contextos enmarcados por la historia y la política. Esto permitirá implementar las estrategias necesarias para la prevención y control de la epidemia, comprendiendo que estos se construyen y negocian en un marco de relaciones sociales, políticas y económicas.

Resaltamos la necesidad de trascender un enfoque de esencialismo culturalista y exoticismo conductual, que ignora la incorporación de la historia y las relaciones raciales, de género, clase y generacionales de la población. Consideramos que es un enfoque injusto y poco efectivo, que termina por responsabilizar de la aflicción a la población, y en donde se presentan sus creencias y conductas como el mayor obstáculo para luchar contra la epidemia. Este tipo de explicación pareciera implicar que el resultado es inevitable y que la población está condenada por la debilidad de sus normas morales,

invisibilizando la posibilidad de otra explicación y produciendo una representación imaginaria de la sexualidad awajún y una imagen descontextualizada y ahistórica de los awajún y su comportamiento sexual (Fassin, 2007: 151). Incluso, la teoría del daño y brujería no debe ser planteada como encerrada en la tradición, las creencias y la magia. Presentar estas creencias como el mayor obstáculo deja de lado implícitamente los elementos sociales, económicos y étnicos, y determina que la idea del “daño” es una narrativa fija y estática a lo largo del tiempo. Es posible analizar la brujería desde un enfoque menos culturalista que permita inscribirla en dinámicas sociales y políticas, que expresan la memoria de esta población. (Fassin, 2007: 93) Verla como razón de expansión u obstáculo de prevención y tratamiento instala una serie de prejuicios y estereotipos, y no deja observar la dinámica de negociación y reconfiguración constante que tiene este mismo fenómeno también.

Se propone realizar una antropología política del VIH, que tome en serio todo el conjunto de actores y argumentos de esta crisis para tratar de hacer que sus posiciones sean inteligibles por todos. Es necesario reconocer que el objeto de controversia no es una pregunta de qué modelo o teoría es verdadera y cuál es falsa; como las discusiones médicas usualmente dicen. Es importante ver que no se puede construir una política de salud o una democracia, simplificando hechos, rechazando críticas y, finalmente, negando la historia.

Ver los problemas de salud sólo desde una perspectiva médica limita los factores que podrían ayudar a la sostenibilidad de intervenciones y estrategias. Además, suelen venir acompañadas de una “ideología que culpabiliza a la víctima, lo cual sitúa la causa del sufrimiento y de la pobreza de las personas que viven con VIH/SIDA en su propia falta de autonomía y no en las fuerzas sociales, políticas e históricas que escapan de su control.” (Farmer: 2003, 30) Las posibilidades de ser infectado y la duración de la sobrevivencia están íntimamente relacionados al ambiente humano y material en el que vive la población, por lo que realizar acciones que mejoren las condiciones de vida e inequidades económicas y políticas puede ser tan importante para la sobrevivencia de pacientes pobres como administrar la droga antirretroviral; además de no ser mutuamente

exclusivos, como el debate suele posicionarlos. No basta con considerar que es solo la ausencia de información correcta y biomédica la que hace falta en la población indígena amazónica para poder detener y prevenir la expansión de esta epidemia, sino, tal vez, lo que se necesita primero es una reconciliación del Estado peruano con la población indígena, en este caso, awajún.



Agradecimientos

No podría terminar esta tesis sin antes agradecer a las personas que a su modo, y en distintos momentos, han hecho esta investigación posible.

Principalmente a los interlocutores y actores de esta investigación, quienes hicieron mucho más que proveer la información que buscaba. Gracias por todo el cariño con el que me recibieron, las risas y lágrimas compartidas; las esperanzas y frustraciones experimentadas. Sin ustedes, el resultado de esto no hubiera sido posible. Gracias por enseñarme y compartir tanto de sus vidas, sus historias y sus memorias; no solo me enriquecieron profesionalmente, sino sobre todo personalmente. Espero poder retribuir ese inmenso espacio que me abrieron, y toda la confianza que tuvieron en mí. Gracias Adri, Rosy, Tere, Odín y Lucio; a la señora Panchita por alimentarme como a una más de sus hijas y a Inchik por ser como mi abuela en campo.

A mi mamá, porque sin ti no estaría aquí. Solo tú sabes el esfuerzo y los sacrificios que ha significado todo este camino, y nunca tendré suficientes palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Porque siempre ampliaste mi panorama de oportunidades, porque amorosamente construiste conmigo las alas que me diste para volar, porque me motivaste y soñaste conmigo un mundo mejor, y porque fuiste siempre mi fiel lectora y admiradora. Gracias, infinitas gracias.

A mi papá, porque supiste guiarme y luego dejar que caminara por mi cuenta, sabiendo que si me caía igual tú estarías ahí. Porque me hiciste cuestionar todo, siempre retándome a pensar por mi cuenta y no dejarme llevar por el resto. Porque me enseñaste a mantener los ánimos arriba cuando parecía que todo se venía abajo. Gracias Chinito.

A Julio, mi asesor; porque eres el tipo de profesor y amigo que todo alumno se merece. Por tu inmenso apoyo durante toda la elaboración del proyecto, por tu constante enfoque crítico de refrescante honestidad. Porque me escuchaste y ayudaste en las situaciones más difíciles de mi trabajo de campo, con una

empatía, claridad y transparencia que admiro y agradezco inmensamente. Gracias

Y finalmente, pero no menos importante, a esas amigas y amigos con quienes he compartido amanecidas, cafés, matés de coca, dándonos una mano cuando nos queríamos rendir, un abrazo cuando necesitábamos motivación y muchísima empatía y amor para todos estos años de carrera. Gracias por el apoyo, por ayudarme a reflexionar y repensarme constantemente.

Gracias también a los profesores que me han apoyado no solo este proyecto sino en la construcción de mi carrera universitaria; porque sus enseñanzas y acompañamientos me guían como antropóloga y como persona. Gracias por su horizontalidad, su sinceridad y su cariño, porque siempre me motivaron a seguir con esto tan bello que llamamos la antropología. Gracias a todas las personas hermosas que trajo la antropología a mi vida, porque si hay algo más lindo que encontrar lo que te apasiona y quieres hacer el resto de tu vida, es encontrar gente que comparta ese sentimiento, ese amor por tu país y esas ganas de cambiar una realidad que a veces nos duele tanto.



BIBLIOGRAFÍA

AIDSESEP, & Perú, P. de U. de O. I. del. (2015). *Pueblos Indígenas del Perú: Balance 2014. Sobre el cumplimiento del convenio 169 de la OIT*. Lima.

Alarcón, R. (2011). Transmisión vertical de HTLV-1 en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica N*, 28(1), 101–108.

Allain, E., Méndez, C., & Portugal, J. (2013). *Contribuciones de la Coordinadora Nacional Multisectorial en salud: CONAMUSA a la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú*. PUCP.

Altuna, G. (2013). Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: derechos, ciudadanía y comunicación. *Canalé: Comunicación + Desarrollo*, 5(6).

Alva, I. (2012). Social and contextual factors that influence HIV risk behaviors among indigenous MSM in the Peruvian Amazon. *Retrovirology*, 9(1), 112.

Alva, I. (2013). *Sex on Amazonian riverboats: A neglected public health problem*. University of Washington.

Araujo, A. L. (2016). Entre campañas y vueltas: las elecciones presidenciales de Nosotros los awajún. *Argumentos*, 3.

Assman, Jan (1995) "Collective memory and cultural identity" en *New German Critique* n°65, pp. 125-133

Atteraya, M. (2015). Caste-and ethnicity-based inequalities in HIV/AIDS-related knowledge gap: a case of Nepal. *Health & Social Work*, 40(2), 100–107.

Baer, H. A. (2003). Medical Pluralism. In *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Springers US.

Baer, H. A. (2011). Medical Pluralism: an evolving and contested concept in medical anthropology. In *A Companion to Medical Anthropology*. Connecticut: Blackwell Publishing Ltd.

Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2013). *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives* (3rd ed.). California: PRAEGER.

Baffigo, V., & Centurión, C. A. (2014). *Los delegados comunitarios, experiencia de su empoderamiento en la lucha contra el VIH/SIDA en el Perú 2007-2012*. PUCP.

Bant, A., & Motta, A. (2001). *Género y Salud Reproductiva: Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

Bartlett, E., Zavaleta, C., Fernández, C., Rázuri, H., Vilcarromero, S., Vermund, S., & Gotuzzo, E. (2008). Expansion of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of indigenous Amazonian ethnic group. *International Journal of Infectious Diseases*, 12(6), 89–94.

Becker, G. (2003). Phenomenology of Health and Illness. In *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Springer US.

Betancourt, C. F., & Pinilla, M. Y. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, 35, 75–86.

BINGHAM, B. (2014). Generational Sex And HIV Risk Among Indigenous Women In A Street-Based Urban Canadian Setting. *Culture Health and Sexuality*, 16(4), 440–452.

Blas, M., Alva, I., Caberro, R., Carcamo, C., & Kurth, A. (2011). Risk Behaviors and Reasons for not Getting Tested for HIV among Men Who Have Sex with Men: An Online Survey in Peru. *PLoS ONE*, 6(11), 1–6.

Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico. In *Intelectuales, política y poder*. (pp. 65–73). Buenos Aires: EUDEBA.

Breidlid, A. (2015). Indigenous Knowledges, the Global Architecture of Education and Health, and the HIV/ AIDS Pandemic: Towards a Paradigm Shift? In A. Breidlid, A. M. Cheyeka, & A. I. Farag (Eds.), *Perspectives on Youth, HIV/ AIDS and Indigenous Knowledges* (pp. 9–24). Rotterdam: Sense Publishers.

Brown, M. (1978). From the Hero's Bones: Three Aguaruna Hallucinogens and their Uses. *The Nature and Status of Ethnobotany*, 67, 118–136.

Brown, M. (1990). El malestar del chamanismo. *Amazonía Peruana*, Tomo X (19), 63–88.

Brown, M. (1978). From the Hero's Bones: Three Aguaruna Hallucinogens and their Uses" en The Nature and Status of Ethnobotany. *Anthropological Papers*, 67 (118–136).

Brown, M. (n.d.). Shamanism and Its Discontents. *Medical Anthropology Quarterly*, 102–120.

Brown, M. F. (1986). *Tsewa's Gift*, Alabama: University of Alabama Press

Brown, M. F. (1988). Shamanism and Its Discontents. *Medical Anthropology Quarterly*, 102–120.

Brown, M. F., & Van Bolt, M. L. (1980). Aguaruna Jivaro Gardening Magic in the Alto Rio Mayo, Peru. *Ethnology*, 19(2), 169–190.

Caballero-Hoyos, R. (2013). Sexual risk behavior and type of sexual partners in transnational indigenous migrant workers. *AIDS and Behaviour*, 17(5), 1895–1905.

Caceres, C. (2007). *Perú, Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en el*. Lima: OPS.

Caceres, C. (2007). *Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectadas: hallazgos de la primera fase del estudio*. Lima.

Cáceres, C., & Mendoza, W. (2009). The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps—a review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51.

Calderon Pacheco, L. (2013). *Hacia una radiografía de los pueblos awajún y wam-pis del Alto Marañón, Amazonas*. Lima.

Calderón Pacheco, L. (2013). *Hacia una radiografía de los pueblos awajún y wampis del Alto Marañón, Amazonas*. (CBC/GIZ, Ed.). Lima. Retrieved from <http://www.proyecto-cbc.org.pe/admin/recursos/publicaciones/a99fd-D-010.pdf>

Cárcamo, C., & Campos, P. (2012). Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(10), 765–73.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. (1996). La antropología latinoamericana y la “crisis” de los modelos explicativos: paradigmas y teorías. *MAGUARE: Revista Del Departamento de Antropología*, 12.

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.

Chaumeil, J.-P. (1999). El Otro Salvaje: Chamanismo y Alteridad en. *Amazonía Peruana*, 13(26), 7–30.

Chirif, A., & Mora, C. (1977). *Atlas de comunidades nativas*. SINAMOS.

Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1(4), 351–57.

- Clavijo, G. C., Arevalo, J. D., Pretel, V. L. O., & Gutiérrez, J. P. (2016). Percepciones sobre la vacunación de la rabia silvestre en población Awajún de la provincia de Condorcanqui, Amazonas, Perú, 2013. *Physis: Revista de Saude Coletiva*, 26(1), 201–224. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100012>
- Corcuera, R. (2006). *Exigibilidad del derecho a la salud: acceso a atención, tratamientos e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA*. Lima.
- Cornejo Chaparro, M. (2015). *Los pueblos achuar, awajún, kandozi y Wampis*. (Fernando Calderón & S. Torrejón, Eds.) (1ra ed.). Lima: Ministerio de Cultura.
- Correa, C. M. (2002). *Protección y Promoción de la Medicina Tradicional: Consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Crandon, L. (1986). Medical dialogue and the political economy of medical pluralism: A case from Rural Highland Bolivia. *Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case From Rural Highland Bolivia*, 3, 463–476.
- Cueto, M. (2001). *Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/ Sida en el Perú*. Lima.
- Curran, J. W. (1998). The Eras of AIDS. In *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic* (pp. vii–ix).
- David, D. (2006). *Brujos y hechizados: creencias populares y sentimientos de enfermedad: etno-medicina de los Shipibo-Conibo (Pano) del Ucayali*. Lima: Fondo Editoria.
- Dávila Puño, Julio (2005). *Perú: Gobiernos locales y pueblos indígenas*. Lima: Tarea Gráfica Educativa.
- De Castro, R., García-Hierro, P., & Palomino, M. H. (2009). *Perú: Crónica de un engaño*. Retrieved from http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0286_Cronica_de_un_Engano.pdf
- Delvecchio Good, M., & Good, B. J. (2000). Clinical narratives and the study of contemporary doctor-patient relationships. In *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 243–258).
- Descola, P. (2005). *Las lanzas del crepúsculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Retrieved from <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=450>
- Desmond, C. (2003). *No Titl*. Washington: Development Research Group.

Dhai, A., & Noble, R. (2005). Ethical issues in HIV. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 255–267.

Drinot, P. (2010). Soberanía y gubernamentalidad en el Perú neoliberal. In S. de C. de la P. de la Nación (Ed.), *América Latina: 200 años y nuevos horizontes*. Buenos Aires.

Elvira, B. (2001). *Viviendo bien: Género y Fertilidad entre los Airo-Pai de la Amazonía Peruana*. Lima.

Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología política de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283–318.

Fassin, D. (2007). *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. California: University of California Press.

Flora, T. (206AD). *Las mujeres positivas: la situación de las mujeres viviendo con VIH/ SIDA en el Perú*. Lima.

Fuller, N. (2009). *Relaciones de Género en la Sociedad Awajún*. Retrieved from <http://dide.minedu.gob.pe/xmlui/handle/123456789/674>

Gabe, J., Bury, M., & Elston, M. A. (2004). *Key concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications Ltd.

Gallardo, L. (2006). *El negocio del VIH/Sida: patentes farmacéuticas, para qué y para quién*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Garra, S. (2012). El despertar de Kumpanam: historia y mito en el marco de un conflicto socioambiental en la Amazonía. *Anthropologica Del Departamento de Ciencias Sociales*, 30(30), 5–28. Retrieved from <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/4420>

Gayet, C. (2007). *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. Mexico.

Getty, J. (1998). Fighting for Our Lives: AIDS Treatment Activismo Title. In *Encyclopedia of AIDS : a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic1*.

González, S. (1995). La violencia doméstica y sus repercusiones para la salud reproductiva en una zona indígena. *Salud Reproductiva Y Sociedad*, 6(7), 10–23.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grández-Urbina, J. A. (2015). 2015 “Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 32(3), 246–54.

Grimberg, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Guallart, J. M. (1990). *Entre pongo y cordillera: historia de la etnia aguarunahuambisa*. Lima: Centro Amazonico de Antropología y Aplicación Práctica.

Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., Aggleton, P., & Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*, 372, 764–775.

Gutiérrez, B. (1994). Estrategias de afrontamiento al SIDA y dimensiones de la personalidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 66.

Halbwachs, M. (1968) *Memoria colectiva*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza

Heise, M., Landeo, L., & Bant, A. (1999). *Relaciones de género en la Amazonía peruana*. Lima.

Heredia, U. P. C. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: UPCH.

Herrera, C. (2014). *Vivir con VIH en México: experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. Mexico DF.

Herskovitz, D. (2007). Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 25.

Horn, R., & Sciolla, A. (1998). Perspectives on the AIDS Epidemic: Transmission and Prevention. In *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic* (pp. 7–8).

Huayhua, M. (2006). *Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas*. Lima.

Hurtado, M., Lambourne, C. A., James, P., Hill, J., Cheman, K., & Baca, K. (2005). Human rights, biomedical science and infectious diseases among South American Indigenous groups” en *Annual Review of Anthropology*. *Annual Review of Anthropology*, 34, 639–665.

INEI (2015) *Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013*. Lima

INEI (2015) *Situación de Salud de la Población Adulta Mayor 2015*. Lima

INEI (2012) Perú: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 – Departamento de Amazonas*. Lima

INEI. (2007). *II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007*. Lima.

INEI. (2007). *Resumen Ejecutivo sobre los resultados definitivos del II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana*.

INS. (n.d.). Especialistas del MINSA intervinieron en prevención y control del VIH en comunidades nativas awajún. *Boletín INS*, 248.

IWGIA. (2004). Asuntos indígenas. *Derechos Territoriales*, 4, 1–25.

Jelis, Elizabeth (2002) *Los trabajos de la memoria*. Argentina: Siglo XXI

Kaufman, C. (19AD). Circle of Life HIV/AIDS-prevention intervention for American Indian and Alaska Native youth. *American Indian and Alaska Native Mental Health Reesearch*, 1(140–153).

Kelly, M. (2003). *Education and HIV/AIDS in the Caribbean*. Miami: IAN Randle Publishers.

Klein, C. (1998). *Gender, sexuality and AIDS prevention in Brazil” en NACLA : report on the Americas*.

Kleinman, A. (1978). What Kind of Model for the Anthropology of Medical Systems? *American Anthropologist*, 80(3), 661–665.

Kleinman, A. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicina*, 88, 251–258.

Kleinman, A., & Seeman, D. (2000). The Personal Experience of Illness. In *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: SAGE Publications Ltd.

Kroeger, A. (1992). *La lucha por la salud en el alto amazonas y en los andes*. Quito: ABYA-YALA.

Liddell, C., Barrett, L., & Bydowell, M. (2005). Indigenous representations of illness and AIDS in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicina*, 60, 691–700.

Liddell, C., Barrett, L., & Bydowell, M. (2005). Indigenous representations of illness and AIDS in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 60(4), 691–700.

LINDEBAUM, S., & Lock, M. (1993). *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.

Lock, M. (2003). Medicalization and Naturalization of Social Control. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics*, 1, 116–125.

Loewe, R. (2002). Illness Narratives, (1999), 42–48.

López-Entrambasaguas, O. M. (2014). Perception of HIV Prevention Programs Among Ayoreo Sex Workers in Bolivia. *Journal of Transcultural Nursing*.

Lowe, R. (2003). Illness Narratives. In *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Springers US.

Maar, M. (1996). The Epidemiology of HIV/AIDS in Aboriginal Communities: An Anthropological Perspective. *The Canadian Student Journal of Anthropology*, 12, 53–62.

Mainville, J. R. (2010). Los awajún y wampís contra el Estado: una reflexión sobre antropología política The awajun and wampis against the State: A reflexion on political anthropology. | *Unmsm/lihs*, 14, 19–35.

Mantini-Briggs, C., & Briggs, C. (2011). Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: la epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela. In G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas*. Venezuela: GEA.

Mark, D. (2012). Low acceptability of medical male circumcision as an HIV/AIDS prevention intervention within a South African community that practises traditional circumcision. *South African Medical Journal*, 102(6), 571–573.

Marques, R. (2013). HIV/AIDS epidemic in the State of Amazonas: characteristics and trends from 2001 to 2012. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 48, 70–78.

Mayca, A. M. J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 23(1), 22–32.

Mazin, R. (2011). De lugares comunes a recomendaciones concretas: el VIH entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental. *Desacatos*, 35, 87–94.

Medina, A., & Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *En Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(1), 22–32.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia Y Salud Colectiva*, 8(1), 185–207.

Miles, A. (2003). Healers as entrepreneurs: constructing an image of legitimized potency in urban Ecuador. In *Medical Pluralism in Andes*. London: Routledge.

Minnich, E. (2005) *Transforming Knowledge*. Philadelphia: Temple University Press

MINSA (2016) Análisis de la Situación de Salud de la Región Amazonas 2015. Chachapoyas

MINSA. (2009). *Determinantes de los sistemas de información en salud: el caso de tres sistemas de información de VIH/SIDA, Hepatitis B y Sífilis en contextos de atención a población indígena en la Amazonía / Ministerio de Salud*. Lima.

MINSA. (2009). *Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali*. Lima.

MINSA, & DGE. (2013). *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – 2013*. Lima. Lima.

MINSA, INS, & CNSI. (2009). *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional. Salud de los Pueblos Indígenas 2009 - 2012*. Lima.

MINSA, & UNFPA. (2009). *Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali*. Lima.

MINSA (2008) Plan Regional Concertado de Salud Amazonas 2008 – 2021. Chachapoyas

Mora, C., & Zarzar, A. (1977). Información sobre familias lingüísticas y etnias en la Amazonía peruana. In *Amazonía peruana, comunidades indígenas, conocimientos y tierras tituladas: Atlas y base de datos*. Lima: FEA, PNUD, UNOPS.

Muñoz-Martínez, R. (2014). Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-SIDA en los altos de Chiapas. *Organizational Medical Care Culture, Institutional Violence and Nonadherence to Antiretroviral Therapy of Indigenous People, Living with HIV-AIDS, in the Highlands of Chiapas.*, 12(2), 46–66. Retrieved from <http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=97179220&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Negin, J. (2015). HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic. *AIDS Behaviour*, 19, 1720–1734.

Newman, C. (2013). One size fits all? The discursive framing of cultural difference in health professional accounts of providing cancer care to Aboriginal people. *Ethnicity and Health*, 18(4), 433–447.

Nora, Pierre (1984) *Les lieux de mémoire*. París: Gallimard

Nugkai, A. (2004). *Leyendas, mitos e historias del pueblo Awajun*. Pucallpa.

Nuñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, 35, 13–28.

Nureña, C. (2011). Diversity of commercial sex among men and male-born trans people in three Peruvian cities. *Culture Health and Sexuality*, 13(10), 1207–1221.

O'Brien, E. (1999). *La política social en el presupuesto de la república" en El Perú realmente existente: análisis y datos estadísticos sobre mujeres, niños, indígenas, descentralización, pobreza, mortalidad, desigualdad, derechos laborales*. Lima.

ODECOFROC (Barclay, Fredrerica; García-Hierro, Pedro; Palomino, M. H. (2009). *Perú: Crónica de un Engaño*. Retrieved from http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0286_Cronica_de_un_Engano.pdf

ONUSIDA, & OMS. (2005). *Situación de la epidemia de Sida : informe especial sobre la prevención del VIH*.

Ordoñez Ganoza, S. (2013). La relación entre los pueblos indígenas de la Amazonía con el estado peruano desde la perspectiva de los indígenas Awajún de Juampaní. *IBEROAMERICANA*, XLIII(1–2), 67–90.

- Ormaeche, M., Whittombury, A., Pun, M., & Suárez-Ognio, L. (2012). Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon 2007-2008. *International Journal of Infectious Diseases*, 16(10), 724–730.
- Parker, R. (2014). Sexuality, Culture and Power in HIV/AIDS Research. *Annual Review of Anthropology*, 30, 163–179.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicina*, 57, 13–24.
- Parker, R., & Ehrhardt, A. A. (2001). Through an ethnographic lens: ethnographic methods, comparative analysis, and HIV/AIDS Research. *AIDS and Behaviour*, 5(2), 105–114.
- Patton, C. (1992). From nation to family: containing “African Aids. In *Nationalisms and sexualities*. New York: Routledge.
- Pendersen, D. (1989). *Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas medicos*. Santiago: PAESMI.
- Pintado, I. (2016). “La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural. PUCP.
- PNUD (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano 2014 - Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Washington
- Pollack, Michael (1989) “Memoria, olvido y silencio” en Revista Estudios Históricos n° 2, pp. 3-15
- Pollack, Michael (1992) “Memoria e identidad social” en Revista Estudios Históricos n° 5, pp. 200-212
- Pool, R., & Wenzel, G. (2005). *Medical Anthropology. Understanding public health*. UK: McGraw-Hill Education.
- Portelli (2002) “Las fronteras de la memoria. La masacre de las Fosas Ardeatinas. Historia, mito, rituales y símbolos.” en *Sociohistórica* n°11-12, pp. 163-176
- Portocarrero, J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 32(3), 546–54.

Portocarrero, J. (2016). Percepciones sobre la vacunación de la rabia silvestre en población Awajún de la provincia de Condorcanqui, Amazonas. *Physis: Revista de Saude Coletiva*, 201–224.

Pueblo, D. del. (2009). *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida*. Lima.

Puig, C., & Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos*, 35, 41–58.

Quiroz, M. (2004). Derechos sexuales y reproductivos en pueblos indígenas amazónicos: incidencia y campaña de defensa de intereses. In *Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación*. Lima: Minga Perú.

Ramirez, I. (1992). Mujeres y sida: la exclusión de la mujer de las campañas comunicacionales. *Revista de Ciencia Sociales Universidad de Costa Rica*, 58.

Reategui Silva, J. (2004). Los derechos de los pueblos indígenas y su identidad en la perspectiva de la cultura de la salud. In *Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación*. Lima: Minga Perú.

Regan, J. (2009). Formas de organización y matrimonio dravídico entre los awajún: los doce matrimonios de diez hermanos. *Época* 4, 6, 199–206.

Regan, J. (2010). Los awajún y wampís contra el Estado: una reflexión sobre antropología política. *Investigaciones Sociales*, 14(24).

Regan, J. (2010). Los awajún y wampís contra el Estado: una reflexión sobre antropología política. *UNMSM/IIHS*, 14, 19–35. Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N24_2010/pdf/a02.pdf

Reyes, E. (2007). *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO.

Rodlach, A. (2006). *Witches, Westerners and HIV: AIDS & Cultures of Blame in Africa*. California: Left Coast Press.

Rodriguez, E. (2007). *VIH-Sida y discriminación en Ica: un problema de salud pública*. Lima.

Romio, S. (2014). Entre discurso político y fuerza espiritual. Fundación de las organizaciones indígenas awajún y wampís (1977-1979). *Anthropologica Del*

Departamento de Ciencias Sociales, 32(32), 139–158. Retrieved from <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/antropologica/article/view/9447>

Salazar, X. (2010). *Las personas trans y la epidemia del VIH/SIDA en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos*. Lima.

Shernoff, M. (1998). Life in the Maelstrom: Living and Working Amid the AIDS Epidemic. In *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic*.

Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, 10, 32–49.

Smallman, S. (2007). *The aids pandemic in Latin America*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Smith, R. A. (1998). *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic*. Fitzroy Dearborn.

Smith, R. C. (2014). *Encyclopedia of*. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-27848-8>

Stover, J. (2002). *The epidemiological impact of an HIV/AIDS vaccine in developing countries*. Washington.

Stover, J., & Garnett, G. P. (2002). *The Epidemiological Impact of an HIV / AIDS Vaccine in Developing Countries*. Washington: Development Research Group.

Surra. (2011). Bagua 2009. *Argumentos*, 1.

Surrallés, A. (2008). Kushilia 1993. *Argumentos*, 4.

Surrallés, A. (2009). Entre derecho y realidad: antropología y territorios indígenas amazónicos en un futuro próximo. *Bulletin de l'Institut Français D'études Andines*, (38 (1)), 29–45. <https://doi.org/10.4000/bifea.2789>

Svenaeus, F. (2001). The Phenomenology of Health and Illness, (1998), 87–108. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_5

Taylor, T., Hembling, J., & Bertrand, J. T. (2012). *Etnicidad y riesgo de VIH en Guatemala*. North Carolina: MEASURE Evaluation.

Trabajo, C. D. E., & Uso, P. (n.d.). Relaciones de género en la sociedad awajún.

UNESCO. (2006). *Formación docente y prevención del VIH y SIDA*. Lima.

Uriarte, L. (2007). Los achuar. In *Guía etnográfica de la Alta Amazonía. Volumen VI* (p. 1–241002E). Lima: Smithsonian Tropical Research Institute,.

Velázquez, C. (2011). Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 28(3), 492–6.

Vermani, K., & Garg, S. (2002). Herbal medicinas for sexually transmitted diseases and AIDS. *Journal of Ethnopharmacology*, 80, 49–66.

Viveiros de Castro, E. (2004). Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. In A. Surrallés & P. G. Hierro (Eds.), *Tierra adentro: territorio indígena y percepción del entornos* (p. 37).

Walque, D. (2004). *How does the impact of an HIV/AIDS information campaign vary with educational attainment? : evidence from rural Uganda*. Washington.

Wood, L. (2012). “Every teacher is a researcher!”: Creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research. *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 9, 19–27.

Young, I. (1998). Challenging the Mainstream Consensus: AIDS Dissidents. In *Encyclopedia of AIDS : a social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic* (pp. 3–5). Fitzroy Dearborn.

Zavaleta, C. (2007). High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(4), 703–705.

Zavaleta, C., Mujica, J., Ypanaqué, P., & Cueva, N. (2007). Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en comunidades nativas de la Amazonía peruana: consideraciones culturales. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 24(3), 315–6.

Acceso a:

<https://elcomercio.pe/peru/albergues-escolares-amazonia-total-abandono-235352>

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/MesaDirectiva/sipfr2011.nsf/9313326A8673823C05257C290079B1A8/\\$FILE/NayapQuinin_AGO2013.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/MesaDirectiva/sipfr2011.nsf/9313326A8673823C05257C290079B1A8/$FILE/NayapQuinin_AGO2013.pdf)

<http://rpp.pe/peru/amazonas/asesinan-de-dos-balazos-a-ex-gobernador-del-cenepa-noticia-952341>

<https://www.servindi.org/actualidad/14171> [Perú: Mineras se asientan en Cordillera del Cóndor]

ANEXOS

Listado de Tablas

N° de Tabla	Título	N° de página
1	Prevalencia de VIH en población indígena amazónica, Perú 2004-2008	22
2	Comparación de estudios divididos en tres categorías	32
3	Preguntas y objetivos de la investigación	58
4	Índice de desarrollo humano distrital 2003 (1847 distritos)	101
5	Niveles educativos a nivel distrital 2003 (1847 distritos)	101
6	Índice de desarrollo humano del estrato 4: distritos de 5mil a 20/30mil habitantes	101
7	Casos de VIH por provincia en Amazonas	137
8	Dimensiones de la epidemia (Total de infectados, del 2006 al 2014, según género, vivo o muerto)	137

Listado de Gráficos

N° de Gráfico	Título	N° de página
1	Pirámides poblacionales del Departamento de Amazonas	72
2	Casos de VIH/SIDA, según año de diagnóstico 1990-2015 (Amazonas)	136
3	Porcentaje de infectados que recibe TARGA	138

Listado de Diagramas

N° de Diagrama	Título	N° de página
1	Teorías de los pobladores sobre el ingreso del VIH a la zona	160