

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas: una aproximación
etnográfica hacia el caso de la comunidad nativa awajún Achoaga (Amazonas)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Antropología
presentado por:

Badillo Mallqui, David

Asesor(es):

Correa Aste, Norma Belen

Lima, 2023

Informe de Similitud

Yo, Correa Aste, Norma Belén, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas: una aproximación etnográfica hacia el caso de la comunidad nativa awajún Achoaga (Amazonas) del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Badillo Mallqui, David dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 07/12/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 12 de diciembre del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Correa Aste, Norma Belén</u>	
DNI: 40925547	Firma 
ORCID: 0000-0001-8222-7716	

A mis padres, los Ploc, achoaginos y a todos esos seres bellos que creyeron en mí



Resumen

La presente tesis tuvo por objetivo producir conocimiento sobre un vacío de la literatura antropológica que profundice, partir de una aproximación etnográfica, las experiencias, interpretaciones y significados de la vacunación contra Covid-19 desde la perspectiva de los miembros de una comunidad nativa de la región de Amazonas. Asimismo, buscó ayudar a contribuir en la comprensión por parte de las autoridades de salud responsables de la vacunación en contextos indígenas a repensar conceptos e imaginarios sobre el territorio y sus habitantes, y plantear alternativas de nuevas formas de relacionamiento alrededor del despliegue de programas y servicios de salud en la Amazonía. La finalidad fue explorar las experiencias y percepciones que los miembros de la comunidad nativa awajún Achoaga tienen sobre la implementación del programa de vacunación Covid-19 en contextos indígenas amazónicos. Los supuestos teóricos se sustentaron en una aproximación académica sobre la antropología de las políticas públicas y la corriente teórica de la antropología médica crítica. Fue una investigación de enfoque cualitativo. Se usó la etnografía como método de investigación antropológica junto a otras técnicas de recojo y análisis de información (entrevistas semiestructuradas, mapas corporales, conversaciones informales y el registro fotográfico) las cuales resultaron apropiadas para construir conocimiento desde la convivencia y la cotidianidad de los sujetos de investigación con la problemática central. Las conclusiones muestran que las experiencias y percepciones de los miembros de la comunidad sobre la vacunación COVID no solamente estuvieron marcadas por las interpretaciones y respuesta que tuvieron frente al COVID durante su proceso de salud/enfermedad/atención, así como por las percepciones sobre la composición de la vacuna, sino que se encuentra íntimamente conectada a las relaciones entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado. Por el contrario, el hogar y la familia se muestran como un espacio seguro dedicado a la salud.

Palabras clave: vacunación, covid-19, awajún, percepciones, experiencias

Índice de contenidos

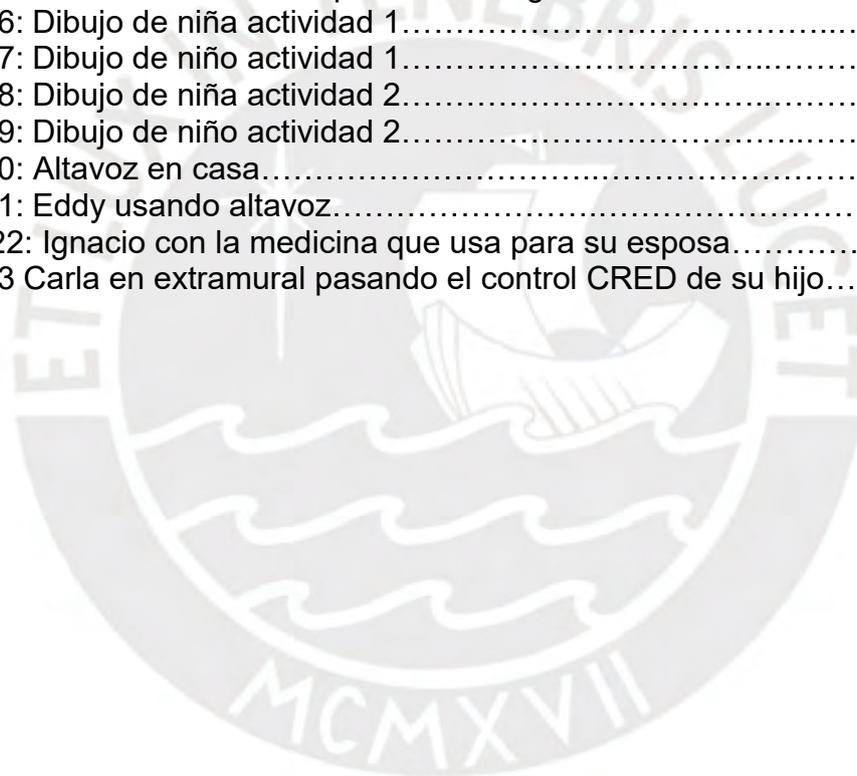
1.Introducción.....	1
1.1 Planteamiento y justificación del problema.....	3
1.2 Preguntas de investigación.....	11
1.3 Objetivos de investigación.....	12
1.4 Diseño metodológico.....	13
2. Estado del arte.....	22
2.1 La salud pública en los contextos indígenas amazónicos del Perú	22
2.1.1 Situación de la salud pública en la Amazonía	22
2.1.2 Abordaje de la salud pública desde los determinantes sociales.....	27
2.1.3 Políticas de salud indígena en la Amazonía.....	28
2.2 Estudios antropológicos sobre la salud/enfermedad en los awajún.....	34
2.3 Estudios sobre el Covid-19 en pueblos indígenas amazónicos	36
2.3.1 Antecedentes de epidemias y enfermedades.....	36
2.3.2 Impacto de la Pandemia.....	37
2.3.3 Respuesta de los pueblos indígenas.....	40
2.4 Estudios sobre la vacunación en contextos indígenas	42
2.4.1 Antecedentes históricos.....	42
2.4.2 Estudios sobre la vacunación COVID – 19 en contextos indígenas.....	44
3. Marco Teórico.....	46
3.1 Las políticas públicas como actividad sociocultural.....	46
3.2 La salud desde un lente antropológico.....	48
4. Experiencias y narrativas del sistema de salud público local durante pandemia.....	52
4.1 Breve contextualización al escenario de estudio.....	52
4.2 Configuración del sistema de salud pública local.....	62
4.3 Interacciones del sistema de salud público local con la comunidad en pandemia.....	65
4.4 Experiencias y percepciones del personal de salud sobre la implementación del programa de vacunación	74
4.5 La enunciación de imaginarios sobre el territorio y sus habitantes.....	83
4.6. Implementación de la vacunación COVID desde el sistema de salud público.....	85
4.7 Actores clave dentro del proceso de vacunación.....	90
5. Experiencias y narrativas del COVID y la vacuna en Achoaga.....	107
5.1 Memorias de enfermedades.....	107
5. 2 Experiencias e interpretaciones de la pandemia en Achoaga.....	117
5.3 Representaciones e imaginarios sobre el COVID en niños.....	133
5.4 Experiencias y percepciones sobre la vacunación COVID	136
5.5 Distribución de vacunación y razones detrás en Achoaga.....	141
6. Conclusiones	169
7. Reflexiones finales.....	179
Referencias bibliográficas.....	181
Anexos.....	188

Índice de gráficos

Gráfico 1: Cronología de planes de vacunación/acontecimientos importantes a nivel nacional / ámbito de estudio.....	4
Gráfico 2: Distribución temporal y espacial de los casos Covid-19 en Amazonas en el 2020.....	5
Gráfico 3: Distribución de contagio por covid-19 en población indígena por región durante el 2020.....	5
Gráfico 4: Situación de vacunación en el distrito de Nieva, provincia de Condorcanqui, región de Amazonas.....	7
Gráfico 5: Matriz Metodológica.....	14
Gráfico 6: Muestra de la investigación.....	17
Gráfico 7: Universo - Comunidad Nativa Achoaga.....	19
Gráfico 8: Muestra - Comunidad Nativa Achoaga.....	19
Gráfico 9: Situación de los casos confirmados de Covid-19 entre la población indígena al 5 de septiembre de 2020.....	38
Gráfico 10: Mapa de Condorcanqui/Nieva/Achoaga.....	54
Gráfico 11: Población total de la Comunidad Nativa Achoaga.....	56
Gráfico 12: Ubicación territorial de las instituciones de salud pública en Nieva.....	63
Gráfico 13: Organigrama de sistema de salud en el ámbito de estudio.....	65
Gráfico 14: Discursos de las instituciones de salud pública.....	67
Gráfico 15: Portadas del Plan de Vacunación.....	76
Gráfico 16: Línea de tiempo de vacunación por el sistema de salud público.....	86
Gráfico 17: Esquema de memorias, síntomas, origen y tratamiento de enfermedades antiguas.....	113
Gráfico 18: Transiciones temporales.....	115
Gráfico 19: Línea de tiempo COVID en Achoaga.....	117
Gráfico 20: Mapa Corporal de recuento de afecciones del cuerpo con COVID.....	122
Gráfico 21: Esquema de Plantas/Vegetales/Medicamentos.....	126
Gráfico 22: Línea de Tiempo COVID y vacunación en Achoaga.....	140
Gráfico 23: Distribución de vacunación COVID sobre universo poblacional de la comunidad nativa Achoaga.....	142
Gráfico 24: Distribución de vacunación COVID sobre muestra de la comunidad nativa Achoaga.....	144
Gráfico 25: Distribución de comuneros vacunados y no vacunados.....	145
Gráfico 26: Distribución de comuneros por edad y vacuna.....	146
Gráfico 27: Distribución de comuneros por edad y vacuna.....	147
Gráfico 28: Explicaciones detrás de la vacunación en adultos mayores.....	149
Gráfico 29: Razones de vacunación en adultos.....	158
Gráfico 30: Razones para no vacunarse en adultos/adultos mayores.....	163

Índice de imágenes

Imagen 1: Estado de carretera (1).....	55
Imagen 2: Estado de carretera (2).....	55
Imagen 3: Cierre de faena comunal.....	57
Imagen 4: Casa de madera y calamina	58
Imagen 5: Quebrada Kusu	59
Imagen 6: Primera actividad extramural	69
Imagen 7: Segunda actividad extramural.....	70
Imagen 8: Ambulancia abandonada en la entrada del hospital de Nieva	82
Imagen 9: Esamat Ampush con una botella con Ayahuasca.....	109
Imagen 10: Entrevista a Lorenzo Pia Pia en su casa.....	111
Imagen 11: Afiche en Hospital (1).....	124
Imagen 12: Afiche en Hospital (2).....	124
Imagen 13: Afiche en Hospital (3).....	124
Imagen 14: Botella con medicina de Rosalina.....	131
Imagen 15: Institución educativa primaria multigrado de la comunidad.....	134
Imagen 16: Dibujo de niña actividad 1.....	135
Imagen 17: Dibujo de niño actividad 1.....	135
Imagen 18: Dibujo de niña actividad 2.....	136
Imagen 19: Dibujo de niño actividad 2.....	136
Imagen 20: Altavoz en casa.....	137
Imagen 21: Eddy usando altavoz.....	137
Imagen: 22: Ignacio con la medicina que usa para su esposa.....	153
Imagen 23 Carla en extramural pasando el control CRED de su hijo.....	159



1. Introducción

La presente tesis tiene la finalidad explorar las experiencias y percepciones que los miembros de la comunidad nativa awajún Achoaga, ubicada en la región de Amazonas, tienen sobre la implementación del programa de vacunación Covid-19 en contextos indígenas amazónicos. Para ello, se han explorado tres dimensiones del problema planteado. Por un lado, el proceso de implementación de la estrategia de vacunación a cargo del sistema de salud pública local, por otro, las percepciones y valoraciones de los miembros de la comunidad nativa sobre el procedimiento, y finalmente, las respuestas de estos mismos a través de sus experiencias frente al desarrollo del programa.

La presente tesis es de enfoque cualitativo. Se usó la etnografía como método de investigación antropológica junto a otras técnicas de recojo y análisis de información (entrevistas semiestructuradas, mapas corporales, conversaciones informales y el registro fotográfico) las cuales resultaron apropiadas para construir conocimiento desde la convivencia y la cotidianidad de los sujetos de investigación con la problemática central. El trabajo de campo se realizó en la Comunidad Nativa Achoaga, dentro del distrito de Nieva, provincia de Condorcanqui, región de Amazonas. Tuvo una duración de 8 semanas, las cuales se dividieron en dos partes iguales para trabajar tanto con el personal de salud en el distrito de Nieva, como con los usuarios indígenas de la comunidad.

La tesis busca aportar conocimiento sobre un vacío de la literatura antropológica que profundice, partir de una aproximación etnográfica, las experiencias, interpretaciones y significados de la vacunación contra Covid-10 desde la perspectiva de los miembros provenientes de una comunidad nativa awajún de la región de Amazonas. Así mismo, busca ayudar a contribuir en la comprensión por parte de las autoridades de salud responsables de la vacunación en contextos indígenas a repensar conceptos e imaginarios sobre el territorio y sus habitantes, y plantear alternativas de nuevas formas de relacionamiento alrededor del despliegue de programas y servicios de salud.

Para abordar todo ello, los componentes de la presente tesis se organizan en seis partes. En primer lugar, se encuentra el problema de investigación. Este brinda una contextualización más cercana a las situaciones de las cuales se

desencadena el tema de en cuestión. Comprende el planteamiento del tema de investigación y presenta las preguntas y objetivos del proyecto. En segundo lugar, se encuentra el estado del arte. Este contiene una revisión y discusión bibliográfica acerca de la literatura que ha comprendido los campos relacionados con el tema de investigación. En tercer lugar, se presenta el marco teórico, los conceptos y teorías con los cuales se interpretará los resultados de investigación. En cuarto lugar y quinto lugar se encuentran los capítulos que recogen y analizan la información etnográfica de la experiencia de campo. Finalmente, en sexto punto se brindan las conclusiones.



1.1 Planteamiento y justificación del problema

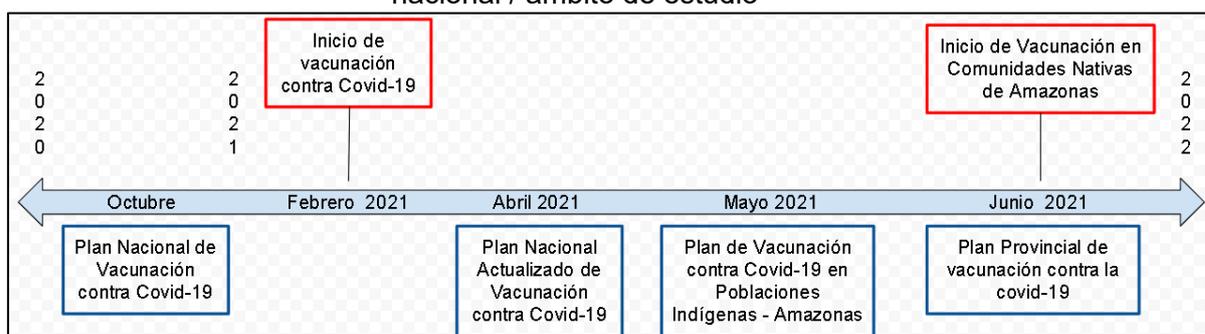
Antecedentes

La tesis se enmarca en el escenario del 'Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra Covid-19' en una comunidad awajún de la región de Amazonas dos años después del inicio de la emergencia sanitaria. Este plan constituyó la principal respuesta del sector central de salud del Estado para establecer una estrategia de vacunación contra Covid-19, haciendo mención dentro de ella, a los pueblos originarios de la Amazonía.

Partiendo del inicio de la emergencia sanitaria en el país, su tardía elaboración se daría aún dentro de un contexto alarmante de contagio por Covid-19 en el ámbito de estudio mencionado. El documento, sin embargo, daría pie a la redacción de otros más específicos a escala regional, esta vez, contextualizados por las autoridades de salud a nivel local. Tal es el caso de Amazonas, el cual a través de la Dirección Regional de Salud y la Red de Salud de Condorcanqui pondría en ejecución el 'Plan de Vacunación contra Covid-19 en Poblaciones Indígenas'. Una estrategia de menor amplitud y teóricamente adecuada al escenario particular de los pueblos originarios de la zona. Dentro de los puntos más rescatables resalta el mantenimiento de un enfoque territorial que prioriza las provincias y distritos más afectados para posteriormente ejecutarse de acuerdo a la disponibilidad y redistribución de la vacuna. Así mismo, especifica condiciones técnicas (ej. temperatura recomendada, disponibilidad con el requerimiento de equipos de refrigeración, etc.). En esa misma línea, además de la coordinación intersectorial e intergubernamental, la estrategia de vacunación contempla actividades de sensibilización con la participación de autoridades indígenas, representantes locales, a través de diálogos interculturales, con facilitadores capacitados de las redes de salud correspondientes. Sobre los métodos de aproximación se detalla que se pondrá en acción la vacunación institucional, el puesto fijo, las brigadas móviles y la vacunación por hogar. Después de algunos detalles operativos sobre los lugares clave para instalación de las brigadas de vacunación y sobre la composición de esta, se menciona sin muchos detalles la existencia de un Plan Comunicacional en Salud en el marco de la vacunación contra COVID 19 haciendo énfasis en el diálogo intercultural.

La tesis parte de los inesperados resultados de esta operatividad, enfocada al caso de la comunidad nativa awajún 'Achoaga' ubicada en el distrito de Nieva, provincia de Condorcanqui, región Amazonas. Para mayor entendimiento es importante describir brevemente algunos aspectos generales.

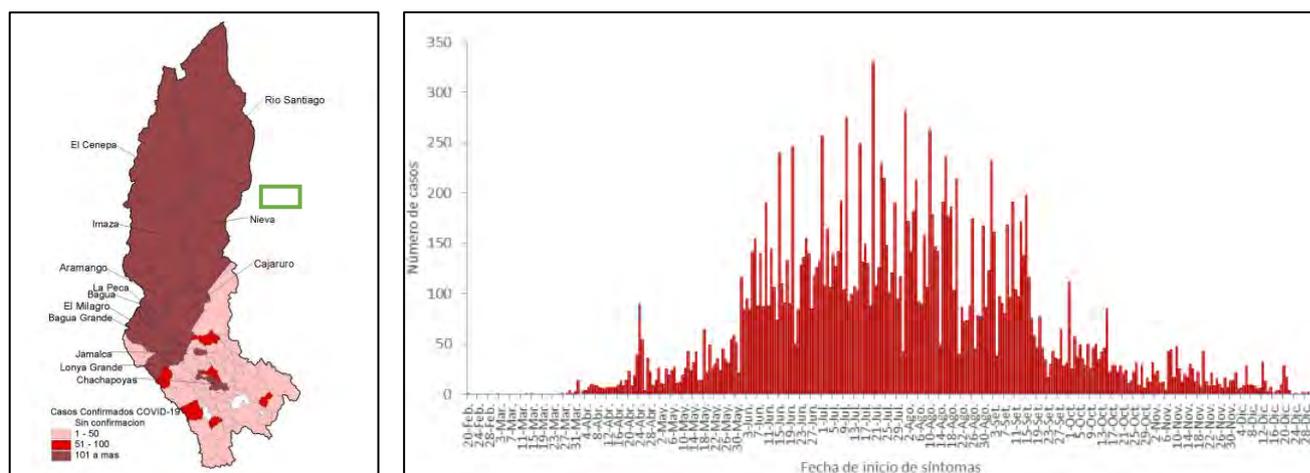
Gráfico 1: Cronología de planes de vacunación/acontecimientos importantes a nivel nacional / ámbito de estudio



Fuente: elaboración propia

Un punto de partida es el pronunciamiento oficial que reconocía la presencia del virus pandémico en el territorio nacional, que, junto a una entonces situación social, económica y política sin precedentes, puso en un estado crítico la salud de las personas. Pese a las medidas de restricción que el gobierno adoptó, con el pasar del tiempo, la enfermedad se expandió rápidamente y junto a una improvisada preparación de las autoridades, terminó alcanzando diferentes dimensiones, intensidades, lugares, tiempos y personas. En el caso de Amazonas, según el portal web del Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (2023b) mostró que durante el 2020 el mayor incremento de contagios se dio entre los meses de junio y septiembre con casi 350 casos diarios, dando un total anual de cerca de 18,546 casos confirmados por Covid-19; ese escenario epidemiológico la ubicó en tercer lugar de las regiones amazónicas con más índice de positividad con un 21.9%. Así mismo, la información territorial de ese año coloca a Nieva dentro de los distritos más afectados el área de incidencia del proyecto de investigación (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución temporal y espacial de los casos Covid-19 en Amazonas en el 2020



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2023b

No es novedad, sin embargo, decir que los grupos humanos que sufrieron de peor manera las consecuencias de esta pandemia fueron las personas con vulnerabilidad. Dentro de este conjunto, se encuentran los pueblos indígenas de la Amazonía, no solamente por la vulnerabilidad inmunológica, sino por las mismas brechas estructurales, así como las diversas problemáticas ambientales que caracterizan sus territorios. El impacto se ha visto traducido en las cifras oficiales del MINSA, al colocar la región de Amazonas en segundo lugar de con mayor contagio de Covid-19 en población indígena durante el 2020 (gráfico 3)

Gráfico 3: Distribución de contagio por covid-19 en población indígena por región durante el 2020

Departamento residencia	Andino		Indígena Amazónico		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	4921	100	19506	100	24427	100
LORETO	0	0	6475	33.2	6475	26.5
AMAZONAS	0	0	6441	33	6441	26.4
AYACUCHO	3270	66.4	0	0	3270	13.4
UCAYALI	48	1	2412	12.4	2460	10.1
SAN MARTIN	1	0	1613	8.3	1614	6.6

Fuente: Sala de población indígena con COVID-19 -MINSA

Algunos esfuerzos por parte del sector salud del gobierno central para atender esta susceptibilidad estuvieron alrededor de la puesta en escena de un 'Plan de Intervención para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del Covid-19'¹, el cual buscó fortalecer medidas de prevención y mejorar la capacidad resolutive de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPRESS). Sin embargo, los resultados de este han sido ambiguos y aún no se encuentran pruebas abiertas sobre su desenlace. Por el contrario, diversos informes periodísticos, investigaciones académicas, reportes de instituciones públicas, y pronunciamientos de organizaciones indígenas han evidenciado desde variadas perspectivas el impacto y la respuesta multidimensional que tuvieron los pueblos originarios amazónicos en el Perú sobre su salud frente a la amenaza del Covid-19.

En febrero del 2021, con la llegada del primer lote de vacunas, el gobierno pondría en iniciación la inmunización contra el Covid-19 junto a un esquema que ordenaba grupos de personas en distintas prioridades. Aquel estuvo basado en un primer plan de vacunación que se elaboró en octubre del 2020², y no sería hasta abril del 2021 que sería actualizado³. Las cifras oficiales del Ministerio de Salud evidenciaban, hasta ese entonces, una situación sanitaria crítica a nivel nacional, pues durante los meses mencionados se alcanzaría la segunda ola de contagios. Con ese panorama, arranca dicho programa a cargo de un sistema sanitario improvisado y con insuficientes recursos humanos, logísticos y financieros. Los pueblos indígenas, por su lado, fueron incluidos en el segundo orden de prioridad del esquema al ser consideradas personas de alto riesgo. Sin embargo, debido a los factores mencionados, las jornadas de vacunación en la Amazonía se prolongarían varios meses después hasta mediados del año. Contando con ello, las primeras estadísticas del progreso de la vacunación en núcleos amazónicos específicos no tendrían el resultado esperado. Este es el caso de la región de Amazonas que se encuentra entre las últimas regiones del

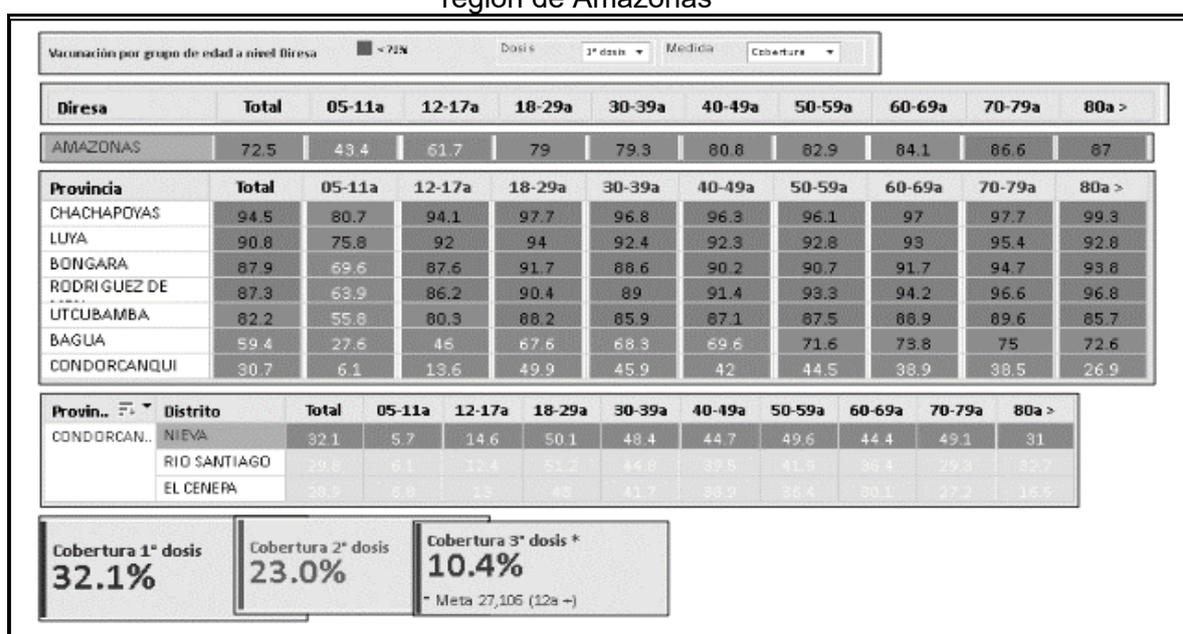
¹ Este plan fue la principal respuesta del Estado para lidiar con las consecuencias de la pandemia en contextos indígenas. Para más información sobre él, visitar el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/588245-plan-de-intervencion-para-comunidades-indigenas-y-centros-poblados-rurales-de-la-amazonia-frente-a-la-emergencia-del-covid-19>

² Denominado 'Plan Nacional de Vacunación contra Covid-19'

³ Se refiere al 'Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra Covid-19'

país en el avance de la vacunación⁴; respecto al ámbito de estudio ubicado en la provincia de Condorcanqui y el distrito de Nieva, se presenta una cobertura del 31% de la primera dosis, un 23% de la segunda dosis y un 10.4% de la tercera dosis (gráfico 4).

Gráfico 4: Situación de vacunación en el distrito de Nieva, provincia de Condorcanqui, región de Amazonas



Fuente: Repositorio Único Nacional de Información de Salud [Conjunto de datos]. Por Ministerio de Salud, 2022c.

La situación evidenciaba un escenario de incertidumbre epidemiológica caracterizada por el retraso de las regiones amazónicas en el proceso de vacunación nacional. Detrás de los números, sin embargo, los reportes oficiales de instituciones públicas, informes de distintos medios de comunicación y pronunciamientos de entidades indígenas, mostraban otra faceta de la problemática descrita, al evidenciar un rechazo a la vacuna por una gran parte de los pueblos indígenas amazónicos. No obstante, esta resistencia no era ajena a este escenario, pues antes de que la vacuna llegue al país, se habían empezado a gestar estas posiciones por diversos factores, entre los más resaltantes la excesiva y contradictoria información sobre los orígenes, propósitos, efectos y secuelas de la vacuna. El caso de estudio no fue la excepción. Durante mi trabajo de campo, distintos informantes clave han contado

⁴ Escrito el 10 de junio de 2022.

cuáles han sido las peculiaridades de estas mismas. Sin embargo, como tratará de demostrar este estudio, el rechazo a la vacuna no solamente estaría relacionado con lo que desde el aparato de salud pública denominan como 'idiosincrasia' de los usuarios indígenas, sino también con el campo de las interpretaciones y experiencias indígenas que se construyen en su relacionamiento con las instituciones de salud pública locales, enmarcadas en un contexto pandémico.

Dicho este preámbulo, este proyecto de investigación de metodología cualitativa es una aproximación etnográfica hacia las percepciones y experiencias que asumen los adultos indígenas de la comunidad nativa awajún Achoaga sobre el proceso de vacunación contra el Covid-19 en contextos amazónicos.

Problema de investigación

El avance de la vacunación ha presentado idas y vueltas. A pesar de que al día de hoy no es novedad no contar con al menos una vacuna, casi todos fuimos testigos de las diferentes etapas por las que transitó su presencia. Desde un ansioso deseo de su existencia, por una desesperada necesidad de obtenerla, hasta una incertidumbre e incluso arrepentimiento de colocársela, la vacuna fue sujeto de cambios e interpretaciones. Parte de estas transiciones estuvieron relacionadas con la aparición circunstancial de conjuntos de conocimiento provenientes de diferentes fuentes de información que terminó generando argumentos, contraargumentos, contradicciones y confusiones en la determinación de las personas para o para no vacunarse. Se tratan de argumentos que tienen explicaciones religiosas, argumentos que tienen (des)convicciones científicas, argumentos sustentados en fake news, argumentos con lógicas culturales, pero al mismo tiempo actitudes individuales o colectivas de acercamiento o alejamiento, respaldo o desacreditación, seguridad o miedo.

De acuerdo al portal oficial del gobierno, la importancia de aplicarse las dosis correspondientes no solo radica en el hecho de que la protección que brinda la vacuna disminuye con el paso del tiempo, sino que además estamos expuestos a la aparición espontánea de variantes transmisibles y el incremento de contagios masivos también denominados 'nuevas olas' que pueden superar

nuestro sistema de defensas contra el virus. Las primeras reacciones del sistema frente a la situación acotada trazaron una conexión directa de la incertidumbre con las tendencias de abandono y disminución de la tasa de vacunación, denominando al conglomerado de personas insertas en estas cifras como 'anti-vacunas' (Escobar, 2021). Efectivamente, como hemos señalado, las estadísticas reflejan una tendencia negativa en relación al número de dosis que las personas deciden aceptar, así como el lento progreso del esquema de inmunización especialmente en regiones amazónicas. Sin embargo, este no es el único aspecto a considerar cuando hablamos del avance de la vacunación contra el Covid-19.

La problemática sobre la vacunación contra el Covid 19 en contextos indígenas amazónicos del Perú trae consigo una variedad de puntos de análisis. Parte del impacto que ha tenido la pandemia en comunidades nativas, pero supone un proceso complejo que combina aspectos políticos, económicos y culturales, y que gira en torno al concepto de la salud. La presente investigación propone comprender la disposición de la vacuna como una decisión preventiva epidemiológica por el que las autoridades gubernamentales optan, y que se sustenta en un sistema de conocimiento médico hegemónico. Uno que no es nuevo operando, pero que se transforma a las circunstancias de la pandemia. Por ende, los resultados de la estrategia de vacunación adoptada por el sistema de salud público en contextos indígenas amazónicos evidencian una mirada/posición específica sobre la noción de salud, pero también en cuanto al territorio y sus habitantes. En ese sentido, la percepciones y experiencias de los usuarios indígenas respecto al proceso de vacunación igualmente se encuentran marcadas por estas mismas.

Las palabras que se han escrito y exclamado desde distintos sectores sobre el rechazo de la vacuna COVID en comunidades indígenas de la Amazonía han dejado en evidencia una mirada simplificadora de la problemática. El lema 'es su cultura y sus costumbres' o 'ellos solamente creen en sus plantas', escuchas en campo por representantes del sector salud, han sido explicaciones, no únicas pero recurrentes que han apuntado hacia una dimensión 'cultural' superficial. Esta ha dejado de lado otros factores que han intervenido en la orientación, ejecución y resultados de la vacunación a cargo del sector salud en

territorio indígena. Las declaraciones, sin embargo, no son nuevas y forman parte de una variedad de representaciones que se tienen sobre la realidad de la salud pública en poblaciones indígenas de la Amazonía. Esta misma tendencia también se ha reflejado en diversos estudios de nuestra disciplina, y parecen haberse centrado “en aspectos terapéuticos de los padecimientos desatendiendo sus implicancias sociopolíticas y cosmológicas” (Kelly 2004, citado en Portocarrero et.al 2022). Este punto termina siendo importante para la presente investigación debido a que trata de comprender que para estudiar la relación entre las personas y la salud necesitamos sumergirnos en el mundo social en el que se encuentran, tanto los usuarios indígenas como los representantes del sector, pues serán estas mismas relaciones las que terminan legitimando formas de conocimientos e interacciones específicas entre distintos regímenes. Se trata de un trabajo etnográfico que profundiza sobre las relaciones que se gestan entre diferentes sectores y en distintas intensidades durante la puesta en escena de un proceso de inmunización en un escenario particular, y nos obliga a entender al análisis del sistema de salud público del contexto como parte de una etnografía del Estado y de las políticas de salud indígena, a partir de sus prácticas y discursos concretos en escenarios locales.

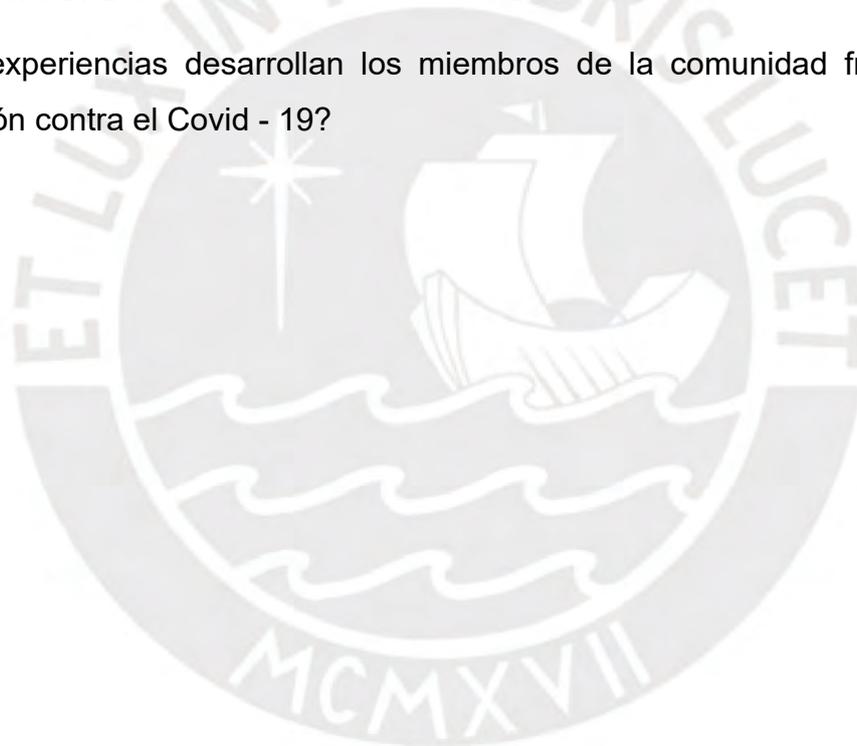
1.2 Preguntas de investigación

Pregunta principal:

¿Cuáles son las experiencias y percepciones que los miembros de la comunidad nativa awajún Achoaga tienen sobre el proceso de vacunación Covid-19 en contextos indígenas amazónicos?

Preguntas específicas:

- ¿Cómo se implementa la estrategia de vacunación Covid-19 en la comunidad nativa awajún Achoaga?
- ¿De qué manera los miembros de la comunidad perciben y valoran la vacunación Covid-19?
- ¿Qué experiencias desarrollan los miembros de la comunidad frente a la vacunación contra el Covid - 19?



1.3 Objetivos de investigación

La presente tesis tiene el objetivo general de analizar cómo los miembros de la comunidad nativa awajún Achoaga perciben, valoran y responden a la vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas amazónicos. Los objetivos específicos consisten en 1) conocer el proceso de implementación de la estrategia de vacunación a cargo del sistema de salud pública local; 2) comprender la manera en que los miembros de la comunidad perciben y valoran la vacunación contra el Covid-19; y 3) explorar las respuestas de estos mismos a través de sus experiencias frente a la vacunación contra el COVID.

Para responder a este fin, he delimitado tres campos específicos que ordenan los aspectos del problema central a tratar. Por un lado, el asunto que engloba los marcos normativos y la experiencia de los ejecutores del programa de vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas amazónicos. Con esto me refiero a las lógicas con la que las autoridades públicas de salud formulan el diseño de la vacunación en el ámbito de estudio; y la actividad de las autoridades públicas de salud correspondientes en el proceso de vacunación en la zona de estudio. Por otro lado, se encuentra el contenido subjetivo de los sujetos de investigación acerca de la vacunación como un proceso a escala. Es decir, las percepciones y valoraciones que los adultos indígenas tienen, no solamente sobre la vacuna, sino sobre el conjunto de nociones, intervenciones y actores que participan en el proceso. Finalmente, se ubican experiencias que desarrollan los los adultos indígenas del lugar de estudio frente a la vacunación contra el Covid - 19.

1.4 Diseño metodológico

La presente tesis es de enfoque cualitativo porque se enfoca en comprender la experiencia y los significados de un programa público de vacunación desde la perspectiva y el contexto de los usuarios indígenas. En ese sentido, se usó la etnografía como método de investigación antropológica en la medida que la observación participante, junto a otras técnicas de recojo y análisis de información, resultaron apropiadas para construir conocimiento desde la convivencia y la cotidianidad de los sujetos de investigación con la problemática central, así como a los tres ejes temáticos expuestos anteriormente.

A continuación, se profundizará en cada uno para con la ayuda de una herramienta visual (gráfico 5).

El primer eje supone conocer la implementación de la vacunación en el ámbito de estudio. Esta misma, sin embargo, se gesta en relación a una continuidad específica de pandemia, por esa misma razón, es importante comenzar por explorar cuáles han sido las repercusiones de ese escenario para el aparato público de salud. Posterior a ello se ha de profundizar en la actividad de las autoridades y representantes del sector público de salud correspondientes en el proceso de vacunación en el ámbito de estudio. Esto implica indagar sobre el perfil, trayectoria, experiencia, roles de los diferentes actores primarios (personal de salud) y secundarios (aliados estratégicos del sector) que participan en las jornadas de vacunación. En términos específicos, dar cuenta de sus antecedentes, transformaciones en su jornada cotidiana, actividad diaria de vacunación, condiciones laborales, protocolos asumidos en la interacción con los pueblos indígenas, representaciones acerca de la aceptabilidad de la vacuna, dificultades y aprendizajes.

En segunda instancia, es necesario indagar sobre las perspectivas/posiciones que operan tanto en las normativas como en la estrategia de las instituciones públicas de salud en el despliegue de la vacunación sobre los usuarios indígenas de la comunidad. Para ello, mis fuentes se dividen en dos partes. Por un lado, a partir de la información que muestran las plataformas digitales (páginas web, documentos técnicos, base de datos, notas de prensa, redes sociales, etc.) y archivo de las autoridades

correspondientes; por otro, en las mismas experiencias/percepciones del personal de salud y otros actores secundarios del proceso.

Gráfico 5: Matriz Metodológica

Ejes	Descripción	Fuentes	Técnicas
Implementación de la vacunación en el ámbito de estudio	Repercusiones de la pandemia en las instituciones de salud pública. Actividad de los ejecutores sobre la implementación de la vacunación en el ámbito de estudio Indagación del perfil, trayectoria, experiencia, roles de actores primarios/ secundarios, antecedentes, transformaciones en su jornada cotidiana, condiciones laborales, protocolos, representaciones acerca de la aceptabilidad de la vacuna, dificultades y aprendizajes Perspectivas/posiciones que operan tanto en las normativas como en la estrategia de las instituciones públicas de salud en el despliegue de la vacunación sobre los usuarios indígenas de la comunidad.	Plataformas digitales (páginas web, documentos técnicos, base de datos, notas de prensa, redes sociales, etc.) y archivo de las autoridades correspondientes Representantes del sector salud (funcionarios, profesionales de la salud)	Búsqueda de archivo Observación participante, las entrevistas semiestructuradas, las conversaciones informales y el registro fotográfico.
Percepciones/valoraciones que tienen los adultos indígenas de la comunidad sobre la vacunación contra Covid-19	Interpretación sobre la enfermedad, el conocimiento básico sobre la vacuna (qué es, para qué sirve, cómo actúa, etc.), su aproximación hacia las actividades de vacunación, la confianza en los diferentes actores que conforman el proceso, el tipo de relación con los servicios de salud pública a nivel local y otros afines, etc. Identificación del origen de las fuentes de interpretación, sobre qué o quiénes se habla, qué se dice sobre eso que se habla, cómo se dice, cómo ha cambiado en el tiempo y cómo determina en vacunarse.	Comuneros de la comunidad nativa awajún Achoaga	Observación participante, las entrevistas semiestructuradas, las conversaciones informales y el registro fotográfico.
Experiencias que asumen los adultos indígenas de la comunidad frente a la vacunación contra el Covid -19	Descripción de la organización previa por parte de la comunidad para recibir las, pero también a actividades circunstanciales, colectivas o individuales, que se realizan durante o después de las jornadas para discutir algún punto de estas. Análisis del optar o no por vacunarse: quienes lo hacen y quiénes no, hasta qué número de dosis y las razones detrás (del momento). Interpretación de la disposición de los adultos indígenas a vacunarse. Cuál es el nivel de convicción para asistir a vacunarse en el momento mismo de la operación. Exploración las prácticas de prevención o tratamiento antes y después de la vacuna, es decir, si se busca complementar con otros modelos de medicina y cómo se hace.	Comuneros de la comunidad nativa awajún Achoaga	Observación participante, las entrevistas semiestructuradas, las conversaciones informales y el registro fotográfico

Fuente: elaboración propia

Las técnicas de investigación que usaré serán la observación participante, las entrevistas semiestructuradas, las conversaciones informales y el registro fotográfico. La mezcla de esas tres me permitirá construir en distintos niveles de profundidad la información necesaria. Por un lado, la primera me permite *estar en* el problema de investigación desde la experiencia del sector de salud y sus aliados estratégicos, pero al mismo tiempo, seguir la actividad de los primeros en sus jornadas. La segunda me concede obtener información sobre los puntos mencionados de manera ordenada y 'sistemática', mientras que la tercera hace lo mismo, pero de forma flexible. Finalmente, el registro fotográfico es un complemento visual en la construcción de información.

El segundo y tercer eje se centran sobre las percepciones y experiencias de los adultos indígenas de la comunidad sobre el proceso de vacunación covid-

19. Sin embargo, en ambos casos se parte de la continuidad que ha dejado la pandemia en sus contextos, es decir sobre sus dimensiones cotidianas y particularmente sobre su salud.

Consecutivo a ello, el segundo eje específicamente trata las percepciones/valoraciones (entendiendo percibir por: qué se entiende por; y valorar por: es bueno o malo) que tienen los adultos indígenas de la comunidad sobre la vacunación contra Covid-19. Esto significa, aproximarse a los marcos de interpretación sobre la enfermedad, el conocimiento básico sobre la vacuna (qué es, para qué sirve, cómo actúa, etc.), su aproximación hacia las actividades de vacunación, la confianza en los diferentes actores que conforman el proceso, el tipo de relación con los servicios de salud pública a nivel local y otros afines, etc. Así mismo se busca identificar el origen de las fuentes de interpretación, sobre qué o quiénes se habla, qué se dice sobre eso que se habla, cómo se dice, cómo ha cambiado en el tiempo y cómo termina determinando a los adultos indígenas amazónicas una posición sobre la vacunación contra COVID. Las técnicas de investigación que usaré serán la observación participante, las entrevistas semiestructuradas (ver Anexos), las conversaciones informales y el registro fotográfico. La primera me permitirá acercarme al contexto y las circunstancias desde donde nacen las percepciones y valoraciones de los adultos indígenas de la Comunidad de Achoaga sobre el despliegue de la vacunación. La segunda me dará la facultad de obtener información sobre los puntos mencionados de manera ordenada y 'sistemática', mientras que la tercera hace lo mismo, pero de forma flexible. Una vez más el recurso fotográfico me servirá de manera complementaria para darle contexto a las afirmaciones.

El tercer eje muestra aproximaciones a las experiencias que asumen los adultos indígenas de la comunidad frente a la vacunación contra el COVID. En términos pragmáticos supone dar cuenta del acercamiento de los usuarios hacia al proceso entero de inmunización. En primer lugar, la organización previa por parte de la comunidad para recibirlas, pero también a actividades circunstanciales, colectivas o individuales, que se realizan durante o después de las jornadas para discutir algún punto de estas. En segundo lugar, si los adultos indígenas optan o no por vacunarse. Este punto es engañoso porque necesita de una diferenciación entre quiénes lo hacen y quiénes no, así como hasta qué

número de dosis y las razones detrás (del momento). En tercer lugar, implica interpretar la disposición de los adultos indígenas a vacunarse. Es decir, cuál es el nivel de convicción para asistir a vacunarse en el momento mismo de la operación. Finalmente explorar las prácticas de prevención o tratamiento antes y después de la vacuna, es decir, si se busca complementar con otros modelos de medicina y cómo se hace. Las técnicas de investigación que usaré serán las mismas del campo anterior, sin embargo, apuntarán a diferentes direcciones de los campos. Con la observación participante me ocuparé de identificar y acompañar la actividad de las diferentes los adultos indígenas antes, durante y después del despliegue de la vacunación en el lugar de estudio. Las entrevistas semiestructuradas serán circunstanciales y estarán enfocadas a cubrir, junto a las conversaciones informales, los cuatro puntos mencionados. Las fotografías tendrán una función complementaria a las actividades que puedan surgir por parte de la comunidad en relación al despliegue de la vacunación.

La muestra de investigación

La muestra seleccionada está dividida en tres grupos (gráfico 6). El primero, lo constituyen los sujetos principales de investigación siendo los propios miembros de la comunidad⁵. Estos representaron un conjunto de 22 hombres y mujeres indígenas con edad, desde los dieciocho años, registrados en el padrón de comunal.

Su elección se construyó en dos etapas de la investigación. Una durante la etapa de gabinete, donde se realizó un análisis sobre la información demográfica y epidemiológica brindada por plataformas del Estado. Como resultado, se hizo una preselección sobre el número de informantes y los rangos de edad. La primera se sustentó en un censo antiguo de la comunidad realizado por Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Cultura;

⁵ En un inicio, la muestra estuvo centrada exclusivamente en adultos, sin embargo, durante el trabajo de campo se abrió la posibilidad (y necesidad) de contar con la participación de adultos mayores y niños/as, motivo por el cual la muestra terminó reformulándose hacia este espectro de informantes. Sin embargo, debido a los alcances y límites de la investigación, como una ética profesional, el grupo de los menores de edad no fueron parte de los hallazgos principales y sólo otorgaron información complementaria

Gráfico 6: Muestra de la investigación

MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN						
Informantes	Perfil	Institución/Lugar	N°	Total	Técnicas	N°
Comuneros/as de Achoaga	Adultos indígenas	Comunidad Nativa Achoaga	13	22	Entrevista semiestructurada	22
	Adultos mayores indígenas	Comunidad Nativa Achoaga	9		Mapas Corporales	10
					Conversaciones informales Observación Participante	
Instituciones de salud pública	Personal administrativo y asistencial de salud	Red de Salud de Condorcanqui	3	8	Entrevista semiestructurada Búsqueda de Archivo	3
	Personal de salud	Hospital de Nieva	3		Entrevista semiestructurada	3
	Personal de salud	Centro de Salud Nieva	2		Entrevistas semiestructuradas Observación participante	2
Organizaciones de base indígenas	Líderes indígenas locales	Subprefectura Provincial de Condorcanqui/Asesor de organizaciones indígenas de base en Nieva	2	2	Entrevista semiestructurada	2
Institución política pública	Funcionaria pública	Municipalidad Provincial de Condorcanqui	1	1	Entrevista semiestructurada	1
Institución religiosa	Representante de la iglesia	Iglesia del Nazareno	1	1	Entrevista semiestructurada	1
Comunicaciones	Representante de prensa	Radio Kampagkis	1	1	Entrevista semiestructurada	1
	Niños/as indígenas*	Comunidad Nativa Achoaga	17	17	Dibujos	17

*Los niños/as indígenas no están contemplados como muestra de la investigación, sin embargo, han sido añadidos en la tabla de manera simbólica debido a la importancia que sumaron en la comprensión del tema de investigación, al terminar siendo parte de una de las actividades de recojo y análisis de información.

Fuente: elaboración propia

el segundo se argumentó a partir de la tasa de vacunación en grupos etarios del Repositorio Único Nacional de Información en Salud del Avance de la Vacunación por parte del Ministerio de Salud. Así mismo, se tomó en cuenta tres criterios de selección de la muestra:

- Ser comunero/a
- Residir en la comunidad
- Haber pasado pandemia y/o la etapa de vacunación COVID en la comunidad

La segunda etapa de ajuste de la muestra se elaboró durante el trabajo de campo. Con más entendimiento del contexto de estudio y de la problemática en cuestión, se realizó una reestructuración sobre los temas:

- Representatividad de la comunidad
- Información sobre el principal rechazo de vacunación en adultos mayores indígenas
- Necesidad de información sobre memorias de enfermedades en la comunidad

De esta manera de un universo (gráfico 7) de 166 personas, teniendo como población mayoritaria a los adultos (154) -posteriormente los menores de dieciocho año- y minoritaria a los adultos mayores (12), pero igual partes respecto al género (H:86 y M:80), se recurrió a precisar la muestra (gráfico 8).

En síntesis, la muestra final decidió contar con la participación de 22 personas, 14 hombres y 8 mujeres. Se buscó que no sólo cumplan los requerimientos (ser comunero, residir en la comunidad y haber pasado pandemia y/o la etapa de vacunación COVID en la comunidad), sino además que tengan representación de sus grupos etarios, y que cuenten con diferentes roles comunales. De esta manera se decidió recurrir a la participación de 13 adultos, 9 hombres y 4 mujeres; y 9 adultos mayores, 5 hombres y 4 mujeres, para complementar información sobre los antecedentes históricos enfocados en la salud de la comunidad, pero así mismo sobre sus mismas percepciones y experiencias sobre la vacunación.

Gráfico 7: Universo - Comunidad Nativa Achoaga*

	166 PERSONAS**	
	Adultos mayores ⁶ : 12	Adultos ⁷ : 154
	86 HOMBRES	
	Adultos mayores: 7	Adultos: 79
	80 MUJERES	
	Adultos mayores: 5	Adultos: 75
*Todas las personas, hombres y mujeres, con más de dieciocho años, registradas en el padrón comunal.		
**Contando el número de personas con menos de dieciocho años (137) -los cuales no fueron parte de los resultados de la presente investigación, la suma total sería de 303 personas. La población total de la comunidad se retomará más adelante en los capítulos de campo respectivos.		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 8: Muestra - Comunidad Nativa Achoaga

	22 PERSONAS	
	Adultos mayores: 9	Adultos: 13
	14 HOMBRES	
	Adultos mayores: 5	Adultos: 9
	8 MUJERES	
	Adultas mayores: 4	Adultas: 4

Fuente: elaboración propia

Sumado a ello, es preciso añadir que la proximidad definitiva hacia los informantes estuvo facilitada por un miembro y persona de confianza de la comunidad, A.A (56), quien no sólo me permitió el ingreso a espacios y personas que terminaron siendo parte de la muestra, sino que cumplió un rol fundamental en la traducción del awajún al español de algunas entrevistas. Sin embargo, hay que recalcar también estuvo condicionado a las relaciones entre sus habitantes al interior de la comunidad, como a factores de distancia y tiempos.

En ese sentido, la categoría 'miembros de la comunidad' hará referencia a este grupo de en específico de 22 personas. Para finalizar, durante el trabajo

⁶ Considerados como mayores de sesenta años.

⁷ Considerados dentro del margen de edad entre dieciocho y cincuenta y nueve años.

de campo, se realizaron actividades adicionales con menores de edad sobre las representaciones e imaginarios del COVID y la vacuna, para ello se contó con la participación de 17 niños awajún de la comunidad.

El segundo grupo lo constituyen las autoridades, representantes y profesionales de la salud del aparato público del sector salud directamente involucrados con la vacunación covid-19 en el ámbito de estudio. Esto ha supuesto mapear tres instituciones protagonistas del proceso. En ese sentido se decidió contar con la participación de 3 personas de la Red de Salud de Condorcanqui, 3 de la Hospital de Nieva, y 2 del Centro de Salud de Nieva.

El tercer grupo lo conforman los aliados estratégicos de la vacunación*. Esto es personas que pertenecen a sectores del Estado y de la sociedad civil que han estado involucrados secundariamente, pero de manera importante en el proceso de inmunización en el ámbito de estudio. Para ello se contó con una representante de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui, una representante indígena de la subprefectura provincial de Condorcanqui, un representante de la orden eclesiástica de la Iglesia del Nazareno, un representante indígena de un medio de comunicación local, y dos líderes indígenas con vínculos de una organización indígena de base. Estos informantes han sido fundamentales para la investigación para triangular la información y comprender la problemática desde distintos ángulos.

Consideraciones éticas

Sobre la protección de identidad y el uso de citas en la presente tesis. De acuerdo a los consentimientos, se ha optado por mostrar el nombre completo de los comuneros y comuneras de Achoaga en el desarrollo del texto, exclusivamente para fines académicos. El resto de informantes, los cuales en su mayoría ocupan cargos públicos en instituciones locales, se decidió solamente usar las iniciales de sus nombres y apellidos para no comprometerlos. Así mismo, cabe recalcar, que independientemente de un grupo u otro se hará referencia durante el desarrollo del texto a sus edades en paréntesis, y el lugar de procedencia hacia el final de la cita.

- Ejemplo comunero: Carlos (36) dijo: “me duele la barriga” (C. Rodríguez, comunero, comunicación personal, 2022)
- Ejemplo otro: M.U (35) dijo: “me duele la barriga” (M.U, Hospital, comunicación personal, 2022)

El plan de análisis.

1) La primera consistió en la revisión del conjunto de información y datos construidos en campo. El objetivo de esta fase fue asegurarse de su completitud (notas de campo, guía de entrevista, guía de observación, grabaciones, fotografías, mapa de actores, etc.), y comenzar a ordenarlos para subirlos a la nube. Para esto se pasaron a limpio los instrumentos realizados a mano (notas de campo y el mapa de actores) y se aseguró de que el resto de los diversos materiales tengan los datos necesarios (título, tema, fecha, hora, lugar, sujeto, etc.) para ser identificados y contextualizados.

2) La segunda etapa creó una base de carpetas en Google Drive donde fue subido el material correspondiente. Para esto se procedió a realizar un protocolo de nomenclatura y la transcripción de las entrevistas.

3) La tercera etapa trató sobre el procesamiento de la información (específicamente de las entrevistas semiestructuradas, las notas de campo y las guías de observación) a partir del programa de investigación y análisis de datos cualitativos ‘Atlas.ti’.

4) La cuarta etapa comenzó posteriormente al tratamiento de los datos y consistió en la redacción de los hallazgos. Para ello se utilizó como apoyo analítico las diferentes fotografías capturadas, las citas textuales seleccionadas y el mapa de actores con el objetivo de darle coherencia, consistencia, confianza y validez a la evidencia presentada.

2. Estado del arte

La presente sección busca definir el estado de la cuestión. En otras palabras, explicar cuál es la situación de las exploraciones académicas con el que se ha tratado el problema de investigación. Al tratarse de un proyecto antropológico que analiza las experiencias y percepciones de un programa público de vacunación enmarcado en un escenario de pandemia sobre los habitantes de una comunidad indígena de la Amazonía, necesita estar relacionado con las dimensiones de la política, salud y etnicidad.

2.1 La salud pública en los contextos indígenas amazónicos del Perú

Esta sección busca revisar y discutir la bibliografía existente sobre la salud pública en el contexto indígena amazónico. La primera subsección busca explorar cómo se ha abordado la relación entre el Estado y los pueblos indígenas a partir de su interacción en los servicios de salud. La segunda subsección aterriza en el enfoque de los determinantes sociales de la salud. La tercera subsección indaga sobre el abordaje antropológico de la política de salud indígena en la Amazonía.

2.1.1 Situación de la salud pública en la Amazonía

La vacunación en contextos indígenas amazónicos no es una actividad aislada. Forma parte de un programa a escala que el aparato de salud pública, mediante el despliegue de una estrategia, pone en ejercicio durante un contexto epidemiológico particular. Partir de esta consigna, presupone revisar las aproximaciones académicas sobre la implementación de programas en salud pública en escenarios indígenas amazónicos. Los estudios que se encontraron parten de distintas disciplinas que combinan las ciencias naturales con las sociales, sin embargo, tienen en común el componente cualitativo. Se tratan de estudios de caso sobre programas sanitarios, escenarios epidemiológicos, perfiles de usuarios y locaciones amazónicas específicas.

Por un lado, Díaz et.al (2015) evalúan el estado nutricional de menores de edad, indígenas y no indígenas, dentro del desarrollo del Programa de Atención Integral de salud (AIS) en comunidades nativas de dos provincias de la región de Amazonas. Bajo un estudio descriptivo de métodos mixtos, evidenció el

estado de malnutrición de los menores indígenas acompañados de un deficiente acceso a servicios básicos; ello estuvo relacionado a la implementación de las actividades del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y Control Prenatal (CP), las cuales presentaron limitaciones en cuanto a cobertura, calidad de atención y registro de información. (Díaz et.al, 2015; Flores et.al , 2004). Este último punto, ha sido importante para analizar la implementación de programas de salud pública amazónicos desde los procesos internos de construcción de información de la salud.

En esa línea, Palma & Reyes (2018), realizan un estudio de metodología mixta para explorar las barreras que se gestan esta elaboración de data de salud⁸ a partir de tres situaciones epidemiológicas en establecimientos de salud. En sus resultados se expone una serie de problemáticas relacionadas al recurso humano (capacitación insuficiente, escasez de personal, rotación constante, etc.), debilidades del sistema de salud (falta de presupuesto, fragmentación y competencia de los sistemas de información, falta de recursos, etc.) y barreras socioculturales; que en conjunto interfieren en el desarrollo de actividades/estrategias adoptadas por los servicios de salud en territorio amazónico. Estos trabajos resultan importantes para establecer conexiones entre el estado de salud de los usuarios y la oferta/calidad de los servicios de salud estatales que se implementan, evidenciando no solamente una serie de limitaciones para realizar una atención adecuada, sino un conjunto de brechas en el contexto de los usuarios indígenas, como en el del personal de salud.

Otro conjunto de estudios nace directamente de las ciencias sociales, específicamente de la antropología y sociología, al abordar el estudio de la implementación de programas de salud pública desde la etnografía. Al respecto, Silvera (2022) desarrolla una investigación cualitativa a través de un diseño etnográfico siguiendo un enfoque fenomenológico para explorar la vulnerabilidad nutricional de las gestantes Shawi al cambio climático. Dentro de su estudio enfatizó la importancia del soporte estatal de los servicios de salud en los mensajes nutricionales, sin embargo, al explorarlas a fondo evidenció que pasaban a segundo plano a comparación de la dictaminación de sus

⁸ Sistema de información en salud son herramientas para el monitoreo, evaluación y acceso a servicios de salud

familias/hogares. Parte de ello se sustentaba en el hecho de que la información brindada no se adaptaba a los alimentos locales, y solamente se centraba en los menores, excluyendo a las madres indígenas una atención integral. El énfasis de este estudio en la problemática en cuestión es secundario, sin embargo, permite explorar cuál es la importancia que tienen los programas de mensajes nutricionales en las prácticas de alimentación materna, poniendo en evidencia cómo influyen los límites de su desarrollo en el grado de acercamiento.

Desde una perspectiva similar, Bernal (2018) en su tesis de corte sociológico explora las medidas en las cuales los servicios de salud estatales adoptan un enfoque intercultural para responder a necesidades de salud reproductiva y materna en dos comunidades ashánincas del río ene. Parte de sus resultados muestran que el enfoque intercultural que aplican las postas de salud es básico, debido que no se reconoce la validez de otros tipos de conocimientos de salud. Esto influye en el nivel de confianza de los usuarios indígenas con los servicios, pues además de que la oferta sanitaria es insuficiente en cuanto a abastecimiento, equipamiento y recursos, los procedimientos médicos son aceptados parcialmente, y otros procesos de cuidado son tratados en otros espacios familiares (2018, pp).

Por último, Correa & Roopnaraine (2014) realizan un estudio etnográfico de corte cualitativo sobre el programa de transferencias condicionadas en distintas comunidades nativas de la Amazonía. Dentro de sus resultados, muestran que la situación de los servicios de salud que se desprenden del programa no permite construir sostenibilidad en los cambios del comportamiento en salud de las usuarias indígenas. La atención sanitaria es percibida como imposición, al mismo tiempo que marcada por barreras de carácter sociocultural como el idioma, el miedo a lo desconocido, la incomodidad y vergüenza de ser examinadas por extraños; por lo que termina pasando a un segundo plano, y solamente se emplea para adquirir medicinas e insumos básicos. Esta aproximación académica introduce un análisis cualitativo centrado en la implementación de un enfoque intercultural de los servicios de salud, profundizando las limitaciones de este, y la respuesta de los usuarios.

En otro plano teórico, se encuentran estudios antropológicos que realizan un análisis profundo sobre la implementación de servicios públicos de salud

relacionados al tamizaje de VIH en contextos indígenas amazónicos. Estos no solo exploran las brechas de las actividades sanitarias, sino que se insertan en el campo de las interpretaciones y significados de la enfermedad.

De esta manera, Humán et.al (2017) escribe sobre las barreras que limitan el cumplimiento de medidas de prevención de la transmisión materno infantil de VIH en comunidades indígenas de la región de Amazonas. Mediante una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico, identifica que la imposición de medidas sanitarias produce limitaciones en la comprensión de la enfermedad desde una perspectiva médica. De esta manera, los diagnósticos e indicaciones son dejados de lado afectando la credibilidad y confianza de las usuarias indígenas hacia los servicios de salud. A estas barreras, además, se suman las diferencias de idioma y lejanía de los establecimientos de salud; también el temor al juicio y condena moral de su comunidad.

En esa misma línea, Portocarrero (2015) realiza una revisión bibliográfica sobre la problemática de las gestantes indígenas con VIH en la Amazonía peruana. Dentro de su análisis, muestra que las estrategias sanitarias diseñadas por el sector a cargo no se adaptan a la vida, cultura y necesidades de la población indígena. Por ende, en la práctica las usuarias terminan enfrentando una serie de barreras económicas, culturales y lingüísticas para acceder a una adecuada atención del servicio, como la aceptación de métodos de prevención conocidos (Portocarrero, 2015; Palma & Reyes, 2018).

A esta evidencia se suma el estudio mixto de Palma & Reyes (2018) que explora las barreras identificadas por el personal de salud para el tamizaje de VIH en población indígena de la Amazonía peruana, llegando a la conclusión que no cuentan con una apropiada cobertura/calidad para/con los usuarios. En conjunto, estos autores coinciden que las estrategias con las que se resuelven actividades de salud pública, en este caso relacionado al cuidado y tratamiento del VIH, no presentan un planteamiento adecuado, porque terminan produciendo dificultades para construir procesos de entendimiento mutuo entre el personal de salud y los usuarios indígenas, pero al mismo tiempo, las atraviesan una serie de brechas y desigualdades que impiden el desarrollo de un servicio accesible y de calidad para ambas partes.

Adentrándonos al ámbito de estudio, se encuentra el último texto revisado a modo de diagnóstico situacional a escala con métodos mixtos. La evaluación interinstitucional, elaborada por Ramírez (2020), sobre las brechas sociales de la provincia de Condorcanqui (Amazonas), profundiza sobre la situación de los servicios de salud a partir de programas que se desenvuelven en contextos indígenas. Por un lado, explora las brechas que se encuentran dentro del mismo sistema de salud, resaltando entre las más importantes, el centralismo que impide una adecuada gestión, la ausencia de servicios básicos y el déficit en la infraestructura de los establecimientos, la escasa dotación de recursos humanos y las condiciones laborales precarias; por otro lado, recalca que esta carece de pertinencia cultural tanto en el caso de los establecimientos de salud como en el de la atención y, principalmente, en el mismo diseño de los programas sanitarios. En conjunto, ello dificulta una atención pública adecuada e integral, con origen en políticas que no permiten adaptar sus normativas a la realidad cultural y local. Frente a ello, otros estudios han reconocido dentro de su análisis, la importancia del trabajo organizativo [...] para llevar a instancias nacionales⁹/internacionales¹⁰ el reconocimiento como pueblos, con derechos colectivos específicos, y por ende la revisión de las políticas y servicios públicos sobre la base de la interculturalidad (MINSA 2020, pp. 17-18).

En síntesis, esta aproximación permite acercarnos al ámbito de estudio específico, evidenciando paralelos académicos sobre las limitaciones y brechas que se reproducen hacia adentro, como afuera de los programas en contextos indígenas que terminan afectando el acceso y calidad de la salud. Este estudio, sin embargo, pone énfasis sobre el concepto de 'determinantes sociales', el cual se vuelve indispensable para comprender parte de la problemática en la relación que tiene el Estado con los pueblos indígenas amazónicos, pues refleja una serie de desigualdades estructurales que terminan dándole forma a la experiencia de salud y enfermedad. Para especificar ello, se presenta una siguiente subsección

⁹ Parte del conjunto de acontecimientos descritos es el de la inclusión de los pueblos indígenas amazónicos de la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura en la actualización del Padrón General de Hogares (SISFOH) por su clasificación socioeconómica de 'pobre extremo'. Esto permitió el acceso de un considerable número de comunidades nativas a distintos programas sociales. Acorde a fuentes oficiales, marcaría un hito importante en la relación entre el Estado y los pueblos amazónicos debido a que significaría la presencia real del gobierno en su territorio a través de acciones concretas que por años no fueron atendidos (Ministerio de Cultura 2014a; Ministerio de Cultura 2014b).

¹⁰ Se refiere al Convenio 169 de la OIT, ratificado por el Perú en 1994

que revisa brevemente, cómo se ha abordado los determinantes sociales en relación a la situación de salud, y el despliegue de los servicios de salud pública en contextos indígenas amazónicos.

2.1.2 Abordaje de la salud pública desde los determinantes sociales

El primer conjunto de estudios revisados proviene de una serie de diagnósticos realizados por entidades públicas /privadas extranjeras especialistas en el sector, sobre la situación de salud en distintas regiones amazónicas que albergan población indígena. Estas resultan importantes para introducirnos al escenario desde puntos de vistas internos/externos mediante un análisis de la información oficial a mayor escala.

Desde las primeras observaciones del tema en cuestión, se distingue a las comunidades nativas de la Amazonía dentro de una problemática de mayores dimensiones en relación al estado de su salud. De esta manera, la Organización Panamericana de la Salud (1997) señala a la “selva, tradicionalmente de menor desarrollo económico y social, especialmente entre su población rural cuyos indicadores de salud como mortalidad infantil, mortalidad materna, morbilidad y acceso a los servicios de salud reflejan su histórica marginalidad” (pp. 6-7). Este, como trabajos posteriores de la época, coinciden en que esta situación se encuentra íntimamente relacionada a un conjunto de procesos históricos estructurales de violencia, racismo, colonización y extractivismo (OPS, 1997; MINSA, 2003), que terminan impactando sobre los territorios, recursos naturales, autodeterminación y estilos de vida (MINSA, 2003); y, por ende, influenciando en el alcance y calidad de derechos fundamentales, entre ellos a la salud. Parte de esa visión, ha sido evidenciada en diagnósticos más recientes. En estos, se describen que sus brechas en el acceso a bienes y servicios públicos no pueden ser comprendidas sin considerarse los procesos de dominación que los colocan en situación de vulnerabilidad social, económica y ambiental (MINSA, 2013).

Esta interpretación ha sido catalogada en un análisis más reciente como determinantes sociales en los servicios de salud, la cual parte por entender a esta “como producto de un orden social en el cual operan desigualdades estructurales en la distribución de poder y recursos que terminan configurando la salud, la enfermedad y la atención” (Yon & Planas 2021, pp.72). Estos

trabajos de diagnósticos a escala han sido importantes para reconocer que una transformación de la salud indígena amazónica puede comenzar por deconstruir conceptos y buscar la comprensión de nuevas nociones sobre la salud. Sin embargo, han puesto esfuerzos por comprender cómo se relaciona la situación de salud indígena en la Amazonía con un conjunto de desigualdades y brechas históricas que influyen en la construcción de una experiencia de la enfermedad y en la provisión de los servicios públicos de la salud.

Los trabajos que estudian la relación entre el Estado y los pueblos indígenas amazónicos a partir de su interacción con los servicios de salud apuntan en dos direcciones. Una que enfatiza, desde una lógica estatal, el despliegue de los servicios de salud en contextos amazónicos, específicamente en su desempeño por incluir la variable intercultural. Sin embargo, esta se complementa con el reconocimiento de factores más allá de estos que actúan como determinantes para comprender la situación de salud que atraviesan las comunidades nativas.

2.1.3 Políticas de salud indígena en la Amazonía

La salud pública ha ocupado un lugar central en las aproximaciones académicas que exploran la experiencia de los pueblos indígenas en relación con los Estados. La revisión bibliográfica de esta sección proviene de un conjunto de estudios de la antropología política de la salud, la cual hace énfasis analítico sobre el espacio social, cosmológico y político en el cual se inscriben las políticas de salud pública en contextos indígenas. Al mismo tiempo, “propone analizar las políticas, servicios y personal de salud gubernamentales de manera simétrica (Latour, 1991) a las nociones, actores y prácticas indígenas” (Portocarrero et.al 2022, pp. 38). Este abordaje permite ir más allá de un conjunto de estudios que trabajan sobre la evaluación de los servicios de salud pública desde la situación de salud de pacientes indígenas (Diaz et.al, 2015; Flores et.al, 2004; Silvera 2022), así como otra parte de trabajos académicos que dentro de sus análisis exploran las brechas/limitaciones que traen consigo el desarrollo de programas/servicios de salud pública tomando en cuenta la dimensión de los significados y experiencias de usuarios indígenas desde el marco de la interculturalidad (Palma & Reyes, 2018^a; Bernal, 2018; Correa, Roopnaraine & Margolies, 2018; Correa & Roopnaire, 2014; Huamán et.al, 2017; Portocarrero,

2015; Palma & Reyes, 2018b), y finalmente otros que han puesto especial atención a las desigualdades estructurales como condicionantes de la salud en contextos indígenas (Ramírez, 2020; Yon & Planas, 2021).

En conjunto, estos esfuerzos académicos han sido de vital importancia para adentrarse en la investigación de la salud pública, como una relación entre los pueblos indígenas y el Estado, desde aproximaciones de las ciencias sociales, enfoques cualitativos, e incluso métodos etnográficos. Desde ya, han demostrado que el estudio de la salud pública en la Amazonía no solamente está relacionado con la exploración de las brechas que caracterizan la implementación de servicios y programas de salud, así como las limitaciones que se desencadenan en los procesos internos/externos de atención médica, o las condiciones de vulnerabilidad multidimensional de los contextos indígenas que configuran -entre varios aspectos- la situación de salud y el acceso/calidad a una salud intercultural; sino también conectando con el campo de los conceptos y nociones de salud, enfermedad y cuerpo desde las interpretaciones y experiencias indígenas.

Esta revisión bibliográfica propone acercarse al estudio de las políticas de salud pública indígena partiendo de las aproximaciones, evidencias y aprendizajes de los abordajes académicos revisados, pero sumando dentro de sus componentes analíticos las implicancias que los programas/servicios de salud del Estado tienen en el espacio social, cultural y político indígena en que se desarrollan, poniendo atención sobre el poder, intereses, roles, identidades, fronteras, negociaciones que se gestan en discursos y prácticas específicas (Portocarrero et.al 2022, pp. 38-39).

Uno de los trabajos pioneros en este abordaje es Kelly (2004; 2011), el cual explora las relaciones entre médicos y Yanomami que se tejen alrededor del sistema de salud en el Alto Orinoco (Venezuela). Su análisis se centra en la articulación de los sistemas biomédico e indígena dentro del espacio sociopolítico, y muestra que las interacciones médicas gestadas en la misma implementación de servicios de salud no se encuentran marcadas por los roles médico / paciente sino por relaciones interétnicas (Portocarrero et. Al 2022, pp.40). De esta manera, su estudio permite evidenciar que la condición de

'criollo' del personal de salud es fuente de conocimiento y poder como de peligro y enfermedad, pero que con el paso del tiempo se transforman en aliados y representaban un recurso importante para el poder político Yanomami (Portocarrero et.al 2022, pp.40). En ese sentido, el autor pone en evidencia que las relaciones entre médicos e indígenas no se dan en términos de dominación y resistencia, o sea que no se oponen, sino que pueden colaborar, pero presentan proyectos o trayectorias superpuestas, pues mientras los Yanomamis quieren transformarse, a su modo, en 'criollos', el Estado quiere hacer indios (Portocarrero 2022, pp. 40). Este trabajo, nos invita a tomar en cuenta que el desarrollo de los servicios de salud pública en contextos indígenas, supone no solamente explorar cuáles han sido las condiciones y rasgos que han mediado sus relaciones durante el tiempo, sino incluso conectarlas con interpretaciones e implicancias que tienen con las dimensiones sociales y políticas. De esta manera, el foco analítico convierte a los usuarios indígenas en sujetos con agencia, intereses y capacidades para negociar sobre proyectos de salud indígena.

En esa línea, Garnelo (2003) en su investigación etnográfica sobre los Baniwa en el Alto Río Negro (Brasil), señala que las demandas indígenas de atención biomédica son una expresión de sus nociones políticas y se construyen en relación a las representaciones y prácticas de la conservación de la salud y la prevención de enfermedades que tienen, pues los elementos biomédicos -como el conocimiento, personal e insumos médicos- terminan siendo para los Baniwa recursos y estrategias de vida en términos políticos y sociales (Portocarrero et.al 2022, pp. 38-39). De esta manera, el Estado brasileiro a través de sus servicios de salud se convierten en otro peligroso pero necesario (Viveiros de Castro, 2002b) capaz de distribuir recursos y conocimientos, pero también de generar padecimientos que incluyen a epidemias y el incremento de los conflictos entre grupos étnicos (Portocarrero et.al 2022, pp.38-39). Sin embargo, la autora considera que si bien la salud indígena, puede convertirse en parte de las estrategias de lucha por la autonomía política de los Baniwa, los discursos de salud del Estado los obliga a representarse como indígenas genéricos (Portocarrero et.al 2022, pp. 39). Este estudio, nos aproxima al campo de los significados y prácticas indígenas sobre la salud y la prevención de

enfermedades, para relacionarlas con el acercamiento que tiene el Estado a partir de la implementación de sus atenciones médicas. Esto supone tomar en cuenta nuevamente sus implicancias en el campo sociopolítico del grupo étnico, y evidenciar de qué manera la ambigüedad de las interpretaciones que se construyen hacia el Estado se expresa en la práctica.

Siguiendo este abordaje, Novo (2010), etnografía el proceso de formación y la actuación de los Agentes Indígenas de Salud (AIS) en el Alto Xingu (Brasil) para explorar el rol que se les atribuye, así como el modelo de atención de salud diferenciada desde donde es propuesto. Sus datos evidencian no sólo que, en la práctica, esta “complementación” entre los diferentes modelos terapéutico-curativos termina siendo a menudo precaria, sino la coexistencia de dos formas de entender y abordar la “salud”, precisamente porque estos personajes ocupan una posición fronteriza entre diferentes sistemas médico-terapéuticos, que en consecuencia brindan diferentes expectativas y valoraciones sobre los servicios prestados (2010, pp. 18). Pues, por un lado, los profesionales no indígenas los piensan como transmisores del conocimiento biomédico a las poblaciones atendidas, mientras que los propios indígenas los ven como fuentes de bienes y servicios enmarcados en el discurso y práctica de la apropiación política de este rol y espacios de actuación. El caso que presenta el autor a partir de los agentes indígenas de salud resulta importante para cuestionar el modelo de atención de salud diferenciada en base a las posiciones, expectativas y valoraciones que terminan desempeñando los agentes de salud indígenas en sus discursos y prácticas alrededor de sus asignaciones. Además, resulta importante contrastar las interpretaciones que transmiten, tanto desde el mismo sistema de salud como hacia la población indígena atendida, para comprender sus actuaciones respecto a los programas.

Continuando con la revisión bibliográfica, se presentan dos trabajos etnográficos que siguen la misma corriente académica, sin embargo, ponen énfasis sobre la participación indígena sobre las políticas de salud pública. De esta manera, Diehl & Langdon (2015) examinan las tensiones y negociaciones sobre participación indígena Kaingáng sobre la implementación del subsistema de atención de salud indígena en Brasil. De esta forma, identificando la construcción de ‘espacios de autonomía’ creados por el Estado, pero sujetos a

prioridades definidas ajenas al ámbito del grupo indígena, o sea, asumiendo un rol subordinado y no reconocido. Por otro lado, teixeira, CC y Dias da Silva (2015), analizan dos escenarios a escala local/nacional en salud indígena, a través de los cuales busca reflexionar sobre el tipo de ciudadanía que se construye en el diálogo entre las políticas gubernamentales y la participación política indígena en las acciones, normas y discursos de salud. Las autoras muestran que la expresión del poder sobre la vida¹¹ son estrategias de confrontación discursivas desplegadas por indígenas y profesionales de la salud que cambian estratégicamente en relación a los escenarios planteados, y sirven para legitimar, competir y proteger intereses propios, pero que terminan envolviéndose en relaciones de poder al punto de llegar a la *mediación pseudocultural*, porque no termina tomándose en serio el discurso indígena. Ambos trabajos, si bien parten del análisis sobre los alcances y límites que obtiene la participación indígena en espacios de toma de decisiones en la constitución de servicios de salud pública, les permiten profundizar en las relaciones de poder que subyacen estas interacciones, evidenciando no solamente un diálogo en términos y condiciones asimétricas, sino capacidades mutuas para negociar, competir intereses propios.

Sobre este punto, Dias-Scopel (2015), realiza un estudio etnográfico sobre el proceso de medicalización del embarazo, parto y posparto enmarcados en las políticas de planificación familiar en el caso de mujeres Munduruku en Brasil, apuntando al escenario creciente de contacto de los indígenas con la forma de atención biomédica y la complejidad de las relaciones en las que se insertan bajo nuevas situaciones marcadas por asimetrías de poder y jerarquización de conocimientos.

Así mismo, otro conjunto de aproximaciones sobre el mismo abordaje académico ha puesto énfasis sobre los discursos e ideologías que transmiten el lenguaje de los programas de salud pública. Frente a ello, Mantini-Briggs, C. y Briggs, C. (2011), por medio del análisis del discurso, exploran cómo la situación epidemiológica del cólera entre los warao en Venezuela construye un sitio donde se producen, transforman y circulan narrativas alienantes desde el aparato de

¹¹ Discurso de la 'biolegitimidad', ver ()

salud estatal para naturalizar las condiciones de marginalidad e inequidad de la población indígena; siendo presunciones discriminatorias presentadas como un conocimiento profundo de la vida cotidiana indígena, en otras palabras la cultura termina utilizándose para justificar la incapacidad de la respuesta de las instituciones del Estado.

De la misma manera, Wright, Kapfhammer y Wiik (2012), a partir de tres casos etnográficos analiza las respuestas indígenas a los discursos de alteridad y (des) exotización en el marco de la implementación de proyectos de 'sostenibilidad' y el encuentro de diferentes actores y propuestas. Los autores ponen en evidencia que el diálogo sólo se usa para referirse a procesos que no lo son en el sentido funcional sino formal (Portocarrero et.al, 2022). Se trataría entonces de diálogos anacróticos, en palabras de Mikhail Bakhtin (Mannheid & Tedlock, 1995), que reproducen los intereses de gobiernos (Portocarrero et. Al, 2022). En ambos estudios, los autores muestran la relevancia que adquieren las dimensiones discursivas para reproducir relaciones de poder por medio de visiones, intereses, posiciones del Estado alienantes sobre grupos indígenas que se enmarcan en escenarios determinantes relacionados a las políticas de salud pública indígena.

En síntesis, todo el conjunto de estudios implica realizar un ejercicio etnográfico sobre los servicios de salud de Estado y sus actores, contextualizando su heterogeneidad, y evitando construirlos como entidades abstractas y homogéneas, como simples reproductores de versiones biomédicas y científicas del mundo, por el contrario, poniendo énfasis sobre los procesos y prácticas concretas de actores complejos que negocian identidades, poder en diferentes niveles. (Portocarrero et. Al 2022, pp.19-20). Como lo ha resaltado Portocarrero (2022), esta corriente de abordaje académico de autores como Carla Garnelo (2003), José Kelly (2004), Marina Novo (2010) y Paulo Gomes Pereira (2012), proponen analizar las políticas, servicios y personal de salud gubernamentales de manera simétrica (Latour,1991) a las nociones, actores y prácticas indígenas; es decir, cómo es que el personal, los servicios y la salud pública circulan y se insertan en los espacios sociales y políticos indígenas (Portocarrero et.al 2022, pp. 20)

2.2 Estudios antropológicos sobre el campo de la salud en el pueblo awajún

Los estudios antropológicos sobre el tema son abundantes, sin embargo, apuntando a los desarrollados con población awajún se reducen. A continuación, presento cómo se ha abordado los conceptos de salud y enfermedad en el corpus académico reciente del campo temático.

Desde el primer enfoque, Flores (2022) analiza el concepto de enfermedad desde el punto de vista Awajún. La autora parte de la lingüística local y relaciona la palabra 'jata' con una traducción equivalente a 'enfermedad' o 'muerte'. Ella asocia estos dos términos a la historia de contacto que los awajún tuvieron con los 'apách' (no indígenas) y a las afecciones y transformaciones que ha supuesto en su salud. Es de esa forma que la enfermedad puede ser comprendida como una herencia del blanco que habría ocasionado un quiebre entre el tiempo donde las enfermedades eran conocidas y tratables, en contraste del tiempo donde los conocimientos ancestrales entran en incertidumbre (Espinosa y Fabiano, 2022). Así mismo, sus resultados sustentan que la enfermedad ajena puede comportarse de manera diferente en el cuerpo awajún por lo que emergen nuevas maneras de interpretarlas, diagnosticarlas y tratarlas desde una intermedicalidad (Espinosa y Fabiano, 2022).

Kiyak (2022) parte de la misma consigna en perspectiva, y explica que la noción de enfermedad está asociada a la brujería y está materializada en objetos en forma de proyectiles o elementos puntiagudos para penetrar y dañar el cuerpo que son denominados tséntsak (Chaumeil, 1995, como se citó en Espinosa y Fabiano, 2022). Esta concepción se explica en los testimonios que recopila sobre el VIH, sin embargo, a pesar que sostiene que no puede ser generalizable a todo el pueblo awajún, utiliza esta analogía para sustentar que la enfermedad está relacionada con la muerte, pero esta última no entendida como el fin del proceso biológico, sino como una consecuencia de la vida relacional (Taylor 2006 y Pozo 2017, como se citó en Espinosa y Fabiano, 2022). Por otro lado, adelanta que la manera de interpretar las enfermedades también se encuentra relacionada hacia el escenario pandémico en el que se encuentra. El autor presenta evidencia sobre una variedad de discursos sobre el Covid-19. Resalta, por un lado, la influencia de fake news que tienen consecuencias intencionadas

sobre el bienestar de los pueblos indígenas amazónicos, específicamente sobre los adultos mayores fuente de sabiduría, fuerza y lucha (Espinosa y Fabiano, 2022). Por otro lado, da cuenta del peso que tiene las iglesias para interpretar el virus como un castigo divino, y una salvación espiritual. Finalmente sostiene que existe la percepción de que el COVID es un 'muun sugkug', o una gripe fuerte que puede ser combatida por medio de plantas medicinales y medicamentos, en otras palabras, se tiene un registro previo (Espinosa y Fabiano, 2022)

. Desde la segunda corriente, Flores (2020) trabaja sobre el concepto de enfermedad en contextos amazónicos. A partir de la aparición de casos de VIH en territorio Awajún, la autora sostiene que la palabra combina nociones biológicas, pero al mismo tiempo aspectos relacionales con otros seres vivos (p. 239). Esto parte por comprender el concepto de 'estar bien' lo cual implica tener el cuerpo sano y fuerte para realizar actividades diarias y compartir espacio y tiempo con los parientes, por lo que estar enfermo supone estar en un estado de negación a su vida cotidiana (Flores, 2020). Para evitar esa afectación del enfermo se despliegan una serie de estrategias que buscan reconstruir las relaciones entre humanos y no humanos alrededor (Flores, 2020), en ese sentido la experiencia de la enfermedad está "en relación con otros sujetos, sustancias, espíritus y fuerzas vitales que se manejan durante los ciclos de vida por las familias" (Flores, 2019, como se citó en Flores 2020, p. 244). Esto se evidenciaría en, como menciona la autora, la forma en que los Awajún interpretan los síntomas del sida, dando cuenta por un lado del conocimiento *apách* o no indígena, pero al mismo tiempo reflejando la perspectiva mencionada (p. 245). Así mismo, de acuerdo a la evidencia de su trabajo la convicción de que las enfermedades no indígenas como el VIH actúan de manera diferente en el cuerpo Awajún, supondría alejarse de la manera en que la medicina *apách* es estrictamente recetada y por ende, combinar otros recetarios de técnicos sanitarios de salud.

Finalmente, desde una perspectiva de la antropología política, Chávez (2019) argumenta que la noción de enfermedad se encuentra entrelazada a una red de factores y tensiones culturales, políticas, económicas y sociales (p. 206). La autora parte por definir la salud en función a la interrelación entre el pueblo Awajún y el Estado, y considerando a los diálogos médicos sobre el VIH como

“determinantes en la experiencia e interpretación de la enfermedad, pues refleja un marco de relaciones sociales determinada histórica y políticamente” (Chávez 2019, p. 206). A partir de lo mencionado, explica que los modelos explicativos y recursos terapéuticos sobre el VIH se encuentran en constante circulación, negociación e incertidumbre en manos de diversos actores que interactúan sobre el tema (p.207). En relación a cómo se desenvuelve el escenario planteado se van construyendo narrativas circunstanciales, por ejemplo, sobre el ingreso del VIH a territorio Awajún con un componente conspirativo y genocida (p. 208). Esta percepción estaría sujeta, como reitera Chávez (2019) al análisis de relatos en donde se identificaron agresiones y hostilidades que quedaron en la memoria colectiva del pueblo, que al estar interrelacionada con el exterior se posiciona al Estado y a la sociedad en una condición de alteridad (p. 208-209).

2.3 Estudios sobre el Covid-19 en pueblos indígenas amazónicos

Esta sección del estado de la cuestión buscar dialogar la bibliografía revisada sobre los pueblos amazónicos frente a la pandemia. La primera parte pone en discusión la literatura sobre los antecedentes que han tenido con enfermedades a escalas comparables con la situación del COVID. La segunda se centra en rescatar la evidencia que se ha encontrado sobre el impacto que ha tenido la emergencia sanitaria en la Amazonía. Finalmente, la última parte da cuenta de las respuestas comunitarias que surgieron para hacerle frente a las dificultades emergidas de la pandemia.

2.3.1 Antecedentes de epidemias y enfermedades

La experiencia de las epidemias en la Amazonia ha sido bien registrada por Espinosa y Fabiano (2022). Bajo un lente antropológico, sus estudios sustentan que las enfermedades a escala tienen antecedentes en los pueblos amazónicos (pp.18). Sus descubrimientos ubican el punto de inflexión en los primeros encuentros entre indígenas y europeos, y traen a discusión “el descalabro y la destrucción de las sociedades indígenas causados por las epidemias” (Espinosa y Fabiano, 2022), Las enfermedades que llegan de lejos pasaron por la viruela, sarampión, gripe, entre otros y fueron apareciendo en diferentes momentos de la historia y en diferentes interacciones por medio de caucheros, colonos, misioneros, madereros y mineros (p.19). En ese sentido, es importante aclarar

que la experiencia de la pandemia del Covid-19 hoy en día no resulta algo novedoso para los pueblos amazónicos, por el contrario, es una estimulación hacia la activación de su memoria colectiva para responder con antiguas estrategias de aislamiento y medicamentos con plantas y raíces medicinales que sus antepasados usaron (Espinosa y Fabiano, 2022)

2.3.2 Impacto de la pandemia

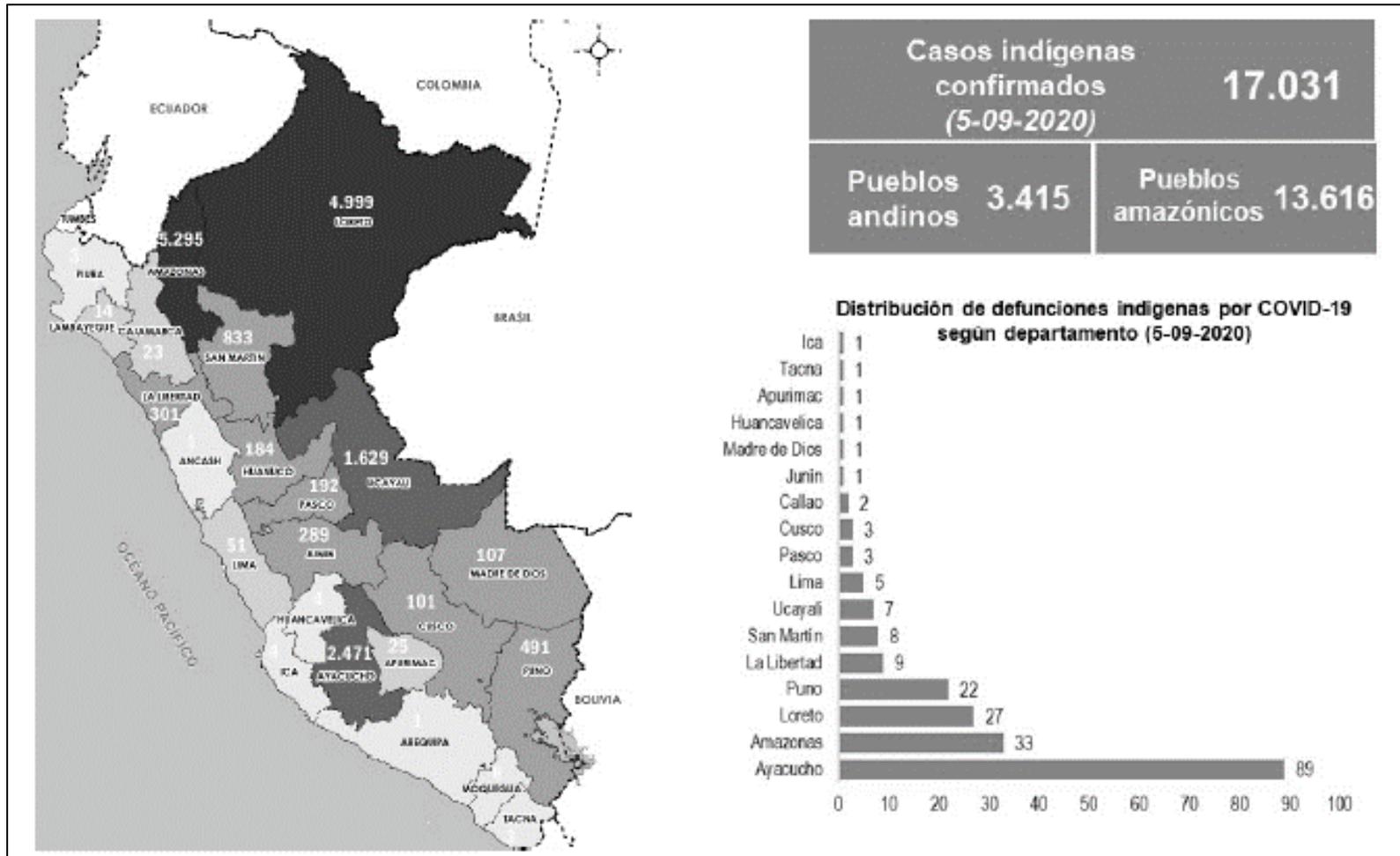
La vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas amazónicos sólo es un episodio dentro de una película llamada impacto de la pandemia. En ese sentido, considero importante revisar y discutir brevemente qué y cómo se ha escrito acerca de las consecuencias que ha tenido en los pueblos amazónicos.

Desde un punto de vista epidemiológico, diversos estudios han dejado en evidencia la vulnerabilidad que han tenido los pueblos indígenas amazónicos frente al Covid – 19. Acorde a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) del total de casos indígenas confirmados hasta septiembre del 2020 casi las tres cuartas partes pertenecían al ámbito amazónico (ver Gráfico 9). Así mismo fueron las regiones de Amazonas y Loreto las que tuvieron mayor impacto del COVID-19 entre los pueblos indígenas al concentrar el 46% y el 30,3% de los casos confirmados en sus zonas respectivas hacia fines del 2020. Según Correa & Yeckting (2020), las mayores concentraciones de comunidades nativas donde se ubica el 43,2% de las comunidades censadas (p.123).

Este estudio, sin embargo, también ha relacionado el alcance de las consecuencias negativas mostradas con una situación de vulnerabilidad con la que han respondido los pueblos indígenas (2020, p. 13). En esa dirección, desde un enfoque multidimensional, una variedad de autores ha puesto el énfasis sobre la consigna de que la gravedad del impacto de la pandemia en los pueblos amazónicos del Perú fue el resultado de una serie de desigualdades estructurales históricamente construidas.

Locci (2021), desde una mirada del derecho colectivo, sustenta que la emergencia sanitaria habría evidenciado un conjunto de problemas que las comunidades indígenas amazónicas enfrentan históricamente entre los que destacan la falta de atención de salud, la lenta resolución de los problemas

Gráfico 9: Situación de los casos confirmados de Covid-19 entre la población indígena al 5 de septiembre de 2020



Fuente: Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva (p. 51), por CEPAL, 2020.

ambientales y sociales, las economías ilegales, las brechas digitales, la falta de coordinación entre el gobierno y las organizaciones representativas, y los problemas en la implementación de la consulta previa (párr. 10).

Mientras que Rupire (2020), desde un enfoque de derechos humanos, ha puesto el énfasis sobre las relaciones de poder, en la medida que habrían configurado las características con que las comunidades amazónicas recibieron la pandemia en sus territorios demostrando una evidente desigualdad a derechos de propiedad y territorio, acceso y cobertura a servicios de salud de calidad, y a un sistema de saneamiento (p. 6). Por su parte Ulfe y Vergara (2021), desde un punto de vista etnográfico, parte del argumento sobre el impacto diferenciado de la pandemia por vulnerabilidades previas, y sostiene que el género y edad fueron aspectos transversales, al dar cuenta que las mujeres y los ancianos fueron los más afectados y los últimos en ser atendidos por las autoridades en comunidades amazónicas del bajo río Marañón (p.2). Así mismo, evidencia que afectaron su economía en tanto la inmovilización social impidió el traslado de personas, bienes y servicios junto al río, y con ello, paralizó el comercio junto a trabajos temporales, junto a ello, resalta además una incertidumbre alimentaria debido a que los precios de estos y de otros productos aumentó (p. 99). Esta misma perspectiva la comparte Correa y Yeckting (2020), al indicar que los pueblos amazónicos se encuentran en una situación crítica y están siendo afectados por el desabastecimiento de alimentos, medicinas, agua, combustible e insumos productivos (p. 118).

Parte de los hallazgos empezaron a centrarse en las consecuencias que trajeron las medidas adoptadas por las autoridades. En esa línea argumentativa, el Ministerio de Salud (2002), en su documento de trabajo que explora las intervenciones en mitigación y contención contra la COVID-19 implementadas en pueblos indígenas de Perú, Brasil, Colombia y Ecuador, encontró que la crisis sociosanitaria exacerbó las desigualdades sociales y económicas históricamente preexistentes de las comunidades amazónicas añadiendo además, que fue reforzada por el carácter restrictivo de las medidas sanitarias que afectan a productores indígenas en su acceso al mercado (Ministerio de Salud 2022, p. 11). A este punto se suma Fraser (2021) retomando las declaraciones de Shimpukat Soria, miembro del Comando Matico:

Decirle a la gente que se quede en casa, cuando la mayoría de las actividades en las comunidades indígenas se llevan a cabo al aire libre, enfatizar el lavado de manos cuando se carecen de fuentes de agua potable y centrarse en la hospitalización en lugar de aconsejar a las personas sobre cómo tratar los síntomas y tranquilizarlas, fueron medidas contraproducentes (párr. 30)

La literatura expuesta en esta sección aborda un conjunto de enfoques multidisciplinarios que dejan en evidencia el impacto que ha tenido la emergencia sanitaria a nivel de pueblos indígenas amazónicos. Sin embargo, los estudios apuntan al argumento que acepta la existencia previa de desigualdades estructurales traducidas en vulnerabilidades, atravesadas por la etnicidad, género, que han profundizado el impacto de la pandemia.

2.3.3 Respuesta de los pueblos indígenas

El impacto de la pandemia en los pueblos amazónicos trajo consigo una serie de consecuencias negativas sobre problemas que han estado persistiendo a lo largo de los años. Con esa consigna en mente, es momento de poner la lupa a los mismos actores indígenas, y traer a discusión las respuestas locales y comunitarias en torno al cuidado de la salud que han emergido en el escenario pandémico amazónico, teniendo en consideración, que las respuestas no solo han sido del Estado (por ejemplo, a partir de la vacunación), sino de los mismos pueblos amazónicos.

La mayoría de los estudios que provienen de informes regionales de organismos multilaterales, grupos de investigación en ciencias sociales y especialistas del sistema de salud, coinciden en que una de las primeras acciones tomadas por las comunidades nativas fue el marcar distancia social del resto. Se trate de restringir o cerrar las fronteras de sus territorios (CEPAL 2020, p.52), 'aislamiento comunitario' (Correa y Yeckting 2020, p.118), aislamiento con acompañamiento del sector salud (MINSA 2022, p. 21) o como "endogenismo" (Velásquez, Majed, 1983, como se citó en Segovia et.al 2021, p.146) todas refieren a la misma concepción de alejamiento físico y responde al ejercicio de su autonomía y libre determinación (Correa y Yeckting 2020, p.118). En paralelo a estos mandatos locales se crearon protocolos sanitarios¹² para administrar el

¹² En el Perú, la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO) definió

ingreso como la salida de personas a las comunidades y el desarrollo de los protocolos sanitarios (CEPAL 2020; Correa y Yeckting 2020).

Otra manera de resistir y responder a la crisis sanitaria del Covid 19 fue a través del uso de medicina ancestral (MINSA 2022a; CEPAL 2020; Segovia et.al 2021; Uife & Vergara 2021; Rupire 2020; Duffó 2020). Los estudios colocan como el caso más emblemático la conformación del Comando Matico “como respuesta ciudadana intercultural a la desatención de los sistemas sanitarios oficiales” (Rupire 2020, p. 29). Como señalan Balbeldi et.al (2020) esto evidencia que los pueblos amazónicos “han demostrado ser actores importantes en la elaboración de la respuesta, ya que articulan las demandas e innovan las soluciones de base comunitaria tomando en consideración los conocimientos tradicionales” (Rivera, 2020, como se citó en Balbeldi et.al., 2020). Esta iniciativa “sirvió de catalizador para que, en otras ciudades amazónicas, con presencia de población indígena, aparezcan réplicas ciudadanas indígenas donde se revaloriza los conocimientos tradicionales que hasta antes de la pandemia se encontraban en desuso” (Rupire 2020, p.29).

Otro sector de la literatura compuesto por artículos de prensa e informes de órganos constitucionales autónomos han visibilizado el rol, individual y colectivo, que tuvieron diferentes actores indígenas para relacionarse con el sector salud del Estado. Por ejemplo, en cuanto a la actividad de las brigadas de vacunación contra Covid-19 en la Amazonía, han sido las federaciones étnicas las que ejercieron un rol de fiscalización ya sea para denunciar o demandar sobre situaciones específicas (Defensoría del Pueblo 2021a, p. 1). Así mismo se ha sustentado la importancia de gestores y promotores interculturales, organizaciones representativas, líderes comunales y promotores de salud en la coordinación interinstitucional y la difusión de mensajes a favor de la vacunación (Defensoría del Pueblo 2021b; Ministerio de Salud 2022b).

La literatura discutida sobre las respuestas locales y comunitarias, respecto a la salud, frente a la emergencia sanitaria han puesto que las comunidades indígenas no han sido actores pasivos y han respondido, desde

un “Protocolo para el Ingreso Excepcional de Personal del Estado a Comunidades Indígenas en el Contexto de Cierre de Acceso para Evitar la Propagación del COVID-19” (CEPAL :53).

sus propios recursos y posibilidades, a los retos y desafíos presentados con diferentes estrategias.

2.4 Estudios de vacunación en contextos indígenas amazónicos

2.4.1 Antecedentes históricos

Realizar una investigación sobre la vacunación contra COVID en contextos indígenas amazónicos del Perú supone hacer una revisión en la literatura a modo de antecedente histórico. Esto significa identificar y contrastar cómo se ha abordado la vacunación en contextos indígenas a lo largo del tiempo en el corpus académico. Son diversas investigaciones las que se han realizado sobre el campo temático a partir de diferentes aproximaciones teóricas, a continuación, las pongo en discusión.

Un punto de partida es el artículo que Nigenda et. al (1997) escriben analizando la literatura publicada en los años cincuenta sobre las razones detrás del rechazo a las vacunas por parte de poblaciones indígenas. Su aporte retrata experiencias puntuales de procesos de vacunación llevados por distintos gobiernos en un escenario de propagación de enfermedades. Este artículo permite hacer un primer vistazo al tema en gran escala y afirmar la presencia e influencia de factores históricos y culturales para condicionar las percepciones indígenas sobre la inmunización. El estudio muestra tres patrones en la evidencia revisada. Por un lado, un escenario de desinformación y confusión sobre las enfermedades y la manera de prevenirlas, por otro, la presencia de explicaciones locales (o como los autores llaman 'elementos folklóricos') para comprender la enfermedad, y finalmente la desconfianza y miedo. Todo esto en un contexto histórico donde la población indígena no se encuentra tan familiarizada con las premisas del modelo biomédico (Nigenda et. al, 1997).

Por otro lado, trabajos académicos más recientes han profundizado en el tema a partir de estudios cualitativos acotados en casos específicos de la región. Mendoza (2010) analiza las relaciones de prestadores de servicios de salud pública sobre un grupo de familias indígenas Triquis en México. La autora plantea la idea de que las representaciones e interacciones que los primeros tienen sobre estas últimas influye en el trato y relación que termina

estableciéndose entre ambas partes y “son indispensables para dar cuenta de los procesos de continuidad y cambio sociocultural en los saberes de estos sujetos sociales” (2010, p.201). Es así que dentro de la estrategia general de salud extranjera, las campañas de vacunación contra problemas nutricionales aplicadas en menores de edad sí serían aceptadas y completadas, sin embargo, aparecería resistencia frente a la promoción de métodos de planificación familiar motivada tanto por diferencias culturales en la concepción de familia y el rol de la mujer, como por el alcance que la intervención médica supondría por parte de actores a los que se le atribuía desconfianza por el trato diferencial que brindaban.

Estudios posteriores como los de Carmona et. al (2016) ponen el foco, en cambio, sobre los puntos de vista locales e indagan directamente sobre las percepciones de la vacunación contra la rabia silvestre en población Awajún, específicamente en las valoraciones de sus posibles causas, tratamientos y formas de prevención. Los descubrimientos a los que llegan los autores muestran una vez más, un nivel de información difuso y complejo en las personas sobre el tema debido a la variedad de discursos desarrollados desde diferentes actores e instituciones relacionados con la comunidad amazónica (2013, p.216). Así mismo plantean que este escenario va generando una situación de incertidumbre donde prima la suspicacia frente a la vacunación como resultado de una desinformación, pero también frente a una desconfianza y experiencia de exclusión frente al Estado y sus servicios de salud que terminan construyendo una convicción de que estos atentan hacia el desarrollo socio económico individual y colectivo de los pueblos amazónicos. (2013, p. 216).

Finalmente, desde un enfoque sociológico, Ashqui (2014) aborda la manera en que factores socioculturales influyen en la tasa de vacunación antipolio para menores de un año en una localidad rural indígena en Ecuador. Su argumento sustenta que la experiencia de la maternidad adolescente junto a un bajo nivel de educación, desentendimiento del idioma y constante migración influyen directamente en la tasa de abandono del esquema de vacunación (2014, p. 8). Estos elementos, sin embargo, vienen acompañados de otros componentes que condicionan el grado de acercamiento y alejamiento de las madres indígenas a la vacuna, tal es el caso de las distancias y la falta de

transporte, las obligaciones del hogar, las jornadas intensas de trabajo en el campo, entre otras más.

De esta manera, los estudios recientes que abordan el tema de la vacunación en contextos indígenas vienen pasando de un punto de vista etnocéntrico a adoptar una perspectiva multidimensional que analiza las condiciones del contexto y un enfoque cualitativo que revela información desde la mirada de la población indígena vacunada.

2.4.2 Estudios sobre la vacunación COVID-19 en contextos indígenas

A continuación, pongo en diálogo la literatura que se ha escrito sobre el diseño y la implementación de la vacunación contra Covid-19 en el contexto indígena amazónico del Perú.

Son escasos los estudios desde las ciencias sociales que abordan la vacunación contra COVID en contextos indígenas. Desde el lado periodístico, sin embargo, no faltan artículos de diversos medios de comunicación que relatan y analizan las razones detrás de las bajas tasas de vacunación en contextos indígenas. En un nivel más descriptivo se rescatan puntos de vistas asociados a creencias y actitudes en rechazo a la inmunización (Usi 2021; Samon 2021; Escobar 2021), mientras que en un nivel más analítico se suman otros aspectos del contexto que ayudan a visibilizar opiniones de ambos lados y la experiencia conjunta del escenario de vacunación, con sus dificultades y aprendizajes (Red Investigativa Regional 2020; Pinedo2022; MINSA 2022b; MINSA 2022c).

Volviendo a la discusión de la literatura sobre el tema, el estudio de Medina et.al (2021) convoca a representantes de pueblos andinos, amazónicos y afroperuanos para conocer sus percepciones y conductas sobre la no vacunación para plantear recomendaciones al respecto. Las dimensiones abordadas exploran el origen y la credibilidad de la pandemia y de la vacuna, información sobre las dosis, la preferencia y efectos de la marca, medidas adoptadas por el gobierno en respuesta a la crisis sanitaria, la participación social y el género. El conocimiento que producen es un acercamiento general hacia las formas de interpretar el significado de la vacuna, vinculado a subjetividades religiosas, políticas, culturales y de control demográfico.

Después de este artículo, las publicaciones que se aproximan al tema se encuentran en la academia mexicana. En ese sentido, Gonzáles (2022) ejecuta una visión general de la pandemia y la vacunación en las comunidades indígenas. Su aporte va por la visibilización de los derechos y obligaciones que deben tener las autoridades públicas con los pueblos indígenas para realizar una campaña de vacunación exitosa. Entre estos resaltan el derecho a ser consultados e informados culturalmente, así como su respetados a su libre determinación y autonomía. Las razones de su intervención académica descansan en una preocupación urgente por la realidad de las comunidades debido a que las cataloga como un grupo vulnerable por sus limitaciones al acceso a servicios públicos, así como otras barreras socioculturales como la mediación de la tecnología y el lenguaje.

Finalmente, el proyecto de campo realizado por Parra et.al (2022) para conocer la percepción de tres comunidades indígenas en México sobre la vacunación y la práctica de medidas preventivas contra el Covid-19 señaló la existencia de una correlación entre la desfavorable situación geográfica, lingüística, económica y cultural de los pueblos originarios con un menor conocimiento, práctica de métodos preventivos e inmunización sobre la infección (p. 1-2).

3. Marco Teórico

3.1 Las políticas públicas como actividad sociocultural.

Para efectos de este proyecto de investigación se utilizará la concepción de políticas públicas desde un lente antropológico, esto supone contemplarlas como una actividad sociocultural. A continuación, se detallan los antecedentes detrás de esta concepción.

El estudio de la política desde la antropología tiene una larga tradición en la literatura. Sin embargo, “para Shore (2010), fue hasta la década de los noventa que la antropología social hizo de las políticas públicas su objeto de estudio” (Huerta 2016, p.127). Hasta entonces, los aportes teóricos siguieron una tendencia hacia lo que Franzé (2013) denomina como ‘modelo burocrático y estatocéntrico’, caracterizado por “proyectar en las sociedades ‘exóticas’, los rasgos y límites de la propia estructura política, basada en la teorización docta y en las formas evidentes del estado moderno occidental” (Gledhill, 1999, como se citó en Franzé, 2013). No fue hasta lo que llamó como una *mirada descentrada* donde se problematizaron otros aspectos político-sociales que buscaban replantear la relación entre Estado y sociedad a partir de elementos como “el poder, la dominación y la resistencia; la agencialidad y la subjetividad; la vinculación entre los niveles micro y macro sociológicos; el contexto local/global; las condiciones de posibilidad de la acción política, el distanciamiento y/o compromiso del analista social” (Franzé 2016, p.15). Es en este contexto académico donde las políticas públicas pasan a convertirse en materia de análisis de la antropología.

El eje central de esta concepción, desde el punto de vista de Shore (2010), consiste en reconocer que la creación de políticas públicas es un procedimiento sociocultural “inmerso en los procesos sociales cotidianos, en los ‘mundos de sentido’ humanistas, en los protocolos lingüísticos y en las prácticas culturales que crean y sostienen esos mundos” (p. 24). Esta consigna supone deconstruir el término de políticas públicas y dejar de verlo como una entidad/formula abstracta, lejana e imparcial. Por el contrario, se propone concebirlo como un conjunto de decisiones y acciones que nacen desde un lugar de enunciación

específico, y que se encuentra en los complejos y diferenciados entramados sociales que las anteceden y condicionan.

Esta misma perspectiva, como lo señala Ramírez (2010), también implica que su formulación interpreta, clasifica y genera realidades, además de moldear a los sujetos a quienes se dirige (p. 13). Para la autora el aporte de la antropología al estudio de las políticas públicas recae en cuanto se toman en cuenta sus implicancias sociales y culturales que tienen desde los lugares donde se anuncia como desde donde se sitúa. En ese sentido “los tecnócratas que formulan las políticas públicas también se tornan en sujetos de investigación como actores situados en contextos de poder específicos, con ideologías, intereses y objetivos concretos e inmersos en sistemas de pensamiento que se plasman en la política pública” (Ramírez 2010, p. 13.).

Para Fortuna & Lavigne (2010), sin embargo, el estudio antropológico de las políticas públicas concibe a estas últimas como una construcción social, y en ese sentido, presta atención al resultado de un desenlace histórico de representaciones y prácticas entre distintas partes de la sociedad que termina arreglando “los modos dominantes en que los problemas son definidos y que permiten clasificaciones particulares de las poblaciones que son gobernadas, legitimando ciertos modos de intervención política y excluyendo otros (Wedel et. al., 2005 como se citó en Fortuna & Lavigne, 2010). A pesar que dichos autores dan cuenta de la trama de relaciones sociales, prácticas y experiencias de los distintos sujetos que participan en ellas (Fortuna y Lavigne 2010, 101), nos apegamos a una definición que le da dinámica a estas últimas.

Es así que retomamos la definición que Rodríguez (2011) propone, mencionando que

antes de interesarnos por las normas de la acción colectiva que garantizarán la eficiencia de la política pública, debemos interesarnos justamente por las condiciones culturales y el mundo de sentidos en los que se genera la legitimación para la aplicación y repetición de ciertos modelos, pero también para su contestación y resistencia (p. 161)

Este autor pone el peso sobre lo que Morales (2016) se refiere como *la parte interaccional* del análisis antropológico de las políticas públicas. Esta hace

referencia a la idea de que las políticas públicas se insertan en un conjunto de prácticas culturales que resignifican sus bases conceptuales y responde en función a estructuras de relaciones de poder y obligaciones (Morales 2016, p. 127)

De esta manera, la aproximación teórica que queremos alcanzar a partir de la antropología de las políticas públicas es aquella que la concibe como una actividad sociocultural. Esto supone reconocer que su formulación responde a una lectura particular de la sociedad que se ha ido construyendo a partir de una serie de representaciones y prácticas, pero también que su implementación se enmarca en un complejo entramado de procesos sociales que dotan de sentido y acción a sus protagonistas sobre ella misma. Por esa razón, como menciona Renoldi (2016) en *Conversación entre la antropología y las políticas públicas*, la primera nos ayuda a “pensar desde las experiencias concretas con personas que traman sus vidas en la liminaridad de los mundos. Indagar los conceptos que les sirven a la gente para pensarse a sí misma, derivar de ellos los mundos en los que existen, conocer sus diferentes expresiones y lo que son capaces de imaginar, de desear, de crear” (p. 30). Esta consigna significa, ante todo, desarrollar un nivel de comprensión que pueda analizar a las políticas públicas en toda su complejidad y ambigüedad procesual. El aporte de la antropología, entonces, “recaería en cuanto las políticas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos (lo que producen), las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en medio de los cuales están inmersas”. (Shore 2010, p. 31).

3.2 La salud desde un lente antropológico.

Las aproximaciones de la antropología sobre la salud tienen un gran bagaje intelectual. La antropología médica es una rama de la antropología que se centra en el estudio de la salud, la enfermedad, la atención médica y los sistemas de salud desde una perspectiva cultural y social. En esta corriente teórica, me sustento en los aportes académicos de Menéndez (1994) y Merrill Singer (1995), estos son conocidos por su trabajo en antropología médica crítica, que implica un enfoque reflexivo en la investigación, es decir, no solo estudiar y comprender los sistemas de salud y las prácticas médicas desde una perspectiva

cultural, sino también explorar las dimensiones sociales y políticas que envuelven la atención en salud y las nociones de bienestar de las comunidades.

Uno de los conceptos más importantes que retoma Menéndez (1995) es sobre el *proceso salud/enfermedad/atención* el cual se refiere a la presencia de estas dimensiones en la estructura de distintos grupos humanos. Sin embargo, el autor enfatiza la importancia de contextualizarlas, esto implica reconocer que las experiencias de salud y enfermedad están profundamente arraigadas en contextos culturales y sociales específicos. Ello quiere decir que dichos sistemas y conjuntos sociales no solamente producen representaciones, símbolos y significados, sino que construyen un saber específico en acciones, técnicas e ideologías para lidiar con cualquiera de estas tres esferas (Menéndez, 1995).

Bajo esta perspectiva, como lo señalan Langdon y Braune (2010), optamos por aceptar la consigna de que los valores, conocimientos y comportamientos culturales ligados a la salud constituyen un sistema sociocultural integrado, total y lógico (p. 184). Al mismo tiempo, uno que consueña con sus realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican (Langdon y Braune 2010). Por lo tanto, como lo señalan los autores, “las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a las experiencias” (2010, p.184).

En otro nivel de análisis, los autores (Menéndez ,1994; Merrill Singer, 1995) inserta estas consignas en el medio de las desigualdades estructurales que articula la sociedad, o sea, dentro de procesos históricos caracterizados por relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre distintos sectores sociales que entran en relación en una sociedad (pp. 72). En ese sentido, (Menéndez, 1994) explica que “los sistemas que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales (...) no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad” (Menéndez 1994, pp.72).

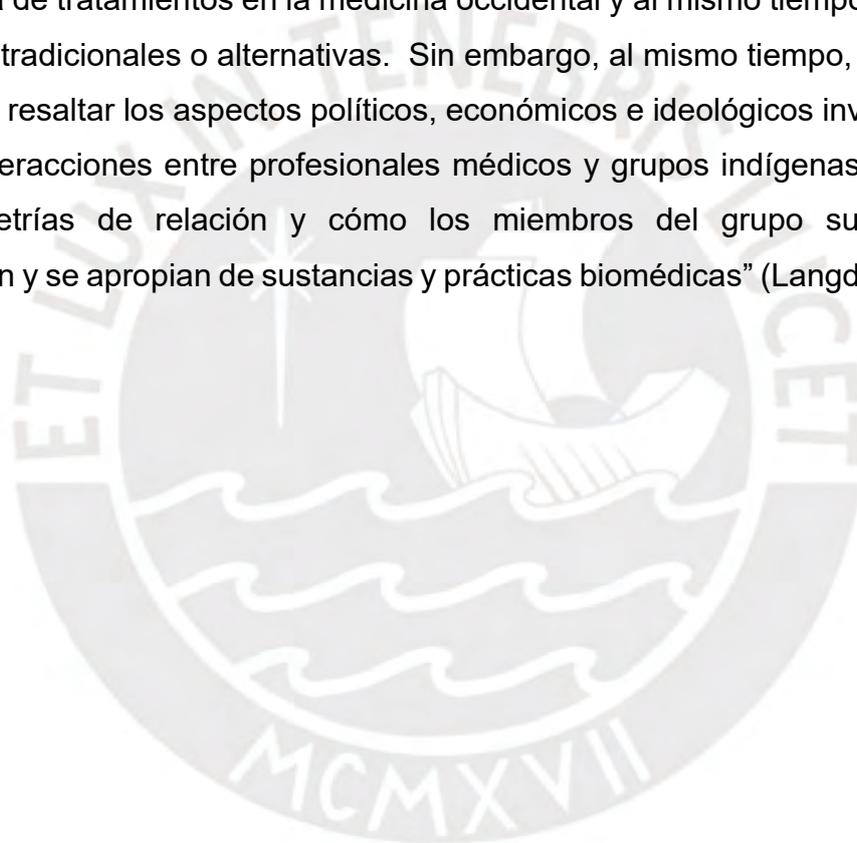
Por ende, el concepto de Modelo *Médico Hegemónico* (Menéndez, 1978), no es sino “un sistema sociocultural más, con su grado, mayor o menor, de eficacia (...) que responde a la lógica social de las sociedades de mercado en las que se originó y consolidó por lo que estudiar críticamente la teoría y la práctica biomédica va a desvelar, a la vez que cuestionar, el profundo sistema de desigualdades que articula nuestra sociedad” (Mozo 2013, pp. 2). Se trata entonces, de poner en ejercicio un lente crítico que nos permita desvelar la construcción y experiencia de los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición de las personas teniendo en consideración lo que Mozo (2013) llama el *núcleo duro de la vida social* o los marcos sociales, políticos y económicos, así como el sistema de desigualdades que los articulan (p. 2).

Por otro lado, otro de los aportes de la antropología médica crítica, es el de los *itinerarios terapéuticos* entendido desde la noción de *autocuidado* de Menéndez (2005,2009). Este concepto hace referencia a “las representaciones y prácticas que las personas utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud (...) sin la intervención central, directa e intencional” (Menéndez, 2005, p. 54). En ese sentido, el concepto destaca las decisiones y elecciones que las personas toman a lo largo de su itinerario. Estas decisiones pueden estar influenciadas por factores culturales, socioeconómicos, geográficos y personales, y afectan la dirección y la efectividad de la búsqueda de atención médica.

El itinerario terapéutico, por otro lado, hace referencia a “la posibilidad de una reevaluación constante del proceso de la enfermedad y de los cambios en el tratamiento, es decir, cómo se actúa en torno al problema diagnosticando y evaluando la enfermedad, gestionando su desarrollo, los recursos económicos y culturales del grupo, así como la infraestructura de servicios, entre otros” (Ghiggi Jr.2022, pp. 230-231). En otras palabras, se trata de un conjunto de pasos, decisiones y acciones que las personas toman cuando enfrentan un problema de salud. Estos itinerarios describen el viaje que las personas emprenden desde la identificación de los síntomas hasta la búsqueda de diagnóstico, tratamiento y, eventualmente, recuperación o adaptación a la enfermedad. Este enfoque

permite entender cómo las personas navegan entre diferentes sistemas de atención médica y toman decisiones a lo largo de su proceso de búsqueda de cuidado y tratamiento.

A esta última característica, otros autores la han denominado *intermedicalidad* (Menéndez 2003; Langdon, 2018). Esta se refiere a la interacción y el entrelazamiento de diferentes sistemas médicos. En un contexto de intermedicalidad, los individuos pueden no solo utilizar un solo sistema médico, sino también combinar elementos de diferentes sistemas en sus estrategias de cuidado de la salud. Esto puede implicar, por ejemplo, la búsqueda de tratamientos en la medicina occidental y al mismo tiempo recurrir a prácticas tradicionales o alternativas. Sin embargo, al mismo tiempo, el término “apunta a resaltar los aspectos políticos, económicos e ideológicos involucrados en las interacciones entre profesionales médicos y grupos indígenas, examina las asimetrías de relación y cómo los miembros del grupo subordinado incorporan y se apropian de sustancias y prácticas biomédicas” (Langdon, 2018).



4. Experiencias y narrativas del sistema de salud público local durante la vacunación en contextos amazónicos

4.1 Breve contextualización al escenario de estudio

Achoaga es una comunidad nativa perteneciente al pueblo indígena awajún que se encuentra en el distrito de Nieva, provincia de Condorcanqui y región de Amazonas. Está ubicada a cinco kilómetros de la ciudad de Santa María de Nieva, la cual se constituye como centro urbano del distrito, y la capital de la provincia. Esta misma desprende una serie de vías fluviales y terrestres que se extienden arduamente hacia diversos puntos y localidades del territorio amazónico. Una de estas carreteras, denominada 'cuarto eje vial', conecta mediante treinta y cinco kilómetros el extremo suroeste de la ciudad con el lado este de la región de Loreto (ver Gráfico 10). Esta pista, en estado abandonado, atraviesa una serie de comunidades nativas y caseríos, Achoaga es la primera, a treinta minutos aprox. en mototaxi, y una hora aprox. a pie desde Santa María de Nieva.

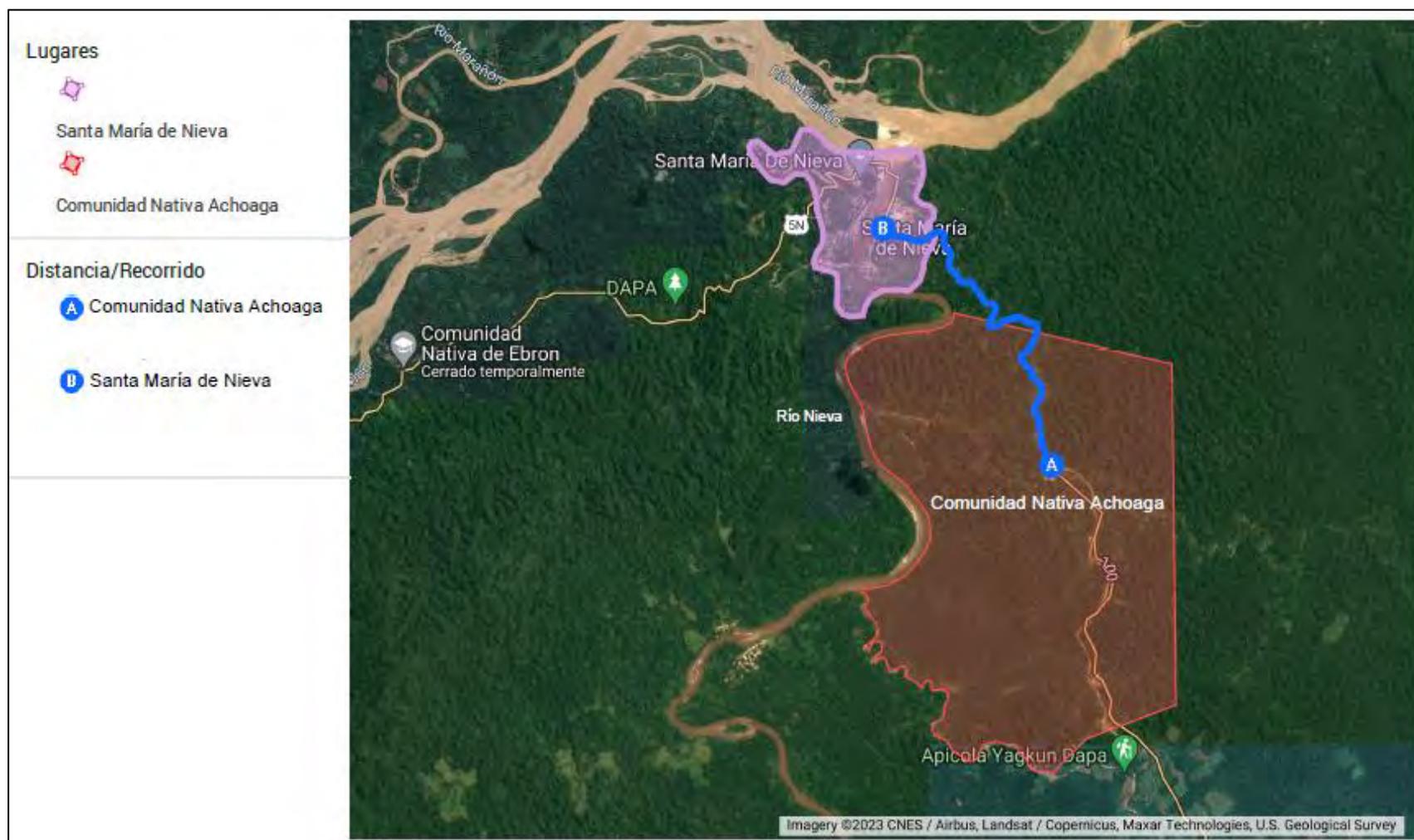
La ciudad de Santa María de Nieva tiene un rol importante para entender a la comunidad y constituyó un sitio clave durante mi trabajo de campo. Esta se fundaría durante la época colonial, alrededor del año 1555, por las expediciones españolas en territorio de pueblos jíbaros, sin embargo, pasaría a ser abandonada. Posteriormente a mediados de 1959 retomaría protagonismo por medio del asentamiento de los jesuitas en la zona y la creación del Vicariato San Francisco Javier del Marañón. Finalmente, en el año 1984 se crearía como distrito y se declararían a Santa María de Nieva como capital de Condorcanqui (Guallart, 1997; Greene, 2009, como se citó en Vega, 2018). Hoy en día, como toda capital concentra instituciones, servicios y otros espacios públicos y privados esenciales que fueron de interés para la presente investigación. Debido a su ubicación geográfica, entre la unión del Río Nieva y el Río Marañón, su accesibilidad es por principalmente por agua y tierra, y trae constantemente personas y cargamento de diversos caseríos y comunidades. Esta tendencia se intensificó durante el proceso electoral regional y provincial que se llevó a cabo durante mi presencia en el lugar, este hecho, tendría repercusiones en el campo

de la investigación y se explicará más adelante. Por último, el censo pasado reportó una población de 21,334 personas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), se trataría entonces de una ciudad medianamente habitada. La relativa cercanía de la comunidad con esta urbe ha permitido a sus habitantes tener una conexión sostenida en varios aspectos de sus vidas (ej. educación, trabajo, salud, economía, mercado, trámites y gestiones públicas, etc.). El caso más común es el de los chicos y chicas de mediana edad que parten de lunes a viernes desde las seis de la mañana hacia la institución educativa secundaria 'Velasco Alvarado', o el de los usuarios del Programa Juntos/Pensión 65 que una vez al mes se dirigen al Banco de la Nación para gestionar el beneficio de sus transferencias monetarias, y en casos excepcionales algunas personas que van a la ciudad para realizar alguna gestión en entidades públicas con fines personales/comunales, o para vender algún producto vegetal/animal. Respecto a esta dinámica, el campo de la salud fue raramente observado y mencionado, pero a pesar de ello, mantienen una relación particular que será explicada posteriormente. Es preciso mencionar que la distancia se hace compleja cuando se suman aspectos como la ausencia de alumbrado, carencia de transporte, el alza de los pasajes, el deplorable estado de la carretera, la débil señal de comunicación, el inesperado clima y el riesgo de encontrarse con una serpiente. De esta manera, Elvia Ampush (34), una comunera me lo manifestaba cuando conversábamos sobre las distancias entre la comunidad y la ciudad:

“No es tan cerca como parece, ¿cómo has venido tú? [...] la mayoría se va caminando, y eso. Algunos tienen moto, pero de vez en cuando te cobran porque la gasolina no es barata. Aunque ni da ganas de subirse porque hay partes en las que tienes que bajarte a empujar, sobre todo en las subidas. ¿Has probado venir caminando? no lo hagas [risas], porque te vas a cansar, encima con el calor y la lluvia, ¿ya te acostumbraste? (...) Mi hija se va así todos los días a Nieva en la mañana para que reciba sus clases, con sus primos se va, es peligroso, a cada rato pasan camiones ¿has visto? En la radio he escuchado que también secuestran niños, vas a tener cuidado cuando vengas” (E. Ampush, comunicación personal, 2022)

Achoaga, es una comunidad con cuarenta y siete años de existencia, pues fue titulada en el año 1975 en el marco de la formulación e implementación de la Ley de Comunidades Nativas.

Gráfico 10: Mapa de Condorcanqui/ Nieva/Achoaga



Fuente: elaboración propia

Imagen 1: Estado de carretera (1)



Fuente: fotografía propia

Imagen 2: Estado de carretera (2)



Fuente: fotografía propia

Sin embargo, desde mucho antes fue reconocida localmente como un núcleo indígena importante, pues fue lugar de asentamiento de los primeros habitantes awajún de la comunidad, no sólo debido a su proximidad con la urbe, ni necesariamente por la accesibilidad a la diversidad de recursos de la naturaleza (flora, fauna, ríos), sino también por las consecuencias de procesos históricos de violencia y migración que afectaron al grupo étnico. De hecho, la creación de su nombre está relacionado con ese momento de su origen, pues según los relatos de los adultos mayores de la comunidad cuentan que anteriormente la zona tenía varias palmeras de 'achoana', la cual tenía hojas largas, gruesas y resistentes que se usaban para techar las casas. Según las historias que los adultos mayores me contaban sobre sus orígenes, Achoaga había sido habitada por antiguos indígenas awajún que habían peleado en las guerras contra los Wampis. Parte de las consecuencias de este enfrentamiento fue el tránsito y la movilización de grupos indígenas hacia otras partes de la selva. De esta manera, las primeras personas se asentarían cerca de Santa María de Nieva, en lo que hoy es Achoaga. Por esa razón, los primeros apellidos que hasta la actualidad persisten y abundan en sus familias son Dequentei, Ampush, Arévalo y Pía Pía.

De acuerdo a los registros oficiales que datan de la época de su titulación, posee una extensión de 1631 hectáreas, distribuidas en tierras aptas para el cultivo, ganadería, forestales y protegidas. Sin embargo, en la actualidad este ordenamiento no tiene vigencias, y varios de sus sectores tienen diferentes usos, por ejemplo, para la construcción de infraestructura, conservación, tala, creación/ampliación de chacras, agricultura, ganadería, caza, entre otros. Su territorio comprende una extensa presencia de bosques primarios y secundarios que es atravesado por la carretera mencionada. En cuanto a sus límites territoriales se divide en la siguiente forma: hacia el oeste limita con el río Nieva, por el norte con la ciudad de Santa María de Nieva, con el este con un anexo denominado 'Bajo Achoaga', y con el sur con la comunidad nativa Peas. Su territorio cuenta con dos cuencas principales, y un innumerable número de quebradas que conectan con el río y atraviesan diversos puntos de la comunidad. De acuerdo al censo comunal de la junta directiva del presente año¹³, la comunidad distribuye su población de la siguiente manera:

Gráfico 11: Población total de la Comunidad Nativa Achoaga*

	89 HOGARES		
	303 PERSONAS		
	Adultos mayores ¹⁴ : 12	Adultos ¹⁵ : 154	Menores de edad ¹⁶ : 137
	153 HOMBRES		
	Adultos mayores: 7	Adultos: 79	
	150 MUJERES		
	Adultos mayores: 5	Adultos: 75	
*Todas las personas, hombres y mujeres de todas las edades, registradas en el padrón comunal.			

Fuente: elaboración propia

¹³ La presente investigación se desarrolla durante el año 2022

¹⁴ Considerados como mayores de sesenta años.

¹⁵ Considerados dentro del margen de edad entre dieciocho y cincuenta y nueve años.

¹⁶ Considerados menores de dieciocho años.

Se trata de una población con algo de trescientas personas en total, las cuales, hombres y mujeres, se encuentran divididos en proporciones similares. Sin embargo, un filtro por edad muestra que son los adultos mayores el grupo más minúsculo con alrededor de una decena, mientras que los más números concentran los adultos. Es importante mencionar que, si bien se identifican como pertenecientes al pueblo indígena awajún, se pueden encontrar familias mestizas-indígenas.

Imagen 3: Cierre de faena comunal



Fuente: fotografía propia

El centro de la comunidad, además de contener una concentración de casas preconstruidas a base de madera/calamina y piso de tierra, cuenta con otro conjunto de infraestructuras que combinan los materiales mencionados, predominando el cemento. Esta comprende una institución educativa de medianas proporciones en las cuales se dicta inicial y primaria multigrado, un local comunal, la oficina de la junta directiva, una antena de telefonía móvil, varios postes de luz, dos templos de diferentes iglesias y una cancha de fútbol. La comunidad no cuenta con alguna infraestructura en salud. La carretera, en esa parte asfaltada, contrasta con sus calles accidentadas de tierra que lucían casi siempre con desechos orgánicos e inorgánicos. Por otra parte, los exteriores

de la comunidad suelen estar ocupados por chacras y bosques. En las primeras abunda la siembra de yuca, plátano, maíz, piña, bambú, así como la crianza de animales como conejos, gallinas y patos; mientras en los segundos se encuentran una diversidad de árboles y vegetales medicinales. La mayoría de los hogares posee electricidad administrada por la empresa 'Electro Oriente'. Sin embargo, el servicio ofrecido es inestable, pues ocurren cortes eléctricos constantemente durante periodos de tiempo medianos que afectan algunos electrodomésticos en casa, y se suelen encontrar apilados en algún rincón doméstico.

Imagen 4: Casa de madera y calamina



Fuente: fotografía propia

El abastecimiento de agua se da mayormente por las quebradas mencionadas las cuales nacen del Río Nieva, tanto 'Achoaga' como 'Kusu' son las dos únicas fuentes que se usan para diversas actividades como el lavado de prendas, servicios, aseo, consumo, etc. Para este último objetivo, se registró la presencia de la práctica del hervido de agua, sin embargo, suele predominar la ingesta de masato. Existe un reservorio de agua construido sobre un hoyo

natural de brote ubicado en una especie de meseta a una distancia media del centro de la comunidad. De acuerdo a las observaciones de su infraestructura y conversaciones con habitantes, lo instaló el Estado por medio de FONCODES en el año 1998. Este ha sido refaccionado durante el pasar del tiempo para que funcione, sin embargo, solo se suele llenar en épocas de lluvia, y tiene un aproximado de doce puntos de agua distribuidos por las calles del centro de la comunidad. En muy pocos casos, estos puntos se suelen ubicar al interior de la casa de una familia, tienen un suministro comunal, y se usa con fines prácticos para reunir agua en bidones y evitar caminar hasta la quebrada más cercana.

Imagen 5: Quebrada Kusu



Fuente: fotografía propia

Durante múltiples ocasiones, en mi estadía en la ciudad de Santa María de Nieva, específicamente en convivencia en el hogar de la entonces subprefecta provincial, fui testigo del reporte telefónico y radial de una serie de casos de contaminación por derrame de petróleo, y violencia desencadenada

por mafias pertenecientes a industrias extractivas ilegales en territorio indígena alrededor de la provincia. “Acá no hemos tenido problema de minería, ni de coca, ni derrame”, me comentaban en varias oportunidades autoridades pasadas de la comunidad, lo cual evidenciaba que Achoaga no carga con este tipo de problemáticas a pesar que se encuentra en un territorio donde se concentran varios problemas que ocasionan, en palabras de los mismos informantes indígenas, “muerte y destrucción de los bosques”. Sin embargo, no quiere decir que la comunidad haya estado absuelta de casos. De acuerdo a varios testimonios de sus comuneros que ejercieron roles de liderazgo comunales anteriormente, habían ocurrido varias propuestas de madereros para buscar el ingreso y la aprobación de las autoridades, sin embargo, la asamblea de la comunidad tomó la decisión de nunca dar autorización. A pesar de ello, la percepción del riesgo constante de ser afectados aparece en varios momentos.

En cuanto a la organización comunal, la junta directiva de la comunidad fue constituida a inicios del presente año. La directiva está conformada por el presidente de la comunidad -también denominado en el cotidiano como *apu* o jefe de la comunidad-, vicepresidente, secretario, tesorero y vocal. La elección de esta comitiva se realiza por medio de un proceso electoral a escala comunal que se desarrolla con meses de anticipación, terminando con una votación y asamblea en el local comunal en la que participan todos los comuneros/as. De acuerdo a sus habitantes, durante esa etapa se gesta un escenario político de pugna, especialmente, entre dos familias que vienen de una trayectoria de liderazgo comunal y participación en política indígena a nivel local. Sobre este punto, Achoaga pertenece a la Federación de Comunidades Nativas Aguarunas del Río Nieva (FECONARIN), sin embargo, no mantiene una relación sólida con la entidad, y se extiende la sensación de que no sólo se encuentran ‘abandonados por el Estado, sino incluso por su organización representativa’. De esta manera me lo hacía conocer el propio jefe de la comunidad:

Durante mi estancia en la comunidad el rol que asumía la persona en el cargo del *apu* de la comunidad era constantemente criticado, incluso por sus propios integrantes de la junta directiva, pero que aguardaba relación con la pugna interfamiliar. Esta controversia se encontraba amplificada por la gestación de un conflicto por la delimitación de territorio entre las mismas familias en

pugna. El desarrollo de esta contienda tomó el punto más alto durante mi tiempo en campo, pues no solamente supuso la realización de varias actividades comunales en las que participaron autoridades indígenas a nivel local, sino incluso autoridades públicas, llegando al fin de cuentas hacia la resolución final. Muy aparte de este suceso, la decepción sobre 'progreso' de la comunidad recaía sobre las autoridades al cargo, específicamente sobre la *jefe*, el cual era siempre apuntado de ser el principal responsable de 'gestionar' proyectos públicos para el beneficio de la comunidad. Así lo expresaba Jeuner (27) uno de los comuneros de Achoaga:

Aquí no ha habido proyecto, y eso que como podrás ver estamos cerca de Nieva, el que se tiene que encargar de gestionar es el *apu* de la comunidad, pero como lo ves no hay voluntad, se desaparece [...] ni siquiera durante pandemia recibimos ayuda como tú dices de las instituciones del Estado, una vez no más me parece vino la Municipalidad, pero después nada. Por campaña han venido algunos candidatos, pero no va a cambiar nada, es responsabilidad del jefe (J. Taqui, comunicación personal, 2022)

Esta respuesta evidenciaba quizás parte de lo que se asociaba con ejercer liderazgo comunal desde el cargo de *apu* de la comunidad. Detrás de estas percepciones emergían la puesta en escena de relaciones de poder que se ejercen comunamente en distintas dimensiones de la comunidad. Sin embargo, parecía dejar de lado el tema de la preparación de la persona para lidiar con el ámbito de la burocracia pública y las relaciones de poder a nivel político local, y, por otro lado, los recursos y condiciones de la persona misma para sostener esa participación. Parte de sus críticas sobre su desenvolvimiento, ha sido sobre el aspecto de la salud, por la ausencia de un establecimiento del Estado en la comunidad, y el deterioro/abandono/desmontaje de la botica comunal. Precisamente, en el siguiente capítulo se abordará las siguientes preguntas ¿De qué manera los comuneros/as atienden sus necesidades y emergencias sanitarias? ¿Cuál es el vínculo que han construido con los servicios de salud pública? ¿Qué relación tiene con la manera como se ha ido y continúa desarrollando el proceso de vacunación en la comunidad?

4.2 Configuración del sistema de salud pública local

El sistema de salud pública, en el caso de la zona de estudio, opera desde la ciudad de Santa María de Nieva. Al ser capital concentra una serie de organismos centrales que terminan vinculándose con el resto de los sectores, localidades y comunidades de la provincia. Partiendo en esa disposición, es la Red de Salud de Condorcanqui aquella que desde ese sitio conecta una cadena de instituciones y establecimientos que se organizan descentralizadamente a lo largo del territorio (gráfico 12).

Esta ejerce una serie de funciones que circulan alrededor de la gestión y supervisión, por medio de sus diferentes áreas, de procesos relacionados a la provisión de un conjunto de atenciones sobre la salud de las personas. Sin embargo, se trata de una actividad que demanda intervención constante en varios aspectos, incluso para los propios funcionarios que en teoría pueden tener un cargo de escritorio, como lo señala la propia coordinadora de la unidad de atención integral de la entidad mencionada:

“si bien puede parecer de oficina, puede terminar adecuándose al campo en contextos como estos, y, sobre todo, en tanto a procesos de inmunización” (P.M, Red de Salud, 2022).

Posterior a la Red de Salud se desprenden las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): establecimientos del primer/segundo nivel de atención de resolución básica que brindan una serie de servicios directamente a la población. En el caso de Santa María de Nieva se concentran cuatro¹⁷. El Hospital Santa María de Nieva, el Centro de Salud Nieva, Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC).

El Hospital, se categoriza por ser un establecimiento II-1, es decir que pertenece al segundo nivel de atención y se caracteriza por atender satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas (Ministerio de Salud s/f, pp.22). Su estructura se encuentra ubicada en el

¹⁷ Debido al desenlace de la estrategia de muestreo asumida durante el trabajo de campo se consideró contar con la representatividad de la dos primeras entidades, por el rol protagónico que asumieron durante el proceso de vacunación sobre la comunidad de estudio.

asentamiento humano 'Velasco Alvarado', al lado contrario del centro de la ciudad que divide el río Nieva. La infraestructura es de grandes proporciones, y su estado parece abandonado debido a la ausencia de pacientes, y estar rodeado de un conjunto de vehículos de salud abandonados.

El Centro de Salud, pertenece al primer nivel de atención, y es parte de la Microrred de Salud, centro de referencia para los puestos de menor complejidad. Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado y referencial. Brinda atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos de salud (Ministerio de Salud s/f, pp.15). Al contrario del Hospital, su estructura es de medianas proporciones, y se encuentra ubicada en el mismo centro de la ciudad, seguidamente de la Red de Salud de Condorcanqui. El estado de la infraestructura es antigua y vulnerable, al estar ubicados en un terreno con riesgo de inundación permanente. A pesar de ello, presenta mayor cantidad de usuarios y pacientes en el cotidiano.

Gráfico 12: Ubicación territorial de las instituciones de salud pública en Nieva



Fuente: elaboración propia

Desde inicios del año pasado, el establecimiento a cargo de la jurisdicción de las comunidades aledañas a Santa María de Nieva, entre ellas, Achoaga, es el Centro de Salud. Esto significa que esta microrred es la encargada de proveer un modelo de atención preventivo y promocional a los habitantes de la comunidad, más no recuperativo o de emergencia, pues de eso campo se encarga el Hospital. O sea, si un comunero se dirige hacia el hospital buscando una cita médica, posiblemente sea derivado hacia el Centro de Salud, es a partir de esta instancia que puede ser atendido o referido a otro establecimiento, incluso volviendo al Hospital, dependiendo de las circunstancias médicas del paciente. Sin embargo, si presenta algún caso de emergencia, será inmediatamente atendido por este último organismo de salud. El Centro de Salud, se establece como punto inicial desde donde parten las consultas, diagnósticos y tratamientos de salud.

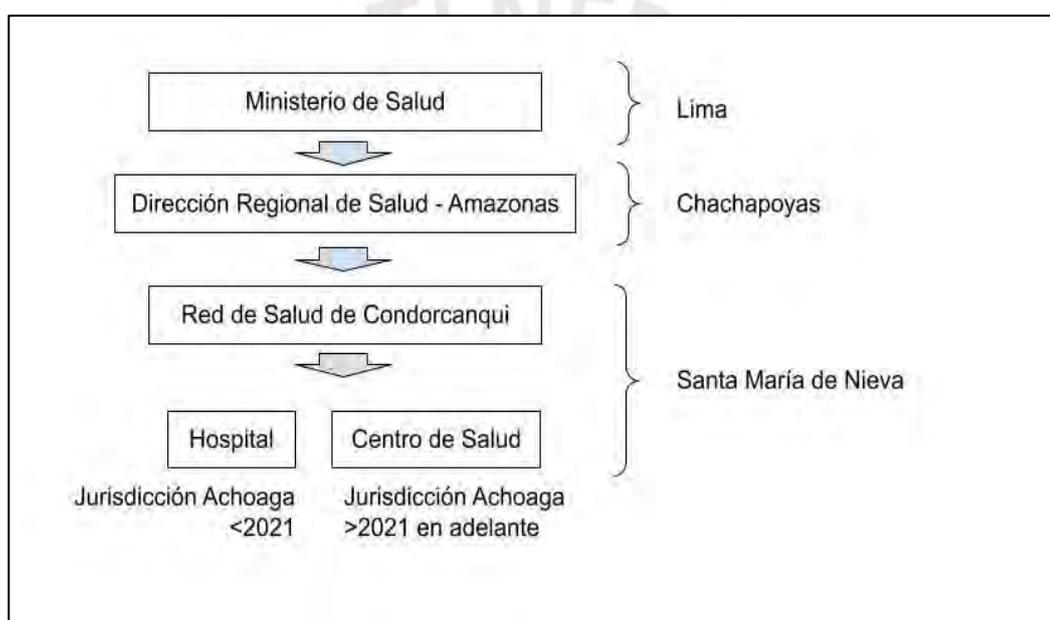
Por otro lado, este vínculo también se construye sobre otro tipo de servicios de salud brindados por el Estado alrededor de cuidado de la parte preventiva. Me refiero a las actividades extra murales¹⁸, las cuales se concretan cuando un conjunto de profesionales de la salud que rotan constantemente, visita cada comunidad de su jurisdicción mensualmente para brindar servicios específicos a sus habitantes. Estos priorizan el control, el crecimiento y el desarrollo de los infantes menores de cinco años, la planificación familiar, control de emociones e identificación de la violencia, la vigilancia y evaluación de la salud bucal, y la vacunación COVID. Todo lo mencionado por medio de especialistas dedicados a la enfermería, obstetricia, odontología y psicología, más no medicina general.

En síntesis, campo preventivo/promocional es atendido por el Centro de Salud, mientras que el recuperativo/emergencia por el Hospital. Santa María de Nieva, en ese sentido, terminaba siendo un punto de referencia importante para conectar a los habitantes de la comunidad con el sistema de salud público. De esta manera, el vínculo presente que une a la comunidad con la salud pública

¹⁸ Las acciones intramurales se refieren al conjunto de actividades relacionadas a atención a la salud que se realizan dentro del establecimiento de salud, mientras que los extramurales son aquellas que se llevan a cabo fuera del establecimiento, usualmente por medio de actividades planificadas por un equipo de salud en comunidades. En ambos casos, se realizan acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento.

del primer nivel de atención se concretiza por medio de las dos vías mencionadas. Considero importante tener en cuenta el panorama pues ha sido esa misma dinámica desde la cual ha partido el proceso de vacunación COVID desde inicios del 2021. Esta conexión, sin embargo, no es ahistórica, tampoco estática, tiene una trayectoria y se inscribe en un escenario social, económico y político específico que construye una experiencia distinta entre los propios comuneros y comuneras, así como entre los propios funcionarios y profesionales de la salud. A continuación, muestro parte de estas transformaciones, desde el punto de vista de representantes del sector público de salud.

Gráfico 13: Organigrama de sistema de salud en el ámbito de estudio



Fuente: elaboración propia

4.3 Interacciones del sistema de salud público local con la comunidad en pandemia

Para explicar cuáles son las características de la interacción que tienen los habitantes de la comunidad con el aparato de salud pública es necesario conocer algunos antecedentes importantes de estos mismos. Para ello, pondré en evidencia las transformaciones que han tenido las jurisdicciones poblaciones de los establecimientos de salud.

Antes de que el Centro de Salud asuma dentro de su instancia a las comunidades nativas aledañas a principios del 2021, entre ellas Achoaga, estas mismas habían estado hasta entonces bajo la responsabilidad del Hospital. Este

cambio, aunque parezca mínimo, constituía un elemento importante en la manera como terminaban percibiéndose la implementación de los servicios de salud en la comunidad, por ejemplo, sobre las actividades extramurales en la comunidad.

En el presente, esta intervención ambulatoria solamente capta la presencia de las mujeres y niños/as de la comunidad. Las madres de familia asisten al local comunal con sus menores hijos en un primer plano para recibir atenciones médicas para sus propios infantes, aunque a veces termina siendo interpretado solamente a la búsqueda del registro tarjetas de asistencia, como una obligación propia del Programa Juntos para continuar siendo beneficiarias. Desde la perspectiva de los hombres esto no solamente sucede porque las actividades extramurales se realizan en un horario en los cuales se encuentran ocupados haciendo labores en la chacra, sino que también se considera que el tipo de atenciones médicas que se brindan están dirigidas específicamente hacia estas personas porque son 'débiles' y 'vulnerables', en oposición al cuerpo masculino que resulta ser 'fuerte', 'resistente', se 'cura rápido' y eficazmente con plantas y/o vegetales.

Estas palabras contrastan, sin embargo, con la percepción de las actividades extramurales que anteriormente se hacían, y que estaban a cargo del Hospital. Como Aniano (56), un comunero, mencionó "hay una diferencia en lo que alguna vez fueron, venían las mismas enfermeras, y un doctor que no me acuerdo su nombre, ahí sí íbamos a consultarte o pedirle medicinas" (A. Ampush, comunicación personal, 2022). Así mismo, se registró confusión sobre el establecimiento referente encargado de administrar su salud en la Santa María de Nieva, así como de los mismos responsables de desarrollar las actividades extramurales.

El conjunto de estas contradicciones incluso se veía reflejadas en las palabras de los propios representantes, funcionarios y profesionales de la salud de las entidades responsables de administrar la salud pública en la zona de estudio. Desde la Red de Salud de Condorcanqui, a través del área de inmunizaciones, M.C (35) en que "las comunidades nativas aledañas a Santa María de Nieva, como Achoaga, se encontraban en el rango jurisdiccional del hospital debido a una nueva reasignación" (M.C, Red de Salud, 2022). Por otro lado, el Hospital, por medio de la misma área, discrepaba con esa información y señalaba otros sectores urbanos, menos a las comunidades, como parte de su instancia. Además, K.S (30), añadía que "por resolución y porque el hospital

debería dedicarse más a la actividad recuperativa que a la preventiva, las comunidades nativas aledañas serían responsabilidad del Centro de Salud” (K.S, Hospital, 2022). Finalmente, desde la jefatura del Centro de Salud, M.U (35), respondía a esas declaraciones con un tono “sarcástico e inocente” (cuaderno de campo, 2022) de la siguiente manera: “en realidad el año pasado solamente contábamos con la Comunidad Nativa de Ebron, pero este año el hospital dice que no puede tener población adscrita, sólo puede basarse en la parte recuperativa, entonces ellos no pueden hacer la parte preventivo promocional, por eso ellos se desligaron de las comunidades y ahora nos pertenece a nosotros” (M. U, Centro de Salud, 2022).

Gráfico 14: Discursos de las instituciones de salud pública



Fuente: elaboración propia

Las tres personas provenientes del sector salud mencionadas fueron informantes clave y desde labores, lugares y momentos distintos, protagonistas en el proceso de vacunación COVID en la zona de estudio. Los discursos que emergieron entre estas personas fueron uno de los elementos que me pareció importante resaltar debido a que parecía evidenciar un desencuentro entre usuarios, pero sobre todo entre representantes de salud por la asignación de nuevas instancias por cubrir. Los constantes cambios sobre la responsabilidad jurisdiccional hacia las comunidades nativas develaron un escenario interno de pugna en varios niveles entre las instituciones de salud pública a cargo. Sin

embargo, el factor de los continuos cambios termina siendo un rasgo característico de las mismas dinámicas del sector, no solamente en el plano operativo, sino incluso en el político, pues durante mi estadía en campo, los propios directores de cada institución (Red de Salud, Hospital y Centro de Salud) fueron cambiados del cargo.

Estas brechas se han registrado en el contexto de estudio, teniendo impacto no solamente sobre el desenvolvimiento de la vacunación contra el covid-19, sino en el conjunto de atenciones/servicios que se disponen para los usuarios. Parte de ese escenario ha sido reflejado en el caso del Hospital, por ejemplo, una de las enfermeras, L.T (45) detalla la pugna que se gestó durante ese tiempo:

“Por el COVID, la mayoría de mis colegas sólo veían la recuperativa, la preventiva se dejaba a un lado. Teníamos un horario, tres veces a la semana, en el que solamente recibíamos a algunos usuarios que se vacunaban, pero ya no hacíamos el control CRED, así se fue trabajando con las comunidades. En ese tiempo [...] los nombrados decían que ya se sacaron el lomo, que ‘no sé qué’, que ellos ya no pueden hacer la parte preventiva, sino la recuperativa. Desde esa fecha los profesionales dijeron que ya no iban a hacer las actividades extramurales, fue entre noviembre y diciembre, presentaron un informe diciendo que sólo se encargarían de la parte recuperativa. Se envía ese documento a la región, esta contesta diciendo que el Hospital ya no se responsabilizaba de las seis comunidades, ahora se pasaba para el Centro de Salud, por eso los extramurales lo hace esa institución. Sin embargo, después llega un archivo de la DIRESA. Esta no aceptaba porque el Hospital tenía convenios FED que tenían que respetar [...] pero en nada ha quedado, no hay ningún documento de por medio que diga que tenemos que hacer las actividades preventivas. Por el momento el Centro de Salud se está encargando de los extramurales”. (L.T, Hospital, 2022)

En esa línea, entre el personal de salud no sorprende encontrar esas disyuntivas en relación a la ampliación de sus actividades preventivas, promocionales, recuperativas y rehabilitativas en escenarios indígenas, sobre todo por lo que termina significando en la cotidianidad, o sea condicionantes, obstáculos, riesgos, pero también -cómo se pondrá en evidencia más adelante-

metas, responsabilidades y presiones, sobre todo en una pandemia y proceso de vacunación. Este fenómeno, sin embargo, también encuentra explicaciones en la propia inestabilidad política del sector. Además de la situación contada, se suman una serie de modificaciones en los cargos superiores de las principales instituciones y establecimientos del sector, por supuesto influenciados por el peso del escenario electoral, que termina incidiendo en la parte más fina de la cadena de mando de varios sectores públicos, incluido el de salud.

Parte de lo descrito sobre las brechas y limitaciones en la implementación de los servicios de salud, así como sobre la percepción de un cambio las atenciones de las actividades extramurales se han registrado durante las observaciones de estas últimas en la comunidad. Mediante la observación participante, se realizó el seguimiento del proceso de dos de estas jornadas espaciadas aproximadamente entre cada mes. Las coordinaciones para realizar este ejercicio se hicieron presencialmente tanto con el área responsable de la Red de Salud y el Centro de Salud, así como con las autoridades comunales de Achoaga. Hacia ambos lados, las partes fueron accesibles con concederme los consentimientos y autorizaciones pertinentes.

Imagen 6: Primera actividad extramural



Fuente: fotografía propia

Unos días antes de la primera actividad, realizadas las solicitudes de permiso, la responsable de la jornada, M.U (35), proveniente del Centro de Salud me dio luz verde, y anunció que no había problema alguno en acompañar el extramural en Achoaga, pero que lamentablemente no podía garantizarme el transporte de ida ni de vuelta por lo que tenía que valerme por mí mismo. Esto debido a que no contaban con la seguridad de obtener los medios y presupuestos necesarios, y que, dependiendo de la respuesta de la Red de Salud, la encargada de administrar y proveer la logística, tendrían que usar recursos ajustados o en todo caso reprogramar la actividad.

Imagen 7: Segunda actividad extramural



Fuente: fotografía propia

La situación de incertidumbre permaneció hasta ese mismo día antes de partir, cuando visité a primera hora las instalaciones del establecimiento para dar el último visto y me topé con un *todavía no sabemos porque la Red no me ha contestado iré yo misma a preguntarles, acá al costado no más, ven*, me dijo. Como la Red de Salud se encontraba seguido de su infraestructura, le seguí los pasos hacia unos cuantos metros, pues intentaba presionar a las personas encargadas con mi presencia. Sin embargo, no me permitieron entrar al complejo, después de unos minutos ella salió del lugar en dirección a su

establecimiento con una cara de decepción, comentándome que no había combustible. Sin embargo, a los minutos, le llegó un mensaje a su celular, que después revisarlo, volvió en la dirección contraria pues le habían conseguido lo necesario. *A veces hay que rogarles'*, comentó. [Cuaderno de Campo, 2022]

Para esto, unos días antes, M.U (35) (en este caso ella, porque pueden rotar los responsables) le enviaba un mensaje por medio de WhatsApp al agente comunitario de la comunidad, Eddy Jima. Cuando conversaba con él para preguntarle sobre el rol que tenía con el Centro de Salud sobre la implementación de las actividades extramurales, sacaba su celular, abría la aplicación, y entre varios contactos que eran de enfermeros que habían estado en esa situación, y con el mismo diálogo de siempre que no pasaba más de dos respuestas -una para saludar e informar y otra para confirmar de ambas partes- intentaba encontrar el chat que tenía con M.U (35).

Él me contó que, con anticipación, se encargaba de difundir la información por medio de un altavoz exponencial que se encontraba ubicado en una vivienda familiar relativamente cercana al centro de la comunidad, pero que resultaba insuficiente para la extensión del pueblo. Eddy transmitía el mensaje en idioma durante la mañana/noche de acuerdo a su criterio y disponibilidad, al menos dos veces seguidas. Sin embargo, tanto para él y la responsable de la actividad, los comuneros y comuneras ya tenían conocimiento de las fechas en que se hacían las actividades extramurales, por lo que no era necesario decirlo más veces. Ello resultaba cierto hasta determinado punto, pues debido a la inseguridad de los recursos y capacidades que ya vimos, las fechas podían variar entre varios días, pero no excediendo más de una semana.

La primera actividad se llevó el día 12 de septiembre desde las 9:00 am hasta las 2:00 pm. Esta se realizó en el local comunal de la comunidad, como siempre. El primer hecho que se hacía evidente era que las personas asistentes eran en su totalidad mujeres y niños, los cuales esperaban desde minutos antes en la puerta del local la llegada del personal de salud. En cierta manera, esto evidenciaba parte de los roles de género en la Amazonía, relacionados a la maternidad y crianza, pero como anteriormente evidenciamos, también tenía que ver con las presiones sobre la transferencia condicional. Al mismo se notaba la ausencia de hombres y adultos/as mayores. El equipo conformado por

profesionales todas mujeres mestizas llegaban en una camioneta que recién había adquirido la Red de Salud, se adentraba en la calle principal hasta llegar la puerta del local comunal, donde se encontraban las personas mencionadas expectantes. Saludaban, y como una rutina establecida, se adentraban en el lugar, el cual lucía vacío y empolvado con algunas bancas dispersas. Durante unos breves momentos, el personal se acomodaba, y se las arreglaba con los elementos que encontraba en el lugar, como mesas/sillas/escaleras, para instalar una especie de módulos de atención separados por especialidad en forma de 'U', y así, comenzar con la actividad. En varias ocasiones escuchaba que las miembros preguntaban abiertamente si alguien les podía prestar una escoba, y si podían pedirle al *apu* de la comunidad que en una siguiente ocasión se limpie el lugar. Después, una de ellas subió los escalones de la parte frontal, y avisó de que iban a empezar con la jornada, por lo que obligatoriamente necesitaban los carnets de control de los menores junto a su documento de identidad.

Una comunera, entre risas mencionaba que, *como soldados*, iban llamando a cada madre junto a su hijo/hija rotando entre cada módulo. Irónicamente esto se conectaba con el *ya se fugó*, comentario que hacían las enfermeras cuando después de invitarlas a vacunarse contra la Covid-19, veían que las ignoraban e incluso salían del local. Como me contaban varias de las mujeres de la comunidad, la mayoría estaba allí no por su salud, sino por la de su *uchi*, pues necesitaban estar al día con el control infantil de Juntos. Las interacciones no eran diferentes, las madres acudían al llamado de la mesa central, esperaban en silencio el llenado de datos, asistían en las indicaciones que daba el personal para el control de peso/tamaño o la aplicación de vacunas en sus hijos. Dependiendo de los indicadores las enfermeras entregaban 'sulfato ferroso' y les brindaban indicaciones y recomendaciones de alimentación y cuidado. En ocasiones, se hacían consultas sobre preocupaciones y episodios de enfermedades de los menores que eran respondidas fugazmente. Después las enfermeras llenaban los datos del control y les devolvían sus carnés de control. Dependiendo de la decisión de la madre, estas optaban por continuar en los módulos o irse.

Durante un momento, un comunero mayor de edad que caminaba por el lugar se percató de la actividad extramural, se acercó e ingresó al local. Pasó por el medio del tumulto de niños y niñas, y esforzándose por expresarse en español le dijo a una de las enfermeras que se sentía mal del estómago, preguntando la posibilidad de que le entreguen medicinas. Una de ellas, le respondió con un tono calmado que lamentablemente no tenían medicamentos y que tampoco había un doctor para que lo vea. Frente a esa respuesta, el comunero sonrió, y salió del local.

Al finalizar con la última comunera, una de las enfermeras comentó, 'resultó siendo un fracaso'. Esto tenía que ver con el número de mujeres con hijos que habían asistido (9 madres y 10 niños), pues según la líder del equipo hay ocasiones donde se llena más. Desde su punto de vista, tenía que ver con la responsabilidad del agente comunitario, pues al parecer no habría avisado con anticipación suficiente. Para el personal, todavía era temprano, por lo que dos enfermeras decidieron ir a la institución educativa primaria de la comunidad, ubicada a unos cuantos metros, para vacunar a niños contra COVID. Conversaron con el director, el cual dio el aval para que el personal ingrese a las aulas, pero recalcó que sólo sería 'con su consentimiento', advirtiendo entre risas.

Entraron al salón, saludaron a las dieciocho chicas y chicos, se presentaron y comenzaron a explicar, con ayuda de la pizarra, qué eran las vacunas, para qué servían y cuáles eran sus beneficios, específicamente sobre COVID y el cáncer de cuello uterino. Una de las frases que usaban frecuentemente era 'ánimate a vacunarte ahora para que en el futuro puedas vivir sano y no te enfermes' (M.U, Centro de Salud, 2022). Después de la charla, el silencio se apoderó de la escena, y de las explicaciones pasaron al ofrecimiento. Solamente dos niñas se vacunaron, una contra COVID y otra contra cuello uterino. Posterior a unos momentos, se despidieron y volvieron al local comunal ya vacío donde aguardaba el resto del equipo. Llamaron a la movilidad por teléfono, y cuando llegó volvieron a Nieva.

Como mencioné al inicio del presente capítulo, más allá de enfocarse exclusivamente en lo que ha sido y continúa siendo el proceso de vacunación, me pareció importante etnografiar los espacios y relaciones que se han ido

construyendo entre los comuneros de la comunidad y los representantes del sistema de salud pública de la zona de estudio, pues este constituye un tipo de interacción específica dentro de algo más grande, en la cual han participado casi los mismos actores en diferentes condiciones.

4.4. Experiencias y percepciones del personal de salud sobre la implementación del programa de vacunación COVID en la zona de estudio

Analizar la puesta en escena de la vacunación COVID en el ámbito de estudio ha supuesto prestar atención hacia temporalidades, espacios, roles, conceptos e imaginarios que han confluído entre una variedad de protagonistas del sector público de salud. Es importante explorar la implementación del programa, no sólo desde la sucesión de hechos, sino en las experiencias y percepciones de estos informantes. Al mismo tiempo, se evidenciarán quiénes han sido estos, cómo ha sido su participación en relación a la vacunación, sus condiciones, problemáticas y aprendizajes.

Como sabemos, a nivel nacional la implementación del programa de vacunación estuvo regulado por el 'Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra Covid-19' elaborado a mediados de abril por el MINSA. Este documento ofrecía un conjunto de información general sobre la situación sanitaria, base legal, presupuesto, estrategia operativa y componentes técnicos. Parte de la información importante, daba a conocer cuál iba a ser el orden de vacunación en grupos de prioridad.

- Primer grupo: personal de salud público/privado junto a las fuerzas del orden. Buscaría la protección de la integridad del sistema de salud y la continuidad de los servicios básicos.
- Segundo grupo: adultos mayores de edad, personas con morbilidad y las comunidades campesinas y nativas. Apunta a reducir la morbilidad severa y la mortalidad en población de mayor riesgo.
- Tercer grupo: resto de la población de 18 a 59 años. Objetivo de reducir la transmisión de la infección en la continuidad y generar la inmunidad de rebaño.

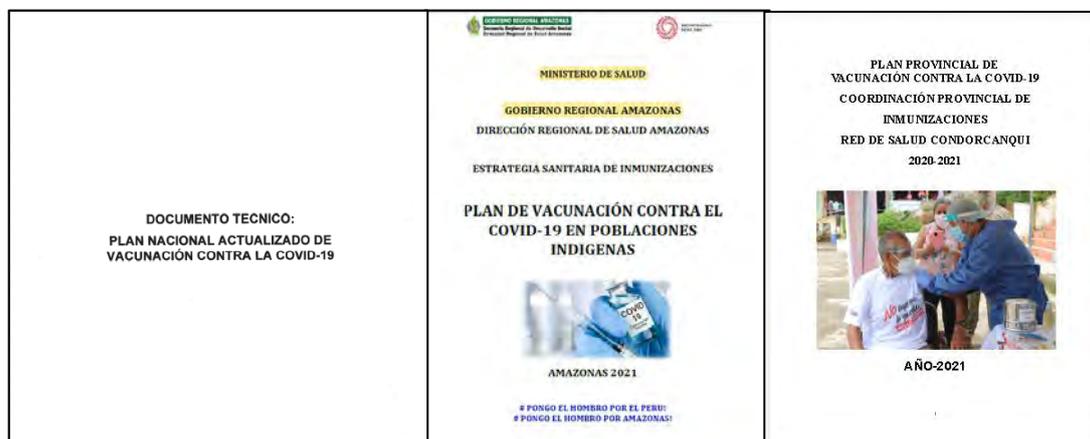
A nivel regional, la implementación del programa estuvo enmarcado por el 'Plan de Vacunación contra el Covid-19 en Poblaciones Indígenas' elaborado hacia inicios de mayo del por la DIRESA de Amazonas. Este tuvo la característica de generar acciones que faciliten el acceso a la vacunación en comunidades nativas para mitigar la morbimortalidad por Covid-19. Eso supuso, además de especificar cuestiones técnicas (duración específica, número de dosis, intervalos, recursos humanos y personal contratado, conservación específica, estrategia de vacunación, presupuesto, cronograma), cambiar prioridades en la secuencia de vacunación, partiendo de un orden etario con enfoque territorial, a solamente tomar en cuenta este último en el caso de los pueblos indígenas. Además de lo mencionado, se mencionó que se tomarían en cuenta las propuestas y sugerencias de autoridades indígenas, y se precisó la elaboración de un 'plan comunicacional' bilingüe para transmitir los mensajes e intercambiar pareceres.

A nivel provincial, el desarrollo de la vacunación estuvo ambientado por el 'Plan Provincial de Vacunación contra covid-19' elaborado en junio por la Red de Salud de Condorcanqui. Este solamente menciona los lineamientos técnicos operativos, tácticas y estrategias de vacunación de acuerdo a la realidad del contexto social, geográfico y cultural de cada distrito y al tipo de vacuna que adquirido el Ministerio de Salud; al mismo tiempo identifica la brecha de la necesidad de equipos y complementos. Algunos puntos importantes que enfatiza es la modalidad de vacunación (institucional, puesto fijo y casa por casa) la composición de las brigadas de vacunación (vacunador, un anotador y un digitador), y los aliados estratégicos (exclusivamente el gobierno local y el MINSA).

La revisión de los tres documentos muestra parte de la lógica en que opera el Estado por medio del sistema descentralizado de salud para la puesta en escena de un programa de salud pública, pues se elabora en escala y en base a cada nivel del sector. Esta articulación, sin embargo, se da hasta cierto punto, porque comienzan a evidenciarse ausencias, contradicciones y pugnas sobre aspectos importantes que aparecen en lo cotidiano. Por un lado, al ser un programa del Estado que descansa sobre niveles de poderes continuos, la formulación de las diferentes entidades de salud pública responsables se vuelve

tardía, porque terminan dependiendo de estos mismos, y no sujetos a una política nacional de salud indígena que de un marco general.

Gráfico 15: Portadas del Plan de Vacunación



Fuente: elaboración propia

Por otro lado, es recién en el alcance de la región que se suman conceptos, categorías y estrategias que hacen alusión a los pueblos indígenas amazónicos, por ejemplo, a través de la consulta hacia autoridades indígenas y un plan comunicacional bilingüe. Por el contrario, estos aspectos son omitidos en el plan provincial, mas no, resaltando algunas consideraciones técnicas estrictas dictaminadas por el Ministerio de Salud; en tanto especificaba que parte de sus consignas se encontraban sujetos a procesos de un nivel superior que no podían alterar, por ejemplo, respecto a las fechas de entrega o el tipo de la vacuna entregado. En la práctica esto supuso el estricto establecimiento de un conjunto de metas en indicadores que medían el progreso de la vacunación, lo cual generaba otro tipo de métodos en la implementación para seguir la presión. A ello se suma la mención de distintas brechas en los recursos y herramientas técnicas que se hacen evidentes en el primer nivel de atención, y la convocatoria de aliados estratégicos que no escapan más allá del sector público.

En síntesis, se muestra que el programa de vacunación depende de la elaboración y sostenimiento de un marco normativo, que dicta información general hacia lo específico, pero al mismo tiempo, muestra que la articulación de estos tres diferentes niveles está atravesada por una relación de poder, debido

a que terminan evidenciando ausencias, brechas y contradicciones sobre diferentes aspectos cada vez más asentados hacia el primer nivel de atención. A continuación, se detallan algunas experiencias de los representantes del sector público de salud sobre la implementación de la vacunación en el ámbito de estudio.

Desde la administración de una de las unidades de atención de la Red de Salud de Condorcanqui -la entidad que directamente ejecuta la vacunación-, P.M (35) hacía mención hacia la incoherencia de las autoridades superiores para demandar el cumplimiento de indicadores aparentemente fuera de contexto:

“Por medio de enlaces virtuales y presenciales nos actualizaban la información sobre el proceso, ellos piensan que las comunidades indígenas es lo mismo que estar en la ciudad y al ver no ver resultados alentadores venían a ‘visitar’te. El año pasado, en pleno ‘boom’ de vacunación yo les decía, ‘yo les invito, vengan’, y de tanto insistir, llegaron junto al Ministerio de Cultura para que vieran ellos mismos la situación de nuestro día a día” (P. M, Red de Salud, 2022)

Esta relación de poder, transmitida en los niveles administrativos, sin embargo, se reproducía también en los operativos, entre la propia Red de Salud, y las IPRESS, por ejemplo, a partir de ‘evaluaciones’ e ‘inspecciones’ sorpresas en las jornadas diarias de vacunación, tal como lo manifestaba una representante de la institución mencionada:

“Nosotros como Red de Salud al ver la situación, lo que hicimos fue armar una brigada aprovechando que mi persona es enfermera, tanto de la unidad de Coordinación de Comunicaciones como de Promoción de la Salud. Fuimos a hacer el acompañamiento para ver por qué razón no estaban vacunando. El personal decía que no aceptaban las vacunas los adultos mayores, después decían que no llegaban a las casas, entonces nosotros fuimos. Al final nos dimos cuenta que el problema era que faltaba más convencimiento y explicarles la importancia de la vacuna, con eso logramos tener al menos diez adultos vacunados. En el mes de junio hicimos nuestro lanzamiento a nivel provincial. Tú sabes que, si tenemos uno, ya empieza a avanzar”.

(P. M, Red de Salud, 2022)

Estas declaraciones dejaban en evidencia la existencia de una cadena de mando que se iba extendiendo por medio de diferentes dimensiones del sector. Así mismo, por donde transitaban interpretaciones, expectativas y presiones sobre desarrollo de la vacunación en ámbito de estudio. Respecto al tema, uno de los primeros aspectos más controversiales durante la implementación de la vacunación fue sobre el lote que disponía de un frasco que sólo podía usarse para diez personas, no con menos. Tomando en cuenta que la aceptación por parte de varias comunidades era complicada y ejercía tiempo, así como otra estrategia de acercamiento; la sensación que dejaba impregnada en las percepciones de los funcionarios y personal de salud era que no fue una opción adecuada pensada por el Ministerio. Esto se manifestaba en las reguladas y rígidas actividades que tenían a cargo. Por ejemplo, desde el área de enfermería del Hospital de Nieva, K.S (30) contaba:

“Sí, todos teníamos metas. Nos decían que teníamos que vacunar hasta un punto, pero no se lograba. El problema es que nos daban la meta y la vacuna, pero la población no acudía, no había la aceptación, mucho más cuando era un frasco multidosis o bidosis, y encima no podía haber factor perdida. Lograr encontrar uno hasta encontrar a otro se desanimaba”.
(K.S, Hospital, 2022)

Parte de la experiencia de la vacunación para el personal de salud, supuso lidiar con estándares establecidos por el sector (ej. alcanzar número de personas vacunadas en un límite de tiempo, evitar desperdiciar frascos de vacuna), sin embargo, debido a los recursos recibidos y a las dificultades de acceso, comunicación, y aceptación, se hizo complejo trabajar de ese modo. Desde el área de emergencia del Hospital, uno de los enfermeros que trabajó en otras zonas aledañas, J.A (30), mencionaba:

“Sobre la pérdida de las vacunas, era esto de hacer el informe y tener miedo de que si perdiste la dosis de repente te llegue una sanción administrativa, una investigación o algo por el estilo” (J.A, Hospital, 2022)

La enfermera a cargo de las dos actividades extramurales, y posteriormente directora del Centro de Salud, cuando se hacía mención a esa época de vacunación contra la Covid-19, M.U (35), contaba:

“El factor pérdida nos afecta a nosotros, porque la Red va a decir ‘no buscaste a más personas, no buscaste, no buscaste y no buscaste’, no va a decir ‘ah no, sí tienen razón” (M.U, Centro de Salud, 2022)

Otra de las situaciones de tensión que se desprendía en la implementación de la vacunación en la zona de estudio, suponía lidiar con los mecanismos de regulación de los niveles superiores. Ello implicaba no solamente un ambiente laboral tensionado tanto en la parte operativa al momento de tomar acciones en el momento, como en la administrativa al elaborar reportes. De esa misma institución, una de las enfermeras que trabajó en vacunación desde el Hospital, L.T (45) y en la comunidad nativa de Achoaga, decía:

“Esa vacuna se habría para diez personas, no era monodosis, ahí teníamos que corretear, resultó un obstáculo porque la red nos decía ‘tienen que vacunar tanto, mínimo ocho o seis’ pero hay personas que no quieren. Es difícil, si hubiera una orden que cumplir que reconocen algo, de esa manera sí hemos estado trabajando también”. (L. Tincho, Hospital, 2022)

Otro de los puntos que se reflejaban dentro del conjunto de ausencias, contradicciones y pugnas del programa, partía de la evidencia de las condiciones, recursos y capacidades con la que el personal de salud lidiaba en el desarrollo de la vacunación. En el documento que describe el programa de vacunación a nivel local esto se materializaba en la identificación constante de distintos tipos de brechas, sin embargo, los detalles detrás de esta disparidad apuntaban no sólo a las condiciones laborales durante las jornadas de vacunación, sino incluso a la misma situación de trabajar en el sector público de salud.

Parte de esta situación era reconocida por las propias autoridades locales del sector salud, señalando no solamente cómo afectaba el desplazamiento de las brigadas de vacunación durante el desarrollo del plan, sino la manera en que terminaba normalizándose en las actividades cotidianas. Desde la Unidad de Atención de Salud de la Red de Salud de Condorcanqui, P.M (35), precisaba:

“Nosotros, aquí en Condorcanqui, lamentablemente no tenemos un buen presupuesto para poder darle las comodidades al trabajador para que

puedan hacer una buena actividad. Dentro de ello está, por ejemplo, el desabastecimiento del combustible, pues como sabes aquí es todo por agua, tenemos pocos establecimientos por carretera, el resto es río. Lamentablemente no hemos tenido sostenibilidad como para que la intervención sea diaria. Además, los decretos que salían que te enviaban de parte del Minsa eran rígidos. En algo nos ayudó el decreto en cuanto al pago de las brigadas de vacunación, eso ayudaba como motivación, lamentablemente acá si no los motivas no trabajan, más que todo por las distancias”. (P.M, Red de Salud, 2022)

Por la Dirección de Inmunizaciones, Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Nieva, K.S (30), decía:

“Las comunidades no están cerca, para ir a buscar tres o cuatro en tal lugar y fecha, a pesar de que fuiste y no los encontraste ya no podías seguir yendo por recurso logístico como el combustible porque nos dan solo para ir una vez. Después la Red nos empezó a dar más, pero de manera restringida, porque no es factible de que vacunes dos y encima tengas que gastar más galones, y encima tiene que rogar” (K.S, Hospital, 2022)

Por otra parte, estas brechas caían específicamente sobre la operatividad del programa de vacunación en comunidades indígenas. Se hizo referencia no sólo hacia el desabastecimiento circunstancial de equipamiento de protección, sino incluso a la carencia de recursos humanos. Esta problemática encontraría raíces en otro nivel del sector que se especificará más adelante. En esa dirección, una de las profesionales del Centro de Salud, M.U (35), mencionaba:

“A inicios de la pandemia, en temas de logística y equipamiento nos alocábamos, no había los equipos de protección personal, las mascarillas que utilizábamos para protegernos, pero ya después el año pasado se normalizó y no teníamos demasiadas dificultades en eso, lo que sí trabajar en este clima pues es sofocante” (M.U, Centro de Salud, 2022)

En el lado del Área de Inmunizaciones de la Red de Salud, una de sus representantes, M.C (35), hacía mención a lo siguiente:

“Nos limita el recurso humano, además del de contratar y ofrecer, en cada microrred al menos, un equipo más. Estamos limitados en recurso a

través de los colegas que están en microrred para que se desplacen a sus IPRESS para que refuercen la vacunación que hacen los técnicos. Ahora, recordemos que, a diferencia de la ciudad, acá la brigada es la enfermera y el técnico, y en otras comunidades sólo el técnico”. (M.C, Red de Salud, 2022)

“A diferencia de la ciudad, acá la brigada es la enfermera y el técnico, y en otras comunidades sólo el técnico. (M.C, Red de Salud, 2022)

Así mismo, de parte del hospital, estas dos representantes, K.S (30) y L.T (45), mencionaban:

“Cuando estaba en campo, en mi puesto siempre ha habido licenciado, pero a veces sólo hay un técnico, él es el que vacuna, registra y orienta. Estos en su mayoría son awajún y wampis de acuerdo a la zona, si no hubiera, hay un promotor que es el que traduce la información” (K.S, Hospital, 2022).

“Cuando se iniciaron las brigadas las componían el médico, la enfermera y el técnico. Después se quitó el médico y quedaron las dos, o uno en los casos más extremos.” (L.T, Hospital, 2022)

La escasez de personal en la implementación de la vacunación sería una problemática que se atravesaría meses después de los momentos iniciales de este proceso. Sin embargo, parte de los orígenes de este corte de la continuidad estaría relacionado con un plano legal de niveles más complejos, así lo ha reflejado los testimonios de una representante del Área de Inmunizaciones de la Red de Salud, M.C (35):

“Tenemos un decreto que menciona que se va a destinar un presupuesto para el pago de vacunas adicionales a tu turno de trabajo. Ahora el Ministerio de Economía y Finanzas intervino y dijo ‘no, las personas que no se encuentran registradas en el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (RCPDRHSP) no se les va a pagar’, tenemos ese problema pues están las vacunas, pero ya no hay el recurso humano. La gente se ha reducido, porque la mayoría aquí no tenemos el aplicativo de registro, entonces han parado la vacunación, nos faltan la disponibilidad de contratos” (M.C, Red de Salud, 2022)

Finalmente, terminaba expresando que:

“Nosotros tenemos personal CAS COVID, no sé si habrás tenido oportunidad de leer de que han pasado al contrato CAS temporal, y hemos tenido una fuga de personal. No están, no quieren y la mayoría se ha quedado en el Hospital. Eso tenemos en contra de la vacunación ahora, entonces todo lo que habían salido los muchachos ya no van a querer porque no se les está pagando y la gente no va a venir a buscarte para la vacuna, tú tienes que ir a verlas” (M.C, Red de Salud, 2022).

Retratar a distintos funcionarios y profesionales sobre este tema, daba cuenta que las brechas afectaban en diferente magnitud a los distintos niveles del sistema de salud pública en la misión de inmunización. Además, la situación previa de las condiciones en las que laboraban previo a la pandemia pasaba a un segundo nivel, no se mencionaba o se naturalizaba en el discurso. Sin embargo, esto no podía ocultarse a la vista (imagen 8)

Imagen 8: Ambulancia abandonada en la entrada del hospital de Nieva



Fuente: fotografía propia

4.5 La enunciación de imaginarios sobre el territorio y sus habitantes

Otra de las interacciones que las instituciones de salud pública tenían con los usuarios indígenas, no sólo de la comunidad, sino del ámbito de estudio se daba a través del discurso. A través de una serie de percepciones de sus funcionarios, construían un imaginario sobre el territorio y sus habitantes en el contexto de pandemia.

Por un lado, las interpretaciones apuntaban hacia los itinerarios terapéuticos que desplegaron las habitantes indígenas de la zona durante la etapa de contagio y enfermedad. Con estos, me refiero específicamente al complejo uso de plantas medicinales y vegetales. El posicionamiento de estas en el espectro de tratamientos sobre la COVID ha sido central, ello ha tenido una representación de ‘interrupción’ frente la opción de optar por una vacuna. En ese sentido percepciones como las siguientes:

“ellos nos comentaban que no se vacunaban porque estaban tomando sus plantitas, sus hierbas, porque decían que en la pandemia con esas mismas se habían mejorado. Nosotros somos respetuosos de la creencia de ellos, y siempre tenemos en la mente de que hay algunas plantas que les choca cuando les ponen algún medicamento. Cuando ellos nos manifiestan que han tomado ‘piri piri’, ojo, pero a veces son bandidos y te dicen eso para no poder administrarle, entonces nosotros no influenciarnos en poner algún fármaco. En ese aspecto sí somos respetuosos, para evitar que frente a alguna complicación no le echen la culpa al personal de salud o a la vacuna. Siempre hemos tenido cuidado, porque después si hay alguna reacción, para eso si el chisme es rápido, y vamos a mandar al agua todo lo que hemos hecho” (P.M, Red de Salud, 2022)

La etapa de pandemia era un escenario más dentro de una serie de relaciones que tenía el personal de salud con usuarios indígenas, pero también entre la biomedicina y medicina tradicional. Por ende, detrás del ‘respeto’ existe una desvinculación en dos niveles, tanto sobre la confianza en la eficacia de las plantas medicinales y vegetales, pero también sobre la responsabilidad que puede causar en torno a la salud cuando se mezclan. El recuerdo de experiencias pasadas en relación a este punto se evidencia detrás del ‘para eso sí el chisme es rápido’, y el estado frágil de las relaciones de confianza en el ‘vamos a mandar al agua todo lo que hemos hecho’.

Por otro lado, otro de los imaginarios que se registró por parte de los representantes de las instituciones de salud pública sobre el acercamiento de la vacuna a los usuarios indígenas englobó la noción de ser awajún:

“Con respecto a la vacuna, hubo rechazo. Para ellos es creíble cualquier meme, mensaje, video o tik tok que para nosotros es una broma. Si dice que se mueve el brazo, o se hace un símbolo, o se pega el celular en el brazo, para ellos es verdad y por eso lo rechazan, por sus creencias, costumbres y comentarios, o sea si un nativo de la zona dice que vio el video para ellos es creíble y se va difundiendo de poblador a comunidad. (K.S, Red de Salud, 2022)

Detrás de esta perspectiva, subyacía una visión particular sobre parte de las prácticas registradas en algunos momentos de la pandemia, pero no sólo fue un comportamiento único de los habitantes de los pueblos indígenas, sino a casi toda la población, incluido el propio personal de salud. Lo que hace es dividir en ‘el para ellos es creíble’ lo que ‘para nosotros es una broma’. Tal como se aprecia en las declaraciones de la representante del área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui, M.G (30), en la siguiente cita: “sí a los hermanos mestizos les preocupaba, imagínate a ellos, por su misma idiosincrasia, fue difícil” (M.G, Red de Salud, 2022). Además de ello, esto lo atribuye a un rasgo de ‘su cultura’ o ‘sus costumbres’. Esto llevaba a construir una desconfianza, incluso en la incorporación de personal asistencia indígena en las labores de vacunación, llegando a pensar que podría estar mintiendo al momento de realizar acciones de interpretación/traducción:

A veces la lengua era un obstáculo tienes que llevar a alguien que traduzca, pero no siempre va a decir lo que tienes en mente, además esa persona tiene que estar convencida de la vacuna, porque puede estar diciendo otro tema o mintiendo (K.S, Red de Salud, 2022)

Sin embargo, otro de los puntos apuntaba a la conflictividad de las relaciones interétnicas. Un factor claramente visible en el contexto debido a las múltiples plataformas de confrontación y debate entre organizaciones de base. Para algunos representantes, esto era una debilidad debido a que no existía alguna entidad indígena que tenga legitimidad de la población awajún/wampis en su totalidad. Esto se expresaba catalogando a las Federaciones indígenas como ‘reacias’: ¿las Federaciones Indígenas? uy, esas son las más reacias (...) nos han

enviado un memorial, ¿te das cuenta?, no son apoyo para nosotros (M.C, Red de Salud, 2022)

4.6 Implementación de la vacunación COVID desde el sistema de salud público

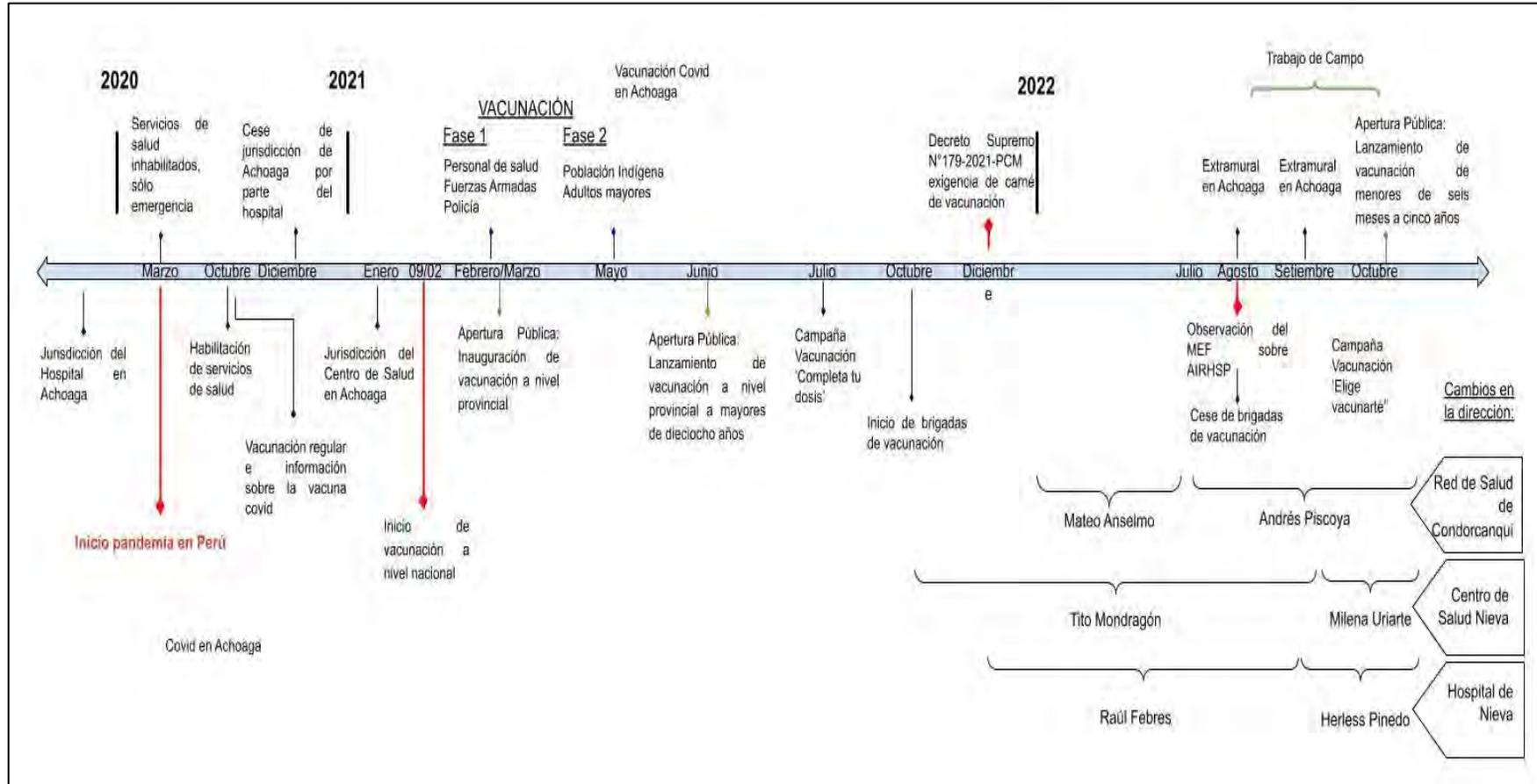
Al momento de realizarse la presente investigación, proceso de vacunación covid-19 en el ámbito de estudio tiene aproximadamente un año y medio de vigencia. A continuación, describiré los momentos clave del proceso a partir de la propia voz de los funcionarios y profesionales de salud de diferentes sectores del aparato de salud pública. Para esto usaré el recurso visual a través del siguiente esquema (ver Gráfico 16)

La vacunación Covid-19 en la ciudad de Santa María de Nieva, empezó algunas semanas después en paralelo al proceso nacional, dentro del primer trimestre del año 2021. Los meses de febrero, marzo y abril estuvieron destinados a ejecutar la primera etapa, priorizando la inmunización de los profesionales de la salud; mientras que sería en mayo cuando empezaría la segunda etapa hacia población indígena en general.

Una de los elementos a resaltar es que el inicio de ambas fases, estuvo acompañada de una inauguración pública que se llevó a cabo en el centro de la ciudad. Un evento de considerables magnitudes que realizaba muestras de vacunación en vivo, en donde participaban diferentes autoridades públicas de distintos sectores y la población en general. El objetivo detrás era, como menciona una de las enfermeras del Hospital, L.T (45): “para que la gente se dé cuenta de que la vacuna no constituye un peligro, que nosotros lo recibimos y que ellos también deben hacerlo” (L.T, Hospital, 2022). Esto debido a que hasta entonces la vacuna había sido puesta en cuestión no solamente por los propios usuarios, sino en las propias filas del personal de salud.

Las aperturas públicas mencionadas terminaron siendo determinantes por el alcance y los resultados que terminaban ocasionando. En algunos casos, causaron efectos positivos, después de que cambiasen moderadamente tendencias de rechazo en ubicaciones y grupos de edades particulares. Por esa razón, “de acuerdo a los recursos y capacidades, se podían hacer esos lanzamientos en microrredes específicas, contando con aliados del sector

Gráfico 16: Línea de tiempo de vacunación por el sistema de salud público



Fuente: elaboración propia

privado y eclesiástico” (M.C, Red de Salud, 2022). Sin embargo, en otras ocasiones el desenlace de estos eventos terminó ocasionando una repercusión negativa desde el punto de vista de los representantes del sector salud, después de que termine alentándose el rechazo a la obligatoriedad de la vacuna por y ante pobladores y autoridades del sector.

Para la segunda etapa del programa de vacunación, se activaron una serie de estrategias y tácticas para alcanzar mejores resultados. Por medio de la vacunación institucional, el puesto fijo y las brigadas se buscó generar diversos mecanismos clave para ofrecer la vacuna en diferentes momentos y espacios. Esta modalidad de operar fue de la mano con una estrategia plasmada en el plan de vacunación provincial que buscó la articulación de aliados estratégicos de distintos sectores públicos, pero que terminó involucrando instancias importantes del ámbito de estudio, tales como los medios de comunicación radiales, la iglesia y hasta cierto punto las organizaciones indígenas. Se trataba de una puesta en escena de toda una operación en diferentes escalas que “partía desde el centro hacia la periferia” (P.M, Red de Salud, 2022).

En el caso de Achoaga, debido a lo que suponía su relativa cercanía con Nieva, así como su vínculo jurisdiccional con las instituciones y establecimientos de salud de la urbe, sus comuneros y comuneras fueron parte de esta experiencia. Esta se especificará en los próximos capítulos a detalle.

Desde un inicio, meses antes de la llegada de la vacuna, se empezaron a realizar actividades de sensibilización, difundir información sobre los ‘beneficios y reacciones adversas’ sobre esta, tanto en las mismas instituciones y establecimientos de salud, como en los extramurales, que volvieron a habilitarse casi seis meses posterior del inicio de la pandemia, después que se decidiera postergar la atención y priorizar las emergencias debido al impacto de la primera ola. De tal manera, los manifestaron una representante del Centro de Salud, Hospital y Red de Salud:

“Cuando llega el COVID nos desestabilizamos porque era una enfermedad nueva, no sabíamos cómo actuar ni qué decir. Los establecimientos de salud cerraron al público, no hubo esa afluencia de los usuarios que sí accedían a las vacunas, porque se cerró completamente” (M.U, Centro de Salud, 2022)

“Antes de que llegue la vacuna ya se estaba difundiendo información sobre esta, se hacían reuniones de orientación en cada comunidad. Las jornadas fueron a cargo de un mismo personal que labora en la institución” (K. S, Red de Salud, 2022).

“Para vacunar, antes había que sensibilizar, el trabajo del técnico y del enfermero es decir los beneficios y reacciones adversas de la vacuna, que no nos vengán a incurrir en una falta, Se ha hecho las actividades correspondientes”. (M.C, Hospital, 2022)

Las primeras vacunas eran frascos provenientes de la farmacéutica Astrazeneca multidosis que se abrían y colocaban con un mínimo de seis personas. El procedimiento para aplicarlas, en el caso de las brigadas desplegadas en comunidades, empezaba por buscar a esas personas, casa por casa, e exhortarlos a que se vacunen. Ello no sin antes pedir la autorización a las autoridades comunales y brindarles la información necesaria sobre su actividad¹⁹. Como lo describe el mismo personal de salud, esto no resultaba sencillo, no solo por el hecho de que encontraban distanciamiento de las personas, y menos las necesarias para abrir el frasco, sino también en la medida que resultaba insuficiente para aumentar el nivel de alcance en campo.

“Nosotros antes de ingresar a vacunar pedíamos el permiso al jefe de la comunidad o alguna autoridad, le explicamos el motivo de nuestra visita, nos reunimos con ellos, le explicamos el objetivo, por cuanto tiempo, qué persona estábamos en ese momento, luego nos daban la autorización y entrábamos”. (P.M, Red de Salud, 2022)

“Digamos, cinco días vas a estar en tal puesto, se prioriza cual es la jurisdicción que vas a hacer seguimiento, se le daba el padrón para que ellos lo hagan y ahí vacunaban de acuerdo a lo que le correspondía” (K.S, Hospital, 2022).

“Al inicio de la vacuna nos dieron la Astrazeneca, duraba seis horas una vez abierta para diez personas, para nosotros era difícil porque no logramos convencer a tal número de personas. Teníamos que

¹⁹ Esto se hacía a través de los agentes comunitarios de salud.

sensibilizar, buscar a esas personas, pero a veces al juntarlas se desaniman, nada fue fácil". (P.M, Red de Salud, 2022)

Otro momento crucial de la vacunación fue hacia mediados del 2021. Durante la segunda etapa de inmunización, en un escenario en el que progresivamente se reactivaban las conexiones entre espacios y personas, las tácticas de vacunación adoptadas por el sector de salud en la zona de estudio se fortalecieron. Esto supuso la articulación de las instituciones de salud pública con las instituciones del gobierno central, por medio los programas sociales presentes en territorio indígena junto a el aprovechamiento de mandatos sanitarios oficiales del gobierno. Esto se tradujo en lo siguiente, según uno de los líderes indígenas que más adelante será introducido:

"se ha hecho, pero bajo presión, bajo condicionamiento, las personas llegaban a Nieva a cobrar sus bonos, pero la Red de Salud dispuso de personal para que estén en el Banco de la Nación, cajeros, comisaría, plazas, para que cuando la gente pase para realizar sus trámites y gestiones, bueno pues, les digan: si no te has vacunado, pues no vas a cobra" (S. Manuin, comunicación personal, 2022)

De esta manera, desde el punto de vista de los propios profesionales de la salud, la vacuna terminó convirtiéndose de una opción a una obligatoriedad para 'continuar recibiendo los beneficios de estos', más no por un convencimiento de creer en esta. Así se expresaban las percepciones de representantes del Centro de Salud y Hospital, respectivamente:

"Cuando dieron el decreto N°179-2021-PCM fue un momento crucial porque la gente hacía cola para vacunarse. Si no tenían el carné no ingresabas al banco para cobrar el bono. Las personas no venían a vacunarse porque estaban convencidos, sino por un objetivo, era una condición" (M.U, Centro de Salud, 2022)

"Hacia la mitad del 2021, cuando todo se estaba volviendo a abrir de a pocos, por viaje, trabajo, o por cobrar en el banco se iban vacunando" (L.T, Hospital, 2022)

"En cierta parte el programa Juntos, el hecho de ir al banco y que se solicite el carné permitió que las personas logren vacunarse porque les solicitaban el documento" (K.S, Hospital, 2022).

Llegado al 2022, la vacunación contra covid-19 continuó siendo una actividad importante dentro de la agenda institucional del aparato de salud pública, sumado a los resultados no esperados dentro de la competencia a nivel regional. Sin embargo, la prioridad no fue la misma debido a la vigencia del Plan de Vacunación en sus distintas escalas, y con ello la vuelta a la normalidad del presupuesto, esto se tradujo en el abandono de algunas estrategias (ej. vacunación casa por casa, la obligatoriedad del carné de vacunación, etc.) y la permanencia de otras tácticas (brigadas de vacunación, campañas de vacunación, etc.). En agosto de ese mismo año, se observarían las decisiones y actividades implementadas desde el sector público de salud a nivel local por organismos del gobierno central. De esa manera, el acatamiento al Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (RCPDRHSP) y los Contratos Administrativos de Servicios (CAS) comprometió aspectos importantes en el despliegue de actividades alrededor de la atención en salud pública, entre ellas las relacionadas a la vacunación. De esta manera, las actividades que continuaron vigentes al momento del trabajo de campo fueron, principalmente, los extramurales; secundariamente la vacunación institucional y por campañas de vacunación.

4.7 Actores clave dentro del proceso de vacunación

Municipalidad Provincial de Condorcanqui

Una de las alianzas más emblemáticas fue con la Municipalidad Provincial de Condorcanqui. Este fue un acontecimiento importante que influenció en distintos momentos cruciales de la pandemia, incluido la vacunación en comunidades nativas, por el rol que terminó asumiendo, específicamente el alcalde, en un contexto de incertidumbre política y de la salud.

Los meses del trabajo de campo estuvieron enmarcados en un escenario político electoral, pues a mediados de octubre se realizó las elecciones provinciales/regionales. Este contexto desencadenó una constante serie de acontecimientos en el plano político, económico y social que se traducían en el continuo reporte de acusaciones, desapariciones, incautaciones, detenciones, filtraciones que envolvían no solamente a representantes de los partidos en competencia electoral, sino incluso a los mismos funcionarios públicos que

encabezaban diversas instituciones del Estado en los distintos niveles de gobierno. El caso del sector salud no fue la excepción, esto debido a como lo contaba la misma subprefecta provincial, la cual será introducida en los siguientes capítulos:

“aquí en Nieva todo está amarrado, los distintos sectores del gobierno, los partidos políticos, los narcotraficantes, ya te vas a dar cuenta [...] en el sector de salud, uy, las direcciones de las instituciones más importantes como la Red de Salud, el Hospital, cambian a cada rato, es circunstancial, porque tienen su gente en el gobierno regional, sino se alinean los cambian, así es” (R. Pioc, comunicación personal, 2022)

El caso de la Municipalidad está ligado a la situación descrita. Desde el punto de vista de varios habitantes indígenas de Nieva, la Municipalidad es un espacio de pugna por el poder de la representación indígena, en la medida que casi siempre los candidatos con más votos terminan siendo “Awajún de familia indígena o Awajún proveniente del cruce con familia mestizas” (R, Pioc, comunicación personal, 2022). En ese sentido, diversas visiones no solamente sobre los aspectos sociales, económicos y políticos de la provincia entran en discusión y demagogia, sino incluso aquellos relacionados a lo étnico o ‘el desarrollo del pueblo awajún’. Sin embargo, en la práctica el desarrollo de estas dimensiones termina superpuestas a diferentes intereses del momento coyuntural. Ese es el caso del alcalde de ese momento que desenvolvía los últimos meses de su gestión, y de la creación del área de salud pública.

Esta fue una unidad que se gestó y reconoció durante inicios de pandemia promovida por el alcalde Provincial Héctor Requejo, auto reconocido como ‘awajún’ pero señalado como de ‘familia mestiza’. Este espacio, a cargo de una bióloga y un personal limitado de profesionales de las ciencias naturales, se encargó de diseñar diversos proyectos relacionadas a la salud que vincule los conocimientos indígenas. De esta manera, durante los primeros meses de contagio salió al aire un programa radial en la que el alcalde daba información sobre las plantas y vegetales que se podían usar para lidiar con los síntomas del COVID en casa. Posteriormente, en colaboración con entidades del sector²⁰ y

²⁰ Se refiere al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)

sabios indígenas provenientes de comunidades específicas, se elaboró un recetario, catálogo y extracto de plantas medicinales que tuvieron un alcance limitado, no solamente en términos de distribución sino en sus resultados y respuestas posteriores. El tema en cuestión emerge de las siguientes declaraciones, brindadas por la responsable del área mencionada, A.R (30):

“Sobre el apu, la verdad acceder a ellos fue difícil porque la creencia es que si vienes de otro lugar sienten que les robas sus recursos. Los apus lo que quieren, algunos tendrán la vocación de servicio, pero la mayoría dicen ‘y para cuando, y me contactan a mí’. Ellos quieren algo inmediato, pero cuando les dicen que es a largo plazo lo ven imposible. Lo que quieren es participar, pero con remuneración, ellos se sienten felices cuando INDECOPI los reconoce como sabios, pero al otro día te están llamando ‘ya soy sabio, y mi trabajo para cuando’. Así interpreto yo cuando llaman a preguntar. (A.R, Municipalidad Provincial, 2022)

La otra interpretación desde la parte de los denominados ‘apus’ y ‘sabios’ menciona:

“Para empezar no somos ‘apus’, ni tampoco ‘brujos’, tenemos conocimientos que nuestros ancestros no han transmitido a base de plantas y vegetales. Estamos aquí en la Radio porque nos sentimos confundidos por el proyecto de plantas medicinales de la Municipalidad, solamente vienen a consultarnos sobre nuestra sabiduría, pero después se van, por ahí conversarán con algunos más involucrados, y dicen que nos han registrado, pero para qué, no ha cambiado nada, yo no gano nada. si no trabajo, de qué me sirve, entonces así no es pues” (Líder indígena, entrevista por radio, 2022)

Estas palabras fueron escuchadas durante una entrevista radial en la que conversaban con un representante de una comunidad nativa que venía a contar sus problemáticas vinculadas al escenario electoral que se avecinaba. En síntesis, puede reflejarse la negociación de intereses, pero al mismo tiempo la reproducción de relaciones de poder para realizar un intercambio dispar, sólo de ida, de conocimientos e intereses. Esta situación no fue visibilizada, pero sí los resultados que obtuvo el alcalde con ‘proyectos interculturales’ que fueron de beneficio para lidiar con el COVID durante los momentos más críticos de contagio en el ámbito de estudio. En el caso de Achoaga, únicamente se accedió

al programa de radio mencionado, debido a la importancia que hasta el día de hoy sigue teniendo este canal de comunicación en espacios de inaccesibilidad comunicacional. Sin embargo, del resto de los resultados de los proyectos no se supo nada, ni tampoco de las respuestas en pugna. En ese sentido, a la alcaldía fue considerado una autoridad que olvidó las comunidades nativas durante pandemia, pero que tuvo una respuesta diferente durante la vacunación.

Llegado a los meses de mayo y junio, durante la etapa principal de vacunación hacia la población indígena, el alcalde desarrolló un rol protagónico al posicionarse como 'defensor de los derechos indígenas' que se intensificó hacia fines de año, cuando el carné de vacunación se volvió obligatorio para ingresar a lugares públicos de entidades del Estado: elementos centrales en el desenvolvimiento cotidiano de la población indígena. De esta manera, este mismo personaje realizó diversas declaraciones y performances públicas en distintas ocasiones expresando el rechazo a la vacuna el respeto a la libre elección de los pueblos originarios para elegir su opción de vacunarse, sin ser negado a vulnerar sus derechos de acceso a espacios públicos importantes. Esta postura fue extensamente difundida/reconocida y utilizada como argumento principal para negar la vacuna públicamente:

"El mismo alcalde, en reuniones públicas e incluso cuando vinieron los ministros tuvo el valor de decir que él no iba a obligar a los pobladores a vacunarse" (K.S, Hospital, 2022).

En el caso de Achoaga se mencionó 'si nuestro alcalde no se vacuna, por qué nosotros lo haríamos' (E. Puwanch, comunicación personal, 2022), o 'él ha puesto un orden justo, sino nos seguían obligando a vacunarnos para ingresar al Banco de la Nación' (C. Anduash, comunicación personal, 2022).

Para las autoridades y representantes del aparato de salud pública, sin embargo, esto fue interpretado como una 'jugada sucia' que irrumpió en contra de la implementación del programa de vacunación en contextos indígenas amazónicos. Eso terminó sucediendo en más de una ocasión. La molestia se reflejó desde el área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui, como M.G (30) menciona:

“El alcalde la ha malogrado toda’, mira, él dice que no debemos obligar y que cada quién debe elegir, pero lo decía cuando nosotros llegábamos, nos han dicho que él decía que ‘no, ¿por qué se tienen que vacunar?, mejor cuídense con sus plantas’, ha bajado mucho a partir de ello, incluso creo que él incluso tampoco se ha vacunado” (M.G, Red de Salud, 2022)

Desde el Hospital, dos de sus profesionales en enfermería, K.S (30) y L.T (45) se referían a lo ocurrido:

“Nosotros no obligamos a vacunar, sólo orientamos, pero tenemos que insistir una y otra vez, no solo en COVID, sino en todas las vacunas. Si una autoridad no desea vacunarse creo que con que no opine de manera pública nos apoyaría, porque es termina resultado una contra.” (K.S, Hospital, 2022).

“El alcalde se interpuso diciendo que la vacuna no era obligatoria, sino que era voluntad de cada uno por lo que no se podía exigir de que las personas entren a espacios con carné de vacunación, y eso hizo nuevamente que las personas se alejen de nosotros otra vez” (L.T, Hospital, 2022)

Por el lado del Centro de Salud, la representante de la dirección, M.U (35), respondía:

“El alcalde de la provincia manifestó que la vacuna no es obligatoria, incluso él dijo que no está vacunado, no tenemos el apoyo de él” (M.U, Centro de Salud, 2022)

Estas tres posturas de representantes provenientes diferentes lados del aparato de salud local, y respecto a su propia experiencia de acercamiento con el programa de vacunación, evidenciaban las consecuencias negativas que había traído las acciones del alcalde en el desarrollo de sus labores diarias. En otros términos, la estrategia de articulación intersectorial en el desarrollo de la vacunación COVID se vio marcada por las relaciones étnico-políticas que intersectaban el campo de la salud, así se expresaba desde las percepciones de representantes de la Red de Salud, M.C (35) y el Hospital, K.S (30):

“La municipalidad no resultó ser un buen aliado. Hubo un conflicto de intereses, el poblador no quería vacunarse, pero tenía que hacer sus

trámites, entonces qué pasaba, iban a hablar con el alcalde, él venía y decía ‘oye déjalo, pasar está viniendo de lejos’” (M.C, Red de Salud, 2022)

“Es una cuestión política porque vienen líderes de comunidades y le dicen ‘mira, quiero hacer mi trámite y me obligan’ entonces él dice ‘no, yo no estoy obligando’ como para que él se sienta respaldado” (K.S, Hospital, 2022).

Este hecho representaba una de las prácticas políticas que se habían normalizado en su performance étnico-político, lo que evidenciaba la conexión entre ambas dimensiones mencionadas, sobre todo en un contexto electoral. Por otro lado, esto influyó para que los usuarios indígenas obtengan más recursos y estrategias para expresar su posicionamiento. Uno de estos acontecimientos fue narrado por una representante de la Red de Salud, M.C (35):

“En una de las aperturas públicas vinieron los ministros, fue una noticia porque incluso se rumoreó que los habían secuestrado, en ese evento los pobladores se pronunciaron de que no querían que la vacuna fuera obligatoria. El ministro ‘¿crees que dijo algo?’, no dijo nada, creo que de miedo porque como le dijeron que la población era medio conflictiva, no hizo nada.” (M.C, Red de Salud, 2022)

Esta anécdota, sin embargo, termina evidenciando una de las miradas con las que se terminaba considerando a la población indígena, al catalogarlas como ‘personas conflictivas’.

La radio local

Otro de los papeles importantes fue el de la prensa específicamente el rol de los medios de comunicación radiales. Dadas las brechas de telecomunicación en territorio de comunidades nativas, la radio tiene una especial importancia para difundir información y mantener comunicado espacios remotos como los hogares indígenas. Este hecho fue aprovechado por los representantes del aparato de salud pública para que pueda ser utilizada como punto estratégico de transmisión de lo que sucedía respecto a la situación sanitaria, las actividades del aparato de salud, y datos de prevención del contagio. Las dos emisoras posicionadas y escuchadas a nivel local eran Radio AW y Radio Kampagkis. Sin embargo, la primera era más popular entre la población, debido a su contenido informativo

matutino, a comparación de la segunda que tenía uno de corte educativo y cultural. Ambas eran bilingües.

Radio AW estuvo presente en casi todas las ocasiones que se escuchaba radio ya sea en la ciudad o en la comunidad. En reiteradas veces, distintos representantes de las instituciones de salud pública se presentaban en el programa diario para difundir sus agendas institucionales en la zona. Tal como se ejemplifica en el siguiente extracto hacia una personal de salud, M.U (35) del Centro de Salud:

Locutor: [...] últimamente salió esto de las vacunas, [...] y se está hablando de la cuarta dosis. Justamente la licenciada Milena está acá en sala de prensa porque nos va a informar por qué es importante esta vacunación [...] qué tal, cómo está, muy buenos días, bienvenida al programa.

[...]

M.U: [...] es indispensable completar la vacuna contra covid-19, a pesar de que no nos hayamos enfermado, a pesar de que estemos sanos debemos de cumplir con el calendario.

Locutor: en caso de que no complete, ¿qué es lo que pasaría?

M.U: está propenso a contagiarse y a sufrir síntomas mucho más graves

[...]

Locutor: ¿va a haber alguna campaña por acá por Nieva, por algunas comunidades?

M.U: acá en Santa María de Nieva, en el Centro de Salud y en el Hospital todos los días vacunamos. Se están organizando campañas en puntos fijos. El día viernes de esta semana, mañana, vamos a estar en la plaza en una campaña de vacunación.

[...]

Locutor: muy bien, algún mensaje que pueda dejar para la población por favor

M.U: sí, que acudan a los establecimientos más cercanos de su jurisdicción, de su casa, de su domicilio, y que accedan a la vacuna, son seguras, son gratuitas y salvan vidas.

Locutor: gracias

M.U: gracias

Locutor: (habla en awajún sobre la conversación tenida)

En el caso de radio Kampagkis, era un proyecto de corte educacional e intercultural de la iglesia jesuita, la cual tiene antecedentes históricos importantes en el desarrollo de Nieva. Esta emisora también realizaba entrevistas hacia algunos representantes del sector de salud para brindar información a la población, sin embargo, eran ocasionalmente y con fines específicos de la congregación. Durante una de mis visitas conocí a Dennis Dequentei, una persona awajún que trabaja en la parte comunicacional, logística y operativa de la estación. Él provenía de la comunidad nativa Denquentei, ubicada seguidamente de Achoaga, por la carretera mencionada, pero era de menor extensión y población. Sumado a estas coincidencias, Dennis también compartía lazos amicales y de parentesco con algunas familias de Achoaga. Desempeñaba el rol de agente comunitario en salud en su comunidad desde hacía unos meses. Estas características fueron de interés para la misma representante del área de pueblos indígenas de la Red de Salud, MG (30), cuando fue invitada a brindar una entrevista a la radio, y lo invitó a sumarse a una convocatoria de trabajo de la institución para recorrer otras locaciones indígenas de la provincia acompañando las brigadas de vacunación.

buscábamos chicos de la zona que tengan injerencia en su comunidad, que sea de la zona y hable del idioma, esa empatía de poder llegar y sensibilizar para que ya la brigada entre a vacunar (M.G, Red de Salud, 2022)

Esta experiencia lo dotó de recursos, conocimientos y habilidades que le permitieron no sólo ampliar sus conexiones y sostener un medio económico, sino fortalecer la vacunación en su comunidad. Así lo expresa:

Llegó la vacuna entonces, primeros fueron los agentes comunitarios vacunados obligatoriamente porque sí nosotros somos líderes de que

debemos dar ejemplo a los comuneros porque sin ninguna prueba yo no voy a vacunar a mi comunidad. Así yo me vacuné. Hay algunos comuneros que no quieren vacunarse entonces depende de ellos, tampoco voy a obligar ¿no? No es obligación de nadie, yo me preocupé lo que es mi salud. De ahí, hice una reunión en mi comunidad para prevenir todo lo que es tema del COVID. (M.G, Red de Salud, 2022)

La radio, en ese sentido, se convirtió en un espacio estratégico que utilizaron tanto las instituciones de salud para difundir información sobre la vacunación en el ámbito de estudio; pero al mismo tiempo, para unir trayectorias e intereses con habitantes indígenas por medio de experiencias de interacción de múltiples conocimientos alrededor de la salud.

La iglesia

En Nieva, la presencia de distintas religiones e iglesias es marcada²¹. Acorde a algunas conversaciones con informantes clave que viven desde hace generaciones en el lugar, este distrito amazónico fue un punto de partida importante para la instalación de iglesias, específicamente de la Compañía de Jesús y la Franciscana, las cuales desplegaron una serie de misiones en la zona, y al mismo tiempo tuvieron un rol importante en los campos de la educación y la salud. Actualmente, una de las iglesias que más protagonismo viene teniendo es la Iglesia del Nazareno, la cual tiene treinta años de presencia y más de 60 iglesias en los sectores de Cenepa, Santiago, Marañón, Dominguza y Nieva. En Achoaga, tienen aproximadamente un año, y se encuentra mediadamente consolidada, no sólo debido al incremento de feligreses, sino incluso por la construcción de su propio templo en la parte central de la comunidad. Durante los primeros momentos de Pandemia la Iglesia del Nazareno cumplió un rol importante por medio de su representante máximo Moisés, quién se hizo asumió un rol protagónico por visitar domicilios para orar, y realizar misas públicas en la plaza central con el apoyo de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui. Así mismo constituyó otro aliado estratégico para el sector de salud pública durante la implementación de la vacunación.

²¹ Entre estas, se encuentran la Compañía de Jesús, Movimiento Misionero Mundial, Asociación Evangélica de la Misión Israelita, Nazareno, católica, etc.

En un principio, la institución había sido cuestionada por algunos representantes del sector salud tras haber sido acusada de difundir argumentos bíblicos para rechazar la vacuna contra la Covid-19. Sin embargo, no fue de mayor revuelo, pues tampoco coincidía con un punto de vista religioso sobre el tema:

le han puesto un sustento bíblico, pero no es la forma cómo se va a presentar 'la marca de la bestia' (Moisés, comunicación personal, 2022)

Desde la postura del pastor en frente de la iglesia, las vacunas siempre fueron ansiadas, independientemente de la decisión de vacunarse o no, sin embargo, hubo un momento en el que se consideró una obligación:

[...] como iglesia nazarena hemos estado orando porque hubiese vacunas [...] No todos lo aceptaron en la iglesia. Muchos aún no se han vacunado, no quieren, en mi caso yo sí, pero como una obligación porque no había otra forma de cómo poder viajar, pero en ningún momento salió de los pastores (Moisés, comunicación personal, 2022)

Debido al protagonismo que asumía, se convirtió en un aliado importante para el sector salud, debido a la legitimidad que otorgaba en las actividades:

yo tuve una reunión de la cual me invitaron como autoridad para dar mi punto de vista como iglesia, entre alcaldes autoridades [...] después no volvieron a invitar, pero esta vez para formar parte de brigadas por sectores, a voz del centro de salud [...] hicimos equipos para andar de casa en casa, recolectando información de cuántos enfermos hay, cómo están, para hacer un mapa, para ver cómo estaba la enfermedad (Moisés, comunicación personal, 2022)

En Achoaga, este conjunto de actividades de prevención del cual fueron parte pastores de la iglesia del Nazareno solamente fueron escuchados por radio. Sin embargo, fueron importantes para estrechar lazos de confianza con los comuneros, y hacer crecer el grupo de asistentes tan sólo con un mediado pasar del año. Este sólo fue una exploración en un espacio eclesial específico, uno que tiene presencia en la comunidad de estudio, sin embargo, es posible que en otros el discurso frente a la vacunación haya sido diferente. Me baso en los testimonios de otros informantes clave que han contado su acercamiento a otras iglesias. En Achoaga, este tipo de argumentos bíblicos no

ha sido tan escuchado, sin embargo, tampoco ha sido omitido, sobre todo en un espacio donde la brujería es un tema escuchado recurrentemente.

El área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui

Como anteriormente se mencionó, la implementación del plan de vacunación supuso la interacción de distintas entidades involucradas en el campo de la salud. Una de estas, es el área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui, que se encarga de “articular el trabajo con los agentes comunitarios, organizaciones comunitarias, líderes para mejorar la atención en salud en comunidades indígenas Awajún y Wampis” (M.G, Red de Salud, 2022).

Esta área tiene un rol particular, debido a que, por las características étnicas de la zona, siempre termina asumiendo responsabilidades compartidas, pues las distintas actividades del sector, terminan siendo dirigidas hacia territorios indígenas. Sin embargo, a pesar de lo mencionado, desde antes de la emergencia sanitaria, “la unidad no cuenta con recursos y, por el contrario, con bastantes necesidades” (M.G, Red de Salud, 2022). Durante la pandemia, desarrolló una función importante. Adecuándose al Plan de Vacunación Provincial, y con el apoyo intersectorial del MINSA y PNUD, se efectuaron actividades concretas como a) el fortalecimiento de capacidades de los agentes comunitarios de salud con un incentivo para que realicen vigilancia en las comunidades²², b) diálogos interculturales²³, c) la contratación de enlaces indígenas de acompañamiento a las brigadas de vacunación²⁴, y d) el plan comunicacional bilingüe. Las brechas/limitaciones del sector sumado a, lo que en varias oportunidades se registró en las expresiones del personal de salud para explicar la complejidad de una actividad relacionada a la vacunación, ‘la idiosincrasia’ o ‘cultura’ de los ‘hermanos indígenas’, hicieron arduo el desarrollo de las actividades mencionadas:

“La salud es un derecho, no consideramos que la vacuna es para exterminar, es para cuidar su salud [...] sí a los hermanos mestizos les

²² Esta actividad tuvo dentro de su alcance a la comunidad nativa Achoaga.

²³ Una sesión en la que se invitan a representantes del sector salud, y ‘sabios indígenas’ en la que se tocan temas en discusión como el COVID o la vacuna. Sólo se han hecho cinco, pero no ha podido seguir continuidad por los límites de presupuesto.

²⁴ A esta iniciativa hacía referencia el informante anterior en el caso de la radio.

preocupaba, imagínate a ellos, por su misma idiosincrasia, fue difícil”
(M.G, Red de Salud, 2022)

Sin embargo, uno de los aspectos duramente criticados por este sector ha sido sobre los esfuerzos por articular las organizaciones indígenas. Las veintitrés mismas que, en distintas intensidades por sus recursos y capacidades, desenvuelven un rol distinguible en la escena local, no sólo por las constantes pugnas y debates entre estas mismas por el ‘desarrollo’ de sus propios pueblos indígenas, sino por su rol protagónico -hasta cierto punto- para articular legítimamente sus bases conformadas por comunidades nativas. Respecto al tema, los resultados de intentar aproximarse a estas entidades para fortalecer las actividades de inmunización han sido limitadas, pues sólo han podido mantener el contacto con tres de estas, una perteneciente a los Wampis y dos Awajún²⁵, pero ninguna del distrito de Nieva. Desde su percepción, se trata de un distanciamiento continuo que a pesar de los intentos integrarlos, debe ser respetado, y que podría tener que ver más con una debilidad interna de estas. Así lo manifiesta:

“Nosotros siempre hemos intentado aliarnos con las organizaciones indígenas. Hemos tenido éxitos sólo con tres, por más que hemos hecho invitaciones y hemos ido. Ellos dicen que los utilizamos, pero no es así, porque cuando hacemos las reuniones y diálogos invitamos a todas las organizaciones, pero no todas vienen. Ya nos ha venido la denuncia de parte de la Organización de Desarrollo de las Comunidades Fronterizas del Cenepa (ODECOFROC). Nosotros hemos ido varias veces, pero a pesar de eso ellos dicen que el sector salud no trabaja con ellos, nosotros sí hacemos los esfuerzos, pero si no nos dan el espacio no podemos invadir, porque no quieren, entonces tenemos que ser respetuosos. Dentro de su organización deberían fortalecerse más bien”. (M.G, Red de Salud, 2022)

En parte, las declaraciones mencionadas adquieren sentido al acercarnos al caso de Achoaga, que en el momento en que se realizó el trabajo de campo sostiene un debilitado vínculo con su organización indígena. Sin embargo, eso no supone quitarles agencia política a sus habitantes ni restarles importancia a

²⁵ Estas son la Federación de las Comunidades Awajún de Santiago (FECAS) y el Consejo Aguaruna Huambisa (CAH).

los intentos de otras posicionadas. Por el contrario, las demandas y convicciones se hacen presentes en diferentes formas, se canalizan mediante la interacción de autoridades comunales con otras plataformas de demandas (ej. solicitud constante de la construcción de infraestructura de salud en la comunidad, búsqueda de negociación con candidatos políticos a cambio de votos). Frente a ello, la respuesta del otro lado termina siendo el silencio y la espera, debido a la complejidad de las demandas, las cuales se encuentran obstáculos que dependen de otras instancias de poder no modificables, o quizás fuera de lo que se considera de esa manera:

“La búsqueda de una posta médica, por ejemplo, en Achoaga, depende bastante de la demanda de atenciones, ¿cómo les van a dar un establecimiento cuando no se aproximan a los extramurales? lo otro tiene que ver con la proporción poblacional, y yo considero que la población de Achoaga es relativamente pequeña. Además, estando tan cerca a un hospital en Nieva o a Nuevo Seasmé considero que no es tan urgente. Así mismo, sucede que, al crear un establecimiento, creas otra necesidad que es el tema del personal y la implementación de este mismo, y como Red de Salud estamos bajos de presupuesto como para pensar en eso” (M.G, Red de Salud, 2022).

En síntesis, el área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui constituyó otro de los espacios clave no solamente en la implementación de actividades relacionadas a la vacunación en comunidades nativas, sino por la esencia de su rol ‘al servicio de los pueblos indígenas’. Parte del cual ha realizado esfuerzos importantes pero limitados no sólo por el mismo sector - a pesar de tratarse de una de las áreas más importantes debido a las características étnicas del territorio- sino por una ‘idiosincrasia’ indígena que hace complejo el acercamiento de la vacuna.

Organizaciones indígenas

Como se ha mencionado, solamente en la provincia de Condorcanqui se encuentran dieciocho organizaciones indígenas de base que, en distintas intensidades en relación a sus recursos y capacidades, interactúan en la escena local, no sólo por las constantes pugnas y debates entre estas mismas en torno a la construcción de múltiples agendas políticas del pueblo awajún, sino para

resolver conflictos a menor escala, renovar cargos internos y establecer alianzas con otras entidades. Estas, han sido de vital importancia, específicamente en el contexto electoral, para enrumbar intereses en común e intentar construir una propuesta colectiva, no sólo demandando sino vigilando; pero sobre todo por su rol protagónico -hasta cierto punto- para articular legítimamente sus bases conformadas por comunidades nativas sobre temas importantes. Uno de los aspectos discutidos ha sido sobre el campo de la salud, en el que el proceso de vacunación, que no ha escapado de la discusión.

En búsqueda de una comprensión más adecuada de la problemática en cuestión, decidí aproximarme a espacios de participación política indígena. Para ello, compartí actividades al costado de la misma subprefecta provincial de Condorcanqui, Rosemary Pioc²⁶, y un consejero de organizaciones indígenas, Santiago Manuin²⁷. Debido a su estancia, formación y trayectoria en Nieva, ambos comparten vínculos amicales y familiares con Achoaga. Durante distintas ocasiones, siguiendo sus programaciones en espacios de encuentro indígena, fui testigo del rol que ejercían en el campo político de la escena local:

'Las actividades de Rosemary son arduas. Mi convivencia con ella, desde su casa con su familia, me permite ser oyente/espectador de su rutina. Las llamadas que recibe desde temprano, las cuales intercala en español y awajún, para posteriormente salir a su despacho que de por sí se encuentra con personas esperando afuera. Desde lejos, la veo resolviendo conflictos entre familias (por ejemplo, en el caso de las dos familias de Achoaga por límites de terrenos de chacras), firmando documentos, contestando llamadas, asistiendo a reuniones con autoridades del gobierno e indígenas, etc. Desde cerca, mientras caminamos en diferentes direcciones de la ciudad, responde a los saludos de diferentes personas con las que nos cruzamos. En la tarde, vuelve a su casa, ubicada a unos metros de la prefectura, y se dirige a la parte trasera de esta, a su emprendimiento, un local de venta de bebidas

²⁶ Rosemary Pioc, es una profesional en educación perteneciente a la étnica awajún. Sin embargo, su acercamiento con la esfera política indígena ha sido permanente, por lo que viene asumiendo cargos como la subprefectura y la presidencia del Consejo de Mujeres Awajún-Wampis Umukai Yawi (COMUAWAY).

²⁷ Santiago Manuin, es hijo del reconocido dirigente y activista indígena awajún. A pesar que no forma parte de ninguna directiva de alguna organización indígena en específico, debido a su experiencia profesional y trayectoria política, junto al legado de su padre, participa activamente en espacios de diálogo y debate entre el pueblo awajún.

que construyó con sus propias manos junto a su hermano. Allí, 'en ese Bunker', recibe noche junto a la visita constante de diferentes amigos/'aliados', autoridades y representantes de organizaciones indígenas y comunales, con los que conversa, 'conspira', colabora y diseña actividades relacionadas a la agenda política indígena del pueblo awajún, sobre todo previo a las elecciones. Es ahí donde conozco a Santiago Manuin" (Cuaderno de campo, 2022)

Como se ha contado, la implementación del programa de vacunación Covid-19 en el ámbito de estudio desplegó una serie de estrategias que, pasando por el área de pueblos indígenas de la Red de Salud, intentaron contar con un enfoque intercultural, sin embargo, no necesariamente tuvo la participación de organizaciones indígenas. Frente a ello, la postura ha sido la siguiente:

"si es que se hubiera convocado a las organizaciones anteriormente, como se hizo la sugerencia, esta situación de rechazo de la vacuna no hubiera sido así [...] al contrario desempeñarían un rol importante para canalizar la información. Dijeron 'no, las organizaciones se oponen'. Se oponen porque no les han dicho nada, no se les ha informado de qué se trata porque simplemente han tomado decisiones en base a los tabús [...] no se ha sentado a dialogar con estas mismas. La Red de Salud puede confrontarme y decir 'nosotros hemos hecho reuniones', reuniones de dos horas, con nuestros hermanos indígenas sentados, ni siquiera convocado por la propia Red de Salud, sino aprovechando sesiones nuestras o de otras instituciones, cuando de pronto llegan, ¿qué es eso?" (S. Manuin, comunicación personal, 2022)

Estas palabras adquieren sentido si tenemos en cuenta la importancia que tiene la política y la etnicidad en la región. Pues, como hemos señalado anteriormente, la provincia de Condorcanqui concentra 18 de las 23 organizaciones de bases indígenas. Un dato no pormenor que contiene explicaciones complejas sobre la forma en que operan y se relacionan para incursionar en el desarrollo del pueblo awajún, pero desde sus propias agendas institucionales. Sin embargo, es preciso señalar que el nivel de articulación no necesariamente es el mismo con sus propias bases, es decir, con las comunidades a las que representan, e incluso dentro de las mismas a nivel de junta directiva respecto a las comuneros y comuneras. Ese el caso de Achoaga,

ya que no cuenta con esas fortalezas puesto que, por un lado, su representatividad con la organización indígena awajún del sector es casi nula, y por otro, al interior de la comunidad la junta directa se encuentra cuestionada y debilitada por un conjunto de razones entre las que resaltan su incapacidad para buscar el desarrollo de la comunidad y la discontinuidad en la forma de resolver conflictos entre familias. Volviendo al punto en cuestión, esta particularidad deja a la comunidad vulnerable y debilitada, no solo para plantar una agenda sobre salud, sino también para abrir canales de comunicación entre los distintos niveles y permitir el acercamiento mutuo con el sistema de salud pública, como señala el mismo interlocutor:

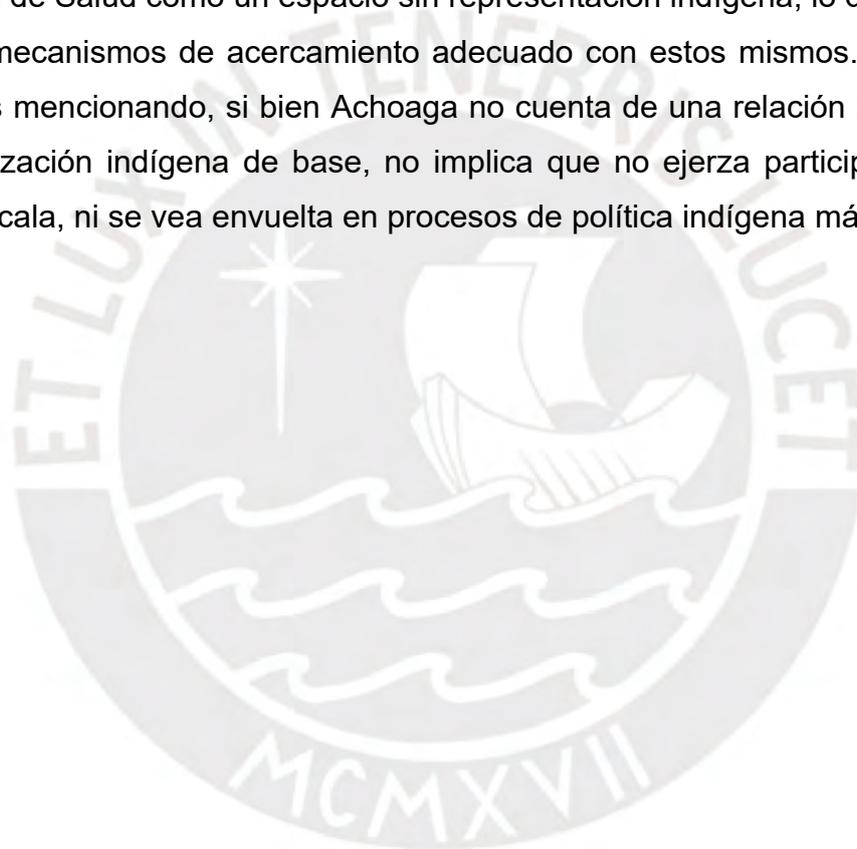
“En la provincia existen 18 organizaciones de base. La Red de Salud tiene un área de asuntos indígenas, pero en vano, traen una persona que no entiende absolutamente sobre la cultura, el territorio, la idiosincrasia, los conflictos sociales. [esta persona] si no entiende el contexto y los mecanismos de resolución de conflictos ¿cómo entonces contribuye? ¿cómo hace que el Estado, que es la Red de Salud, se acerque más a los pueblos indígenas que son los usuarios principales en la Amazonía?”
(S. Manuín, comunicación personal, 2022)

La posición asumida por Santiago, líder indígena y consejero de organizaciones de base, evidencia un sentido de invisibilización y aprovechamiento por parte de las autoridades del sector público de salud durante el desarrollo de la vacunación. Este hecho, además hace pensar que como ya veníamos explicando, existen algunos cargos en espacios públicos que son interpretados como una oportunidad para ejercer representación indígena. Ello se manifestaba de la siguiente manera:

“si la Red de Salud, que tiene un área de asuntos indígenas, disculpa el término, pero en vano, y traen a una persona que no entiende absolutamente nada sobre la cultura, el territorio, la idiosincrasia, los conflictos sociales, el contexto y los mecanismos de resolución de conflictos ¿cómo entonces contribuye? ¿cómo hace que el Estado, que es la Red de Salud, se acerque más a los pueblos indígenas? Si realmente estuviéramos ejerciendo ese derecho a la interculturalidad hubiéramos puesto a un awajún intérprete para que explique en el idioma

cómo va a hacer los procedimientos de la vacunación de covid-19” (S. Manuin, comunicación personal, 2022).

En síntesis, el diseño de la implementación de la vacunación por parte de las autoridades responsables del sector, demandó una serie de actividades específicas para el escenario de las comunidades nativas. Sin embargo, en la práctica se produjo un desentendimiento con parte importante de las organizaciones indígenas de base. Esto generó una percepción de impotencia, exclusión y explotación de estas en distintos momentos del proceso de pandemia. A ello se sumó una interpretación que ve el área de pueblos indígenas de la Red de Salud como un espacio sin representación indígena, lo que impide generar mecanismos de acercamiento adecuado con estos mismos. Como ya veníamos mencionando, si bien Achoaga no cuenta de una relación sólida con su organización indígena de base, no implica que no ejerza participación, en menor escala, ni se vea envuelta en procesos de política indígena más grande.



5. Experiencias y percepciones del COVID y la vacuna en Achoaga

Analizar el proceso de vacunación COVID desde la mirada de la comunidad ha significado explorar las experiencias y percepciones que sus habitantes desarrollaron, no sólo sobre la vacuna, como un dispositivo médico en constante incertidumbre y administrado por un sector del Estado con el que se tiene una relación escrita, sino también ha supuesto relacionarlo a la (con) vivencia con el virus, que cada persona ha tenido desde su propio contexto específico. Los próximos capítulos tienen la finalidad de aproximarse a 'ese' escenario a partir de casos concretos que puede explorar en relación a la pandemia ocasionada por el virus Sars-Cov-2. Al igual que las anteriores secciones, la idea es partir el análisis desde los antecedentes específicos que sus pobladores, en este caso los adultos mayores, han tenido con los conceptos de enfermedad. Posteriormente, se hará hincapié sobre el conocimiento y aprendizaje que les ha dejado esas experiencias y cómo ello se infiere con el proceso de enfermedad, así como en las interpretaciones sobre la vacuna. Se procurará tener un panorama general de lo que ha significado la llegada de la pandemia a la comunidad. Casi por último se examinarán las diversas experiencias que los comuneros han tenido sobre este proceso. Finalmente, a partir de una dinámica, ya no con adultos mayores sino con estudiantes de 4to y 5to del del I.E.P.M 16302 de Achoaga, se buscará indagar sobre las futuras interpretaciones que se vienen transmitiendo y construyendo hacia las nuevas generaciones sobre la enfermedad y las vacunas.

5.1 Memorias de enfermedades

Como lo han demostrado otros estudios, la relación que tienen los pueblos indígenas con epidemias y enfermedades no es nueva, tienen antecedentes que se remontan a los primeros encuentros con los europeos en tierras amazónicas. Estos acontecimientos han sido episodios importantes en la sobrevivencia de los pueblos indígenas de la Amazonía, pues vienen dejando una serie de interpretaciones y aprendizajes sobre la enfermedad transformándose constantemente en escenarios concretos, la pandemia no fue la excepción. Para dar cuenta de esta continuidad y comprender cómo encaja el Covid-19 en esa trayectoria que tiene los pueblos amazónicos con las

enfermedades, conversé en diferentes ocasiones y locaciones con los adultos mayores de la comunidad. Mi intención era generar un ejercicio de memoria sobre la antigua presencia de enfermedades en el sitio, las formas de contagio, los síntomas y las curaciones. Para después encontrar conexiones con las experiencias e interpretaciones que se construían sobre la pandemia. Las respuestas que surgieron formaron un paralelo que partían de un tiempo presente para conectar con el pasado. Desde un principio, se buscaba diferenciar el momento del 'ahora' con el de 'antes' en cuanto a la presencia de enfermedades, teniendo como patrón común a una entidad transmisora, el *apach*²⁸. No obstante, el escenario que se armó alrededor de la propagación del virus pandémico no era el mismo que habían afrontado, y aparecía como parte de un conjunto de vulnerabilidades de los tiempos actuales. Así mismo, se hacía un esfuerzo por contrastar un cambio, no sólo epidemiológico, sino en cuanto a las relaciones entre cultura y naturaleza. Esto, sin embargo, iba de la mano junto con la trayectoria y experiencia de vida de cada persona y se pudo manifestar en el testimonio de Esamat Ampush, una de los comuneros más longevos (imagen 9):

“Cuando era pequeño la primera enfermedad que llegó a la comunidad fue la gripe coreana. Este vino de otro país. Se trataba con plantas medicinales como 'lancetilla' y otras más. Sucesivamente llegó otra enfermedad, el sarampión, este afectó bastante y muchos murieron. Al igual que antes se trataba con plantas y se perdió a través de vacunas. La gripe coreana daba tos y fiebre a todas las personas por igual. Vino a través del apach, los mestizos, los hispanohablantes, que llegaban a vender caucho. A mí me dio y me curé con plantas, más no con ampolla. También había una pastilla llamada 'pinini' que traía un comerciante, a él le compraba y me bajaba la fiebre, pero sobre todo se trataba con jengibre, lancetilla, y un bejuco parecido al limón. El sarampión daba diarrea, fiebre, malestar de cuerpo. Llegó a través de los curas cuando enseñaban a los alumnos, a través de estos nos contagiamos. Me curé tratándome con ampolla, pero también con plantas. Después de esas dos enfermedades quedó hasta el día de hoy que llegó COVID. Este es

²⁸ Se dice Apach, en la lengua awajún a los mestizos

diferente porque los síntomas, sin darse cuenta, nos agarra, no se puede sentir, el cuerpo se debilita y puede agravarse.”

(E. Ampush, comunicación personal, 2022)

Imagen 9: Esamat Ampush con una botella con Ayahuasca



Fuente: fotografía propia

Este fragmento de la entrevista daba cuenta de la enorme experiencia que Esamat había logrado acumular con el pasar de los años. Hoy era un comunero, padre y abuelo de una numerosa familia que continuaba creciendo. Sus días pasaba recorriendo lentamente los hogares de sus diferentes hijos, comiendo, bebiendo, conversando y sonriendo. De vez en cuando aceptaba dinero a cambio de preparar ayahuasca, sin embargo, la mayoría de veces terminaba desechando el preparado debido a que nadie le compraba. Lo que nos contaba evidenciaba procesos históricos en la Amazonía que no fueron ajenos a sus territorios. Nos damos cuenta que desde épocas pasadas el contacto con el apach suponía la convivencia con una serie de enfermedades y medicamentos que por sus características podían ser contenidas junto al uso de plantas medicinales, sin embargo, los nuevos tiempos complejizaban esa dinámica, y

podía resultar siendo una amenaza. Un relato parecido, pero con una diferencia sustancial es el de Ignacio, otra de las personas más longevas de la comunidad:

“Antes no había enfermedad, después comenzó a venir el sarampión, la gripe, ahora sí hay cantidad por el mestizaje que se han acomodado en Nieva. Eso pasó cuando llegaron los curas y se establecieron en Nieva. Antes Achoaga no era como ahora, acá no había casi nadie, encontrabas toda clase de animales. Hoy ya no hay. Encima han venido personas de otros sitios, se han juntado con nuestras mujeres, ya no es lo mismo. En el Sarampión, daba fiebre y posterior alergia en todo el cuerpo, ahí le daban penicilina, ahí se seca, porque cuando tienes fiebre no puedes ponerte ampolla, sino mueres, decían los curas. A mí me dio, pero no me acuerdo cómo me sané, me daban paracetamol. Yo no tomaba vegetales, con ampolla me sané, pero allá en Nieva, acá fue distinto, pero mis paisanos al ver eso se iban como sea para allá. Algunos tomaban jengibre.”

(I. Arévalo, comunicación personal, 2022)

A distinción del primer caso, la experiencia de Ignacio fue más cercana a la institución eclesiástica. Fuera de foco, me contó que había asumido varias profesiones en distintos lugares a lo largo de su vida, esto debido a la formación que recibió en la institución eclesiástica de Nieva. Hoy, llevaba una vida similar a la Esamat en la comunidad. Volviendo al tema en cuestión, Ignacio distinguía una época pasada con abundancia y sin enfermedades hasta el contacto con el mestizaje, la oportunidad que tuvo de recibir una educación con los curas le permitió acercarse más a la medicina que venía de occidente, y alejarse de los conocimientos sobre plantas medicinales. De una manera similar, pero con más detalles, Lorenzo cuenta (Imagen 10):

“Achoaga era una buena quebrada, había toda clase de pescados, sacábamos cantidad, con el sol echamos huaca y comíamos, encima el masato, en familia. Antiguamente no había enfermedades, había parásitos, amebas y diarreas, era simple, no como es ahora que se complican, como la tifoidea. Se curaban con jengibre, se ponían enema, dietaban y así estaban los antiguos awajún. Antes no había *jata*²⁹, éramos sanos, hombres y mujeres. La enfermedad viene de los mestizos, de allá

²⁹ Se dice Jata en la lengua awajún a las enfermedades

de los *apach*, ellos nos contagiaron. Yo tuve sarampión, me contagié cuando era alumno y estudiaba con las monjas, ellas me curaron, me atendieron. Con ellas trabajé cuando crecí, me enseñaron inyección y todo, antes pues no había doctores, enfermeros, técnicos, gracias a dios que viví. Dentro de las primeras enfermedades fue el sarampión, que nos daba fiebre, dolor de cabeza hasta que se va agudizando y nos caemos. Después nos viene como alergia, la comezón nos ataca. Posteriormente, vino conjuntivitis con fiebre, dolor de ojo y sed. Al final vino bronquitis. Pero las monjas todo nos atendió, pero no todos vivían. Nuestras familias se iban al monte a hacer sus casas. Todos los que estábamos enfermos andábamos juntos y nos decían que no vayamos por allá porque si no se contagian, en el COVID ha sido igualito, pero estos han ido a sus comunidades hasta el último rincón.”

(L. Pía Pía, comunicación personal, 2022)

Imagen 10: Entrevista a Lorenzo Pia Pia en su casa



Fuente: fotografía propia

Pía Pía había tenido un rol importante en el campo de la salud en la comunidad. Su formación con las monjas le permitió aprender aspectos básicos frente a la sintomatología básica de enfermedades. De esta manera, durante bastante tiempo desarrolló un papel similar al de un agente comunitario. Hoy,

por su condición física lo había dejado de lado, y vive junto a su extensa familia en su hogar. En esta lógica, Lorenzo es consciente de las distintas enfermedades que aparecieron junto a los *apach*, así como a la agudización de estas con el pasar del tiempo. No obstante, hace memoria frente a los antiguos mecanismos de protección frente a estas, como el aislamiento temporal, sin embargo, frente al COVID, esta ni siquiera ha servido. En paralelo a sus palabras, Irene aumenta un nivel más de complejidad a la situación:

“Antes no era así como hoy en día, no había mucha gente, luego había cantidad de pescado, incluso lagartos, pero hoy en día, como los niños nacen y crecen se está poblando. Tengo mi hija acá ha crecido, si hubiera existido enfermedades como ahora, ella se hubiera muerto. Ahora veo que les agarra como reumatismo, y no se puede sanar. Ahora en la actualidad. Esa enfermedad que viene ahora es de los mestizos, de los hispanohablantes, por eso a cada rato estas existen, pues, comparando el antes con hoy es diferente porque los *apach* circulan. Conforme ellos traen esa enfermedad de igual manera traen la medicina, para que nos vendan a nosotros y nos curemos, entonces ellos como quién negociando la traen, como transportan la enfermedad saben cómo curarse, por lo tanto, también traen medicina.”

(I. Wajuyat, comunicación personal, 2022)

Irene replicaba la idea de que los mestizos habían traído las enfermedades, sin embargo, profundizaba su comentario añadiendo que al mismo tiempo habían traído las medicinas, por lo que terminaba construyéndose un bien con valor, y por lo tanto usado para sacarle provecho económico a la situación en un contexto de pobreza.

Por motivos de orden y para facilitar la comprensión, los anteriores se optó por realizar un gráfico que pueda resumir la información analizada.

Gráfico 17: Esquema de memorias, síntomas, origen y tratamiento de enfermedades antiguas

	Memoria de enfermedad	Síntoma/Consecuencias	Origen/Transmisión	Tratamiento/cura
Esamat (78)	Gripe coreana Sarampión	Tos, fiebre Diarrea, fiebre, malestar del cuerpo	Provisto por el apach a través de comerciantes caucheros, y por los curas	Plantas medicinales (jengibre, lancetilla, bejuco), medicamentos (pastilla) Vacunas y plantas medicinales
Ignacio (74)	Sarampión Gripe	Fiebre, alergia en el cuerpo	Traído por los curas	Medicamentos (penicilina, paracetamol), ampolla
Dolores (74)	Sí, pero no específica	Diarrea, parásitos, infecciones, dolor de estómago, fiebre	Dejada por personas que venían de la ciudad	Medicamento (pastilla)
Lorenzo (73)	Sarampión Conjuntivitis Bronquitis -	Fiebre, dolor de cabeza, alergia, comezón. Fiebre, dolor de ojo, sed - Parásitos, amebas, diarreas	Vino de los mestizos	Plantas medicinales (jengibre, anema), dieta, monjas, ampolla.
Irene (65)	Sí, pero no específica	-	Transmitido de los mestizos e hispanohablantes, el apach circula	-
Margarita (70)	Sarampión	-	Dejado por los hispanohablantes en el tiempo de caucho	Dispersión
Agueda (68)	Sí, pero no específica	-	Por el apach	Medicina
Mario (63)	Paludismo	-	De afuera, de mestizos	Preparado líquido de sal, plantas medicinales (ayahuasca, shiptina)

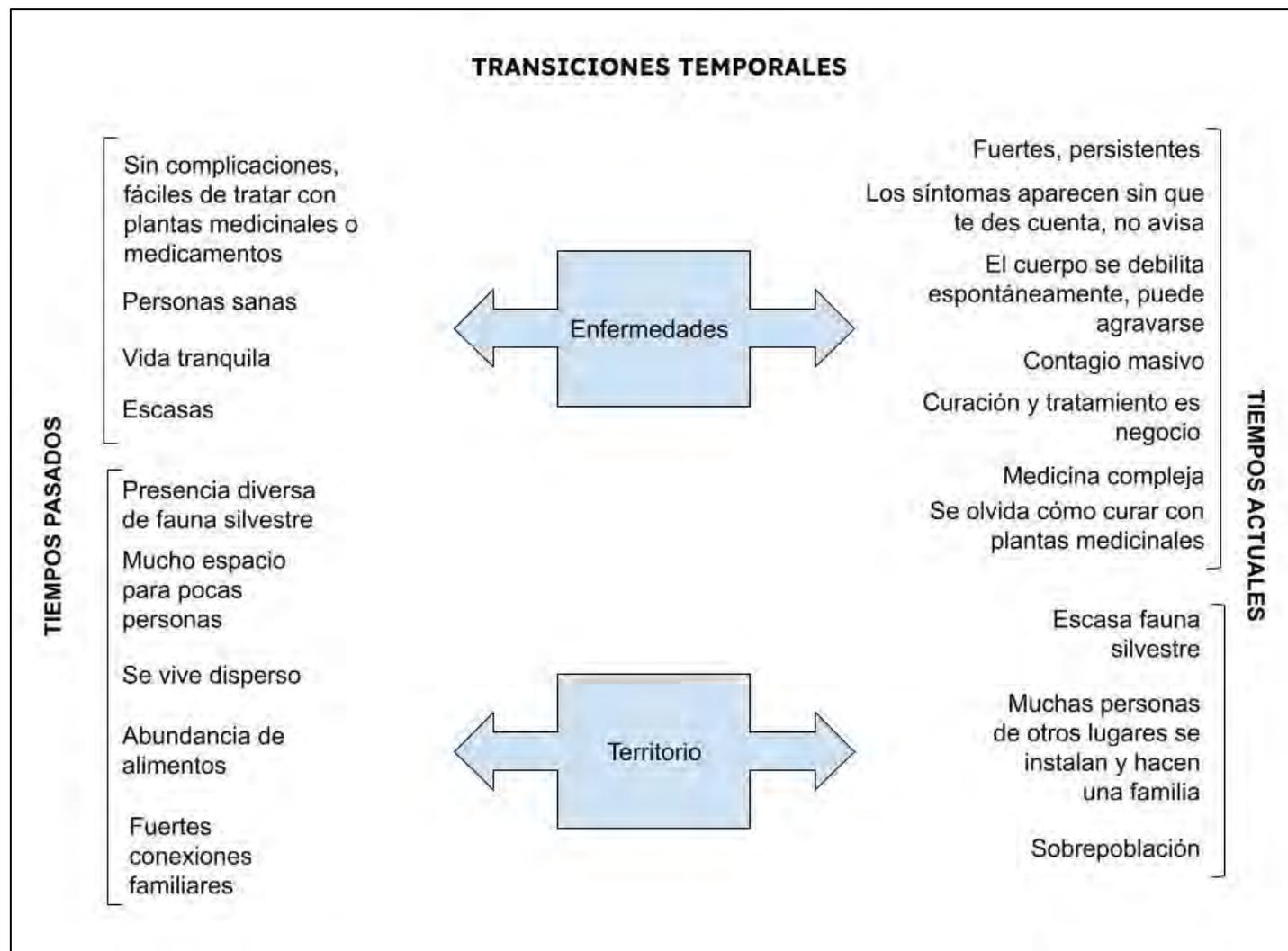
Fuente: elaboración propia

Los segmentos de estas diferentes conversaciones que entablé con los mayores de la comunidad evocaban una idea importante sobre el pasado, el presente y el futuro de sus vidas (gráfico 18). El tiempo de antes no solamente era caracterizado por la ausencia de enfermedades, sino además por la consonancia y prosperidad de su territorio, plasmada por ejemplo en la abundancia de recursos naturales para su sobrevivencia. Sin embargo, ocurre una transición de la situación que empieza con el contacto con el *apach*. Los episodios históricos en la Amazonía como la creación y el avance la empresa cauchera o la instalación y expansión de la institución eclesiástica, traen consigo la ocupación de personas ajenas a sus tierras junto a una serie de enfermedades y medicinas desconocidas. En otras palabras ‘la enfermedad ha quedado como una herencia del apach’ (Flores, 2020). Los awajún que mantienen un contacto más frecuente con estos procesos se familiarizan con estas, con el riesgo de olvidar el sistema de conocimientos indígenas que sus antepasados les transmitieron. No obstante, parece que la situación de hoy ya no es la misma, lo desconocido de afuera sigue viniendo casi en la misma forma, pero en diferente formato de las épocas pasadas. Hay que arreglárselas para resistirlo y combatirlo, pero con cuidado porque es peligroso, y usando ambos conocimientos aprendidos y constantemente actualizados.

Esto se puede ver reflejado en la presente experiencia de pandemia, pues en correspondencia que antes, se tiene claridad que la enfermedad tiene sus orígenes ‘en otro país’, traída por ‘extranjeros’ y transmitida por ‘mestizos’ incluso ‘paisanos’. Sin embargo, entran en una nueva categoría de enfermedades, pues terminan siendo ‘complejas’ y ‘peligrosas’ no solo en cuanto termina siendo imperceptible e inesperada, sino que pareciese que se propaga en un espacio vulnerable, pero no por eso imbatible. Por otro lado, la forma de ‘tratar’ la enfermedad, depende de la experiencia previa con la que han ido obteniendo resultados, sean positivos o negativos.

Por ejemplo, en el caso de Ignacio y Lorenzo, explicaban que no existía el aparato de salud como lo conocemos, sino que la entidad relacionada a este campo era la iglesia a través de los curas y monjas, pero que, sin embargo, al mismo tiempo recurrían al conocimiento indígena de plantas medicinales, las cuales también tenían sus propios agentes e instituciones.

Gráfico 18: Transiciones temporales



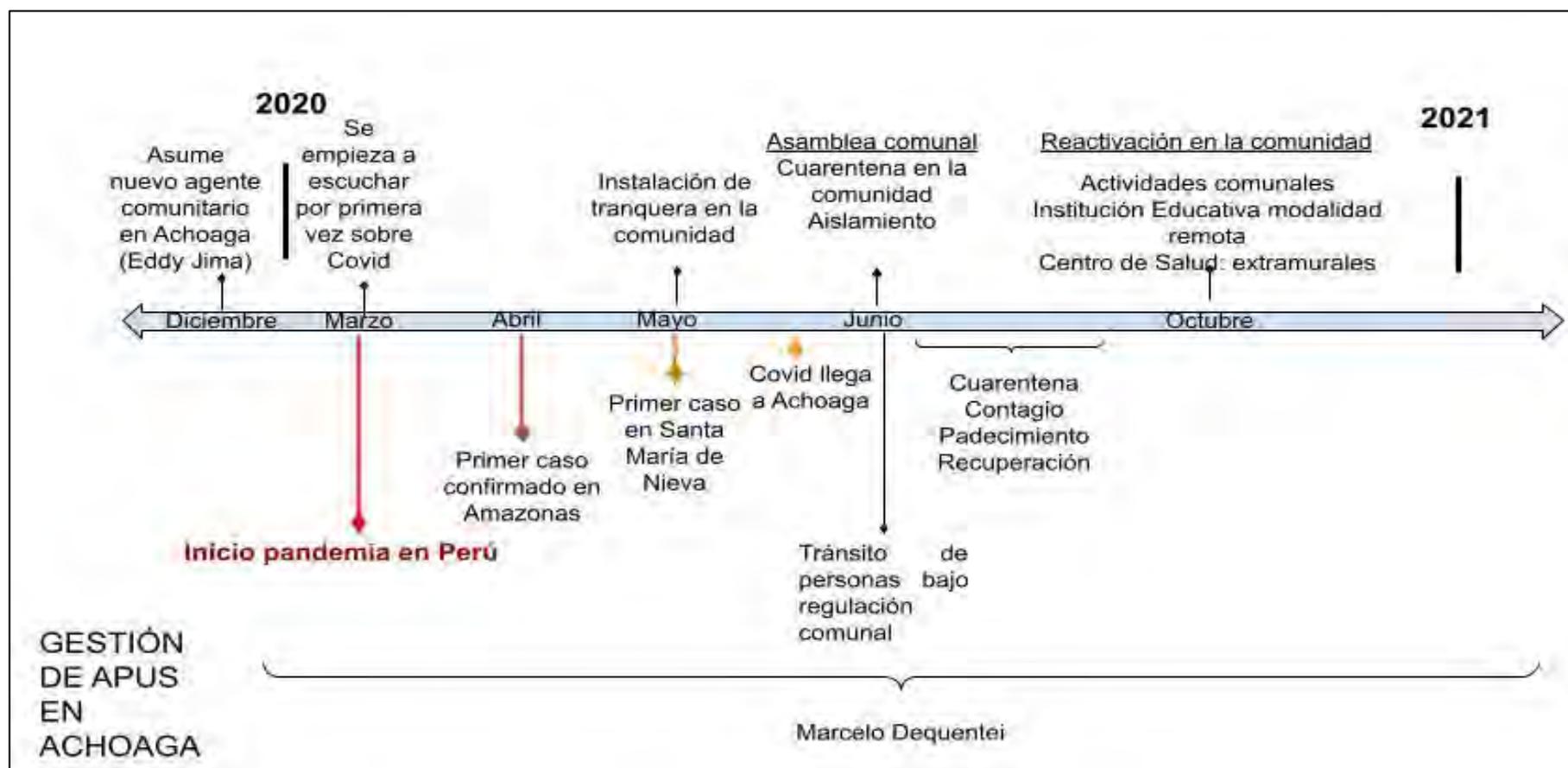
Fuente: elaboración propia

5. 2 Experiencias e interpretaciones de la pandemia en Achoaga

Como se viene planteando, analizar el proceso de vacunación supone antes explorar, como hemos visto, la relación que se construye entre los usuarios indígenas y el sistema de salud pública en el ámbito de estudio -en la medida que ha sido esta la encargada del programa de inmunización-, pero al mismo tiempo comprender cuáles han sido las experiencias y percepciones del COVID en la comunidad. Este ejercicio posibilita conectar ambos procesos y encontrar nexos y vacíos por responder. Esta sección del texto busca indagar sobre el segundo punto, posteriormente se entrelazarán. Las entrevistas que tuvieron peso sobre este tema fueron las que se realizaron a los adultos indígenas (incluidos comuneros/comuneras y ex y actuales autoridades comunales)- de diferentes hogares, pero no necesariamente de distintas familias- debido a los roles asumidos que les permitieron recordar fechas, lugares y hechos recientes de pandemia en sus hogares y territorios. Para brindar mayores facilidades de entendimiento, he usado la línea de tiempo (gráfico 19) como técnica de recojo/análisis de información a partir de diversos fragmentos de entrevistas con diversos actores alrededor del proceso de pandemia y vacunación en Achoaga.

Ese virus lejano y desconocido, en un momento, apreciado por radio, periódico y televisión de pronto se encontraba en el país, después en la región, posteriormente, en la provincia, y rápidamente en la ciudad y comunidad. La incertidumbre sobre su origen, proveniencia, síntomas, efectos y riesgos, debido a la diversa y difusa información que circulaba en diversos espacios físicos y virtuales, generaba alertas, inseguridades y desconfianza. Gran parte de los adultos indígenas entrevistados coincide que el COVID llegó entre los meses de mayo y junio a Achoaga. De acuerdo a las palabras del entonces apu de la comunidad, Marcelo Dequentei, una de las primeras acciones que se tomaron antes de que el virus se asentara fue instalar una tranquera en la pista a la altura de los límites de la comunidad. Entre los comuneros y comuneras se organizarían para controlar el tránsito de vehículos y personas. Sin embargo, algún tiempo después abandonarían esos puestos debido al rumor de que el ejército lo habría prohibido.

Gráfico 19: Línea de tiempo COVID en Achoaga



Fuente: elaboración propia

Sin control sobre su territorio, y teniendo conocimiento que la enfermedad ya se encontraba en Santa María de Nieva, en el mes de junio, ya con algunas personas contagiadas, se realizaría una asamblea comunal para tomar decisiones en conjunto, teniendo como resultado el aislamiento voluntario y la suspensión de actividades comunales. Así mismo, debido a la gravedad de la situación en la ciudad, desde allí se ordenó que las personas provenientes de comunidades que bajaban tenían que traer una orden del apu de su comunidad. En situación contraria, la comunidad dispondría de un espacio alejado del centro en dirección a bosques para que los 'retornantes' realicen su propia cuarentena. De esta manera lo manifiesta Marcelo:

MD: Yo cuando estuve apu de la comunidad primerito hemos escuchado en la radio ya, hay enfermedad de Lima (...), primero hemos cerrado

D: ¿Cómo cerraron?

MD: hemos hecho una tranca, de ahí hemos controlado nosotros. Después hemos escuchado comentario de que el ejército decía que no se puede hacer tranca, se tuvo que retirar. Hemos salido y cada uno nos vamos a escapar le hemos dicho, cada uno hemos metido en nuestra casa. Yo tengo otra casa allá arriba, donde lo que tengo mi pollo, en mi chacra. De ahí, han hecho una orden que decía que una persona que está enferma y quiere ir a comprar remedio [a la ciudad], tiene que pedir una constancia al apu, si va sin constancia lo van a capturar y lo van a meter al calabozo.

(M. Dequentei, comunicación personal, 2022)

La experiencia de enfermedad que cada familia padeció durante la pandemia difiere unas de otras. Los contagios se dieron en su mayoría por los denominados 'caminantes', personas de la misma comunidad que habían migrado hacia las ciudades por razones laborales y educativas, pero que retornaban a sus hogares después de la amenaza sanitaria y económica que dejaba la primera ola de COVID. Lo que une estos testimonios, hasta determinado punto, fueron las tácticas y estrategias a las cuales recurrieron para protegerse y enfrentar la enfermedad. En un principio, estas personas se alejaron de sus hogares en el centro de la comunidad, y se instalaron en sus chacras, en varios casos construyendo una nueva infraestructura, algunas de ellas ubicadas hacia varios kilómetros adentro del bosque. En el caso de este grupo de edad,

fueron los primeros en contagiarse y transmitir el virus, debido a los roles comunales (turnos de vigilancia de la tranquera en la carretera) y familiares (interacción con diversos miembros de la familia) que asumieron durante esos momentos. Algunos se aislaron en sus chacras, otros continuaron en sus casas, pero en gran medida las personas que se movieron volvieron hacia sus hogares iniciales después que superaban la enfermedad.

De esta manera, se cerraba las experiencias y percepciones sobre el COVID en la comunidad, se recurrió a graficar la experiencia para tener mayores facilidades de comprensión.

Simultáneamente, se activaría una red de información que permitió difundir tratamientos mediante el uso de vegetales y plantas medicinales. Esta se basó en un conjunto de transmisiones vía oral, vía telefónica y vía radio desde diversos actores, ya sean familiares cercanos y lejanos, amigos y autoridades políticas awajún respectivamente. Se trataba de una dinámica que a pesar que como sistema de medicina indígena incluso tenía sus propias contradicciones en las especificaciones de las indicaciones y recetas, terminaba siendo más cercana los hogares y familias awajún. Esto, porque a diferencia de la inestabilidad, lejanía e indiferencia que solía percibirse sobre las instituciones de salud pública, lo otro tenía un sustento basado en la sabiduría, proximidad, experiencia, pero también en la etnicidad. Esas consignas tenían una importancia crucial en el contexto de la pandemia. En ese sentido, otra de las decisiones que se tomarían a nivel familiar sería evitar a toda costa cualquier contacto y acercamiento con el único establecimiento de salud operando durante los primeros meses de pandemia, el Hospital. Durante las entrevistas realizadas a los adultos del hogar primaba la convicción de que ese era un lugar peligroso:

“No me fui al hospital, le tenía miedo, decían. Me enteré que decían ‘no te vayas, te van a poner acá sondas y eso calienta. Con eso te van a matar, cúrate acá no más, acá hay plantas de nosotros” (E. Ampush, comunicación personal, 2022)

“No. Porque me he enterado en WhatsApp y en las noticias, dijeron que en la China lo inventaron para poder reducir al país. Entonces, cuando te vas al hospital te van a matar porque van a reducir en el mundo, los trabajadores del hospital están pagados por el Estado. Entonces, cuando

tú acudes a salud vas a regresar en ataúd, me dijeron. Por eso no fui, no me acerqué.” (T. Ampush, comunicación personal, 2022)

“No nos hicimos prueba, nunca fuimos al hospital, no me fio, ni mi hijo ni mi señora, esa enfermedad nos agarra allá.” (M. Dequentei, comunicación personal, 2022)

“Tampoco he ido, en la radio que dicen, no se van al hospital porque te va a matar es un satanás que dicen es igualito, que te tratan así, que hacen maltratar. Así, por eso mi papá se ha ido, mi mamá tampoco, los dos igualito en la cama, Dios les ha ayudado.”

(S.L. Pía Pía, comunicación personal, 2022)

“No fui [al hospital], porque decían que allá había otras enfermedades más peligrosas, entonces para no contagiarme no me acerqué, solamente me traté con plantas medicinales en mi casa.” (C. Anduash, comunicación personal, 2022)

“No fuimos al hospital porque cuando te llevan no se preocupan nada, te matan porque te meten oxígeno, muchas personas mueren en los hospitales, nuestros paisanos que están afuera nos dicen que no los llevemos a nuestros hijos al hospital, mejor trátense en sus casas con plantas medicinales o ampollas.” (L. Arévalo, comunicación personal, 2022)

“No iba porque decían que matan, por temor y miedo no iba al hospital, los de mismo Nieva que entraban y ya no volvían, salían muertos, por eso daba terror” (R. Cacaja, comunicación personal, 2022)

Lo que expresaban estos fragmentos era miedo, a pesar que las explicaciones detrás eran heterogéneas, terminaban evidenciando la fragilidad de la relación que tenían las familias indígenas con el sector salud que representaba el Estado. Se trataba de un discurso potente en la medida que rompía conexiones con el sistema de salud pública que operó durante el escenario crítico de la enfermedad en la ciudad. De esta manera, así como al hospital y la ciudad se le construía con una noción de enfermedad y muerte, el hogar y la comunidad aparecía como espacios de seguridad y sanación, específicamente la familia. Esa forma de representar a las autoridades de la salud pública, en esa época, era singular. Se construía como un lugar ajeno, con

un personal desconocido, y por lo tanto con un tratamiento amenazante. Esta percepción, sin embargo, también era incentivada por un conjunto de rumores provenientes de personas que venían de la ciudad, señalando la situación de abarrotamiento y las constantes muertes que se registraban en el establecimiento. Es preciso recalcar, que este distanciamiento tendría antecedentes previos a la emergencia sanitaria, y tendría que ver la construcción de espacios de salud alrededor del hogar y la familia, ello se verá más adelante.

Continuando con el relato de pandemia, entre los meses de mayo y junio el virus ya se encontraba en la comunidad, y el contagio se dio inmediatamente. Algunos pasaron momentos delicados de salud, mientras que, a otros, después de algunos malestares leves, 'no les hizo nada', se recalcaba sin duda alguna en la mayoría de los varones awajún.

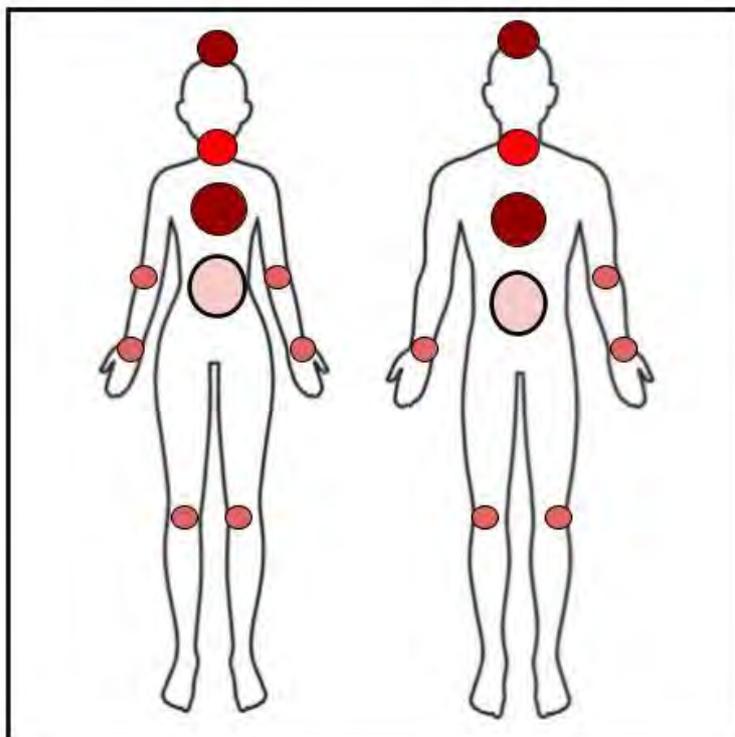
Mi papá me dijo que antes se sanaba así, los débiles morían, igualito es ahora, me decía él. " (J. Dequentei, comunicación personal, 2022)

Esta respuesta era un patrón interesante que, a pesar que tenía excepciones, terminaba construyendo una noción particular del cuerpo basado en el género y en la etnicidad. Pues, no solamente esta inmunidad descansaba sobre los varones, sino sobre el varón awajún. Esto contrastaba, además, con la percepción que tenían acerca de la manera en la que se había configurado las actividades extramurales dadas por el Centro de Salud, como un espacio femenino, maternal e infantil.

Parte de comprender el proceso de enfermedad, suponía explorar las experiencias corporales sobre el padecimiento del COVID. Acorde a las entrevistas realizadas, este momento se trató de una etapa de cuarentena, contagio, padecimiento y recuperación, que se dio entre los meses de junio y octubre. Una de los descubrimientos que me más asombró fue el contraste de sintomatologías entre los propios comuneros, pero al mismo tiempo entre estos mismos y el discurso oficial del sistema de salud. Durante algunas entrevistas (debido a situaciones del contexto), me animé a proponer un ejercicio de memoria sobre las afecciones del cuerpo a través del dibujo. Imprimí una hoja con un cuerpo masculino y femenino en blanco y la metí sobre una mica, después en el momento que la conversación se acercaba, les preguntaba '¿qué partes de su cuerpo se vieron afectadas?', sacaba el papel, me acercaba, les

mostraba y les pedía que señalen esas partes sus manos, enseguida pasaba un plumón de color rojo encima, de esa manera el trazo podía ser borrado y la ilustración reusada para otra entrevista.

Gráfico 20: Mapa Corporal de recuento de afecciones del cuerpo con COVID



Fuente: elaboración propia

El resultado de este ejercicio puede verse en el siguiente gráfico 20. Lo que, en primer lugar, llama más la atención es la variedad de afecciones que las personas de la comunidad sintieron cuando estaban con el virus encima. Estas pasaban, en distintas intensidades, por casi todo el cuerpo entero, desde la parte más baja hasta la más alta. Además, estaban conectadas con otro tipo de síntomas que escapaban más allá de una parte específica del cuerpo, sino con una sensación particular. En el caso de las mujeres, la dolencia predominante reposaba sobre la cabeza, el pecho y las articulaciones. Iban acompañadas de fiebre, pérdida de sabor y olor, mareos, debilidad y punzadas, y presión. La particularidad sería que estos padecimientos estarían presentes en una mediana-larga duración en el cuerpo. En el caso de los hombres, sí admitirían haber sentido dolencias, sin embargo, estas sólo durarían en un corto plazo. Estas se concentraban en la cabeza, la garganta, el pecho con la espalda y el

estómago. Los síntomas serían similares como la fiebre, mareos, debilidad y diarrea respectivamente.

En segundo lugar, otra de las diferencias que asombra es el contraste de la sintomatología entre lo que contaban los comuneros entrevistados y el discurso del propio sistema de salud. Este se hallaba representado en un conjunto de carteles y afiches informativos pegados a lo largo de los distintos pasillos del Hospital (gráfico 26 y gráfico 27). Parecían que no habían sido removidos desde el inicio de la emergencia debido a su estado desgastado y abandonado. Como ya hemos visto, el primero resaltaba por la variedad de sensaciones que afectaba el cuerpo entero, mientras los segundos se enfocaban primordialmente en la afección del sistema respiratorio, la fatiga del cuerpo y los dolores de cabeza junto a la fiebre. No sólo se trataba de otra diferencia en la forma en que se sentían, reconocían y definían los padecimientos de una enfermedad en el cuerpo, sino que terminaba influyendo en la manera como uno convivía, lidiaba y trataba con ella. Por ejemplo, uno de los aspectos que aparecía durante las entrevistas con los comuneros sobre el tema del distanciamiento del Hospital era el tratamiento que se usaba allá a través del oxígeno.

Este procedimiento era peligroso porque este era frío, y lo que necesitaba el cuerpo, según varios testimonios awajún eran cosas calientes, como por ejemplo Matico. Así mismo, los carteles informativos del Hospital implantaban un modelo de prevención específico para una familia y un hogar diferente al de varias comunidades, puesto que incentivaba el lavado constante de manos, el uso de mascarillas y evitar el contacto; tres consignas que no se amoldaban a la situación que pasaba en Achoaga, pues no se contaba con infraestructura de agua ni desagüe, tampoco farmacias y boticas cercanas, y por el contrario redes comunales y familiares activas.

En ese sentido, el Hospital podía terminar plasmando un modelo de sintomatología, prevención y tratamiento ajeno al de varios usuarios indígenas. Un detalle importante que no quiero pasar por alto fue la presencia de otro cartel no informativo, sino descriptivo (imagen 13). Se trataba de una comparación entre una 'mente abierta' y una 'mente cerrada'. La primera caracterizada por el aprendizaje, la resolución de conflicto, el optimismo, la aceptación de críticas, el

control del miedo y el equilibrio; mientras que en la segunda realzaba el lamento, el estancamiento, el decir que 'es imposible', el sufrimiento por lo que piensen las otras personas de uno y el descontrol de emociones como el enojo. Todo lo mencionado con una frase en la parte superior diciendo '¿y tú, con cuál te identificas?'. El cartel parecía haber sido hecho en base a la manera en que los usuarios indígenas manifestaban alrededor de las interpretaciones y experiencias de la enfermedad. Eso me dio a entender que el contenido de los afiches no era pasivo, sino que buscaba desafiar y negociar esas mismas.

Imagen 11: Afiche en Hospital (1)



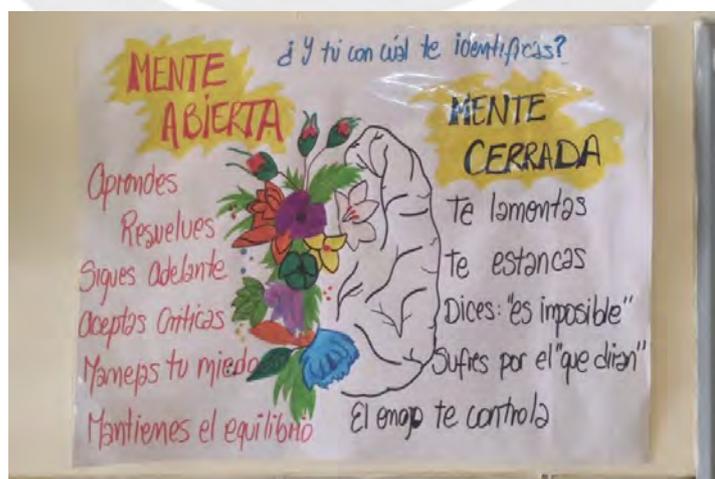
Fuente: elaboración propia

Imagen 12: Afiche en Hospital (2)



Fuente: elaboración propia

Imagen 13: Afiche en Hospital (3)



Fuente: fotografía propia

Después de explorar los padecimientos corporales, me enfoqué en indagar sobre la respuesta que los adultos indígenas de la comunidad asumieron para tratar la enfermedad. Este proceso de contagio, padecimiento, tratamiento y recuperación se daría entre los meses de junio y octubre del 2020. A pesar de la variabilidad de las experiencias, los testimonios evidenciaron el uso de dos formas complementarias de lidiar con los síntomas. Por un lado, se recurrió al consumo de vegetales y plantas medicinales. Un conocimiento indígena que venía gestándose a partir de sus antiguos parientes, sin embargo, no era generalizado, tenía sus propias discusiones sobre las indicaciones y recetas que cambiaban ligeramente por familia y sector, e incluso existía la percepción de que se estaban perdiendo en las nuevas generaciones awajún. En los hogares que pude ingresar para realizar la entrevistas se tenía un conocimiento general pero no especializado frente a, como ya vimos, una variedad de afecciones en los cuerpos, de esta manera, cuando la sintomatología se hacía más compleja, recurrían a ‘los que sabían’, que sobre todo eran personas relativamente de edad con un vínculo familiar pero que no necesariamente eran de la comunidad.

Por otro lado, primaba el consumo de medicamentos, específicamente la práctica de la automedicación. En el escenario de pandemia se usaba una pastilla o ampolla en particular, se trate de un antiinflamatorio, antibiótico o analgésico, para contrarrestar una sintomatología específica en el cuerpo. En la práctica esto terminaba mezclando un conjunto de sustancias y fluidos; y se hacía en base a experiencias previas con resultados sobre sus propios cuerpos. Es preciso reconocer, sin embargo, que no existe una polaridad entre los tratamientos para combatir esa enfermedad, es decir, el uso de plantas y de los medicamentos no son mutuamente excluyentes, en sí son, hasta cierto punto, complementarias. De hecho, sus testimonios sobre este punto dejaban una consigna, y es que, dependiendo de la gravedad de las afecciones, el estado de sus relaciones familiares, los recursos económicos, las redes de contacto y la capacidad personal de decisión sobre sus cuerpos podían recurrir, en distintas intensidades a cualquiera de estos sistemas de salud. Ello se vio reflejado en la siguiente gráfica:

Gráfico 21: Esquema de Plantas/Vegetales/Medicamentos

Nombres	Plantas Medicinales	Vegetales	Medicamento
Elvia	Matico y sachá ajo	Jengibre, limón, miel de abeja	Pastillas (no específica)
Teófilo	Sachá ajo	Limón	Pastilla (no específica)
Jeuner	Matico	Jengibre, limón	Ampolla (penicilina, dexametasona, metamizol)
Marcelo		Jengibre	Ampolla (ceprazol, dexametasona, metamizol, clorfenamina)
Segundo L.	Uña de gato, sachá ajo	Jengibre	Ampolla (dexametasona, metamizol)
Carla	Chuchuhuasi	Jengibre	
Eslí	Matico	Jengibre, limón, miel de abeja	Pastilla (paracetamol y azitromicina)
Lisenia	Sachá ajo	Jengibre, limón, miel de abeja	Pastilla (paracetamol)
Javier			Ampolla (metamizol, dexametasona, ceftriaxona o ampicilina, ranitidina y tiroxina)
Rosalina	Matico	Jengibre, limón, ajo, cebolla	Pastilla y Ampolla (lincomicina y metamizol)
Eddy			Pastilla (ibuprofeno, paracetamol, dolodran)
Ernesto	Matico, sachá jergon, sachá ajo, uña de gato, chuchuhuasi	Jengibre, limón	

Fuente: elaboración propia

De esta manera, se recurría al uso de plantas, vegetales y medicamentos. Tres categorías que eran conscientemente diferenciadas cuando se hacía referencia a su consumo, pues no necesariamente todos tenían el conocimiento especializado para usarlos, e incluso frente a la desesperación de combinarlas obteniendo resultados quedaba la incertidumbre del proceso de sanación con un: “No se puede decir bien claro con qué remedio me he sanado” (T. Ampush, comunicación personal, _de_ 2022). Una de las recurrencias que observamos en la tabla es la toma del matico y el sachá ajo. El matico abundaba en el territorio, pero no necesariamente en la comunidad, pues la mayoría de sus preparados las habían comprado en la ciudad por comerciantes, o adquiridos por amistades cercanas. En cambio, el sachá ajo, sí se encontraba en sus propios bosques y chacras. De acuerdo a lo explicado, el primero tenía efectos positivos

e inmediatos sobre el sistema respiratorio, mientras que el segundo servía para aliviar el estómago de enfermedades gastrointestinales. En otro nivel, se hallaba el consumo de la uña de gato para infecciones urinarias y el chuchuhuasi para los síntomas del resfrío y el reumatismo. Respecto a los vegetales hubo un predominante uso del jengibre, el limón y la miel de abeja. Una combinación bárbara que tuve la suerte de probar y tenía efectos inmediatos para aliviar la tos, la flema y el dolor de la garganta. No es menos importante añadir que la mezcla de estas plantas medicinales y vegetales se hacían con yonque, pues activaba las propiedades de estas mismas. Frente al uso exclusivo de este preparado se señalaba lo siguiente:

“Yo tomaba tres veces al día antes de la comida. Dentro de tres días volaba el COVID. Así nos recuperamos nosotros. En mi caso no usamos pastillas ni ampollas. La mayoría se curó con planta medicinal” (E. Puwanch, comunicación personal, 2022)

Respecto a los medicamentos, se puede reconocer las personas entrevistadas de la comunidad hicieron un uso excesivo de pastillas, pero también de varias combinaciones de compuestos en una o varias ampollas que eran aplicadas diariamente durante los momentos de afección. Respecto a las primeras, en los casos señalados no necesariamente se especificaba, pero había una tendencia al consumo del paracetamol y otros analgésicos/antipiréticos. Sobre las segundas, las medicinas que recurrentes era la dexametasona y el metamizol, un corticoide antiinflamatorio y otro analgésico que buscaban aliviar el dolor y la fiebre cuanto antes. El resto de los fluidos variaba considerablemente, sin embargo, apuntaban a curar diferentes partes del cuerpo que se veían afectadas, como por ejemplo lo manifestaba Javier:

“Con medicina, metamizol en ampolla para la fiebre fuerte, después dexametasona, ceftriaxona o ampicilina, para dolor de estómago una ranitidina y tiroxina, cinco ampollas y metes, sin pena” (J. Dequentei, comunicación personal, 2022)

En ninguno de los casos señalados por los informantes se recurrió a algún establecimiento de salud para preguntar qué tipo de medicamentos usar o conseguir una receta médica. Las personas que se encontraban en un cuadro

de menos gravedad, que usualmente eran los varones, iban a la ciudad por sus propios medios a conseguir, en ese entonces a muy elevados precios, medicamentos en farmacias. Las referencias de las cuales se influenciaban eran como ya mencionamos, a partir del despliegue de la red vía oral, vía telefónica y vía radio.

“Mi viejo es técnico enfermero, él me dijo qué medicamento usar para cada malestar. Entonces, ya lo agarré y lo puse todo”. (J. Taqui, comunicación personal, 2022)

“Eso lo escuché por radio, el alcalde Héctor comunicaba cómo tratarse de COVID. En las mañanas daba. Mi esposo y mi hijo mayor se iban a la farmacia en Nieva, ellos me traían esas medicinas”. (R. Cacaja, comunicación personal, 2022)

Fueron de estas distintas maneras que algunas familias de la comunidad se trataron frente al COVID durante los tiempos más críticos de la pandemia. Como podemos apreciar en el cuadro, había una tendencia en optar por una complementariedad entre medicamentos, plantas y vegetales. Sin embargo, sí hubo personas que prefirieron usar en su totalidad uno u otro. La memoria, por medio de los aprendizajes que les dejaron ‘sus viejos’ fue un recurso importante para saber cómo responder a estas afecciones desde su propia cosmovisión, sin embargo, no podemos ocultar que había diversos grados de conocimiento y desconocimiento, es decir, el ensayo y error se usó tanto para con los medicamentos como con las plantas y vegetales, de esta manera también podemos decir se han ido transformando sus conocimientos. Esto se daba a entender en los siguientes fragmentos:

“No todos sabemos cuál usar, a veces hay que preguntar a vegetalista, otras ensayamos usando a la vez medicina y vegetal, porque la medicina puede chocar.” (S. L. Pía Pía, comunicación personal, 2022)

“Aquí las personas se han sanado con vegetal, qué no habrán inventando, ha sido increíble el cruce de información por el medio del celular, en mi caso me pasaron la receta amigos de Bagua de y Iquitos. Las personas acá se han automedicado, de repente sacaban información del Hospital, o de algún médico o trabajador de salud, así iban, se

cruzaban información, 'que prueba con esto, no mejor con lo otro', se han automedicado." (E. Yampis, comunicación personal, 2022)

El objetivo de este ejercicio fue aproximarse al vínculo de la experiencia de la enfermedad con los itinerarios terapéuticos a los que recurrían. Este concepto, se refiere a "las diversas decisiones y acciones llevadas adelante por las personas en presencia de un problema de salud, que involucran (en ocasiones de manera simultánea) diversos saberes y formas de intervención sobre dichas afecciones (Cabral, Martínez-Hernández, Andrade y Cherchiglia, 2011; Mattosinho y Silva, 2007, como se citó en Buzzi y Sy, 2020). Es preciso recalcar que esta afirmación no era tan sencilla como parecía. Durante las cuatro semanas que pasé residiendo en la comunidad fui testigo de una serie de casos de afecciones y padecimientos de personas en el que se ponían en emergencia una serie de interpretaciones y conocimientos.

Primer relato de campo:

Eran las 7:00 pm, me encontraba en la comunidad sentado en una banca de madera a las afueras de la casa de Daniel Jima y Rosalina Cacaja, comuneros con los que había entablado una amistad. Con él, junto a su hijo Eddy, el apu de Achoaga, Richard, conversábamos sobre nuestra jornada de minga que habíamos realizado ese día. De pronto, Ernesto, un comunero que vivía a una distancia mediana de donde nos encontrábamos, apareció a lo lejos, se acercó a nosotros y preocupado comenzó a contarnos acerca de una situación que sucedía en su casa en ese momento. Se trataba sobre un malestar que afectaba a su yerno. "Él siente una tristeza que no es normal, siente dolor en el pecho, angustia, quiere correr, está desesperado", señalaba. Al parecer el cuadro que atravesaba tenía que ver con una ruptura amorosa, pero lo curioso era que por las extrañas señales que daba estaba pensando en llamar a su familia en Pajacusa, un caserío dentro de la provincia, para que lo vean lo antes posible. Daniel, Eddy y Richard intuitivamente señalaron que podría tratarse de algo distinto, posiblemente de *wake* (tristeza profunda o melancolía). Según lo que me contaban, este término hacía referencia a un cuadro corporal y emocional producido intencionalmente por otra persona a través de un canto poderoso otorgado por una conexión con plantas y vegetales en una ceremonia. Hay personas que tienen el 'don' de adquirir esas capacidades al ingerir Toé -una planta catalogada como

'fuerte' y 'especial' por las reacciones y resultados que produce a quienes en toman- sin embargo, pueden utilizarlo para el bien o para el mal. Si esta persona que se encuentra bajo los efectos del toé llegase a escuchar un canto en sus visiones, puede obtener poderes de este mismo que puede utilizar en diferentes circunstancias, como el caso de hacer sentir a alguien una profunda tristeza. Sin embargo, para oírlo hay que tener una conexión especial con la planta. Si ese fuera el caso, el siguiente paso sería memorizarlo, para posteriormente repetirlo y hacer uso de sus poderes en una ceremonia con Toe/Tabaco. Según, Daniel, Eddy y Richard, por la manera en que Ernesto describía los síntomas eso pudo haber pasado eso con su yerno. Siguiendo la lógica de la ruptura amorosa, probablemente alguien quería hacer sentir mal este mismo, y le pagó a una persona con este don para hacerle daño, mencionaban. Daniel sacó de su tienda un frasco de agua florida como medida temporal, pero le recomendaron ver a un especialista lo más pronto posible. Este era persona que tenga las mismas capacidades de la planta pero que lo use para hacer el bien (Cuaderno de Campo, 2022).

Segundo relato de campo:

Era un domingo a las 10:00 pm, una hora de descansos y silencios en la comunidad. Salí de la casa donde me encontraba para comprar agua en la tienda de Daniel Jima, a unos cuantos metros. De pronto, cuando estoy cerca observo que él junto a Eddy salen del lugar en dirección a la pista asistiendo con sus cuerpos a Rosalina, esposa de Daniel y madre de Eddy. Me saludaron rápidamente y me comentaron que ella repentinamente se había puesto mal y la estaban llevando de emergencia a Nuevo Seasme, un caserío en dirección opuesta a Santa María de Nieva, la ciudad más cercana. Les pregunté por qué no iban al Hospital de Nieva, y me respondieron que allí era poco probable que hagan algo para que se sienta mejor, en cambio irían a un servicio particular en Nuevo Seasme. Enseguida, se fueron y yo regresé a descansar. Al día siguiente, al medio día, fui a visitarla. Ella y su familia estaban en la entrada de su casa, conversando y riendo. Me sumé a la conversación y pregunté por su estado de salud. Me dijo que le había dado una infección al estómago pero que ya estaba mejor después de las ampollas y pastillas que le habían administrado en ese momento. Sin embargo, para que Rosalina termine de curarse, Daniel le había comprado un remedio a base de plantas medicinales. Enseguida, sacó una botella de gaseosa

que en su interior contenía una bebida oscura que contenía una variedad de raíces en su interior y emanaba un olor fuerte. Después de hacerme probar, Daniel me explicó que era un concentrado a base de clavo huasca, chuchuhuasi, estoraque y yonque. Este curaba artritis, reumatismo, dolor de cuerpo; Rosalina tenía que tomarlo tres veces al día hasta que se acabe. Lo había conseguido en Santa María de Nieva, y había pagado 30 soles por él, un precio que era necesario para que su esposa se sane por completo.

(Cuaderno de Campo, 8 de octubre de 2022)

Imagen 14: Botella con medicina de Rosalina



Fuente: fotografía propia

Tercer relato de campo:

Un domingo por la mañana en la comunidad me encontraba tomando desayuno en la casa de Rosalía, hermana del apu e hija de mi contacto de confianza en Achoaga, Aniano Ampush. De pronto, su hija menor de cuatro años que se encontraba descansando en un ambiente próximo despierta repentinamente de su cama, con quejas y llantos camina en dirección a la mesa buscando a su mamá. La pequeña se veía pálida, desorientada y con malestar del cuerpo. Rosalía preocupada la cargó y la examinó, mientras le preguntaba cómo se sentía, me miró y me contó

que anteriormente había estado con anemia. Richard, su hermano que también se encontraba a unos metros descansando sobre una hamaca, se levantó preocupado y la revisó. Después de hacerlo, señaló que podía tratarse de anemia, pero después de observarla detenidamente por segunda vez sugirió que podría haberle agarrado 'el susto'. Al instante, llegó Aniano y rápidamente sus hijos le pusieron al tanto de la situación. Él volvió a inspeccionar a su nieta, después de unos segundos añadió: 'se ha asustado, ¿tienes una vela?'. Simultáneamente, Rosalía ya se había estado cambiando para ir a una farmacia de Santa María de Nieva y comprarle medicina, sin embargo, con los nuevos diagnósticos que surgieron cambió de opinión y dijo que compraría unas velas para que 'la limpie'. Cuando se fue, me acerqué a Aniano a preguntarle a qué se refería con el susto y cómo sabía que se trataba de ello. Según él, uno puede asustarse en sus sueños o cuando se está frente a alguna entidad no humana y te encuentras vulnerable, en ese momento altera y mueve el ser, lo desacomoda, por lo que para volverlo a su lugar tiene que curarse con una vela y un ritual que no es difícil de hacer. Él reconoció rápidamente el susto por el color de sus orejas y la mirada de sus ojos. (Cuaderno de Campo, 6 de octubre de 2022)

El cuadro de profundiza tristeza del yerno de Ernesto, la infección del estómago de Rosalía y el susto de la hija de Richard mostraban algunas situaciones cotidianas sobre la salud de las familias de la comunidad en las que emergían diferentes tipos de interpretaciones sobre el cuerpo, y con estas, un conjunto de respuestas específicas, o saberes para intervenir sobre lo que está sucediendo en él. A pesar de que no solía mencionarse con frecuencia durante mis entrevistas, estaban allí, en las mismas conversaciones y episodios del día a día. Seguían una lógica con sus propios antecedentes y orígenes, cadena de transmisión y contagio, modo de identificarlo, persona a quién recurrir, un espacio a donde acudir, una manera de tratarlo, y una forma de prevenirlo. Por ese motivo, la idea que expresaban algunas autoridades del sistema de salud pública del ámbito de estudio acerca de que los pobladores de las comunidades nativas no tenían sentido para categorizar y tratar una enfermedad debido a la diversidad de 'creencias en su cultura', no parecía tener fundamento. De hecho, esta misma tiene tanta complejidad que no solamente cuenta con una serie de

experiencias e interpretaciones que respaldan y le dan sentido a la situación per se, sino que incluso dialoga y negocia entre estas mismas.

5.3 Representaciones e imaginarios sobre el COVID en niños

Se venía tratando el tema de las relaciones entre autoridades del sistema de salud pública en el ámbito de estudio y los usuarios indígenas de la comunidad; por otro lado, también acerca de las interpretaciones y experiencias sobre la enfermedad. Hacia el final de mi calendario de trabajo de campo en la comunidad, y con esta información cualitativa encima, decidí que sería interesante estimular esta misma con niños y niñas natos de Achoaga. Después de haber conversado con adultos mayores, adultos, me interesaba explorar a partir de los infantes, cómo se estaban construyendo las representaciones acerca de los espacios de salud cómo a partir de eso podría conectarse con la disposición o no de vacunarse a través de sus hijos

Se trataba de una nueva y amplia generación que a su corta edad habían sobrevivido a una pandemia junto a sus familias, y a pesar de que no sufrieron duramente las afecciones, fueron testigos, desde otro ángulo, de un proceso de enfermedad en sus propios hogares, y, por lo tanto, de la emergencia de un conjunto de interpretaciones y experiencias que iban a ser determinantes a sus vidas. Después de realizar las consultas, coordinaciones, gestiones, autorizaciones y consentimientos requeridos a las autoridades del colegio, los padres de familia y los mismo chicos y chicas, me dieron el espacio de tres horas durante la jornada escolar para trabajar sobre representaciones e imaginarios sobre el COVID, el hospital y la vacuna COVID con chicos y chicas de 5to y 6to grado de la institución educativa primaria multigrado de la comunidad.

Este lugar (gráfico32) no tenía cerco ni muros y se encontraba en el centro de la comunidad, pues a no más de cincuenta metros se encontraban las casas. Ocupaba una extensión considerable con su infraestructura de un piso y el patio de pasto. Desde que los comuneros tienen memoria había existido, pero estaba a base de madera y yarina, sin embargo, había sido reconstruida con cemento y ampliada por la Municipalidad Provincial de Condorcanqui en el año 2014. Ahora constaba de tres salones y una sala de profesores en un solo bloque, a pesar de ello, uno de estos todavía seguía siendo de madera y calamina. Dentro de sus instalaciones habían construido unos servicios higiénicos y un comedor, este

último de madera pura que ya se encontraba apolillado y sin mantenimiento. En general, los dos ambientes se encontraban abandonados pues el primero no contaba con un sistema de agua ni desagüe, mientras el segundo quedó inhabilitado después que las cocinas mejoradas se malograron. Ahora servía como almacén de cosas inutilizadas. Los salones eran lo único 'rescatable' y fue en uno de estos mismo que dicté la actividad.

Imagen 15: Institución educativa primaria multigrado de la comunidad.



Fuente: fotografía propia

La primera actividad que pusimos en marcha fue 'dibujar en un papel al covid y el lugar donde se encuentra' (ver Gráfico 33 y 34). La segunda indicación fue 'dibujar en un papel a qué lugar y persona acuden cuando se enferman (ver Gráfico 35 y 36). La tercera indicación fue dibujar la vacuna COVID y cómo le afecta al cuerpo. Los resultados de la actividad fueron interesantes. Por un lado, una gran mayoría tenía el concepto del COVID bajo la representación del propio sistema de salud.

Algunos de ellos mencionaron que habían visto esa figura durante la incorporación a clases, pero también en las calles de Santa María de Nieva. El detalle en el resto del dibujo, pues el virus era dibujado en una gran escala en

relación a las personas y lugares que también se encontraban presentes en el dibujo. La razón de esta sobredimensión era debido a que ‘se encontraba gordo pues había comido bastante’, esto hacía referencia al alcance del contagio que había tenido en la comunidad. Lo más curioso de esta primera actividad recae en el lugar donde se encontraba el COVID. Una gran proporción de dibujos lo puso en el Hospital, pues ‘ahí vive, con el doctor’, mientras que el resto lo dibujó afuera de sus casas o en el medio de la selva, debido a que ‘estaba buscando gente’. Claramente se estaba empezando a construir una noción y representación negativa, no sólo sobre la continuidad y permanencia de la enfermedad, sino también sobre el establecimiento de salud más importante de la ciudad, pero al mismo tiempo de la persona detrás.

Imagen 16: Dibujo de niña actividad 1



Imagen 17: Dibujo de niño actividad 1



Fuente: fotografía propia

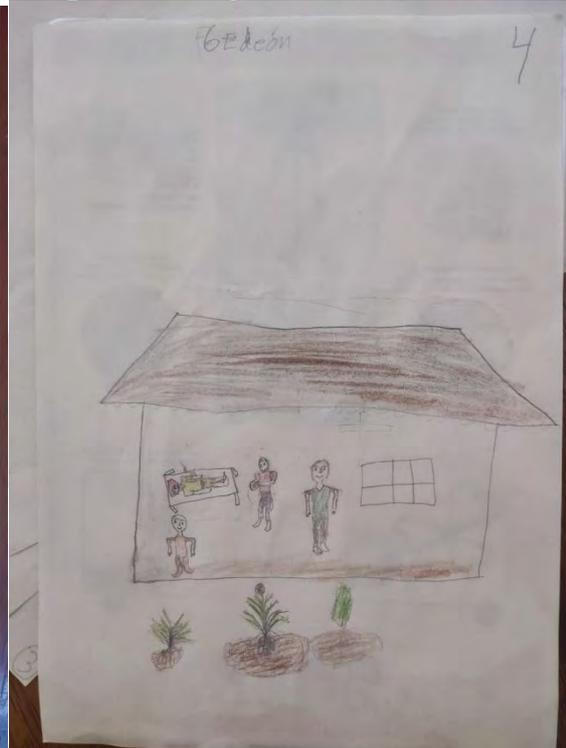
La segunda actividad reveló qué espacios y personas de salud son predominantes cuando los niños y niñas de la comunidad se enferman, se trataba del hogar y la familia. Sin embargo, en algunos casos se dibujaba, sobre la base de un recuerdo, el caso del Hospital atendiendo a un familiar. A pesar de ello, las circunstancias que acompañaban el retrato eran negativas pues había

sufrimiento y miedo sobre la situación y el tratamiento recibido en el establecimiento. Acompañado de estos dos escenarios se encontraban detalles importantes. En el caso del hogar, la presencia de plantas medicinales y vegetales, mientras que en el del Hospital, suero y medicamentos.

Imagen 18: Dibujo de niña actividad 2



Imagen 19: Dibujo de niño actividad 2



Fuente: fotografía propia

La tercera actividad no salió como esperaba debido a que los niños y niñas de esa edad todavía no estaban completamente familiarizados con la vacuna covid-19. Esta actividad sirvió para aproximarse hacia las representaciones y experiencia de enfermedad, pero al mismo tiempo sobre la pandemia desde el punto de vista de los infantes.

5.4 Experiencias y percepciones sobre la vacunación COVID

El bloque anterior brindó una aproximación hacia los procesos de contagio y la experiencia de pandemia en la comunidad. Este capítulo pretende dar continuidad al relato desde las experiencias y percepciones de los comuneros y comuneras entrevistadas sobre el proceso de vacunación covid-19. Se

explorarán las valoraciones que se construyeron sobre la vacuna, así como las experiencias que tuvieron en su acercamiento.

Cuando la vacuna llega a la Red de Salud de Condorcanqui en Santa María de Nieva, se pone en operación un conjunto de tácticas y estrategias que buscaban acercar la vacuna, desde la propia apertura de las instituciones y establecimientos hasta el ámbito de las mismas comunidades nativas. El caso de Achoaga no fue la excepción, sin embargo, el resultado que obtuvo no fue homogéneo. Los primeros acercamientos que los comuneros tuvieron fueron en la ciudad -debido a que la comunidad no cuenta con un establecimiento de salud- a través de las jornadas de vacunación pública, estos eventos en masa donde participaban diferentes autoridades del gobierno, y el sector de salud buscaba ser anfitrión y convencer a los habitantes mestizos e indígenas de ser la audiencia.

Simultáneamente a estas actividades, los establecimientos del primer nivel abrieron sus puertas para priorizar el desarrollo del programa. Sin embargo, debido a sus propios alcances y las circunstancias de contagio, fue a partir de los extramurales y las brigadas de vacunación en la misma comunidad a partir del cual los comuneros se vieron más involucrados en el programa durante los meses de mayo y junio. A mediados del 2021, entre las fechas mencionadas, una brigada de vacunación conformada por enfermeros del Hospital se dirigió a Achoaga. Unos días antes, contactaron con el agente comunitario de salud de la comunidad, Eddy Jima, y le pidieron que apoye en las comunicaciones necesarias para que los hogares se enteren de la actividad. Eddy, después de avisar la situación con el megáfono instalado en la tienda de su padre aguardó la fecha (Imagen 20 e Imagen 21).

Imagen 20: Altavoz en casa



Fuente: fotografía propia

Imagen 21: Eddy usando altavoz



Fuente: fotografía propia

Ese día me contó que por la mañana llegaron cuatro profesionales de salud del establecimiento mencionado, se dirigieron al local comunal, donde esperaban un grupo reducido de comuneros y comuneras. El personal empezaría a dar las charlas informativas sobre la vacuna, mientras que Eddy les apoyaba en la traducción de esta, sin embargo, a pesar que después sólo unas cuantas personas se vacunaron, se formó una discusión en su lengua encabezada por el resto de los comuneros para rechazarla.

“hablaban en awajún y decían que la vacuna es para morir, así nos van a matar, ellos vienen a matarnos, ellos no se han vacunado, pero aun así vienen a vacunarnos, eso es lo que decía la mayoría, entonces pocos se convencían, así empezó la vacuna acá” (E. Jima, comunicación personal, 2022)

Debido a las capacidades y posibilidades del sector, esta jornada de vacunación en la comunidad se hacía una vez al mes, con la misma regularidad de los extramurales, pero en diferentes fechas y por distintas instituciones. Esta dinámica era una de las características del modelo de acercamiento a los pueblos indígenas que adoptó del sistema de salud pública como parte del proceso de vacunación. Sin embargo, ha sido un aspecto criticado por no contar con la participación de representantes de organizaciones indígenas de base de la provincia:

“Si hubieran convocado a las organizaciones indígenas, como se hizo la sugerencia, esta situación de rechazo de la vacuna no hubiera sido así” (S. Manuin)³⁰

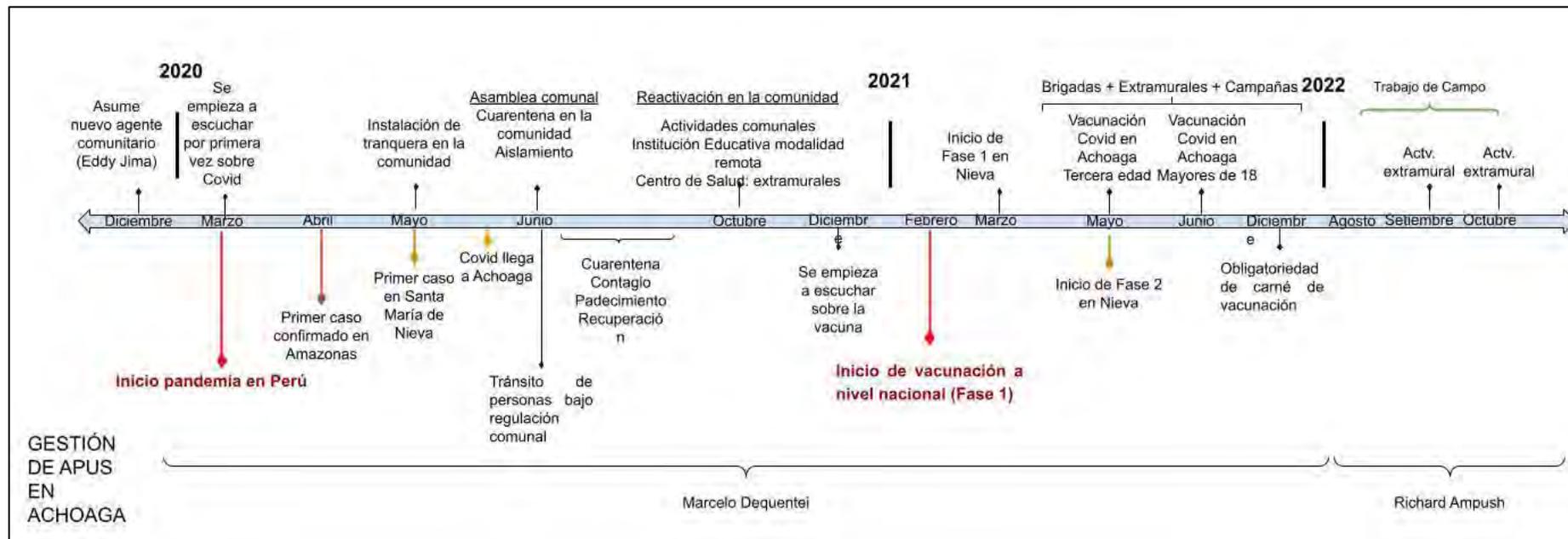
Parte de este argumento tiene que ver con el lento avance de la vacunación covid-19. La tendencia de la decisión de no vacunarse fue estricta durante los primeros meses la comunidad. Como bien señalaba una profesional de la salud, esto pasó, de “en un principio, ansiar la colocación de la vacuna a que cuando llegue se ponga en cuestión” (M. Carranza, comunicación personal, 2022). Sin embargo, con el pasar del tiempo, las estrategias y las tácticas del plan empezaban a transformarse para cambiar los resultados parciales. Es de esta manera que hacia finales del 2021 se lograría un avance importante en las cifras de vacunación a nivel provincial/distrital/local, pero ‘hay que preguntarse qué hay detrás de esas cifras’ (S. Manuin).

Como hemos mencionado en bloques anteriores, este lapso de tiempo sirvió a las autoridades de salud pública para cambiar de planteamiento en relación al escenario de pandemia que cada vez se hacía menos restrictivo. Más allá de la formación de brigadas de vacunación, la descentralización de las aperturas públicas de vacunación y el involucramiento de otros niveles del sector salud, se recurrió a la articulación con otros sectores del Estado a partir del Decreto Supremo N°179-2021-PCM que señalaba desde el mes de diciembre la obligatoriedad del carné de vacunación para ingresar a espacios públicos cerrados. Un mandato a nivel nacional que trascendía en el ámbito de estudio debido al tránsito que tenían estos lugares en la dinámica cotidiana de las ciudades. Esto supuso el despliegue masivo de módulos de vacunación por parte del personal de salud de los establecimientos del primer nivel en distintos sitios próximos a estos espacios. Con esta etapa de vacunación se cerraban los episodios en que los comuneros entrevistados de la comunidad señalaron haber sido inmunizados.

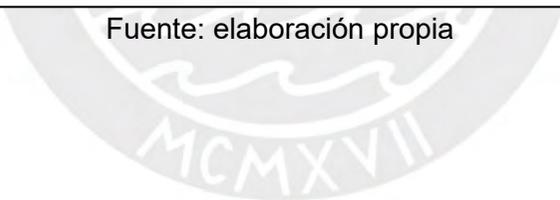
El proceso completo figura en el gráfico a continuación:

³⁰ Santiago Manuin, es hijo del reconocido dirigente y activista indígena awajún. A pesar que no forma parte de ninguna directiva de alguna organización indígena en específico, debido a su experiencia profesional y trayectoria política, junto al legado de su padre, participa activamente en espacios de diálogo y debate entre el pueblo awajún.

Gráfico 22: Línea de tiempo COVID y vacunación en Achoaga



Fuente: elaboración propia



5.5 Distribución de vacunación y razones detrás en Achoaga

Para profundizar en la comprensión de las percepciones y experiencias que tuvieron los miembros de la comunidad sobre la vacunación, se recurrió al análisis sus resultados generales usando dos fuentes de información.

La primera fue la base de datos de la Red de Salud de Condorcanqui denominada '*Reporte de vacunación COVID-19 al 10-10-2022.exl*', que mostró la distribución de las personas vacunadas a lo largo provincia. Sin embargo, la información revisada no contempló el lugar de procedencia de los usuarios. Esta consigna fue explicada por una de las representantes administrativas de salud por una estandarización del sistema en los procedimientos de registro que no podían ser modificados durante la etapa crítica de pandemia. Por ende, para encontrar la información pertinente se recurrió a triangularla con otra fuente.

La segunda fue el censo de comuneros y comuneras de Achoaga. Este fue recientemente elaborado a inicios del año 2022, cuando el *apu* de la comunidad asumió el cargo. El libro fue fotografiado en la totalidad de sus páginas con autorización de la junta directiva de la comunidad. Entre sus páginas contenía información sobre el número de hogares, las personas que residen en esos hogares (de todas las edades), su sexo, sus fechas de nacimiento, y nivel de educación.

La estrategia fue triangular ambas fuentes para encontrar el número total de personas vacunadas³¹ de la comunidad en relación al universo y, posteriormente, a la muestra de esta misma. Con estas proporciones, fue posible ampliar la comprensión sobre el alcance y los límites de la vacunación COVID en la comunidad.

El universo poblacional de la comunidad (ver gráfico _), muestra que hay una tendencia hacia el rechazo de la vacunación COVID, pues de 166, sólo alrededor de una tercera parte de sus habitantes, 51, se encuentra inmunizada³².

³¹ Hasta el momento en que se realizó la investigación, la edad de las personas a las cuales las instituciones de salud pública del ámbito de estudio inmunizaban, sean o no procedentes de pueblos indígenas, partía desde los dieciocho años en adelante. Esto se mantuvo en correlación entre el universo y muestra del presente estudio.

³² Es preciso recalcar que la información de las personas 'vacunadas' refleja aquellas que por lo menos tiene una dosis.

La proporción entre género siguió ese patrón, pues de un total de 86 hombres sólo 26 tienen la vacuna; mientras que, en el caso de las mujeres de un total de 80, sólo 22. En cuanto a la variable por edad, de un conjunto minoritario de 12 adultos mayores, un poco más de la mitad, 7, tienen la vacuna; mientras que, del conjunto mayoritario de los 154 adultos, aproximadamente una tercera parte del total, 49.

Gráfico 23: Distribución de vacunación COVID sobre **universo** poblacional de la comunidad nativa Achoaga*

	166 PERSONAS SI: 51 / NO:115	
	Adultos mayores ³³ : 12 SI: 7 / NO: 5	Adultos ³⁴ : 154 SI: 49 / NO: 105
	86 HOMBRES SI: 26 / NO: 60	
	Adultos mayores: 7 SI: 5 / NO: 2	Adultos: 79 SI: 26 / NO: 53
	80 MUJERES SI: 22 / NO: 58	
	Adultas mayores: 5 SI: 2 / NO: 3	Adultas: 75 SI: 20 / NO: 55
*Hombres y mujeres mayores de dieciocho años registrados en el padrón comunal.		

Fuente: elaboración propia

El contraste viene con la muestra de los habitantes de la comunidad (ver gráfico 24), la cual indica una aparente tendencia hacia 'la aceptación' de la vacunación COVID, pues de las 22 personas totales fueron casi las dos terceras partes, 15, las que se encuentran inmunizadas, dejando 7 personas no inmunizadas ³⁵.

Estas 22 personas muestreadas representan un 13,25% del universo poblacional de la comunidad nativa Achoaga. Dentro de estas, 15 personas que tienen por lo menos una dosis de la vacuna representan un 20,41% de los vacunados; mientras que las 7 personas restantes sin vacuna alguna representan un 6,08% de los no vacunados. La elección de estos informantes, se sustentó tanto en los requisitos (ser comunero, residir en la comunidad y

³³ Considerados como mayores de sesenta años.

³⁴ Considerados dentro del margen de edad entre dieciocho y cincuenta y nueve años.

³⁵ Nuevamente, la información de las personas 'vacunadas' refleja aquellas que por lo menos tiene una dosis.

haber pasado pandemia y/o la etapa de vacunación COVID en la comunidad) como en la representación de sus grupos etarios, y roles comunales, ambos, descritos en el capítulo de la muestra. Sumado a ello, es preciso añadir que la proximidad definitiva hacia los informantes estuvo facilitada por un miembro y persona de confianza de la comunidad, A.A (56), quien no sólo me permitió el ingreso a espacios y personas que terminaron siendo parte de la muestra, sino que cumplió un rol fundamental en la traducción del awajún al español de algunas entrevistas. Sin embargo, hay que recalcar también estuvo condicionado a las relaciones entre sus habitantes al interior de la comunidad, como a factores de distancia y tiempos.

Así mismo, en cuanto a la elección de las proporciones representativas entre los vacunados y no vacunados sobre la distribución de vacunación COVID del universo poblacional de la comunidad, se sostuvo con la intención de problematizar sobre una aparente tendencia hacia 'la aceptación' de la vacunación COVID. Esto debido a que, como se resolverá más adelante, el hecho de estar vacunado no necesariamente representa una voluntad o muestra de acercamiento hacia este dispositivo y las instituciones de salud públicas del ámbito de estudio. En otras palabras, esto contrasta más porque se 'esconden' un hecho en las cifras. Es allí, donde me pareció importante introducir el análisis de las percepciones y experiencias detrás de la vacunación. Aquí, es importante mencionar que se decidió contar con las personas de tercera edad de la comunidad debido al involucramiento que tuvieron en el proceso de vacunación y brindar un análisis más enriquecedor sobre él.

Volviendo al análisis de las tendencias, esta proporción de 'aceptación' se repitió en las variables de edad y género. Respecto a la primera, del grupo minoritario de 9 adultos mayores, casi todos, 7, tienen la vacuna; mientras que, del grupo mayoritario de 13 adultos, un poco más de la mitad, 8; sobre la segunda, de un total de 14 hombres, un poco más de la mitad, 8, tienen la vacuna; mientras que, en el caso de las mujeres de un total de 8, nuevamente, 5.

Gráfico 24: Distribución de vacunación COVID sobre **muestra** de la comunidad nativa Achoaga

	22 PERSONAS SI: 15 / NO: 7	
	Adultos mayores: 9 SI: 7 / NO: 2	Adultos: 13 SI: 8 / NO: 5
	14 HOMBRES SI: 10 / NO: 4	
	Adultos mayores: 5 SI: 5 / NO: 0	Adultos: 9 SI: 5 / NO: 4
	8 MUJERES SI: 5 / NO: 3	
	Adultas mayores: 4 SI: 2 / NO: 2	Adultas: 4 SI: 3 / NO: 1

Fuente: elaboración propia

Se hicieron construcción de gráficos y mapas mentales. Estos muestran desde distintos ángulos una distribución detallada de las personas vacunadas y no vacunadas, más adelante se explorarán las razones detrás de haber o no haber recibido la vacuna.

El gráfico 25 evidencia una correspondencia con el antes mencionado giro en el avance de la vacunación. Este plano general muestra que la mayoría de los comuneros/as muestreados fueron vacunados. El grupo inmunizado tiene un total de 15 personas, 2 con una dosis, 5 con dos dosis y 8 con tres dosis; mientras que por el lado contrario son 7 las personas no vacunadas.

Gráfico 25: Distribución de comuneros vacunados y no vacunados

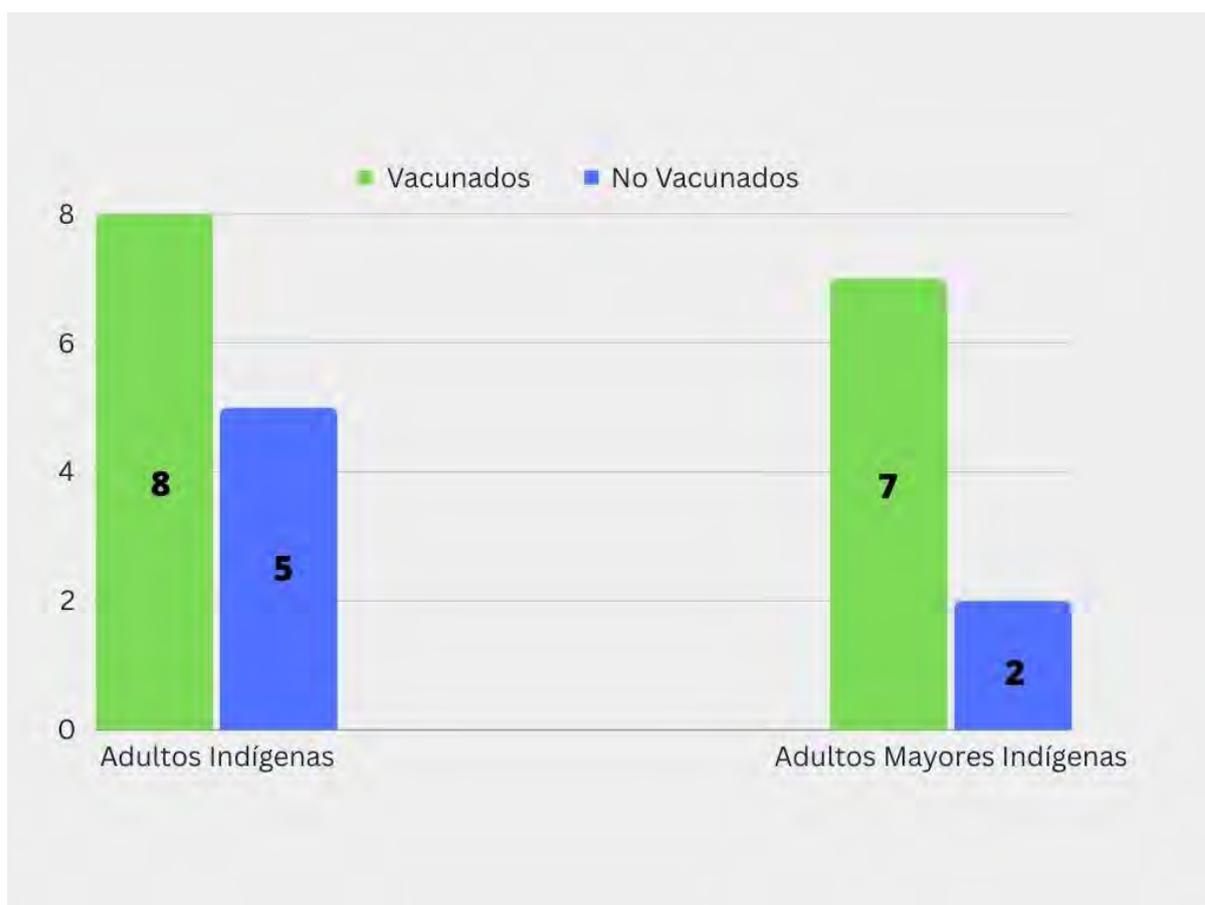


Fuente: elaboración propia

Este gráfico nos permite dar cuenta de cierta tendencia, no sólo en el aumento de personas vacunadas, sino en el número de dosis recibidas. Sin embargo, es necesario explorar las razones y las circunstancias en las que fueron inmunizadas, de la misma forma que las personas que no fueron vacunadas. Esta información se explayará más adelante.

En el caso del gráfico 26, que muestra la distribución de comuneros por edad y vacuna, se observa una equivalencia entre los miembros (adultos y adultos mayores) que optaron vacunarse y entre aquellos mismos que no (adultos y adultos mayores).

Gráfico 26: Distribución de comuneros por edad y vacuna

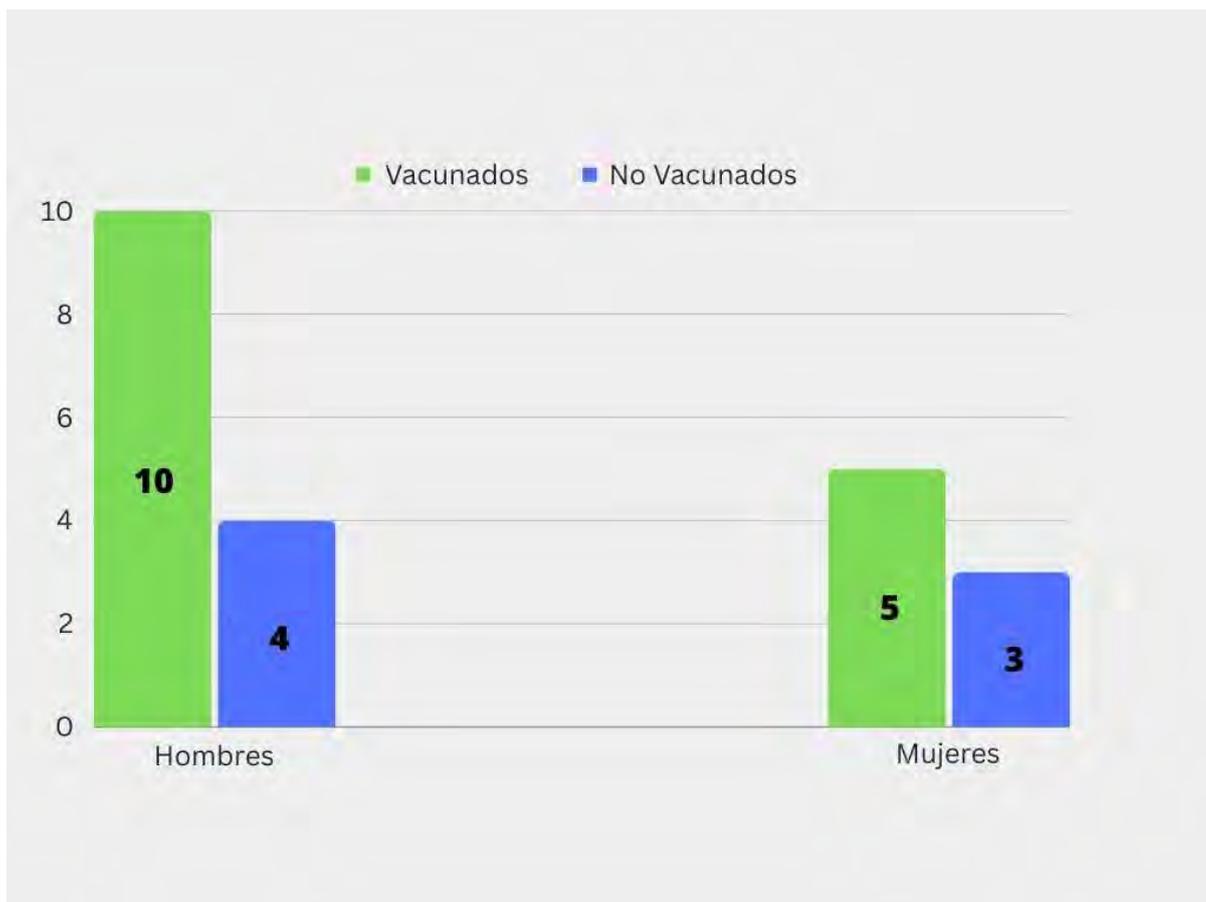


Fuente: elaboración propia

Este recuento, nos da información para pensar qué influye en esta aparente correlación, entre estar vacunado independientemente al grupo de edad. Parte de la respuesta, tiene que ver con el involucramiento que tuvo el plan de vacunación COVID en la estrategia de inmunización encontrando alianzas con las entidades del Estado que interactúan tanto con población adulta y de tercera edad, los cuales estos últimos se caracterizaban por ser beneficiarios de programas sociales, ya que eran las únicas maneras de obtener recursos monetarios, no sólo para ellos, sino para sus familias.

Sobre el Gráfico 27, que muestra la distribución de comuneros por género y por vacuna, teniendo en cuenta las proporciones entre hombres y mujeres, se observa que hay muchos más hombres vacunados de los que no lo están; mientras que en el caso de las mujeres la tendencia a estar vacunadas se repite, pero en menos escala.

Gráfico 27: Distribución de comuneros por género y por vacuna



Fuente: elaboración propia

Esta distribución puede sugerirnos alguna relación entre estar o no estar vacunado respecto a ser hombre o mujer. Como se señaló anteriormente, los primeros se encontraban menos familiarizados con los servicios de salud pública en la comunidad, a comparación de las segundas, por ejemplo, en las actividades extramurales. Sin embargo, en su mayoría, su interacción con entidades públicas/privadas, así como sus dinámicas cotidianas (laborales, familiares, comunales, políticas) alrededor de sus responsabilidades y recursos con los que se relaciona, es diferente. Ello sumado, a la persistencia de concebir el cuerpo masculino e indígena como resistente a enfermedades, sin la necesidad de atenderse por otro representante del sistema de salud biomédico, sino por él mismo mediante plantas medicinales y vegetales. Sin embargo, necesita ser más explorado en futuros estudios.

Estos tres gráficos nos han permitido obtener un panorama general de los resultados del proceso de vacunación en los casos específicos de los entrevistados achoaginos. Para brindar un mejor entendimiento acerca de las experiencias e interpretaciones sobre la vacunación, se ha dispuesto plasmar la información en mapas mentales. Esto ha servido para captar la heterogeneidad de los datos recogidos durante las entrevistas con los comuneros y las comuneras sobre el tema. Por cuestiones de espacio, se ha dividido en dos partes, la primera que comprende la de los adultos mayores y posteriormente la de los adultos.

El siguiente gráfico 28 es un mapa mental que muestra las diversas explicaciones detrás de la vacunación de 7 adultos mayores entrevistados de la comunidad, y ha sido ordenado en relación al número de dosis recibida.

Por un lado, en el color más tenue, observamos el caso de Dolores Dequentei, una mujer de 74 años de edad que vive con su esposo en una pequeña casa hecha de madera y yarina ubicado el centro de la comunidad. Además, cuenta con una pequeña tienda que la atiende este último. Ella vive cerca de sus familiares más cercanos, sus hijas, yernos, sobrinas y nietos habitan las casas del costado y suelen verla casi todos los días. Según Aniano, la persona que me apoyó en la traducción de las entrevistas, me contaba que era una de las comuneras más longevas y la única de sus hermanos/as que seguía con vida. Antes del COVID, ella se sentía enferma y creía que se iba a morir, sin curarse por completo, al llegar el virus pandémico ella empieza a sentir el mismo y otros malestares en el cuerpo. Dolores señala que su yerno e hija le ayudaban a conseguir medicina, en algunos casos le facilitaban el transporte hacia la ciudad. En una de esas ocasiones, durante la segunda mitad del 2021, decide ir al Hospital a hacerse unos exámenes, tras la consulta con el médico de turno, este le comenta que no tenía COVID, entonces ella respondería:

“si no es COVID, ¿por qué estoy mal?, ustedes son doctores para que me puedan detectar qué enfermedad tengo yo” (D, Dequentei, comunicación personal, 2022)

En esa ocasión, ella no recuerda qué le replicaron los doctores, pero tiene memoria que en el mismo Hospital le dijeron que el COVID iba a hacer

Gráfico 28: Explicaciones detrás de la vacunación en adultos mayores



Fuente: elaboración propia

que se vaya a morir, por lo que tenía que aplicarse la vacuna para que se proteja de la enfermedad y no se agrave más, con esas palabras ella aceptó vacunarse, sin embargo, no sentiría ningún efecto positivo y no volvería a hacerlo de nuevo, ni acercarse al Hospital.

La experiencia que Dolores cuenta nos aproxima a la comprensión del por qué sólo decide aceptar ser vacunada por primera y última vez. Para empezar, es importante notar que, en su vida, su familia juega un rol importante en la medida que, dentro de sus posibilidades de cuidarla, le brindan las oportunidades para que pueda administrar su salud por sí misma a pesar de la coyuntura y la edad avanzada que atraviesa. Así mismo, cuando recurre a los servicios de salud pública se encuentra con una situación sin salida/sin respuesta que la hace sentir fastidiada y cansada de escuchar lo mismo. En ese momento, con esa sensación de incertidumbre sobre su salud decide aceptar la invitación a vacunarse, pues parece que tiene una noción positiva de ella, sin embargo, al no sentirse mejor, decide no conectar ni aceptar más.

Por otro lado, con un color de tonalidad media, se encuentran las personas con dos dosis, específicamente los casos de Porfirio, Águeda e Ignacio. El primero de ellos, es un hombre de 67 años, a diferencia de Dolores, vive bastante alejado del centro de la comunidad, con su esposa Irene, sus hijos/as y nietos en un solo hogar con tres ambientes separados de madera y yarina. Otra semejanza con el primer caso residía en la soltería de sus hijos, además que uno de ellos tenía una discapacidad motriz. Porfirio no recuerda las circunstancias de la primera vez que se vacunó, pero sí es consciente que fue durante la segunda mitad del 2021, después de la primera ola, y tras haber superado la enfermedad. Según su relato, este fue aquella de las únicas veces que fue a Santa María de Nieva a cobrar dinero al Banco de la Nación como parte del Programa Juntos, pero que se dio con la sorpresa que su DNI estaba vencido, por lo que primero se acercó a la RENIEC. Es ahí, cuando le reclaman la ausencia del carné de vacunación y que no puede continuar con la gestión, por lo que optó por acercarse a un módulo de salud, refunfuñando:

“si no me hubieran pedido, no lo hacía, porque si ya me ha agarrado la enfermedad, para qué vacunarme” (P, Pía Pía, comunicación personal, 2022)

En futuras ocasiones, con el DNI actualizado y sin el condicionamiento del carné continuó yendo a cobrar los beneficios del programa sin recibir otra vacuna. El caso de Porfirio nos da algunos datos para entender la razón de vacunarse con dos dosis. Por un lado, es trascendente dar cuenta que el rol que cumple su familia es diferente, pues estar en una locación lejana y vivir con una persona con discapacidad motriz puede construir una dinámica con más permanencia en el hogar, y, por ende, desvinculado hasta cierto punto de la ciudad y los servicios de salud pública. Es posible que Porfirio, se encuentre desinformado sobre vacuna debido a que construye una noción similar a la de antídoto al referirse a ella, pero a pesar de ello, fue vacunado con condicionamientos por la obligatoriedad del carné.

En el caso de Águeda, es una mujer que tiene 68 años y vive sola en el centro de la comunidad, sin embargo, al frente de su casa de madera y yarina vive la familia de su hija Hilda y su esposo Eslí, en una amplia casa de madera y calamina, ello le permite acompañar y ser acompañada cotidianamente por su hija y nietas, pero al mismo tiempo por el resto de su familia que también vive cerca. Ella tuvo COVID más de una vez, y su yerno, el cual cuenta con un transporte motorizado, la llevó siempre al Centro de Salud para que la atiendan y le den un tratamiento con pastillas. Hacia finales del 2021, ella va a Santa María de Nieva a cobrar el dinero de Juntos, sin embargo, en la entrada le dijeron que no podía ingresar a menos que esté vacunada. En ese momento, ella pasaba por un repentino dolor y adormecimiento en su pierna derecha, pensando que de repente podía quitarse con la vacuna, se terminó de convencer para vacunarse, sin embargo, no sintió mejoras señalando:

“si fuera buena la vacuna, al menos me hubiera calmado un poco el dolor, pero me sentí igual” (A, Arévalo, comunicación personal, 2022)

En el caso de Águeda, nuevamente vemos el rol que cumple su familia, no sólo respecto a las atenciones/cuidados que le ofrecen, sino porque las personas que son más próximas a ella (Hilda y Eslí), como veremos más adelante, recurren a las instituciones de salud pública, como lo demuestra la siguiente cita:

“Yo creo que en la medicina. Además, el seguro cubre la consulta, las medicinas. Yo soy de la idea de que las vacunas ayudan al desarrollo del niño. Yo siempre he llevado a mis hijos al hospital.” (E. Yampis, comunicación personal, 2022)

Es posible que esa dinámica le permita estar más familiarizada con él, y que por ende no cuestione frontalmente la vacuna, pero que al mismo tiempo lo relacione como algo positivo para que calme otro dolor.

El caso de Ignacio (gráfico imagen 22) también difiere. Él tiene 74 años y vive con su esposa y una de sus hijas y nietos a una distancia media del centro de la comunidad. Así mismo, su casa se encuentra cerca de su chacra, por lo que tiene diversos tipos de plantaciones y piscigranjas alrededor. Además, otra de sus hijas vive a unos cuantos metros de donde él se encuentra, junto a su yerno y nietas. El resto de sus primogénitos viven en el centro y otros fuera de la comunidad. Él se dedica a labores de chacra y pasa el resto de su tiempo visitando a sus hijos que se encuentran alrededor de él. Él cuenta que la primera vez que decidió vacunarse fue a mediados del 2021 en la ciudad, cuando el programa de vacunación priorizaba a las personas de tercera edad, sin embargo, habría un efecto secundario en su salud, pues le saldría un sarpullido que el compara con sarna en su brazo derecho, por lo que no decidiría hacerlo de nuevo. Sin embargo, cuando decidió volver a Santa María de Nieva para acercarse al Banco de la Nación y cobrar el dinero del programa Juntos se vio con la sorpresa que tenía que contar con una segunda dosis en su carné de vacunación, por lo que tuvo que volverlo a hacer, y en consecuencia de ello todavía no se ha terminado de sanar del sarpullido, señalando sobre una visita que hizo recientemente al hospital:

“Yo le dije al doctor, él me respondió que no era por la vacuna, pero yo no vivía así, sólo me dio pastilla que no me sanaba, yo por mi cuenta me he ido a buscar otro tratamiento con cremas naturales, con mi plata me he comprado” (I, Arévalo, comunero, 2022)

Ignacio es una persona que manifestó durante el padecimiento de COVID haberse tratado sobre todo con medicamentos y no necesariamente con plantas medicinales por desconocimiento y costumbre, como se expresa en la siguiente nota de campo:

“Después de la entrevista, Ignacio me invitó a probar un frasco que contenía un líquido a base de plantas medicinales. Me contó que no era para él, sino para su esposa que se encontraba mal de salud con un agudo dolor de espalda. De hecho, él no sabía preparar esos ‘potajes’, sino que le había pedido a su yerno que lo hiciera. “Con eso se está tratando, pero me parece que está muy fuerte porque ya no quiere tomar más”, me contaba, después añadía, “estoy buscando a otra persona que sepa preparar Toé para que me dé, con eso vamos a probar ahora, sino la llevamos al médico otra vuelta, a que le den sus calmantes de siempre, estoy pensando en llevármela a Bagua, pero tengo que conversar con mi familia allá porque no hay dinero para viajar, terminó.”

(Cuaderno de Campo, 2022)

Imagen 22: Ignacio con la medicina que usa para su esposa



Fuente: fotografía propia

En otros capítulos supimos que cuando era joven recibió una formación con las monjas en Nieva. Es posible que esos hechos lo lleven a recurrir a los establecimientos de salud frente a algún problema, por eso fue por su propia decisión y convencimiento aceptar ser vacunado, sin embargo, estaría arrepentido por los efectos secundarios que aparecerían, y que relaciona directamente con la vacuna. Posteriormente, se sentiría desolado por la respuesta ajena que le dan los doctores, y las acciones que tuvo que tomar por sus propios medios para sanarse. La segunda vez, ya no quería vacunarse, pero

tuvo que hacerlo como condición para contar con un dinero indispensable para su sobrevivencia, y poniendo al fuego su salud.

Finalmente, en una tonalidad más oscura se encuentran las personas mayores con tres dosis: Esamat, Mario y Lorenzo. El primero de ellos, era el padre de Aniano, y la persona más longeva de la comunidad. Con sus 78 años de edad, él vive en la casa de su nieta Rosalía, en el centro de la comunidad, junto a sus dos pequeños hijos. Él ya no realizaba labores de chacra, sin embargo, así como pasaba los días visitando a la casa de su hijo, y sus nietos, acompañaba jornadas de minga. Esamat es una persona que recuerda lúcidamente las antiguas enfermedades, él padeció de gripe coreana y sarampión y se curó por medio de vacuna, medicamentos, plantas medicinales y vegetales. Durante las primeras fases de vacunación, escuchó en la radio sobre esta, y cuando se empezó la etapa para los adultos mayores se fue a la ciudad a vacunarse, debido que todavía no se acercaban a las comunidades en ese momento. Así, repitió el proceso las tres veces, señalando:

“Cuando no me vacunaba sentía que me puede caer, pero después resistía mi cuerpo” (E, Ampush, comunicación personal, 2022)

El caso de Esamat dialoga con el de Ignacio en relación a las experiencias de enfermedades que han pasado tiempos atrás, pues se han curado usando diversos tratamientos dotados por los curas y monjas de ese entonces. Él confía en las vacunas, pero no quiere decir necesariamente que lo haga con el aparato de salud pública. Además, es necesario mencionar que, por su edad longeva, no suele ir a la ciudad, salvo por ocasiones excepcionales. Cuando él se siente mal de salud prepara algún remedio de vegetales y plantas medicinales, mientras que en paralelo su hijo Aniano y sus nietos adultos reparten responsabilidades para cuidarlo, como por ejemplo dándole comida, o comprándole medicamentos como pastillas y ampollas.

Mario, por su parte, tiene 63 años, y vive con su hija, alejado del centro la comunidad, casi en el límite al pie de la carretera que une a Santa María de Nieva. Se contagió de COVID a mediados del 2020, y según su experiencia no pasó molestias graves y sólo “se sintió flojo del cuerpo” durante una semana. Para sentirse mejor consumió paracetamol, vegetales y plantas medicinales. A

los meses siguientes, escuchó al igual que Esamat sobre la vacuna en la radio, y a mediados del 2021, se fue a la ciudad, entre otras cosas para vacunarse, pero no pudo concretarlo debido a que no había suficientes personas para abrir un frasco multidosis. En otra ocasión, semanas más adelante, volvió con las mismas intenciones, fue ahí donde logró vacunarse por primera vez, y lo citarían con una temporalidad de tres meses después para completar su esquema:

“Me dijeron que, con la vacuna, la enfermedad no le va a agarrar, igual que dios (risas), me vacuné en el Hospital, no me dolió nada, después incluso tomaba yonque, pero no me hacía nada” (M, Arévalo, comunicación personal, 2022)

El caso de Mario se asemeja al de Esamat. Sin embargo, por su edad menos longeva y la cercanía física a la ciudad tuvo la oportunidad de acercarse a los establecimientos de salud de esta en más de una ocasión a pesar que se vio obstaculizado la primera vez que buscó la vacuna. Él parece estar seguro de la vacuna, e incluso tomar el riesgo de tomar alcohol con ella encima.

Por último, Lorenzo, un señor de 73 años que vive con su esposa rodeado de otras casas habitadas por hijos en el centro de la comunidad, y por mucho tiempo el agente comunitario de salud, me contó que pasó la enfermedad adolorida durante semanas en su casa junto a su esposa tomando panadol, vegetales y plantas medicinales. Él indica que conocía qué medicamentos/cuidados tomar por la formación que recibió de joven con la orden de monjas. Respecto a la vacuna, en un primer momento, se la puso, pero con una incertidumbre encima sobre sus efectos, se sintió engañado debido a los efectos secundarios que sintió y que no le fueron advertidos por el personal de salud.

“sí me vacuno me voy a morir, si no me vacuno también me voy a morir, ya pues me he vacunado. Me sentí mal en esos días, pero eso no nos explican ellos que nos ponen vacuna, no nos avisan, dejan así no más y nos vacunan no más, antes venía a mi casa y tomaba masato, pero sin darme cuenta mal me puse, pero me recuperé” (L, Pía Pía, comunicación personal, 2022)

Las circunstancias en la que se dio dan bastante de qué hablar, pues recuerda que se la exigieron cuando se fue al Banco de la Nación ubicado en

Nieva para cobrar el dinero de Pensión 65, sin embargo, se la exigieron de manera obligatoria y humillante de la siguiente forma.

“Me dijeron: ‘si no vacuna no van a recibir su plata de Pensión 65’. Me esperaban si estaba o no vacunado. ‘Ya pasa’, te decían, ‘sino vete a vacunar’, te decían, es una vergüenza para un viejo pues” (L, Pía Pía, comunicación personal, 2022)

Cosa similar pasó con Lorenzo, sin embargo, el hecho de que se sienta mal de salud después no le advirtiese sobre los efectos en el cuerpo posteriores a la vacuna, le hicieron sentirse engañado y hasta cierto punto deshumanizado por el personal de salud, pues parece decir que sólo piensan en vacunar, pero no en el trato. Esta misma sospecha aparece en la segunda dosis que recibe, pues se sintió como una imposición/chantaje en cierta forma humillante. A pesar de estas situaciones vergonzosas, su cercanía con el aparato de salud sumado al miedo de morir le hicieron optar por vacunarse tres veces.

El siguiente gráfico es un mapa mental (gráfico 29) que muestra las diversas explicaciones detrás de la vacunación de 6 adultos entrevistados de la comunidad, y como el anterior cuadro ha sido ordenado en relación al número de dosis recibida.

Por un lado, en el color más tenue, observamos el caso de Elvia Ampush. Una mujer viuda de 34 años que vive con sus dos hijas en el centro de la comunidad. Ella pasó pandemia aislada en el monte, sin embargo, al contagiarse volvió a su hogar inicial. Así mismo, estuvo enferma de COVID más de una semana en cama atendida por su pequeña hija y su madre, y se trató con pastillas, vegetales y plantas medicinales. En mediados del 2021, dirigiéndose a la ciudad para cobrar el dinero del programa Juntos, se dio cuenta que su DNI había caducado, por lo que, al intentar renovarlo en la RENIEC, y le pidieron como condición el carné de vacunación, así que no le quedó optar por hacerlo, sin embargo, se enfermó gravemente con una gripe durante un mes después de la colocación de esta tan sólo unas horas después.

“Es bueno me dijeron, no te va a agarrar me dijeron, no te va a agarrar gripe, al final me vacuné y bien me enfermé, desde ahí ya no, tengo miedo” (E, Ampush, comunicación personal, 2022)

El caso de Elvia es comprensible debido a la asociación que hace respecto al COVID y a la vacuna con resultados negativos en su cuerpo. Sobre el primer caso, ella se ve sumamente afectada por la sintomatología que desarrolla, y en el segundo caso ocurre lo mismo. Es interesante, sin embargo, apreciar cómo vuelve a aparecer dos elementos importantes, por un lado, la importancia de las redes familiares en el hogar para el cuidado, y por otro, la condición del carné de vacunación como mecanismo de una vacunación garantizada, sin necesariamente un consentimiento.

Por otro lado, con un color de tonalidad media, se encuentran las personas con dos dosis, específicamente los casos de Carla y Lisenia. La primera tiene 33 años y vive con su esposo y sus tres hijos en el centro de la comunidad. Pasó la enfermedad con un intenso dolor de cabeza, visión borrosa, diarrea y articulaciones débiles por 2 días.

Me contó que su esposo fue un soporte importante pues nunca se sintió mal, y le dio tiempo para cuidar de ella, por ejemplo, preparándole un remedio de vegetales y plantas medicinales que tomó durante pandemia. Las circunstancias de su primera vacuna fueron similares a la de Elvia, pues se la exigieron al momento de renovar su DNI, pero en el fondo ella pensó:

“si ya me agarró la enfermedad para qué me vacunaría” (E, Ampush, comunicación personal, 2022)

La segunda vez, lo hizo bastante tiempo después durante una de las actividades extramurales llevada a cabo por el Centro de Salud en la comunidad durante la que estuve presente. En esta ocasión, después de haber pasado el control CRED de su hijo menor, las enfermeras le preguntaron en primera instancia si quería vacunarse contra el COVID, al ver signos de inseguridad, estas pasaron a ser más insistentes y trataron de convencerla repitiendo frases clave como ‘te va a hacer bien’, ‘no te vas a enfermar’, ‘vas a estar protegida’, después de varios minutos ella cedió con una sonrisa incómoda y fue vacunada frente a las miradas, sonrisas y cuchicheos en awajún de todas las madres presentes, después se fue con su hijo.

Gráfico 29: Razones de vacunación en adultos



Fuente: elaboración propia

Cuando la entrevisté le pregunté por esa ocasión, a lo que ella me indicó que se animó, no por la insistencia de las enfermeras, sino porque antes de que diga que sí, una de sus amigas de la comunidad 'Estela' que estaba presente en ese momento, le dijo en awajún que ella tenía tres dosis, por lo que decidió dar su consentimiento (gráfico 29).

Nuevamente, la experiencia de Carla pone en relieve las redes de cuidado entre familiares en el hogar. Así mismo, los hechos de haber lidiado la enfermedad exclusivamente con vegetales y plantas junto a su esposo, parecen haberla llevado a pensar una razón importante para no vacunarse. Sin embargo, frente la necesidad de usar su DNI terminaría haciéndolo. En la segunda ocasión, sería a partir de la confianza en una amiga y no por la insistencia del personal de salud que terminaría por aceptar vacunarse, pero con la misma inseguridad de hacerlo que la primera vez.

Imagen 23: Carla en extramural pasando el control CRED de su hijo



Fuente: fotografía propia

Finalmente, en una tonalidad más oscura se encuentran los adultos con tres dosis: Eddy, Jeuner y Segundo Lorenzo. El primero de ellos, es una persona de 29 años que vive con sus dos hijas en el centro de la comunidad. Actualmente

es el agente comunitario de salud desde fines del 2019, en su momento, ejerció diversas responsabilidades en coordinación con la Red de Salud motivado por un incentivo económico, sin embargo, después de unos meses ya no se daría, y sus actividades se transformarían. Esto no quitó que, en paralelo, hasta el día de hoy, se dedique a hacer mototaxi en Nieva. Él cuenta que el COVID no le agarró fuerte y que se trató sobre todo con medicamentos. Pese a su acercamiento con el sistema de salud pública como agente comunitario de salud, durante los primeros meses de vacunación no se animó a hacerlo debido a la incertidumbre que se tenía sobre los rumores, sin embargo, tuvo que dar el ejemplo cuando llegaron las brigadas de vacunación a la comunidad, y se vacunó. Posteriormente, lo haría de nuevo en Nieva para poder obtener su carné de vacunación y finalmente, una tercera vez.

El caso de la vacunación de Eddy parece sostenerse en cuanto al vínculo que tiene con el sistema de salud pública. Como agente comunitario tiene una responsabilidad con la salud de su comunidad que pone por encima de todo para convencerse de vacunarse a pesar de un principio mostrar incertidumbre. Sin embargo, es importante precisar que el concepto de salud que reproducen las instituciones del sector en el ámbito de estudio parece ser ajeno a lo que la mayoría de usuarios indígenas de la comunidad interpretan. Esto debido a los constantes experiencias y percepciones que parecen poner en juicio su rol como veladores del bienestar de la salud.

Por otro lado, Jeuner es una persona de 27 años que vive con su hija y su esposa en el centro de la comunidad, rodeado de la familia de sus dos hermanos con sus respectivas casas de madera y calamina. Él al igual que sus hermanos no son natos de Achoaga, mientras que sus esposas sí lo son. Tuvo experiencia trabajando en regiones amazónicas y la pandemia lo sorprendió en esa dinámica laboral, por lo que tuvo que asentarse en la comunidad y adaptarse a un nuevo oficio. Recientemente terminó una carrera técnica en un instituto de Nieva, y trabaja reparado pistas en la provincia y haciendo/vendiendo muebles de madera. Jeuner señala que pasó la enfermedad efímeramente debido a las recetas de medicamentos inyectables que le recomendó uno de sus familiares lejanos con experiencia en salud. Respecto a las circunstancias de vacunación, la primera vez, fue al acercarse al cajero del Banco de la Nación para retirar

dinero, sin embargo, el personal no lo dejaría y le pondría como condición que se vacune, bajo el argumento que si alguien no vacunado ingresaba al ambiente pondría en riesgo a todos adentro. Un fundamento que tenía sus bases sobre el eslogan utilizado por el aparato de salud pública: 'la vacuna es un derecho'. La tercera vez fue en la misma comunidad durante una visita de una brigada, cuenta:

“una enfermera que vino de tanto rogarme que me ponga la última dosis. 'Cuando no te pones te vas a morir', me decía, pero yo le respondía que el ser humano siempre va a morir, muriendo se van a ir, así dijo Jesús. Ella me insistió que es para que me prevenga y ya pues” (J. Taqui, comunicación personal, 2022)

El caso Jeuner es el primero en el que aparece la presencia de un argumento religioso para evitar vacunarse, sin embargo, terminaría pasando a un segundo plano después de priorizar la subsistencia de su familia en base a los recursos económicos. Además de ello, las circunstancias en que se vacunan terminan dejando en evidencia cómo se concretiza el eslogan 'la vacuna es un derecho', pero que termina siendo vista como una imposición/obligación más que una voluntariedad.

Finalmente, el caso de Segundo, el hijo menor de Lorenzo Pía Pía. Él tiene una edad de 30 años, es soltero y vive en una casa al costado del de sus padres. Pasó el COVID sin complicaciones, pues sólo paso dos días en cama con tos y dolor del cuerpo, y para recuperar contó con la ayuda de su padre, quién le administró ampollas y otros remedios a base de vegetales y plantas medicinales. Actualmente, trabaja desde finales del 2021 en el Hospital en el área de limpieza. Él cuenta que ese hecho fue el detonante que lo llevó a vacunarse hasta completar su esquema, pues después de haber postulado y ser seleccionado al trabajo mencionado, la oficina de recursos humanos le comunicó que necesitaba estar vacunado para obtener el puesto. Añadió que sintió fuertes efectos secundarios en el cuerpo que le duraron dos días por cada dosis que se puso a excepción de la tercera, pero que fueron aliviados con un caliente caldo de pollo hecho por su madre. El caso de Lorenzo ilustra el alcance que tuvo el reglamento de contar con carné de vacunación, pues ahora sabemos que también influyó en las personas que buscaban un trabajo. Así mismo, vemos que

la importancia de las redes familiares, sobre todo de un familiar que tiene experiencia en cuidados de la salud.

Hacia la parte final se ubica el tercer mapa mental que muestra las diversas explicaciones detrás de la no vacunación de 7 adultos mayores/adultos entrevistados de la comunidad.

Siguiendo el orden anterior, los primeros casos que describiré son los de Irene y Margarita. La segunda de ellas tiene 70 años y es la esposa de Lorenzo, con el quien vive hace muchos años. Al igual que él, se contagió a mediados del 2020, pasaría la enfermedad tratándose con medicamentos, vegetales y plantas, pero no salió de su casa por varios meses por el temor que tuvo de empeorarse y morir. Cuando indagué sobre si se encontraba vacunada, respondió enérgicamente con un 'no', y continuó con una expresión indignada:

quieren me pueden dar [el incentivo], sino no, igualito me voy a morir. Aunque me digan de otra manera, sentándome y explicándome de que es así, para que me proteja, yo no puedo vacunarme" (M, Samecash, 2022)

Posteriormente, después de contarme que no suele acercarse a los establecimientos de salud, me indicó que la enfermedad se trata en el hogar con medicamentos, vegetales y plantas medicinales. El caso de Margarita es más intenso que el de Dolores. En el segundo caso, se trataba de una mujer de tercera edad reprochando a los médicos la incapacidad de mejorar de su estado de salud, mientras que en el primero pasa de un reproche a una defensa por la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo, que pasa por encima de lo económico, al aceptar que no cobraría el dinero de Juntos. Por el gesto y las palabras que usa, parece marcar un desligue profundo no sólo con las instituciones del sector, sino con el mismo Estado. Así mismo, coloca en contra posición de los establecimientos de salud al hogar y la familia como espacios de cuidado y sanación.

Gráfico 30: Razones para no vacunarse en adultos/adultos mayores



Fuente: elaboración propia

“Me decían que ‘el que no se vacuna se puede morir, que no puede llevarse el incentivo del Estado’, pero aun así yo no le hizo caso. Si ellos

Por su lado, Irene, esposa de Porfirio, tiene 65 años. Ella al igual que su esposo, pasó la enfermedad con síntomas similares a la gripe, tos, fiebre y dolor de cabeza, en cama durante varios días. Se trataron con pastillas, vegetales y plantas medicinales. Cuando escucharon sobre la vacuna por la radio tampoco se vieron interesados pues mencionaban que había llegado tarde, cuando la enfermedad ya había pasado. El caso de Irene difiere del de Porfirio, pues según su testimonio ella nunca se ha vacunado contra ninguna enfermedad por temor a la aguja y el dolor que le puede producir que le inyecte en su cuerpo. A pesar que Irene se ha mantenido ajena a los tratamientos inyectables, es interesante rescatar la noción que construye sobre la el concepto de vacuna en la medida que asemeja a ‘antídoto’ porque lo asocia con la idea de ‘haber llegado tarde’, pues si ‘hubiera llegado temprano tendría sentido ponérsela para sentirse mejor’.

Por otro lado, Ernesto, de 54 años, era un comunero que vivía junto a sus tres hijos en el centro de la comunidad. Parte de nuestra entrevista trató su cercanía con la iglesia católica, pues se consideraba creyente y practicante, pero que hoy en día ya no, debido a que el templo de Achoaga había sido abandonado. Cuando hicimos el giro sobre el tema de las enfermedades y las vacunas, me contó que los sacerdotes antes se curaban con estas últimas, pero que él no prefería ponérselas. Pasó COVID con resfrío, tos y fiebre, y se trató mediante sólo el uso de vegetales y plantas medicinales. Respecto a la vacuna COVID, me contó que su familia de Chiriaco falleció después de algunos días de aplicárselas, pero enseguida mencionó que otros no habían muerto a pesar de habérselas puesto, y no tenía una respuesta sobre lo acontecido. Con este relato, al preguntarle sobre su estado de vacunación respondió:

E: No

D: ¿por qué?

E: Para que no me maten pues, si ya ha pasado COVID, si antes de que pase nos mandaban a vacunar lo hubiera hecho, pero cuando ha pasado qué, para qué nos va a servir eso.

(E, Puwanch, comunicación personal, 2022)

Las palabras de Ernesto no difieren del caso anterior. Es importante notar el hecho de que el proceso de enfermedad lo pasó con un tratamiento sin medicamentos, y exclusivo de remedios vegetales con plantas medicinales. En este escenario pandémico, decide alejarse de la medicina occidental asociado con el peligro y la muerte, mientras opta por un tratamiento basado en conocimientos indígenas vinculados a la seguridad y la sanación. Así mismo, esta representación se ve fortalecida durante la etapa de vacunación con los hechos que le ocurren a su familia en Chiriaco. Sin embargo, después de leer el fragmento de entrevista parece transformar la noción que tiene sobre la vacuna, pues la entiende como antídoto en un escenario equivocado luego de que ya tuvo la enfermedad y la superó.

Por su parte, Teófilo de 49 años, era un comunero que también vivía en el centro de la comunidad junto a su esposa e hijos en una amplia casa de madera y calamina. Era una de las pocas personas que contaba con diversos electrodomésticos, a diferencia de varios hogares que pude visitar. La entrevista que le realicé estuvo orientada a diversas críticas que hacía a la junta directiva, pues él era una de las partes directamente involucradas en el conflicto interfamiliar que se venía disputando y mediando por el Apu en esos días. A pesar de ello, pudimos conversar sobre diversos temas relacionados con las enfermedades y la vacunación. Para él, la aparición del COVID no era casualidad:

“Yo me enterado que el COVID viene por China. Porque me dijeron que la China, los científicos mismos lo fabricaron. O sea, ellos lo detectaron para poder reducir a la población. Entonces, ellos lo inventaron, ellos sacaron la enfermedad. ¿para qué vamos a estar recibiendo tantas dosis? ¿Ahora, por qué nos quieren vacunar tantas veces?” (T, Ampush, comunicación personal, 2022)

Pasó varios días de la semana mal de salud cuando se contagió, sin embargo, siempre recalca que tuvo fuerzas suficientes para no caer en cama, a diferencia de su esposa y sus hijos. Como muchas personas, no fue al hospital y prefirió tratarse en el hogar e informarse de la situación por sus medios. Él decidió no vacunarse, a diferencia de su esposa, por el temor a los diversos efectos negativos que podían causar en su cuerpo, escuchados en su televisión

y celular. Era consciente, al mismo tiempo, que existían vacunas ‘buenas’, pero que no podía distinguir entre las tantas que se distribuían, por eso prefería no ponerse ninguna. Así mismo, se sentía agradecido por la información que sus amistades le compartían sobre esta, pues terminaba siendo una advertencia:

“gracias la propaganda que nos envió”

(T, Ampush, comunicación personal, 2022)

Detrás de estas palabras que evocaban una teoría conspirativa a nivel mundial, estaba implícito que el Estado Peruano no era un actor pasivo, sino que era ‘cómplice’ de la operación, mientras que sus amistades eran ‘aliados’. Esto contrastaba con el hecho de aceptar que sí podían existir vacunas ‘buenas’, pero que ‘ellos’, tal vez a ‘los indígenas’ se les ocultaba ese conocimiento. Así mismo, termina demostrando, como otros casos, que la decisión de vacunarse no necesariamente era colectiva, sino individual, sumada a otros factores del contexto.

Con una explicación similar, respondía Javier, otro de los comuneros que no decidió vacunarse. Él tenía 46 años, y vivía con sus tres hijos y su esposa Lisenia en el centro de la comunidad. Ellos pasaron la enfermedad aislados y posteriormente en su casa, anticipando la aparición de síntomas con remedios a base de vegetales y plantas medicinales. Javier estuvo con un cuadro intenso de dolores en las articulaciones sumado a la fiebre durante 10 días, y se trató al mismo tiempo con ampollas. Él decidió no vacunarse debido a cierta información vista en la televisión que le advertía evitar las dos primeras dosis porque podían representar un peligro para su vida.

El caso de Javier es interesante después de explorar esta repentina desconfianza y decisión de no vacunarse, al contrario que su esposa. Es que, anteriormente había manifestado su cercanía con el Hospital antes de pandemia:

“Sí, cuando te da gripe o tienes diarrea, vamos al hospital. Si nuestro hijo se enferma tenemos que llevarlo al control, sacamos historia, luego esperamos al doctor. Nos dice qué enfermedad tiene, nos receta medicina y sacamos. Ellos son asegurados, la medicina que nos dan es gratis. Así vivíamos, pero después del COVID ya no hemos ido [al Hospital]. Incluso yo también aprovecho cuando me siento mal, pero sólo

para que nos den receta, porque cuando decimos que tenemos COVID nos quieren hospitalizar, por eso a veces mentimos "(J. Dequentei, comunicación personal, 2022)

Sin embargo, parece haber construido una relación ambigua, pues el Hospital aparece como una entidad de la cual se le puede sacar provecho en cuanto te otorga la entrega de medicinas básicas gratuitas, pero hasta determinado punto, pues si te involucras más puede llegar a representar un peligro, como por el hecho de hospitalizarte. Este vínculo incierto parece terminar generando la puesta en duda detrás de la vacunación.

Un argumento diferente y directo fue el que señaló el ex apu de la comunidad Marcelo. Él era una persona de 49 años que vivía con su esposa y sus dos hijos en el centro de la comunidad, al frente del local comunal. Él fue una de las primeras personas en contagiarse y verse afectada, pero también en poner en práctica la aplicación de inyectables. En ningún momento recurrió a algún profesional de la salud y menos a algún establecimiento:

"Yo mismo he salvado a mi tío. Él estaba a punto de morirse, '¿por qué no me han avisado antes, ustedes no han preocupado' les dije a mis primas. Yo le voy a poner ampolla. 'Si Dios quiere va a sanar, sino va a morir', les dije. Cuando le he puesto le he hecho matar, pero yo pensaba que no, que le he puesto remedio, de ahí como cinco minutos después se despierta" (M, Dequentei, comunicación personal, 2022)

En esa línea, el distanciamiento que toma con el sistema de salud adquiere carácter cuando hace referencia a las razones detrás de la decisión de no vacunarse. Más allá del temor hacia los efectos negativos que la vacuna pueda tener sobre la salud, influenciados por la variedad de rumores y noticias que circulaban, enfatizó la oculta pero descubierta intencionalidad y complicidad del Estado para atentar contra la vida de los indígenas.

Finalmente, el caso de Rosalina, la madre de Eddy y esposo de Daniel Jima, se trataba de una situación diferente e interesante. Ella era una mujer de 48 años que vivía con su esposo y su nieta en una casa que al mismo tiempo era una de las tiendas principales de la comunidad. Rosalina viene con una condición de salud delicada antes de pandemia, pues sufre de triglicéridos,

colesterol y presión baja. Por eso, cuando enfermó con COVID pasó por un cuadro fuerte durante un mes, pero no de gravedad, y fue tratada en su hogar con medicamentos y remedios a base de vegetales y plantas medicinales dotadas por su hijo y su esposo. Durante los primeros meses de vacunación, junto a su familia, evitaron vacunarse, pero después que Eddy se animó a hacerlo como agente comunitario de salud, él mismo la llevó en su moto al Hospital. Sin embargo, ella cuenta que el personal de salud le dijo que, por su condición de salud de triglicéridos, colesterol y presión baja, le dijeron que no podía vacunarse.

En síntesis, este capítulo ha mostrado la experiencia de pandemia (enfermedad) y el proceso en la comunidad. En un principio la tendencia de la decisión de no vacunarse fue estricta durante los primeros meses la comunidad. Sin embargo, se muestra que la mayoría de los comuneros muestreados fueron vacunados. Los testimonios de cada miembro han reflejado que el hecho de que haya más personas vacunadas (13 de 21), no quiere decir que estas lo hayan realizado por voluntades propias, sino más por las circunstancias, en las que fueron inmunizadas, de la misma forma que las personas que no. Por el contrario, estuvieron marcadas por las interpretaciones y respuesta que tuvieron frente al COVID durante su proceso de salud/enfermedad/atención, pero también a las relaciones construidas entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado.

6. Conclusiones

Esta tesis tuvo el objetivo de responder a la pregunta general ¿cuáles son las percepciones y experiencias de los miembros indígenas de la comunidad nativa awajún Achoaga en relación al programa de vacunación contra covid-19 durante la pandemia? Para contestarla, a través de un enfoque cualitativo y un método de investigación etnográfico, se plantearon tres preguntas específicas para explorar las dimensiones centrales del problema. A continuación, se responderán para llegar al argumento de la pregunta central

¿Cómo se implementa la estrategia de vacunación Covid-19 en la comunidad nativa awajún Achoaga?

La estrategia de vacunación Covid-19 representa un proceso complejo, en la medida que supuso un desarrollo gradual de tiempos, espacios, personas y posiciones enmarcadas en un escenario social, político, económico y cultural particular. Por un lado, se trató de una operación precaria y ardua en cuanto a recursos, capacidades y condiciones de las instituciones de salud pública en el ámbito de estudio. A ello, una revisión de los documentos normativos evidencia que, en el plano de las políticas públicas, persistía relaciones de poder, ausencias, brechas y contradicciones caían en sobre el primer nivel de atención. Al interior de sus filas hallamos una aparente segmentación, responsabilidades cambiantes y contradicciones. Un desencuentro entre representantes de salud por las modificaciones en sus actividades laborales. La puesta en escena de la vacunación constó de dos etapas, donde se pusieron en práctica las inauguraciones públicas, vacunación institucional, el puesto fijo y las brigadas. Estas no solo tenían la finalidad de mostrar la autenticidad de la vacuna, sino también la confianza en el personal de salud. Este punto es importante debido a que era justamente esta la que caracterizaba las interacciones entre los representantes de salud con usuarios indígenas en atenciones médicas concretas como las actividades extramurales, dadas por ejemplo en la comunidad. Estas, evidenciaron una interacción fugaz, superficial y vertical pues las dinámicas que se hacían se asemejaban a llamados, acciones, indicaciones y el llenado venía de un solo lado. Un punto clave de la implementación de la vacuna COVID fue la articulación de las instituciones de salud pública con las

instituciones del gobierno central, por medio los programas sociales presentes en territorio indígena junto a el aprovechamiento de mandatos sanitarios oficiales del gobierno, como la exigencia del carnet de vacunación. En conjunto los habitantes de la comunidad se vieron allegadas a todas estas implementaciones de inmunización, viéndose más comprometidos con la última mencionada, la cual sería interpretado como una presión escondida bajo el eslogan 'la vacuna es un derecho'. Sin embargo, la participación (no siempre invitada) de actores clave en la implementación de la vacuna COVID como el alcalde, la radio local, la iglesia del nazareno, el área de pueblos indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui y las organizaciones indígenas de base fueron cruciales para el desenlace gradual de esta. La implementación de la vacunación en la comunidad también pasó por el rol del agente comunitario de la comunidad. Esta figura, resultó importante para conectar al personal de salud con los comuneros/as, así como para transmitir mensajes, emociones y convicciones por cada lado. Los resultados de este proceso terminaron teniendo una cantidad relativa de vacunados, al menos con las primeras dosis, pues un recuento de los informantes muestra un aumento de personas vacunadas (13 de 21). En los últimos tiempos, la vacunación contra covid-19 continuó siendo una actividad importante, sin embargo, la prioridad no fue la misma debido a la vigencia del plan de vacunación en sus distintas escalas, y con ello la vuelta a la normalidad del presupuesto, esto se tradujo en el abandono de algunas estrategias y la permanencia de otras tácticas.

Hoy en día, la vacuna Covid-19 está a punto de ser asimilada dentro del esquema regular de vacunación, es decir, ya no representa una prioridad como lo fue hasta hace unos pocos meses atrás. Eso se manifiesta en el tipo de estrategia que ahora se asume por parte del Hospital y el Centro de Salud. Algunas brigadas salen a las calles de la misma ciudad a vacunar, es un trabajo extra que realizan y que si llegan a una meta específica cobran un incentivo. Por otro lado, en los extramurales, también se trata de inmunizar contra el virus, sin embargo, es un momento muy pasajero y casi ninguna persona accede.

¿De qué manera los miembros de la comunidad perciben y valoran la vacunación COVID?

La manera en que los miembros de la comunidad perciben y valoran la vacunación COVID no solamente está enmarcada en las dimensiones científicas de la composición de la vacuna, sino que se encuentra íntimamente conectada a la entidad que la manipula desde detrás, o sea, en las relaciones entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado. Sin embargo, al mismo tiempo, están influenciadas por las interpretaciones del COVID como herencia del *apach* (mestizo), y la experiencia de pandemia alrededor de los procesos de familiarización, contagio, padecimiento y tratamiento.

Como se ha podido señalar, la construcción de la relación entre los miembros de la comunidad y los servicios de salud ha estado acentuada por un distanciamiento de estos mismos, marcado no sólo por la distancia (el hecho de no contar con una infraestructura accesible geográfica, económica y culturalmente), sino en las mismas interacciones cotidianas, (vínculo debilitado con el agente comunitario, las actividades extramurales), y sobre todo durante la etapa más crítica de pandemia (el hospital como un lugar de muerte). Los antecedentes estaban marcados por la evidencia de transformaciones en el servicio de atención de los establecimientos de salud, como las jurisdicciones poblaciones teniendo como resultado la creación de confusión de los usuarios indígenas sobre la institución responsable de su salud y una percepción negativa sobre esta por la forma como se desenvolvían sus actividades extramurales en la comunidad. A ello, se le sumaba una fuerte percepción generalizada que las instituciones del Estado los tenían abandonados. En consecuencia, esta postura sobre los servicios de atención médica públicos termina siendo negociada, pues la mayoría de los miembros de la comunidad recurren estratégicamente a estos puntual y ocasionalmente. Esto no tenía que ver necesariamente con el acercamiento a la medicina biomédica, pues se evidenciaba el rol y valoración que tenían las farmacias en la ciudad, no sólo en el sentido que ofrecían medicina considerada 'más efectiva', sino por el mismo servicio que daban.

En conjunto, esto recaía sobre las percepciones y valoraciones en la implementación de la vacunación COVID. La vacuna COVID, como un dispositivo médico sin más, no es indiferente, los miembros de la comunidad

muestran convicciones y su parcial posicionamiento ajeno sobre el lugar de enunciación de esta. La valorización de la vacuna COVID ha estado vinculada a la entidad que la administra detrás. En ese sentido, es importante recalcar que el hecho de que haya más personas vacunadas (13 de 21), no quiere decir que estas lo hayan realizado por voluntades propias, sino más por las circunstancias, en las que fueron inmunizadas, de la misma forma que las personas que no.

Volviendo al tema en cuestión, una parte de los miembros indígenas (adultos mayores) interpreta que, tanto la enfermedad como la vacuna viene como herencia del *apach* (mestizo), acompañado a una noción del deterioro de sus territorios y la pérdida de animales y fauna. El COVID entra en una nueva categoría de enfermedades, pues terminan siendo 'compleja' y 'peligrosa' no solo en cuanto termina siendo imperceptible e inesperada, sino que pareciese que se propaga en un espacio vulnerable, pero no por eso imbatible.

Aquello que se representa como una transformación del espacio-tiempo de la comunidad con y el relacionamiento con enfermedades traídas por otro, asociado a la alteridad y la transformación, en donde la posibilidad de curar y dañar proviene de una misma fuente (Buchillet, 2004; Dominique Gallois, 1991, como se citó en Portocarrero, Huerta-Mercado, Ferreira y Ghiggi Jr., 2022).

En el caso de los adultos (6 vs 5), la percepción sobre la vacuna pasa por lo mencionado anteriormente. Sumado a ello, este grupo hizo énfasis en la influencia que tuvo la excesiva y variada información sobre la enfermedad y la vacuna (explicaciones religiosas, argumentos con (des) convicciones científicas y fake news) desde diferentes fuentes con las cuales se encontraban familiarizados, terminando entre un acercamiento o alejamiento, respaldo o desacreditación, seguridad o miedo. Justamente el acercamiento a las instituciones de salud del Estado es hasta determinado punto, pues si te involucras más puede representar un peligro. Ello en contra posición a la familia y el hogar como espacios seguros de cuidado y sanación. esta representación se vio en los imaginarios graficados de los niños y niñas indígenas del centro educativo de la comunidad. Esta consigna se veía en las explicaciones los miembros indígenas para no colocarse más de una dosis. Dentro del conjunto de personas que no se vacunaron, algunos comuneros relacionaron la vacuna hacia intencionalidad y complicidad del Estado para atentar contra la vida de los

indígenas. Además de ello, se puso en una concepción distinta del cuerpo masculino awajún como resistente a las enfermedades, sin la necesidad de acudir a atenciones médicas, y al tratamiento exclusivo con plantas y/o vegetales.

¿Qué experiencias desarrollan los miembros de la comunidad frente a la vacunación contra el COVID?

El campo de las experiencias, o sea, tanto la respuesta a la pandemia alrededor de los procesos de familiarización, contagio, padecimiento y tratamiento como la exploración de las circunstancias de vacunación, se encuentra relacionado al de los significados e interpretaciones previamente descritos.

Sobre la experiencia de pandemia estuvo caracterizadas por la excesiva y variada información sobre la enfermedad y la vacuna, y la activación de una serie de medidas comunales y familiares. Para entender sobre el padecimiento se profundizó en las experiencias corporales sobre el padecimiento del COVID. La variedad de afecciones que las personas de la comunidad sintieron contrastaba con los síntomas que las instituciones de salud pública mostraban. No sólo se trataba de otra diferencia en la forma en que se sentían, reconocían y definían los padecimientos de una enfermedad en el cuerpo, sino que terminaba influyendo en la manera como uno convivía, lidiaba y trataba con ella (ej. oxígeno como procedimiento peligroso por temperatura fría vs matico como adecuado por ser caliente). La opción de recurrir a las instituciones de salud pública quedaba descartada. Se construía como un lugar ajeno, con un personal desconocido, y por lo tanto con un tratamiento amenazante. Así mismo, esta representación se vio en los imaginarios graficados de los niños y niñas indígenas del centro educativo de la comunidad. Sumado a la tendencia de graficar los espacios de salud eran el hogar y la familia donde se veía la presencia de plantas medicinales y vegetales. Estas fueron importantes como una red de cuidados alrededor de su salud, así como para, de acuerdo a sus recursos y posibilidades, vincularla a las atenciones entre distintos tipos de medicina.

El uso de plantas y vegetales, pues fue importante para el tratamiento rápido de los síntomas del Covid-19, mientras que en otros casos primaba el consumo de medicamentos, específicamente la práctica de la automedicación bajo un efecto riesgoso pero importante. Ninguno de estos dos itinerarios era mutuamente excluyente, en sí son, hasta cierto punto, complementarias. Dependiendo de la gravedad de las afecciones, el estado de sus relaciones familiares, los recursos económicos, las redes de contacto y la capacidad personal de decisión sobre sus cuerpos podían recurrir a la intermedicalidad, en distintas intensidades a cualquiera de estos sistemas de salud.

Las experiencias alrededor de la vacuna que describieron los entrevistados indígenas estuvieron marcadas por las interpretaciones y respuesta que tuvieron frente al COVID durante su proceso de salud/enfermedad/atención, pero también a las relaciones construidas entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado. Estas experiencias se centraron alrededor de escenarios importantes en el despliegue de la estrategia de vacunación, tales como la vacunación institucional, el puesto fijo, las brigadas actividades extramurales y el aprovechamiento de mandatos sanitarios oficiales del gobierno, como la exigencia del carnet de vacunación.

En el caso del grupo de los adultos mayores (7 vs 2) las circunstancias se centraron alrededor de condicionamientos, a veces de manera obligatoria y humillante, por la obligatoriedad del carné para acceder a programas sociales. Al mismo tiempo, en situaciones de incertidumbre frente a afecciones corporales, la vacuna fue asimilada como un tratamiento a esas, más no al COVID en sí, pues su inicial respuesta fue lidiarla con plantas medicinales, vegetales y/o pastillas.

En el caso de los adultos (6 vs 5), la mayoría no buscó por interés o convencimiento la vacuna, sino que la oportunidad apareció por una condición o situación que les dio seguridad/confianza, al contrario que las atenciones de salud pública. Estas supusieron, en varias ocasiones, vacunarse como condición para acceder beneficios de programas sociales; en otra coyuntura, el convencimiento momentáneo de una persona de confianza de la comunidad en vez de una enfermera; en otros casos, en un sentido de obligación/responsabilidad para dar el ejemplo como agente comunitario de

salud a pesar de no quererlo en un principio; y en otro suceso para acceder y mantener puestos laborales. Cuando se trató de una circunstancia en la que había una responsabilidad o urgencia detrás tuvieron que vacunarse hasta en tres dosis, sin embargo, cuando se pudo evitar, no se hizo.

Para ambos casos, el hecho de no contar con muchas dosis tiene que ver mayormente con el hecho de que no se han sentido mejor posteriormente, y algunos casos puntuales por reacciones adversas en su cuerpo.

Sobre el grupo que no optó por vacunarse, incluidos adultos y adultos mayores, las razones para no aceptar la vacunación se encontraba marcada por la experiencia previa en el relacionamiento, no sólo con las entidades del sector, sino con el mismo Estado que se manifestaba un desligue profundo. En otros casos la respuesta exclusiva al COVID con remedios vegetales, plantas medicinales colocaba a la medicina occidental como algo peligroso, mientras optar por un tratamiento basado en conocimientos indígenas vinculados a la seguridad y la sanación. Así mismo, frente a la cercanía a la experiencia de repercusiones negativas de un familiar después de vacunarse se evidenciaba un temor hacia esta misma. Sólo en dos ocasiones, no se optaron vacunarse por temor a la aguja y el dolor que le puede producir que le inyecte en su cuerpo; y por una condición de salud de triglicéridos, colesterol y presión baja, que directamente un representante de salud le dijeron que no podía vacunarse.

¿Cuáles son las percepciones y experiencias de los miembros indígenas de la comunidad nativa awajún Achoaga en relación al programa de vacunación contra Covid-19 durante la pandemia?

La implementación de la vacunación Covid-19 en contextos indígenas amazónicos, y en específico en la comunidad nativa de Achoaga, representó un proceso complejo en la medida que supuso la combinación de tiempos, espacios, personas y posiciones enmarcadas en un escenario social, político, económico y cultural particular. Por un lado, se trató de una operación precaria y ardua en cuanto a recursos, capacidades y condiciones de las instituciones de salud pública en el ámbito de estudio que gestaba al interior de sus filas una segmentación, responsabilidades cambiantes y contradicciones. A ello, los documentos normativos evidenciaban que, en el plano de las políticas públicas,

persistía relaciones de poder, ausencias, brechas y contradicciones que recaían sobre el primer nivel de atención. En conjunto, esta situación terminó deteriorando, aún más, las interacciones entre el personal de salud y los usuarios indígenas de la comunidad.

El proceso de vacunación constituye, sólo hasta cierto punto, un repertorio nuevo porque tiene antecedentes en la forma como las instituciones de salud pública se han ido desarrollando en contextos indígenas amazónicos, en específico con la comunidad nativa Achoaga. En ese sentido, la manera en que los miembros de la comunidad perciben y valoran la vacunación COVID no solamente está enmarcada en las dimensiones científicas de la composición de la vacuna, sino que se encuentra íntimamente conectada a la entidad que la manipula desde detrás, o sea, en las relaciones entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado. Sin embargo, al mismo tiempo, están influenciadas por las interpretaciones del COVID como herencia del *apach* (mestizo), y la experiencia de pandemia alrededor de los procesos de familiarización, contagio, padecimiento y tratamiento.

La vacuna COVID, como un dispositivo médico sin más, no es indiferente, pues los miembros de la comunidad muestran convicciones y su parcial posicionamiento ajeno sobre el lugar de enunciación de esta. Una parte de ellos interpreta que, tanto la enfermedad como la vacuna viene como herencia del *apach* (mestizo). Aquello que se representa como una transformación del espacio-tiempo de la comunidad con y el relacionamiento con enfermedades traídas por otro, asociado a la alteridad y la transformación, en donde la posibilidad de curar y dañar proviene de una misma fuente (Buchillet, 2004; Dominique Gallois, 1991, como se citó en Portocarrero, Huerta-Mercado, Ferreira y Ghiggi Jr., 2022), por lo que la vacuna se percibe y valora como “un mal necesario” (Portocarrero, Huerta-Mercado, Ferreira y Ghiggi Jr., Año), 2022).

La percepción sobre la vacuna pasa la influencia que tuvo la excesiva y variada información sobre la enfermedad y la vacuna (explicaciones religiosas, argumentos con (des) convicciones científicas y fake news) desde diferentes fuentes con las cuales se encontraban familiarizados, terminando entre un acercamiento o alejamiento, respaldo o desacreditación, seguridad o miedo. Justamente el acercamiento a las instituciones de salud del Estado es hasta

determinado punto, pues si te involucras más puede representar un peligro. Ello en contra posición a la familia y el hogar como espacios seguros de cuidado y sanación.

El campo de las experiencias, o sea, tanto la respuesta a la pandemia alrededor de los procesos de familiarización, contagio, padecimiento y tratamiento como la exploración de las circunstancias de vacunación, se encuentra relacionado al de los significados e interpretaciones previamente descritos.

La experiencia de pandemia profundizó en las experiencias corporales sobre el padecimiento del COVID, el cual contrastaba, una vez más, sobre los síntomas que las instituciones de salud pública mostraban. No sólo se trataba de otra diferencia en la forma en que se sentían, reconocían y definían los padecimientos de una enfermedad en el cuerpo, sino que terminaba influyendo en la manera como uno convivía, lidiaba y trataba con ella. Por ello, tanto el uso protagonista de las plantas medicinales/vegetales como medicamentos, dependiendo de la gravedad de las afecciones, el estado de sus relaciones familiares, los recursos económicos, las redes de contacto y la capacidad personal de decisión sobre sus cuerpos podían recurrir a la intermedicalidad, en distintas intensidades a cualquiera de estos sistemas de salud.

Estas fueron las principales respuestas de tratamiento/prevenición frente al COVID. Hasta que aparecerían escenarios clave en la puesta en escena de la estrategia de vacunación (institucional, el puesto fijo, brigadas, actividades extramurales y la exigencia del carnet de vacunación). Frente a ello, el eslogan de “la vacuna como un derecho” ha sido interpretado como una estrategia de imposición. Por ello, el hecho de que haya más personas vacunadas (13 de 21), no quiere decir que estas lo hayan realizado por voluntades propias, sino más por las circunstancias, en las que fueron inmunizadas, de la misma forma que las personas que no. Las razones para no querer vacunarse, en su mayoría, se encontraba marcada por la experiencia previa en el relacionamiento, no sólo con las entidades del sector, sino con el mismo Estado que se manifestaba un desligue profundo. Sin embargo, cuando se trató de una circunstancia en la que había una responsabilidad o urgencia detrás tuvieron que vacunarse hasta en tres dosis, sin embargo, cuando se pudo evitar, no se hizo. Sumado a ello el

hecho de no contar con muchas dosis tuvo que ver mayormente con el hecho de que no se han sentido mejor posteriormente, y algunos casos puntuales por reacciones adversas en su cuerpo.



7. Reflexiones finales

1. La exploración de la implementación de la estrategia de vacunación COVID en el ámbito de estudio evidenció no solamente evidenció las brechas de acceso a la salud de los usuarios indígenas, sino que dio cuenta del complejo rol que ejercieron sus representantes, sobre todo los profesionales de salud del primer nivel, dentro de una estructura vertical de cargos, cambios, presiones, poderes, enunciaciones e imaginarios del territorio/habitantes generando una dinámica de inestabilidad entre sus propias filas como con los usuarios indígenas. Eso influyó en las relaciones cotidianamente construidas entre ambas partes y canalizándose en el desenlace de la vacunación COVID. Ello da cuenta de la ausencia de política intercultural en salud pública adecuada que englobe los marcos mencionados, pero al mismo tiempo otros cambios que tengan el enfoque de determinantes sociales como condicionantes, no solo de la salud sino de otros derechos fundamentales.

2. El rechazo a la vacuna COVID fue una tendencia importante. Esto resaltó, aún más, en las personas que ya contaban con algunas dosis al explorar las circunstancias en las cuales se vacunaron. En una mayoría considerable, las percepciones detrás de estas apuntaron a las relaciones entre los usuarios indígenas con las instituciones de salud del Estado. Por el contrario, el hogar y la familia se muestran como un espacio seguro dedicado a la salud. Por lo que el eslogan utilizado por las instituciones de salud pública de “la vacuna como un derecho” fue sido interpretado como una estrategia de imposición e incluso humillación. Así mismo, las percepciones sobre la vacuna estuvieron influenciadas por las interpretaciones del COVID como herencia del *apach* (mestizo), pero también a la experiencia de familiarización, contagio, padecimiento y tratamiento que cada uno pasó.

3. Las experiencias de vacunación estuvieron envueltas por circunstancias de inicial distanciamiento y posterior obligación en escenarios específicos de la implementación de la estrategia de vacunación, casi siempre en un ambiente de desconfianza. Esto hacia evidente el deteriorado vínculo de las interacciones entre el personal de salud y los usuarios indígenas de la comunidad, específicamente en actividades como los extramurales donde

también se ejercía la vacunación COVID. Las experiencias en torno a la vacunación evidenciaron otras formas de construir prevención. Esto estuvo relacionado con la experiencia corporal e interpretaciones de la enfermedad, las cuales contrastaban, una vez más, sobre los síntomas que las instituciones de salud pública mostraban. No sólo se trataba de otra diferencia en la forma en que se sentían, reconocían y definían los padecimientos de una enfermedad en el cuerpo, sino que terminaba influyendo en la manera como uno convivía, lidiaba y trataba con ella. Por ello, tanto el uso protagonista de las plantas medicinales/vegetales como medicamentos, dependiendo de la gravedad de las afecciones, el estado de sus relaciones familiares, los recursos económicos, las redes de contacto y la capacidad personal de decisión sobre sus cuerpos podían recurrir a la intermedicalidad, en distintas intensidades a cualquiera de estos sistemas de salud

4. Otro grupo importante lo compusieron las personas vacunadas que sí se sintieron en confianza, no necesariamente con el personal de salud, pero sí con la medicina biomédica que este ejercía. No se profundizó en ello, pero posiblemente esto tiene que ver con el grado de acercamiento a las instituciones de salud pública. En las circunstancias de emergencia de la salud, dependiendo de la gravedad de las afecciones, el estado de sus relaciones familiares, los recursos económicos, las redes de contacto y la capacidad personal de decisión sobre sus cuerpos podían recurrir a la intermedicalidad, en distintas intensidades a cualquiera de estos sistemas de salud.

Referencias bibliográficas

Aedo, N/ Defensoría del Pueblo.(2021a). *Dificultades en el proceso de vacunación contra COVID-19 en comunidades indígenas*. pp. 1-5. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/06/Oficio-N%C2%B0-123-2021-MINSA-sobre-vacunaci%C3%B3n-a-comunidades.pdf>

Aedo, N/ Defensoría del Pueblo. (2021b). *Informe N° 003-2021-DP/AMASPPI/PPI: Supervisión sobre el avance de la vacunación contra la COVID-19 en las comunidades nativas del departamento de San Martín*. pp. 1-9. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/Informe-003-2021-DP-AMASPPI-PPI-supervisi%C3%B3n-vacunaci%C3%B3n-San-Mart%C3%ADn.pdf>

Ashqui, S. (2014). *Factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas antipolio, pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la parroquia pasa perteneciente al cantón ambato provincia de Tungurahua durante el período enero – junio 2013* [Tesis para optar el título de licenciatura]. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7970>

Balbeldi, G., Cabrera, M., y Cayul, P. (2020). *Efectos de la COVID-19 en las comunidades indígenas: Una mirada desde el Navegador Indígena*. Grupo de Trabajo Internacional para Asuntos Indígenas (IWGIA) y Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_757582.pdf

Buzzi, P., & Sy, A. (2020). Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires. *Antropológica* (02549212), 38(44), 187–208. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.18800/antropologica.202001.008>

Carmona, G., Daza, J., Osorio, V., y Portocarreo, J. (2016). Percepciones sobre la vacunación de la rabia silvestre en población Awajún de la provincia de Condorcanqui, Amazonas, Perú, 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 201-224. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n1/201-224/>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2020). Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/analisis-de-situacion-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-de-la-amazonia/>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2023). Archivo - Sala situacional COVID-19. Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/salas-situacionales/enfermedades-transmisibles/covid-19/situacion-del-covid-19-en-el-peru/>

Chávez, G. (2019). 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 de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Recuperado de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/15378/CHA_VEZ_GIANNINA_DIALOGOS_MEDICOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) et.al (2020). *El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva*. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46543>

Correa, N. B. y Yetcking, F.(2020). Pueblos indígenas amazónicos y COVID-19: La urgencia de una respuesta diferenciada a la emergencia. En *Por una nueva convivencia. La sociedad peruana en tiempos del COVID-19: escenarios, propuestas de política y acción pública*. LIMA. Fondo Editorial PUCP. Recuperado de: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/05/Por-una-Nueva-Convivencia.pdf>

[Correa, N. B, Roopnaraine T y Margolies A \(2018\). "Conditional Cash Transfer Program Implementation and Effects in Peruvian Indigenous Contexts". En: *Cash transfers in context. An Anthropological Perspective*. Oxford, New York: Berghahn Books](#)

[Correa, N. B y Roopnaraine, T \(2014\). *Pueblos indígenas y programas de transferencias monetarias condicionadas. Estudio etnográfico en seis comunidades andinas y amazónicas*. Washington DC: IFPRI, IADB, PUCP](#)

Dias, R. (2014). La cosmopolítica del embarazo, parto y posparto: prácticas de autocuidado y proceso de medicalización entre los indios mundurukú [Tesis para obtener optar el título de doctor]. Universidad Federal de Santa catalina

Diehl, E. y Langdon E. L. (2015) *Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro*. Universitas Humanística, núm. 80, j213-236.

Duffó, D. (2020) *Comando Matico: el uso de medios digitales para hacer frente a la pandemia de la COVID-19*. [Trabajo de investigación para obtener el grado de bachiller]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/20535/D_UFFO_CHAPILLIQUEN_DANNA_FRANCESCA_COMANDO_MATICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Escobar, R. (2021) Por qué no está siendo fácil la vacunación contra la covid-19 en territorio indígena de la Amazonía. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-26/por-que-no-esta-siendo-facil-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-territorio-indigena-de-la-amazonia.html>

Espinosa, O. y Fabiano, E. (2022) Las enfermedades que llegan de lejos. Los

pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19. Fondo Editorial de la PUCP. Edición de Kindle.

FILAC. (2021). *Cuarto informe regional: pueblos indígenas y vacunación contra el covid-19*. La Paz, Bolivia. Recuperado de: <https://www.filac.org/cuarto-informe-regional-pueblos-indigenas-y-vacunacion-contra-el-covid-19/>

Flores, M.

(2020). «VIH/sida awajún»: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 38(44), 235-266. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92122020000100235&script=sci_arttext

(2022) "Antes no había enfermedad»: memorias de contacto y resistencia entre los awajún del río Cenepa. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 270-286). Fondo Editorial PUCP.

Fraser, B. (2021). *Covid-19 en la Amazonía peruana: la lucha de los pueblos indígenas por sobrevivir*. Mongabay. Recuperado de: <https://es.mongabay.com/2021/03/covid-19-amazonia-peru-pueblos-indigenas-comando-matico-medicina-tradicional/>

Freyre, L., Huapaya, O., Arévalo, C., Contreras, H., Chacón, H., Black, C., Champin, D., Pérez, P. y Torres, S. (2014). La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-5. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355012.pdf>

Garnelo, L. (2003). Poder, hierarquia e reciprocidade: Saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. *Coleção Saúde dos Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ghiggi Jr., A. (2022). Protagonismo de las mujeres kaingang en itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil. En J. Portocarrero, A. Huerta-Mercado, A. D. Ferreira, & A. Ghiggi Jr. (Eds.), *Más allá de lo terapéutico: Aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur* (225 - 257). Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

González, J. (2022). *Vacunación de los pueblos indígenas ante Covid-19*. *Logos Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 2*, 9(17), 4-6. Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/8288>

Kelly, J. A. (2004). Médicos "extranjeros": algunas reflexiones sobre las relaciones entre médicos y pacientes entre los Yanomami del Alto Orinoco. *Antropológica*, 101, 37-62.

Kelly, J. A. (2011). *State healthcare and Yanomami transformations. A symmetrical ethnography*. University of Arizona Press

Kiyac, N. (2022) Percepción de los antes chicham sobre la covid-19 en el

departamento de Amazonas. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 299-308). Fondo Editorial PUCP.

Langdon, J. (2018) "Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención". *Desacatos*, núm. 58, pp. 8-15, 2018. Universidade Federal de Santa Catarina, Brazil. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/139/13964406001/html/#B16>

Locci, M. (2021). *Impacto de la pandemia sobre los pueblos indígenas: ¿qué ha pasado en casi dos años?*. IDEHPUCP. Recuperado de: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis/1/impacto-de-la-pandemia-sobre-los-pueblos-indigenas-que-ha-pasado-en-casi-dos-anos/#:~:text=Aunque%20muchos%20pueblos%20amaz%C3%B3nicos%20se,mayor%3%ADa%20en%20Loreto%2C%20Amazonas%2C%20Ayacucho>

Mantini-Briggs, C. y 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. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (1.a ed., pp. 385–416). Ediciones Abya-Yala

Medina, A., Segovia-Meza G, Bartolo-Marchena M, Valenzuela-Oré F, Monteza-Facho B, Gonzales-Dávila K, et al (2021). Adherencia a la vacuna contra la COVID-19 por la población general y los pueblos andinos, amazónicos y afroperuanos. *An Fac med.* 2021;82(4):355-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.15381/anales.v82i4.21753>.

Mendoza González, Z. (2010). "Vacunas sí, pero planificación familiar no": Representaciones sociales sobre grupos domésticos triquis de la Ciudad de México. *Cuicuilco*, 17(49), 199-220. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16592010000200011&script=sci_arttext

Menéndez, E.
(1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia et al (Eds.) *La salud de los trabajadores*, México: Nueva Imagen.

(1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", *Alteridades*, 4 (7): 71-83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

(2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-208. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/>

(2005) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, v. 14, pp. 33-69.

(2009) *Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec

(2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud colectiva* 14(3), 461-481. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n3/461-481/es>

Ministerio de Cultura

(2014a). *Pueblos indígenas de la Amazonía accederán a los programas sociales del Estado*. Plataforma Digital única del Estado Peruano. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/cultura/noticias/46844-pueblos-indigenas-de-la-amazonia-accederan-a-los-programas-sociales-del-estado>

(2014b). *Pueblos indígenas de la Amazonía se beneficiarán con programas sociales*. Plataforma Digital única del Estado Peruano. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/cultura/noticias/46875-pueblos-indigenas-de-la-amazonia-se-beneficiaran-con-programas-sociales>

(s/f). *Base de datos oficial de pueblos indígenas u originarios*. [Conjunto de Datos]. Recuperado de <https://bdpi.cultura.gob.pe/localidades/achuaga>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA)

(s/f) Norma técnica de salud “categorías de establecimientos del sector salud v.02”. Recuperado de: https://socienee.com/wp-content/uploads/n_nacionales/nn24.pdf

(2021) *Plan nacional actualizado de vacunación contra la covid-19*. Consulta 1 de Mayo de 2022. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/04/RESOLUCION-MINISTERIAL-N%C2%BA-488-2021-MINSA-21-042269-005.pdf>

(2022a) *Intervenciones en mitigación y contención contra la COVID-19 implementadas en pueblos indígenas de Perú, Brasil, Colombia y Ecuador*. Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios - Lima: Ministerio de Salud; 2022. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5699.pdf>

(2022b) *Minsa: Más de 56% pobladores indígenas amazónicos aceptaron vacunarse contra la COVID-19*. Plataforma digital única del Estado Peruano. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/585482-minsa-mas-de-56-pobladores-indigenas-amazonicos-aceptaron-vacunarse-contra-la-covid-19>

(2022c) Repositorio Único Nacional de Información de Salud (REUNIS). [Conjunto de datos]. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>

(2013) *Comunidades indígenas: caracterización de su población, situación de salud y factores determinantes de la salud – 2012*. Ministerio de Salud. Oficina

General de Estadística e Informática. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2734.pdf>

Mozo, C. (2013). Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. Universidad de Sevilla, Grupo de Investigación GEISA. Recuperado de: https://institucional.us.es/revistas/RAA/5/carmen_mozo.pdf

Nigenda, G., Orozco, E., & Leyva, R. (1997). Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. *Revista de Saúde Pública*, 31, 313-321. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CXQ3r8MzptyXzDP65BpQJfc/abstract/?lang=es>

Novo, M. P. (2010). Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. Recuperado de: https://www.portal.abant.org.br/aba/files/51_00167819.pdf

Parra, N., Bautista, G., Techalotzi, A., y Almontel, M. (2022). Vacunación contra COVID-19 y su afrontamiento desde la perspectiva de tres pueblos originarios de la sierra nororiental de Puebla, México. *Atención Primaria*, 54(6), 102316. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000361/pdf?md5=aac22e537ef635f9645465e5760ab515&pid=1-s2.0-S0212656722000361-main.pdf>

Pinedo, X. (2022). Distritos amazónicos Condorcanqui, Datem del Marañón y Atalaya tienen las tasas más bajas de vacunación Covid. *Ojo Público*. Recuperado de: <https://ojo-publico.com/3547/mas-de-300-distritos-tienen-tasas-de-vacunacion-covid-19-menores-70>

Portocarrero, J; Huerta, A; Ferrerira, A y Ghigii, A (2022) Más allá de lo terapéutico: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur. Lima, Perú. Recuperado de: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/189656/M%C3%A1s%20all%C3%A1%20de%20lo%20terap%C3%A9utico%20C%20libro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Red Investigativa Regional (2020). Covid-19 en la Amazonía: Awajún y Kichwa son los pueblos indígenas más afectados. *Ojo Público*. Recuperado de: <https://ojo-publico.com/2020/awajun-y-kichwa-son-los-pueblos-indigenas-mas-afectados-por-covid-19>

Rupire, J.(2020). Pueblos indígenas amazónicos frente a los objetivos del desarrollo sostenible: políticas públicas e inclusivas para un escenario crítico de pandemia y pospandemia (Documento de Trabajo). *SERVINDI*. Recuperado de: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/peru/1_7448.pdf

Samon, C. (2021). Los indígenas de Perú se resisten a la vacuna amparados en medicina ancestral. *SWI swissinfo.ch*. Recuperado de: https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-per%C3%BA_los-ind%C3%ADgenas-de-per%C3%BA-se-resisten-a-la-vacuna-amparados-en-medicina-ancestral/46969546

Segovia, G., Astete, M. y Segovia, I. (2021). *Pandemia Por Coronavirus en Los Pueblos Indígenas Perú, Chile Y México: Reflexiones Desde Las Ciencias Sociales*. Boletín INS, 27(11/12), 145–148. Recuperado de: <http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=154935438&lang=es&site=ehost-live>

Singer, M. (1995). Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 9 (1), 80-106.

Teixeira, CC y Dias da Silva (2015). La construcción de ciudadanía y el campo de la salud indígena: un análisis crítico de la relación entre biopoder y bioidentidad. *Vibrante: Antropología brasileña virtual*, 12 (1), 351-384.

Ulfe, M. E., y Vergara, R. (2021). Podcasting Collaborations and Ontological Relationships of Being 'Here' and 'There' in the Lower Marañón River in Peru. *New Area Studies*, 2(1), 74–114. Recuperado de: <http://doi.org/10.37975/NAS.39>

USI, E. [DW Español] (2021). *Los indígenas del Perú desconfían de las vacunas*. [Video]. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=x1ugb2RBzgg&list=LL&index=1&ab_channel=DWEspa%C3%B1ol

Vega, I. (2021). Introducción. En Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (Ed.), *Aportes para construcción de una salud intercultural en el ámbito amazónico* (pp. 6-15). Recuperado de: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-03-04/salud-intercultural-compressed-compressed.pdf>

Wright, R. M., Kapfhammer, W. y Wiik, F. B. (2012). The clash of cosmographies: indigenous societies and project collaboration-three ethnographic cases (Kaingang, Sateré-Mawé, Baniwa). *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 9(1), 382-450.

Anexos

1. Instrumentos

a) Entrevista semiestructurada a personal de salud

GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIO DE SALUD (Coordinara del Área de Inmunizaciones del Hospital de Nieva)	
Fecha: _____	Localidad: _____ Distrito: _____
Entrevistado: _____	Edad: _____
Ojo: Experiencia de vacunación contra Covid en comunidades nativas del distrito.	
Aspectos generales	
1. ¿Cuál es el cargo que actualmente ocupa? ¿En qué consiste? (Aprendizaje)	
2. Milagros me comentó que antes estuviste cercana a la experiencia de vacunación contra Covid -19 en contextos indígenas, ¿a qué se dedicaba?	
Aspectos generales de su área	
3. ¿En qué consiste la labor de su área? ¿Cómo se materializa concretamente?	
4. ¿Cómo se articula con la Dirección Regional de Salud? ¿Cuál es la relación que forja con la Dirección Regional de Salud? ¿Cómo se vinculan?	
5. ¿Cómo se articula con las Micro Redes de Salud? ¿Cómo se materializa esa relación? ¿En qué aspectos concretos?	
6. ¿Qué aliados cuentan en su actividad? (Autoridades públicas de salud, organizaciones indígenas, Municipalidad, promotores de salud, iglesia, Ong's, academia)	
7. ¿Cómo se concretiza ese vínculo? ¿Cómo se conectan?	
8. ¿Qué tipo de respuesta tienen en este trabajo conjunto? ¿Ha escuchado alguna demanda específica?	
Impacto de la Pandemia en la Red	
9. ¿Cuál era la agenda del área? ¿Qué prioridades tenía? ¿Qué padecimientos atendía?	
10. ¿Qué resultados tenían? ¿Qué nivel de aceptación obtenían? ¿Qué demandas de salud encontraban?	
11. ¿Cómo se transforma esta agenda con la llegada del Covid? ¿Qué cambios supuso?	
12. ¿Cómo se reflejó en las actividades/ servicios que ofrecían?	
13. ¿Qué obstáculos/dificultades encontraron? ¿Cómo respondieron/adaptaron a estos?	
14. ¿Qué aprendizajes obtuvieron?	
Vacunación contra Covid-19	
15. ¿Cuándo llega la vacuna contra Covid-1s9 a Nieva?	
16. ¿Cuántos lotes? ¿Qué marca de vacuna llega? ¿Por qué?	
17. ¿Estas jornadas de vacunación contra Covid en comunidades nativas, es una estrategia nueva? Si/No ¿En qué se diferencian?	
18. ¿Responde a una estrategia específica del sector salud público para realizar la vacunación contra Covid-19 en comunidades nativas de la región? (ej. Plan Actualizado de Vacunación...)	
19. ¿En líneas generales, qué nos dice ese Plan sobre cómo realizar la vacunación en contextos indígenas?	
20. Una cosa es lo que dice el papel, y otra la que se ejerce en la práctica ¿Cómo fue el caso específico de ustedes? ¿Cuáles fueron los contrastes más fuertes?	
21. ¿El plan/estrategia contó con la participación de representantes indígenas de comunidades nativas? ¿En qué sentido?	
22. ¿Estaba acompañada de otras actividades de difusión/información? ¿En qué consisten?	

23. ¿Cuál es la respuesta que obtienen? ¿Ha cambiado? ¿Cómo ha evolucionado? ¿Por qué?
24. ¿Qué demandas/pronunciamiento/proyecto por parte de las comunidades nativas han encontrado?

Experiencia de vacunación
25. ¿Cuál era la composición de las brigadas de vacunación contra Covid? (profesiones)
26. ¿Qué perfil tienen? (a nivel de etnia, o lengua, o procedencia, o antecedentes)
27. ¿Hay alguna persona que cumple la función de mediador entre la brigada de vacunación y las comunidades nativas?
28. En su experiencia, ¿Qué comunidades recorrió? ¿De qué zona?
29. ¿Cuáles eran las condiciones de su actividad cotidiana? (personal, logística, tiempo, recursos, presión frente a cumplimiento de metas, etc)
30. ¿Qué obstáculos/dificultades encontraron?
31. ¿Cómo los enfrentaron?
32. ¿Qué resultados obtuvieron sobre su objetivo? (estadísticas, cifras, etc.)
33. ¿Qué tipo de explicaciones registraron? ¿Qué tipo de prácticas registraron?
34. ¿Alguna recurrencia/patrón en tanto edad/género/distancia/etnia?
35. ¿Cómo el aparato de salud interactúa con estos? ¿Cómo diálogo o negocia? ¿Cuál es su punto de vista sobre ella?
36. ¿Desde su punto de vista, cuál podría ser el camino más adecuado para que el sistema de salud del Estado pueda relacionarse de la mejor manera con el sistema de medicina indígena?
37. ¿Cuál era el protocolo o procedimiento para realizar las jornadas en una comunidad nativa? (ej. defensoría del pueblo, pronunciamientos de organizaciones indígenas, etc.)
38. ¿Existió casos en que se vio interrumpido o se ocasionó algún malentendido sobre él? ¿En qué consistió?
39. ¿Identificó alguna demanda/sugerencia por parte de los usuarios indígenas sobre la ejecución de la vacunación?
40. ¿Por qué las jornadas ya no se realizan? (especificar tema de contratos)
41. ¿Cómo se aplica la salud intercultural? ¿Cómo se concretiza? ¿En qué actividades, en qué proyectos?
42. ¿Qué aprendizajes obtuvieron?
43. ¿Usted cree que su misión está sujeta a aspectos políticos más grandes? ¿En qué sentido?

Otros aspectos
44. ¿Hoy en día cómo se está desarrollando la vacunación en comunidades nativas?
45. ¿Es posible conversar con alguna de estas personas encargadas (del campo)?
46. ¿Podría acompañar alguna de sus jornadas de vacunación?
47. ¿Acompañar en su jornada de ella?
48. ¿Dónde puedo encontrar información actualizada sobre vacunación contra Covid-19 en comunidades nativas?
¿Reunis?
¿Archivo?
¿Documento escrito?
¿Material impreso distribuido?

Fuente: elaboración propia

b) Entrevista semiestructurada a miembros de comunidad

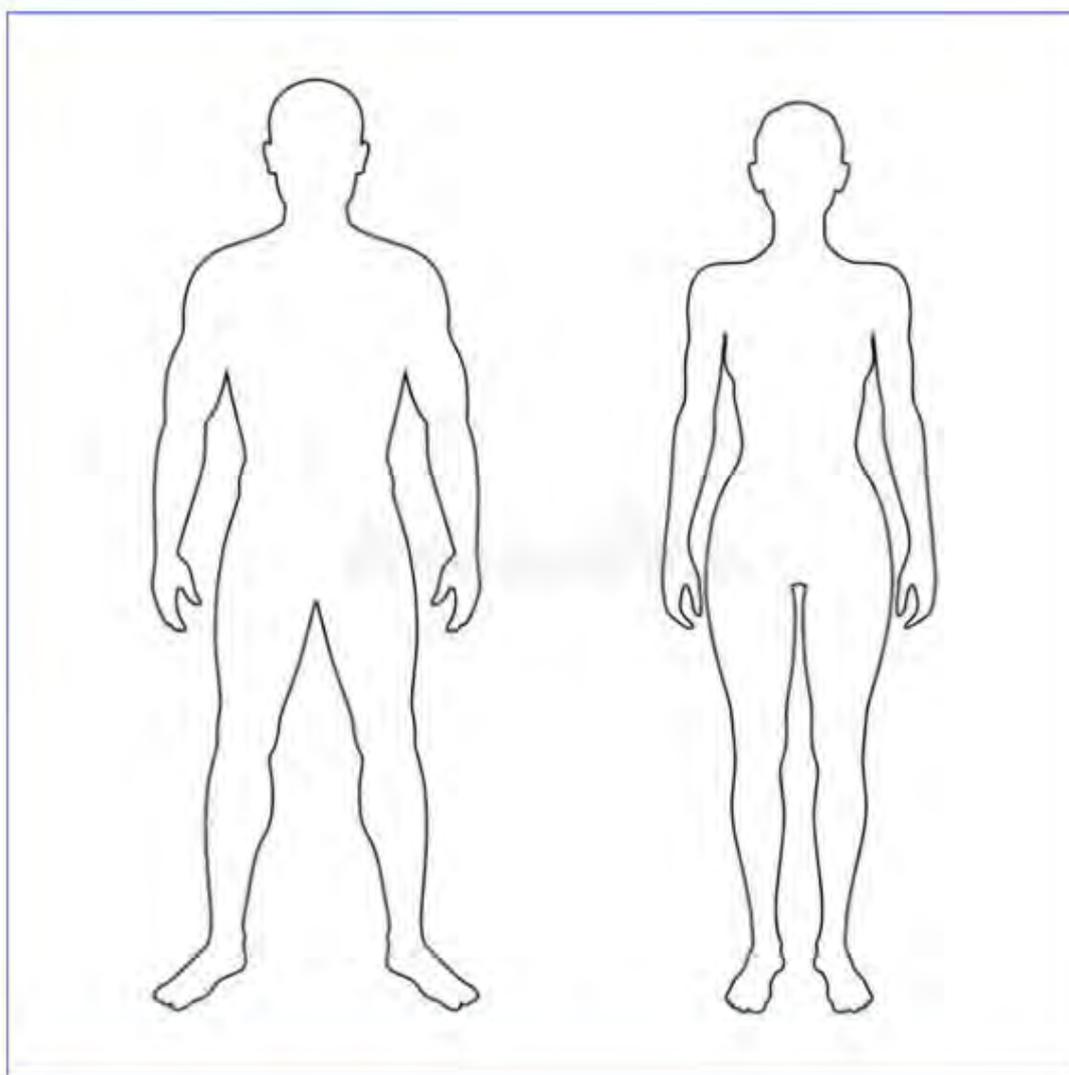
GUÍA DE ENTREVISTA PARA ADULTOS INDÍGENAS (LAS SECCIONES SE APLICARÁN DE ACUERDO AL PERFIL DEL ENTREVISTADO)Fecha: _____ Localidad: _____ Distrito: _____
Entrevistado: _____ Edad: _____

Aspectos Generales (ocupación, composición familiar, procedencia)
1. ¿a qué te dedicas en tu día a día? ¿antes a qué se dedicaba?
2. ¿con quiénes vive? ¿quiénes son los miembros de su hogar? ¿a qué se dedican?
3. ¿usted ha nacido en Achuaga? ¿cómo era antes?
4. ¿tiene o tuvo algún rol/cargo comunal en Achuaga?
5. Hoy en día, ¿qué problemáticas atraviesa la comunidad?
Servicios básicos en la comunidad
5. ¿Cómo se provee de agua? ¿Cómo se provee de luz eléctrica? ¿Existe un sistema de alcantarillado?
6. ¿Cómo se trata la basura (residuos sólidos) en las comunidades?
7. ¿Es usted beneficiario/a de programas sociales del Estado (Juntos, <u>Qaliwarma</u> , Pensión 65)? ¿Cuáles han sido los resultados hasta ahora?
Impacto de Covid – 19 (primeras impresiones, impacto en la comunidad, impacto a nivel personal, respuesta colectiva/personal)
8. ¿Qué es el Covid-19? ¿Cómo se enteró de él? ¿cuál es su origen/de dónde viene? ¿por qué apareció?
9. ¿Cómo llegó el Covid a la comunidad? ¿Usted ha tenido Covid-19? ¿cuántas veces? ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo? ¿cómo se contagió? ¿Cómo se enteró que usted tenía Covid-19? ¿Cómo le afectó en su salud? ¿Qué síntomas presentó? En una escala del 1 al 5, donde 1 es leve y 5 severo
11. ¿Qué le hace el Covid al cuerpo? (MAPA CORPORAL) ¿Cómo se trató del Covid? ¿A quiénes recurrió? ¿A qué lugares? ¿Cómo se identifica que una persona está con Covid-19? ¿en qué se diferencia de otras enfermedades?
¿Recurrió al Hospital o al Centro de Salud? ¿por qué?
¿A quiénes afecta más la enfermedad? ¿Cree que la enfermedad tiene cura?
12. Hoy en día, ¿dónde está el covid? ¿el covid sigue siendo un peligro para la salud?
Rol de las organizaciones indígenas
¿Conoce a qué federación, organización o consejo indígena está sujeta la comunidad?
¿Sabe si cumplió algún rol durante el tiempo de Covid?
Interpretaciones sobre el Covid y otras enfermedades
14. ¿Qué características tiene una persona sana?, ¿qué características tiene una persona enferma?
15. ¿por qué se enferma una persona? ¿a qué se debe que una persona se enferme?
16. ¿qué hace uno para recuperarse de una enfermedad?
Vacunación

18. ¿Está vacunado contra el Covid – 19?	
<p>Si ¿por qué? ¿cuántas dosis tiene? ¿qué marca de dosis le colocaron? ¿cuál fue el lugar o los lugares donde se vacunó? ¿qué efectos le dejó? ¿cuánto tiempo le duró? ¿le afectó en su vida cotidiana? ¿cómo los alivió? ¿recibió el carné de vacunación? ¿lo usa? ¿en qué ocasiones? ¿cuál hubiera sido la mejor estrategia de las autoridades de salud para completar el esquema de vacunación?</p>	<p>No ¿por qué? *repreguntar*</p>
¿cuáles fueron las circunstancias en las cuales se vacunó? ¿cómo fue ese día? ¿dónde se realizó? ¿quiénes se encontraban? ¿qué le dijeron? ¿recibió algún tipo de incentivo?	
Sobre las Jornadas de Vacunación	
18. 5 ¿Ha venido el personal de salud para vacunar contra Covid - 19 a la comunidad? ¿cuántas veces? ¿qué impresiones le ha dejado la jornada? ¿ha habido acogida de las personas? ¿por qué?	
¿hubo alguna explicación sobre la vacuna o el Covid – 19? ¿le pareció adecuada esas acciones? ¿quién las dirigió?	
¿confía en la información que se le ha proporcionado? ¿por qué?	
¿se ha quedado con dudas después de la jornada? ¿se arrepiente de haberse vacunado?	
Sobre la Vacuna	
19. Sobre lo que sabe ¿para qué sirve la vacuna? ¿Cómo actúa en nuestro cuerpo? ¿cómo conoció esa información? ¿en qué circunstancias lo oyó?	
20. ¿aparte de vacunarse qué otras medidas ha adoptado para protegerse? ¿la vacunación y el uso de estas otras medidas (ej. plantas medicinales, etc.) se pueden complementar? ¿están relacionadas o no?	
21. ¿Qué otras cosas han escuchado sobre la vacuna? ¿algún efecto positivo o negativo? ¿de dónde lo ha escuchado? ¿qué opina de ello?	
23. ¿está vacunado/a contra otras enfermedades? ¿contra cuáles?	
24. ¿Actualmente se encuentra siguiendo algún tratamiento médico? ¿cuál?	
*Aspectos de organización comunal frente a las jornadas de vacunación	
¿Cómo se arregla esa visita de los vacunadores? ¿solo vienen o tiene que ser consultado por alguien de la comunidad? ¿por quienes? ¿hay algún promotor de salud en la comunidad? ¿cómo participa? ¿por qué es importante que se de esto? ¿qué otros pasos siguen? ¿cómo llega a usted a enterarse?	
¿Cómo evalúa la recepción de las jornadas de vacunación en la comunidad? ¿ha habido temor o algún tipo de resistencia? ¿se ha transmitido eso?	
¿Qué días se han realizado la vacunación? ¿qué hizo ese día? ¿era laboral? ¿se encontraba en su comunidad?	
Salud	
25. ¿qué enfermedades son recurrentes en la comunidad? ¿Cuándo tiene problemas de salud a quién o a qué lugar acude? ¿por qué? ¿Cómo se previene una enfermedad? ¿Cómo se cura? ¿Hay alguna diferencia?	

Fuente: elaboración propia

c) Mapa Corporal



Fuente: elaboración propia

MCMXVII

2. Colección de materiales recogidos en el campo

a) Solicitud de Acceso a Información Pública - Subgerencia de Salud Pública Municipalidad Provincial de Condorcanqui

SOLICITUD DE ACCESO A LA <u>INFORMACION PÚBLICA</u>									
Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, Anexo del Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, DECRETO SUPREMO N° 072-2003-PCM, publicado el 07-08-2003									
FORMULARIO					N° DE REGISTRO				
I. ENTIDAD/FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACION:									
Municipalidad Provincial de Condorcanqui – Subgerencia de Salud Pública									
II. DATOS DEL SOLICITANTE									
APELLIDOS Y NOMBRES /RAZÓN SOCIAL: BADILLO MALLOQUI DAVID					DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 75491320				
DOMICILIO: Jr. Virú 242									
DISTRITO: Rímac			PROVINCIA: Lima			DEPARTAMENTO: Lima			
CORREO <u>ELECTRONICO</u> : dbadillo@puccp.edu.pe					TELÉFONO: 975 955 356				
III. INFORMACION SOLICITADA:									
- Catálogo Etnobotánico									
- Frasco de Jarabe de Matico									
- Boletín/Recetario 'Cómo Prevenir el Coronavirus en Comunidades'									
IV. MOTIVO POR EL CUAL SE REQUIERE LA INFORMACION:									
Tesis de licenciatura titulada "Vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas: una aproximación etnográfica hacia el caso de la comunidad nativa de Achuaga (Amazonas)"									
V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACION (MARCAR CON UN "X")									
COPIA SIMPLE		DISKETTE		CD		CORREO <u>ELECTRONICO</u>	X	FISICO	X
APELLIDOS Y NOMBRES: <u>BADILLO MALLOQUI DAVID</u>					FECHA Y HORA DE <u>RECEPCION</u>				
FIRMA:									
OBSERVACIONES: En físico y en virtual según la disponibilidad de la información/objeto solicitado.									

Fuente: elaboración propia

b) Solicitud de Información Pública – Red de Salud de Condorcanqui

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA									
<p>Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, Anexo del Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, DECRETO SUPREMO N° 072-2003-PCM, publicado el 07-08-2003</p>									
FORMULARIO				N° DE REGISTRO					
I. ENTIDAD/FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACION:									
RED DE SALUD DE CONDORCANQUI									
II. DATOS DEL SOLICITANTE:									
APELLIDOS Y NOMBRES /RAZON SOCIAL: BADILLO MALLQUI DAVID				DOCUMENTO DE IDENTIDAD 75491320					
DOMICILIO Jr. Virú 242									
DISTRITO Rímac		PROVINCIA Lima			DEPARTAMENTO Lima				
CORREO ELECTRONICO dbadillo@pucc.edu.pe				TELEFONO 975 955 356					
III. INFORMACION SOLICITADA:									
1) Plan de vacunación contra Covid-19 en Comunidades Nativas de la región Amazonas									
2) Estadística Covid -19 en Comunidades Nativas del distrito de Santa María de Nieva (Achoaga, Dekentey, Peas, Seasmi, Ebron, Ciro Alegría, Canampa, Pajacusa)									
- Número/porcentaje de casos positivos por edad y sexo desde 2020									
- Tasa de contagio por edad y sexo desde 2020									
- Número/porcentaje de pruebas aplicadas por edad y sexo desde 2020									
- Número/porcentaje de fallecidos por Covid desde 2020									
3) Estadística de vacunación Regular/Covid – 19 en Comunidades Nativas del distrito de Santa María de Nieva (Achoaga, Dekentey, Peas, Seasmi, Ebron, Ciro Alegría, Canampa, Pajacusa)									
- Número/porcentaje de personas vacunadas contra Covid por n°dosis/lugar/grupos de edad/sexo desde 2021									
- Número/porcentaje de personas con vacuna regular por tipo de inmunización/ dosis/grupos de edad/sexo desde 2010									
- Número de jornadas de vacunación por comunidad nativa desde 2021									
IV. MOTIVO POR EL CUAL SE REQUIERE LA INFORMACION:									
Tesis de licenciatura titulada "Vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas: una aproximación etnográfica hacia el caso de la comunidad nativa de Achuaga (Amazonas)"									
V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACION (MARCAR CON UN "X")									
COPIA		DISKETTE		CD		CORREO ELECTRONICO	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRO	
SIMPLE									
APELLIDOS Y NOMBRES _____ <u>BADILLO MALLQUI DAVID</u> _____ _____ FIRMA _____					FECHA Y HORA DE RECEPCION				
OBSERVACIONES: Enviar a dbadillo@pucc.edu.pe									

Fuente: elaboración propia

c) Comunicado a padres de familia y niños para Actividad Primaria Achoaga

Nombre de la actividad: Representaciones sobre el covid-19, la vacuna y los espacios de salud.

Duración: 30 minutos – 40 minutos

Materiales: 1-2 hoja de papel A4, lápiz, colores

Descripción: Esta actividad consiste en dibujar el covid, el cuerpo y los espacios salud para explicar la relación de estos con la experiencia de enfermedad, tratamiento y prevención. El objetivo de esta actividad es reflexionar acerca de la relación entre la enfermedad, el cuerpo y los espacios de salud. **Se solicitará el consentimiento con la finalidad de respetar los criterios éticos para efectos de la presente investigación**

1. La primera indicación es dibujar cómo se imaginan el covid-19 y dónde está/dónde se encuentra.
2. La segunda indicación es dibujarse a sí mismos o a una persona que quieran mucho para después colorear qué partes de su cuerpo se ven afectadas con el covid-19.
3. La tercera indicación es dibujar la persona o el lugar a quién o a dónde acuden para curarse del covid-19 y sentirse mejor.
4. La cuarta indicación es dibujar la vacuna covid-19.
5. La quinta indicación es dibujarse a sí mismos o a una persona que quieran mucho para después indicar qué le hace la vacuna a su cuerpo.
6. Durante la actividad haré una serie de preguntas a el/la participante.
 - ¿por qué el covid-19 se ve así? ¿por qué se encuentra en ese lugar?
 - ¿qué partes de su cuerpo afectó el Covid-19?
 - ¿qué persona es a la que acudes cuando te sientes enfermo? ¿qué lugar es la que acudes cuando te sientes enfermo?
7. Después de haber respondido cada pregunta desde el mapa corporal, revisar los dibujos realizados y preguntar si desean agregar algún aspecto más.
8. Por último se solicitará tomar una fotografía de este.

Fuente: elaboración propia

MCMXVII

d) Consentimiento Informado Actividad Institución Educativa Achoaga

Consentimiento Informado para Actividad

Estimado/a padre/madre de familia:

Mi nombre es David Badillo Mallqui, identificado con DNI 75491320. Soy estudiante de antropología y estoy realizando mi trabajo de campo para mi tesis de licenciatura en Achuaga sobre el tema de Covid-19, Vacunación.

En esta ocasión me comunico con usted para comunicarle que el día _____ a las _____ realizaré una actividad con los chicos y chicas de _____ del I.E.P. M Achuaga durante la jornada escolar.

Para ello, me expreso por este medio para solicitar el consentimiento correspondiente para que su menor hijo/hija participe de la actividad. A continuación agrego información sobre en qué consiste.

Junto con el Director Segundo Shimpu, nos comprometemos a hacer de esta actividad un espacio seguro para los chicos y chicas.

Nombre de la actividad: Representaciones sobre el covid-19, la vacuna y los espacios de salud.
Duración: 30 minutos – 40 minutos
Materiales: 1-2 hoja de papel A4, lápiz, colores (los materiales serán facilitados por mi persona)
Descripción: Esta actividad consiste en dibujar el covid, el cuerpo y los espacios salud para explicar la relación de estos con la experiencia de enfermedad, tratamiento y prevención. El objetivo de esta actividad es reflexionar acerca de la relación entre la enfermedad, el cuerpo y los espacios de salud. Se solicitará el consentimiento con la finalidad de respetar los criterios éticos para efectos de la presente investigación

1. La primera indicación es dibujar cómo se imaginan el covid-19 y dónde está/dónde se encuentra.
2. La segunda indicación es dibujarse a sí mismos o a una persona que quieran mucho para después colorear qué partes de su cuerpo se ven afectadas con el covid-19.
3. La tercera indicación es dibujar la persona o el lugar a quién o a donde acuden para curarse del covid-19 y sentirse mejor.
4. La cuarta indicación es dibujar la vacuna covid-19.
5. La quinta indicación es dibujarse a sí mismos o a una persona que quieran mucho para después indicar qué le hace la vacuna a su cuerpo.

6. Durante la actividad haré una serie de preguntas a el/la participante.
 - ¿por qué el covid-19 se ve así? ¿por qué se encuentra en ese lugar?
 - ¿qué partes de su cuerpo afectó el Covid-19?
 - ¿qué persona es a la que acudes cuando te sientes enfermo? ¿qué lugar es la que acudes cuando te sientes enfermo?

7. Después de haber respondido cada pregunta desde el mapa corporal, revisar los dibujos realizados y preguntar si desean agregar algún aspecto más.

8. Por último se solicitará tomar una fotografía de estos dibujos.

Para brindar el consentimiento firme a continuación

DIRECTOR INVESTIGADOR PADRE DE FAMILIA

Fuente: elaboración propia

e) Consentimiento informado entrevistas semiestructuradas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE ENTREVISTA GRABADA

Este proyecto de investigación forma parte del un estudio titulado “Vacunación contra Covid-19 en contextos indígenas: una aproximación etnográfica hacia el caso de una comunidad nativa (Amazonas) que debo realizar como parte de mi formación profesional en la especialidad de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Contar con su información sería de vital importancia para mi persona.

Sería importante que usted participe de este estudio y retratar su testimonio. Si usted accediera:

- Se le aplicará una entrevista de aproximadamente 25-30 minutos de duración en la que se conversará sobre su experiencia y trayectoria en el desarrollo de la vacunación contra Covid en contextos indígenas amazónicos.
- La entrevista será realizada mediante la interacción presencial o virtual de su elección tomando en cuenta los cuidados y protocolos de prevención del Covid-19.
- Dicha entrevista se llevará a cabo en la fecha, horario que usted considere más adecuados, y será grabada para luego recordar y escribir lo que usted diga sin omitir algún dato importante. En este sentido, la grabación será empleada solo para la sistematización de la información.
- Su participación será voluntaria en el sentido de que puede concluir en el momento que usted desee. Asimismo, la información que se recoja será estrictamente usada para los fines de la investigación académica.
- Se priorizará en todo momento brindar un ambiente seguro, respetuoso y libre.

Agradecemos de antemano su participación y cualquier duda siéntase libre de escribir al correo de contacto: dbadillo@pucp.edu.pe

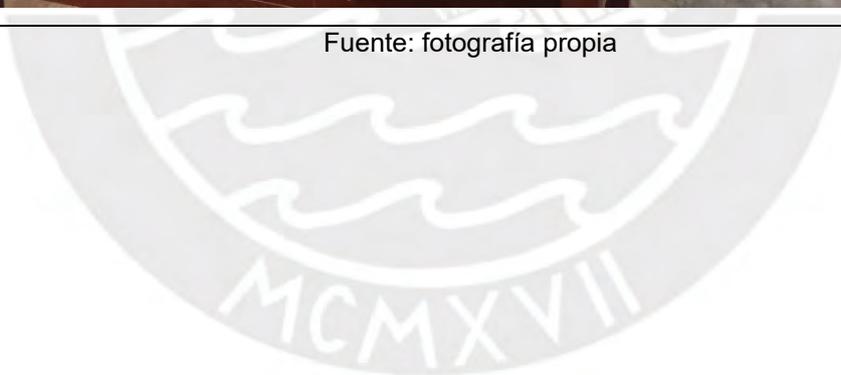
Fuente: elaboración propia

3. Fotografías de actividades

Actividad Institución Educativa Achoaga



Fuente: fotografía propia



Actividad Institución Educativa Achoaga



Fuente: fotografía propia

Actividad Institución Educativa Achoaga



Fuente: fotografía propia



4. Relación de informantes (individuales y colectivos).

- Comunidad Nativa Achoaga

Edad	Sexo	Cargo	Profesión	Institución	Entrevista	Grabado	Fecha
27	Masculino	Trabajador Pro Vías	Comunero	Pro Vías	Sí	Sí	01/10/2022
29	Masculino	Mototaxista /Agente Comunitario Achoaga	Comunero	Asociación de Mototaxistas	Sí	Si	15/10/2022
30	Masculino	Trabajador Hospital de Nieva/Ex Agente Comunitario Achoaga	Comunero	Hospital de Nieva	Sí	Sí	13/10/2022
33	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Si	Si	13/10/2022
34	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Sí	Sí	01/10/2022
34	Masculino	Apu de la Comunidad Nativa Achoaga	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Si	16/10/2022
39	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	30/09/2022
46	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Si	Si	13/10/2022
48	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Si	Si	13/10/2022
49	Masculino	Ex Apu de la Comunidad Nativa Achoaga	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	26/09/2022
49	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	12/10/2022
50	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Si	Si	14/10/2022
54	Masculino	Ex Pastor Templo Católico Achoaga	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	27/09/2022
56	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Si	Si	13/10/2022
56	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	No	30/09/2022

63	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	12/10/2022
65	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Sí	Sí	30/09/2022
67	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	30/09/2022
68	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Sí	Sí	29/09/2022
70	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Sí	Sí	28/09/2022
73	Masculino	Ex Agente Comunitario Achoaga	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	28/09/2022
74	Femenino	Sin Cargo	Agricultora/Comunera	Sin Institución	Sí	Sí	29/09/2022
74	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	27/09/2022
78	Masculino	Sin Cargo	Agricultor/Comunero	Sin Institución	Sí	Sí	23/09/2022

Fuente: elaboración propia

- Representantes del sector salud

Edad	Sexo	Cargo	Profesión	Institución	Entrevista	Grabado	Fecha
30	Femenino	Enfermera del Área de Inmunizaciones del Hospital de Nieva	Enfermera	Hospital de Nieva	Si	Sí	26/08/2022
45	Femenino	Enfermera del Hospital de Nieva	Enfermera	Hospital de Nieva	Sí	Sí	16/09/2022
35	Femenino	Funcionaria del Área de Inmunizaciones de la Red de Salud de Condorcanqui	Desconocida	Red de Salud de Condorcanqui	Si	Sí	24/08/2022
35	Femenino	Jefa de Unidad de Atención de Salud de la Red de Salud de Condorcanqui	Desconocida	Red de Salud de Condorcanqui	Si	Sí	26/08/2022

35	Femenino	Jefa de la Micro Red Centro de Salud de Nieva	Enfermera	Centro de Salud Nieva	Si	Sí	01/09/2022
35	Masculino	Ex Director de la Micro Red Centro de Salud Nieva	Enfermero	Centro de Salud Nieva	Si	No	08/09/2022
30	Femenino	Subgerenta del Área de Salud Pública	Bióloga	Municipalidad Provincial de Condorcanqui	Si	Sí	31/08/2022
30	Masculino	Enfermero del Hospital de Nieva	Enfermero	Hospital de Nieva	Si	Sí	06/09/2022
30	Femenino	Área de Pueblos Indígenas de la Red de Salud de Condorcanqui	Sociologa	Red de Salud de Condorcanqui	Sí	Sí	04/10/2022

Fuente: elaboración propia

- Actores estratégicos

Edad	Sexo	Cargo	Profesión	Institución	Entrevista	Grabado	Fecha
45	Femenino	Líder Indígena Awajun/ Ex Subprefecta Provincial de Condorcanqui	Docente	Sub Prefectura	No	No	17/08/2022
30	Masculino	Líder Indígena Awajun	Desconocida	Sin Institución	Si	Sí	08/09/2022

Fuente: elaboración propia