

# “¿Cómo tú sabes que un indígena está infectado?”: Una aproximación crítica a la salud pública intercultural para la prevención del VIH/SIDA en la Amazonía peruana

Preparado para presentar en el Congreso 2019 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Boston, USA del 24 al 27 de mayo de 2019

Panel: "New Perspectives on HIV/AIDS in Latin America"

Área temática: Health Studies

DOI: 10.5281/zenodo.4626004

Karina Higa Carbajal - Pontificia Universidad Católica del Perú<sup>1</sup>

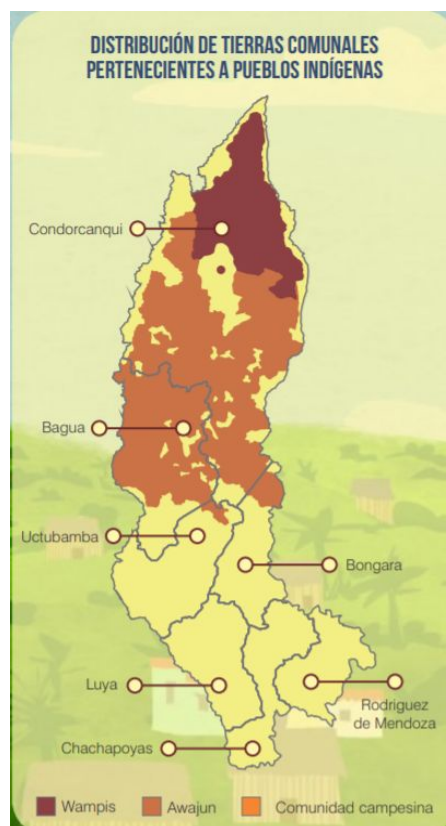
Claudia Acosta Abad - WCS<sup>2</sup>

El presente estudio es un análisis preliminar y en curso de las **concepciones de la interculturalidad** de la política oficial (de “arriba”) y que operan en la práctica médica (“de abajo”), para la prevención y atención del VIH/SIDA en los establecimientos de salud pública de Condorcanqui (Amazonas - Perú). Nuestro énfasis está en el **abordaje de las estrategias comunicacionales para explicar dicha enfermedad a las poblaciones indígenas**. Para ello, primero es importante comprender los procesos históricos relacionales entre el Estado y Condorcanqui, donde se inserta la llegada de los servicios de salud pública a la zona (y las formas de conocimiento y procedimientos que ello implica), además de identificar el contexto sociopolítico y cultural en el que aparece y se expande el VIH en la provincia.

## La relación histórica-desigual entre Estado Republicano y Condorcanqui, territorio de los Pueblos Awajún y Wampis.

La provincia de Condorcanqui, perteneciente al departamento de Amazonas, se ubica en el noreste del Perú y limita con Ecuador. Se subdivide en tres distritos: Santa María de Nieva, donde se encuentra su ciudad capital, El Cenepa y el Río Santiago. La región se sitúa en plena geografía amazónica, y se caracteriza por la dispersión de sus comunidades nativas interconectadas vía fluvial a través del río Marañón, Cenepa y Santiago. Según el censo 2017, cuenta con una población de 42 470 habitantes donde el 90.4% vive en áreas rurales (INEI, 2017)<sup>3</sup>.

Condorcanqui ha sido territorio de los pueblos indígenas awajún y wampis desde épocas precolombinas. Un líder awajún construye su



<sup>1</sup> Licenciada en Sociología, y candidata a Magíster en Antropología por la PUCP, Lima-Perú. Contacto: [karina.higa@pucp.pe](mailto:karina.higa@pucp.pe)

<sup>2</sup> Programa Andes Amazonía Orinoquía y Proyecto Ciencia Ciudadana para la Amazonía. Bachiller en comunicaciones por la PUCP. Contacto: [cacosta@wcs.org](mailto:cacosta@wcs.org) / [c.acostaa@pucp.pe](mailto:c.acostaa@pucp.pe)

<sup>3</sup> INEI, CENSO NACIONAL 2017. BASE DE DATOS DISPONIBLE EN : <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>

memoria histórica del siguiente modo: "según nuestra investigación, [el pueblo awajún] tenemos 7000 años de existencia, y 500 años en guerra con el Estado [desde la conquista española]. Nuestros ancestros nos dejaron esta tierra. La presencia del Estado solo tiene 180 años". El Estado peruano reconoce la presencia awajún en el territorio por al menos 2000 años<sup>4</sup>.

Las relaciones entre el Estado y las poblaciones awajún y wampis han sido, y continúan siendo, históricamente conflictivas, específicamente por las disputas en torno a la concepción del territorio y el aprovechamiento de los recursos naturales. La promoción de la inserción de lógicas mercantiles a la zona por parte del Estado son problemáticas en tanto han entretejido relaciones de explotación entre foráneos e indígenas, y han supuesto una violencia sistemática y discriminación hacia sus sistemas culturales, sociales y políticos.

En ese sentido, la relación establecida con el Estado como promotor de servicios y programas sociales es un proceso relativamente reciente, que se ha dado de manera paulatina desde los años setenta, y recién ha tomado predominancia desde este siglo (tras la "pausa" por los años de crisis política y económica nacional, entre los 80 y 90s). En el año 2012, el índice de densidad del Estado se encontraba en 0.459 (de 1) en Condorcanqui, aún siendo de las provincias más bajas a nivel nacional (MINCUL, 2018)<sup>5</sup>.

Este proceso tuvo su inicio con la política de administración de las poblaciones amazónicas bajo lógicas de nuclearización y sedentarización, en el marco de la Ley de Comunidades Nativas de la Selva (N° 10653 - 1974). Tras las formas de contacto desigual con foráneos, las organizaciones indígenas vieron conveniente optar por las titulaciones de tierras, de modo que así evitaban la apropiación de sus territorios por parte de colonos (Brown, 1984). Frente a ello, Santos acota lo siguiente:

"(...) los funcionarios encargados de aplicar la ley [de titulación] exigían como prerequisite (...) que los interesados fundasen un núcleo poblado y que adoptaran un sistema de autoridades comunales totalmente ajeno al sistema tradicional [dispersión poblacional y nomadismo]" (2004: 219).

Los pueblos indígenas amazónicos comenzaron a pensarse a sí mismos como inevitablemente parte de una sociedad nacional, estrechamente asociada con un sistema de mercado. Los nuevos retos suponían nuevas formas de organización no solo a nivel territorial sino político. De esta manera, desde los años setenta, se constituyeron formas de representación indígenas que participan y actúan en la esfera política nacional en defensa de sus intereses, que a menudo se ven amenazadas por otros actores con mayor poder en el juego político. Un hito fue la dramática e indignante experiencia del Baguazo.

A su vez, la creciente entrada de los sectores de salud y educación pública en la zona, asociados a las formas de conocimiento y modos de vida occidental, monolingüe y biomédica, se relaciona estrechamente con la necesidad y el mayor uso del dinero por parte de los indígenas, y por ende, de la demanda de trabajos asalariados, así como de plantearse posibilidades de vida más allá de las comunidades nativas mediante el desplazamiento continuo o migración, entre otros. Ello ha llevado a que el mayor contacto con los foráneos que llegan a la zona en calidad de profesores o médicos del

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE CULTURA (2018). DOSSIER. <http://bdpi.cultura.gob.pe/pueblo/awaj%C3%BA>

<sup>5</sup> Visitar página web: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/MINCU%20cartilla%20Amazonas%202018.pdf>

Estado comiencen a ser valorados y vistos como mecanismos a acceso a estas formas de vida. En ese proceso, se inscribe las formas de organización y atención de los establecimientos de salud pública en Condorcanqui: entre la convivencia de personal foráneo y personal indígena entrando en dichas lógicas de vida, específicamente a la biomedicina en este espacio.

### **La creciente y precaria entrada del Ministerio de Salud (MINSA) en pueblos indígenas**

En cuanto al ámbito de la salud pública, es posible identificar 62 establecimientos de salud en el año 2012 en toda la provincia. No obstante, 61 de 62 de ellos pertenecen al nivel más elemental de la Red de Salud (primer nivel de atención), y donde 52 de ellos, eran de la categoría más baja (nivel I-1). Solo había un establecimiento de salud perteneciente al segundo nivel de la Red (nivel II) en Condorcanqui, ubicado en la ciudad de Santa María de Nieva.

"Hay equipos que no se usan porque no hay energía [eléctrica]. Según la categoría de establecimiento podemos atender acá, pero no tenemos energía" (Personal de salud awajún, C.S. Huampami)

Más allá de las precariedades a nivel logístico, el ámbito que nos interesa deconstruir es el de la desigualdad a nivel cultural - relacional. En la actualidad, vemos una tendencia creciente de personal de salud nativa de Condorcanqui, auto identificada como awajún o wampis. La mayoría de ellos, enfermero/as, y algunos, directores de micro redes distritales o de puestos de salud de comunidades nativas. Ellos conviven con la alta permanencia de personal de salud foránea, quienes ocupan las posiciones de mayor jerarquía: médicos, obstetras, analistas de laboratorio, y gestores de las redes de salud provincial.

Entonces, y considerando el proceso histórico descrito, ¿qué supone y cómo se da este encuentro entre universos simbólicos en el ámbito de la institución de salud pública? ¿cómo se entretienen estas relaciones asimétricas en la práctica médica? Es importante considerar que las propuestas de servicios interculturales del Estado es una apuesta reciente (en contraste con su tradición histórica occidental/ monolingüe), por lo que se encuentra en un proceso bastante prematuro, siendo además necesario cuestionarlo: ¿cómo se está pensando y practicando la interculturalidad en el servicio de salud estatal? Para reflexionar sobre ello, tomaremos como caso la problemática del VIH en Condorcanqui, es decir, las formas de enfrentar una enfermedad nueva para la zona, de origen foráneo, desde los establecimientos de salud pública.

### **Nuevos contactos, nuevos riesgos: La entrada del VIH a Condorcanqui**

En las últimas décadas se identifican eventos como: la ampliación de la frontera comercial entre comunidades, ciudades e incluso países (Perú-Ecuador); el incremento de actividades extractivas legales, tal como la llegada de Petroperú a la zona, y también ilegales, como minería y el creciente cultivo de coca (para narcotráfico); así como los conflictos geopolíticos con el país vecino Ecuador. Dicha apertura y expansión de los circuitos mercantiles en la Amazonía Peruana, la instalación de bases militares por conflictos que operan a escala nacional, así como la entrada y salida continua principalmente de los jóvenes entre sus comunidades y otras ciudades (la ruta más común es Nieva, Bagua, Jaén, Chiclayo y Lima), ha llevado a un aumento de la afluencia y del mayor contacto con personas foráneas, donde la esfera

sexual no es la excepción. En ese contexto, se identifica la aparición de los primeros brotes de VIH en población joven awajún y wampis en el año 2007.

El contacto sexual, y con ello, del contagio de enfermedades de transmisión sexual (como VIH), también pueden suponer una dimensión desigual. Las actividades extractivas y militares se han caracterizado por la incursión de importantes contingentes de varones que en sus ratos libres suelen dedicarse al consumo de licor y a la búsqueda de relaciones sexuales en las comunidades (Belaunde, 2001). En muchas ocasiones, esta demanda de sexo coincide con necesidades económicas de jóvenes indígenas (Lazo et. al., 2014) Para algunas muchachas adolescentes indígenas, establecer relaciones amorosas y sexuales con hombres de fuera puede ser una salida ante la falta de ingresos económicos, la necesidad de sustentarse a sí mismas y a sus padres y hermanos, comprar útiles escolares y financiar sus estudios o «darse un pequeño gusto», es decir, comprar ropa y accesorios de belleza de moda. (Belaunde, 2001 citado en Lazo et.al., 2014)

El VIH se ha propagado en la provincia de manera acelerada. En el 2011, la Red de Salud de Condorcanqui reporta 15 casos con VIH, mientras que en el 2017 reporta a 129 nuevos detectados, y en el 2018, a 23 más. Los principales focos de infectados se encuentran en las respectivas capitales de los distritos de Condorcanqui: Huampami, Nieva y Puerto Galilea (en ese orden). Asimismo, el principal grupo etario de infectados son los jóvenes entre 20 y 24 años, donde la proporción entre hombre/mujer es 2 a 1. Considerando que el virus tiene un periodo asintomático, pudieron haberlo contraído entre los 15 y 19 años aproximadamente.

En Condorcanqui, es común adjudicar como causa de los síntomas de VIH a algún acto de brujería. Pero más allá de suponer una relación simplista y mecanicista entre ambos aspectos, la explicación del VIH por los indígenas se basaría en un sistema complejo de conocimiento sobre el “daño”, siendo parte constitutiva y vital de su formas de representación, comprensión y relación con su entorno socioambiental (Lazo et.al., 2014). Por otro lado, es muy poco común (casi nulo) el uso de preservativos para mantener relaciones sexuales por los indígenas, que permitiría prevenir la transmisión de VIH. Pero más allá de asociarlo con la “idiosincrática promiscuidad” de los pueblos amazónicos, se requiere de una exploración a profundidad de los procesos que constituyeron sus concepciones y prácticas en torno la sexualidad.

Frente a la propagación del VIH en Condorcanqui, el Ministerio de Salud ha dispuesto la posibilidad de realizar (i) un diagnóstico por laboratorio en el Centro de Salud de Santa María de Nieva desde el 2014, así como del (ii) tratamiento del VIH/SIDA (equipos TARGA) en el Hospital de la misma ciudad desde el 2015. Desde el año 2017, también es posible acceder al tratamiento TARGA en los centros de salud ubicados en Huampami (capital de El Cenepa) y Puerto Galilea (capital del Río Santiago), así como confirmar el diagnóstico del VIH/SIDA mediante la toma de 2 pruebas rápidas reactivas, disponible en todos los EESS de las comunidades nativas de la provincia. También se enfatiza la posibilidad de contar con monodosis (3 antirretrovirales en una tableta).

Más allá de los avances a nivel logístico, nos interesa analizar las estrategias del personal de salud para explicar, prevenir y atender el VIH/SIDA a las poblaciones indígenas, considerando los factores culturales previamente descritos, es decir, su común asociación con la brujería y el uso mínimo (o nulo) del preservativo: ¿Cómo se

plantea la comunicación para abordar el VIH/SIDA en poblaciones indígenas amazónicas? ¿Supone una praxis intercultural?

### **Aproximaciones teóricas a la interculturalidad desde la crítica decolonial**

Como parte del compromiso con la crítica decolonial, debemos explicitar que nuestro lugar de enunciación es el de mujeres jóvenes, urbanas, occidentales y universitarias. Este es un lugar de privilegios, al contar con credenciales propias de la sociedad dominante, su saber 'experto', y la construcción epistemológica que de esto deriva.

La epistemología occidental dominante se construye a raíz de las necesidades de dominación capitalista y colonial (Santos, 2006). El Perú, construido como un estado monolingüe castellano hablante anclado en formas y modelos europeos, pretende homogeneizar el país desde sus instituciones a fuerza de negar la condición plurinacional y multilingüe del país e invisibilizando las diferencias internas (Ballón, 2014).

En este marco, la monocultura del saber establece la ciencia occidental como criterio único de verdad. Aquella, establecida como canon exclusivo de producción del conocimiento, declara como inexistente todo lo que no reconoce o legítima (Santos, 2010), y a esta inexistencia se le asignan nombres como superstición, conocimiento precientífico, salvaje o primitivo (Visvanathan, 2009), ignorancia o incultura (Santos, 2010).

Frente a estos sistemas de dominación, hay una necesidad de un reconocimiento honesto de la existencia de sistemas de conocimiento indígenas (Odora Hoppers, 2009). Estos sistemas, tal como las culturas que los albergan, no pueden ser comprendidos seriamente sin estudiar las configuraciones de poder alrededor (Said, 2003). La relación del Estado peruano con los pueblos indígenas que habitan su territorio está marcada por una historia de racismo, colonización y despojo.

Las barreras lingüísticas que erige un estado monolingüe en un territorio con alrededor de 50 idiomas indígenas son la primera capa de los desafíos de la interculturalidad. Sin un trabajo reflexivo en torno al desbalance de poder existente, los objetivos de llevar salud y educación corren el riesgo de convertirse en nuevos vehículos de dominación. Los conceptos de una cultura no se pueden aplicar en otra ya que sus contextos son distintos, pero es posible encontrar paralelismos en el rol que aquellos desempeñan en ambas culturas. Estos paralelismos, denominados equivalentes homeomórficos, solo pueden descubrirse en situaciones en las que la familiaridad con ambas culturas permite entenderlas sin necesidad de traducir sus conceptos (Panikkar, 1994 citado en Pigem, 2001).

La justicia cognitiva reconoce el derecho de diferentes formas de conocimiento a co-existir, aceptando el conocimiento no como métodos sino como formas de vida. (Visvanathan, 2009). El objetivo es devolverle la vitalidad a estas otras formas de conocimiento y restaurar su lugar en los medios de vida en las comunidades para que ellas, sin coerción, determinen la naturaleza y el ritmo que requieren, de modo que varios tipos de conocimiento puedan sobrevivir y coexistir creativa y sosteniblemente (Odora Hopper, 2009).

La interculturalidad asume primero, la existencia de al menos dos culturas diferenciadas. Una primera instancia respecto a esta coexistencia es la multiculturalidad, la yuxtaposición entre culturas. La interculturalidad es un paso siguiente, aludiendo a conexiones más estrechas. Sin embargo, vale la pena

preguntarnos qué tan aisladas entre sí puedan estar dos culturas, sobre todo en espacios en los que las relaciones de poder son el principal determinante.

## **Metodología**

El presente estudio es una aproximación cualitativa de tipo exploratoria a las concepciones de interculturalidad de la política oficial y las que operan en la práctica médica, específicamente en torno a la prevención y atención del VIH/SIDA, en los establecimientos de salud pública de la provincia de Condorcanqui. Nuestro modo de conocer, repensar y discutir la política y práctica médica se realiza desde la crítica decolonial.

Para ello, (i) se revisaron documentos oficiales del Estado.

- Lineamientos de la Política de Promoción de la Salud en el Perú. Documento técnico vigente que orienta la implementación de la promoción de la salud en todas las políticas, tomando como marco de referencia, entre otros, el enfoque de interculturalidad.
- Sistematización del proceso de normalización de los alfabetos de las lenguas originarias del Perú: da cuenta del trabajo estatal por recoger la diversidad de lenguas orales del país y adaptarlas para poder introducir a sus hablantes al sistema de lectoescritura.
- Norma Técnica de salud para la prevención y el control del VIH/SIDA para pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural (2017) : da cuenta del establecimiento de normativas y procedimientos para la gestión y atención de la salud, específicamente del VIH, considerando la especificidad de la población objetiva

Asimismo, (ii) se realizaron entrevistas a profundidad semi estructuradas a 20 actores involucrados en el sistema público de salud y a quienes son considerados líderes indígenas locales.

- Personal de salud, el objetivo era conocer sus percepciones sobre su práctica biomédica en un contexto indígena. Hemos clasificado la muestra como “personal de salud foráneo” (denominados como mestizos o *ápash*<sup>6</sup> en la zona) y “personal de salud indígena”.
- Líderes indígenas locales, el objetivo era conocer las percepciones de los indígenas sobre los servicios del Estado, y en particular, sobre el de salud pública. Hemos clasificado la muestra como “líderes alternos al Estado” (usualmente en alianza) y “líderes de organizaciones estatales”.

Existen entrevistados que entrecruzan ambos “tipos”, es decir, que son personal de salud y líderes indígenas locales. Es necesario aclarar que los hallazgos que presentamos a continuación son preliminares.

## **La interculturalidad “empírica”, desde la política y la práctica médica: Un análisis crítico**

Desde este siglo, uno de los cambios que ha caracterizado al Estado ha sido la incorporación de una política de salud y educación con enfoque intercultural, para así promover el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud y educativos públicos, y de garantizar una mejora en el aprendizaje en los niño/as desde las

---

<sup>6</sup> ‘Ápash’ significa ‘foráneo’ en awajún.

escuelas rurales. Esta labor representa un enorme reto y voluntad política, considerando el origen y trayectoria de un Estado discriminatorio, occidental y monolingüe, que responde a intereses político-económicos mercantiles a nivel internacional hasta la actualidad -que suponen otras formas de conocimiento y de vida-. Ello nos lleva a pensar que estos procesos no necesariamente son coherentes ni lineales.

En ese marco, es pertinente cuestionarnos cómo se está pensando y operando la “interculturalidad” en los servicios del Estado, específicamente de salud, ¿los cambios en el aparato político son a favor de la representación de la diversidad? o en realidad, se podrían plantear como ¿nuevas formas de reproducción colonial paradójicamente disfrazadas de “interculturalidad”?

Nuestro argumento es que ello no responde a ninguno de los 2 extremos, sino es posible identificar un campo de tensiones y negociaciones entre los diversos actores involucrados en el servicio de salud público. No obstante, lo que sí se evidencia son las desiguales influencias en la construcción de sentido y de la práctica “intercultural” en el servicio de salud, acorde a las posiciones jerarquizadas de poder en el sistema de salud, donde tienen mayor predominancia el personal de salud foráneo y seguidamente, a quienes denominaremos como “indígenas mestizados”.

### **Salud intercultural “de arriba”: Cambiar el imponer por el convencer**

¿Cómo se construye lo “intercultural” desde las políticas, protocolos y funcionarios de la salud pública?

El Lineamiento de Política de Promoción de Salud<sup>7</sup> vigente, aprobado en el 2015, reconoce que la interculturalidad existe y se logra mediante espacios de diálogo a ser tomados por las culturas excluidas, sin ninguna caracterización de estos grupos ni referencia a desde y hacia qué grupos operan los mecanismos de exclusión que asume. El texto vigente no es solo un fraseo más corto y simple que el del lineamiento predecesor, del 2005, es uno mucho más genérico e inespecífico. Aunque reconoce que *“la incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad”* (p. 11), este fraseo vago es una declaración de buenas y correctas intenciones que no detalla ni los elementos ni las particularidades con las que tendrá que lidiar.

El ejercicio de los derechos lingüísticos tiene, por ende, un largo trecho por recorrer. La normativa reconoce el derecho al desarrollo y mantenimiento de los conocimientos colectivos en las lenguas originarias<sup>8</sup>, lo cual abarca también las prácticas de salud. Las referencias al idioma awajún como un ‘dialecto’ (personal de salud, Hospital de Nieva) o una lengua ‘que todavía no se hace como un idioma’ (personal de salud awajún, C.S. Huampami) dan cuenta de la situación de no reconocimiento en la que se encuentra. Al ser los idiomas formas no solo de ver sino de generar y dar sentido al

---

<sup>7</sup> Lineamientos de la Política de Promoción de la Salud en el Perú, vigente desde el 2015:

[http://www.diresalima.gob.pe/diresa/promocion\\_salud/DT%20LINEAMIENTOS%20DE%20POLITICA%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20EL%20PERU.pdf](http://www.diresalima.gob.pe/diresa/promocion_salud/DT%20LINEAMIENTOS%20DE%20POLITICA%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20EL%20PERU.pdf)

<sup>8</sup> Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-29735-decreto-supremo-n-004-2016-mc-1407753-5/>



mundo, degradar de categoría un idioma constituye una forma poderosa de restarle validez a sus hablantes.

Las políticas lingüísticas del Estado peruano respecto al idioma awajún han sido bastante limitadas. El Ministerio de Educación aprueba el alfabeto awajún en el 2009<sup>9</sup>, diez años después de iniciado el proceso de normalización ortográfica<sup>10</sup>. Al 2014, el awajún era de los pocos idiomas indígenas para el que se había producido material educativo en el idioma para todos los cursos de nivel inicial y primario<sup>11</sup>. Toda la educación superior en el Perú es esencialmente castellanohablante, con preferencia por el inglés como segunda lengua. Aunque algunos awajun-hablantes accedan a educación superior, la educación superior no habla awajún.

Esta barrera inicial de acceso se convierte en una barrera enorme para la traducción de términos médicos. La conjunción de las deficiencias de estas dos políticas resulta en una situación en la que es difícil tener interlocutores que conozcan tanto el sistema médico occidental como el sistema awajún y puedan articular e informar criterios sobre el uso del idioma para la traducción en temas médicos.

Esta situación repercute también en el desarrollo de espacios de inducción cultural para el personal foráneo que trabaja en zonas indígenas. La interculturalidad conceptualizada como un 'nosotros' castellanohablante occidental que la enuncia, y un 'otros' indígena invisibiliza la diversidad al interior de estos grupos, como si las diferencias entre las comunidades altoandinas y bajoamazónicas no fuesen pertinentes en su especificidad sino simplemente en su condición de otredad.

Sin esta capa de reconocimiento en la esfera pública, los idiomas indígenas son relegados a la esfera doméstica y privada, y sus hablantes relegados a la aculturación. El personal de salud foráneo, aunque a menor escala, también recibe impactos debido a esta ausencia: muchos inician labores con población que no domina el español y sin una guía de cómo navegar las diferencias culturales. La posición de poder de su calidad de operadores estatales y la falta institucional de guías que faciliten la sensibilidad y la convivencia intercultural propicia, en su lugar, la reproducción de mecanismos de violencia y racismo.

Cuando preguntamos a nuestros interlocutores por las estrategias interculturales de promoción de la salud del Estado, principalmente hacen referencia a la captación de "aliados estratégicos". Estos son indígenas con legitimidad entre los suyos que contribuirían de manera voluntaria a la propagación de LA palabra de la biomedicina entre las comunidades nativas [las mayúsculas son a propósito]. De este modo, los aliados locales deben ser capacitados, inducidos y convencidos de los esquemas biomédicos. Por lo que es importante pensar en una estrategia de "sensibilización": la palabra favorita de los funcionarios públicos.

---

<sup>9</sup> Resolución que reconoce el alfabeto awajun:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/111281/\\_2554-2009-ED\\_-\\_15-10-2012\\_05\\_09\\_57\\_-RD-2554-2009-ED.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/111281/_2554-2009-ED_-_15-10-2012_05_09_57_-RD-2554-2009-ED.pdf)

<sup>10</sup> Sistematización del proceso de normalización de los alfabetos de las lenguas originarias del Perú:

<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Ahora%2C%20con%20estas%20letras%20vamos%20a%20andar%20Sistematizacion%20del%20proceso%20de%20normalizacion%20de%20los%20alfabetos%20de%20las%20lenguas%20originarias%20del%20Peru.pdf>

<sup>11</sup> Ministerio produce textos y materiales educativos en 18 lenguas originarias

<https://andina.pe/agencia/noticia-ministerio-produce-textos-y-materiales-educativos-18-lenguas-originarias-520143.aspx>



“Nuestros aliados para salud es el trabajo voluntario que hacen los agentes comunitarios. Ahorita no reciben nada. Solo algunos incentivos no monetarios. Con ellos se trabaja todo lo que es el VIH, qué implica tener la enfermedad, cómo se transmite, cuáles son los primeros síntomas, que es lo que deben hacer si ya tienen el virus del VIH. Al ser ellos los que conocen de esta enfermedad, hacen las visitas a la población. **Porque los agentes han sido elegidos por su comunidad, entonces de alguna forma lo que diga el agente comunitario, lo van a creer.** Que no sea el personal de salud que hable de VIH sino que sea su propia población, de jóvenes a jóvenes, de líderes locales a su comunidades, de agentes comunitarias a otras mamás y así. Si te habla tu hermana, tu vecina, en qué consiste el VIH, entonces como que les creen más porque es más familiar para ellos” (Coordinadora de PROMSA - Condorcanqui)

Se asocia interculturalidad con mostrarles a los indígenas la verdad científica. Una suerte de cruzada religiosa en nombre de la biomedicina. Lo intercultural es haber cambiado las lógicas de imposición colonial y cristianas por una faceta de convencimiento de las categorías médicas occidentales, entendidas como verdades a-históricas. En ese sentido, la interculturalidad no es un proceso de escucha ni de aprendizaje mutuo, tomando como puntos de partida los saberes locales para establecer un diálogo y explicar una situación, en este caso el VIH, desde su propia matriz cultural. Frente a ello, un líder indígena wampis, quien también es técnico de salud de su comunidad nativa, reclama:

"Sería útil y necesario, nosotros poder intercambiar conocimientos con la occidental, para poder atacar juntos el VIH. De repente así podemos prevenir mejor el VIH, eso hace falta. Coordinar. No hay propuesta de articulación ah. No lo he visto nada bien, porque ellos solamente venían a hablar pero nada más. Nos dejaban, ya. Nos faltó que nos digan, ¿y cómo pueden participar ustedes? **Vienen a explicarte pero no a aprender de uno, no, de uno no quieren saber nada. De brujería no quieren saber nada, no quieren comprendernos.** Pero bueno... ya ahora la gente entiende, sabe que ya estamos expuestos también a todo lo de la occidental. Ya saben, que es enfermedad de afuera y es mortal (...) Les decía, mira mejor que te trates ahora que es VIH y todavía no es SIDA, porque no hay cura, ni de occidental ni de nosotros. nada" (Líder wampis)

Este proceso de ‘captación’ responde a una lógica monocultural, según la cual el conocimiento de la sociedad dominante validado por sus instituciones (universidades, colegios profesionales) se encuentra a un extremo de la recta, mientras que del otro lado hay un abismo, lo que indica que realmente no habría nada. Nada valioso o digno de reconocimiento, por lo menos.



Figura 1. Posicionamiento de sujetos según lógicas monoculturales. Elaboración propia, basado en Santos, 2010.

Durante las entrevistas, un médico reportó no solo su interés por conocer más acerca de las propiedades de las plantas, sino también reconoció ocasionalmente recomendarlas a sus pacientes. En cambio, enfermeros indígenas con conocimiento sobre plantas sienten menos confianza en recomendar tratamientos con plantas desde su posición de operadores estatales. Al pertenecer este conocimiento al “otro lado de la línea”, su existencia no está validada por los rituales e instancias que le permiten existir del otro lado de la línea (investigaciones siguiendo el método científico, pruebas de laboratorio, publicación en revistas científicas). Bajo la lógica monocultural de la figura 1, si la “sensibilización” y el consiguiente abandono de prácticas permite a algunos sujetos cruzar la línea, la puesta en vigor de otras prácticas representa también la posibilidad velada de ser señalados como pertenecientes aún al lado abyecto de la línea. El médico, en cambio, está a suficiente distancia de la línea como para tener la posibilidad de incorporar prácticas del otro lado de la línea sin ese riesgo.

A nivel de las estrategias médicas, el personal de salud, como parte de un protocolo desarrollado localmente y establecido informalmente sobre la marcha, pregunta a las personas que buscan atención si han recibido tratamiento con plantas antes de ir al hospital. El personal de salud es consciente de que las el uso de plantas tiene efectos sobre el cuerpo y estos pueden ser contraproducentes al entrar en contacto con fármacos. Si la o el paciente indica haberlo usado plantas, el personal de salud inicia la atención médica con un lavado gástrico para remover la planta y prevenir los efectos secundarios. Esta precaución médica es, de alguna forma, indicador de que para el Estado, distintos sistemas de conocimiento no pueden convivir o siquiera manifestarse en un mismo cuerpo.

A la hora de construir estrategias de comunicación, desde cada punto en el continuum se construye un interlocutor ideal, frente al que se implementan discursos distintos para la atención en salud. Para esto intervienen factores como la creencia en la efectividad de los fármacos (confía en que los fármacos afectan y reducen los síntomas), en la susceptibilidad a enfermedades (sobre VIH/SIDA o diabetes: “eso es enfermedad de ápash, cómo le va a dar a un awajún”) o su existencia (atribución de

síntomas a otras causas posibles), creencia en la brujería (y el sistema epistemológico que la alberga, en mayor o menor medida), y conocimiento del entorno local. A cada extremo de este continuum subyace un sistema epistemológico. El repertorio que se emplea en la relación con cada interlocutor se anexa a una performance más o menos 'amestizada' o 'tradicional', sin que esto signifique que el enunciador no tenga acceso a otros repertorios.

Las estrategias de asimilación corresponden a la negación del otro sistema del conocimiento. El material de comunicación producido por el estado, incluyendo las versiones traducidas al awajún, se encuentra en este lugar. El texto, si bien contiene información correcta y está acompañado de personajes con ropa típica awajún, es onerosamente genérico y no se diferencia de otros productos orientados a población urbana. Los lemas de la campaña comunicativa, originalmente frases cortas en español, se convierten en oraciones largas en awajún. Se asume un interlocutor ideal que solo requiere de la información proporcionada por el Estado para reorientar sus conductas y seguir el tratamiento.



Imagen 1. Portada del material de apoyo para parteras y promotores de salud. Edición bilingüe español-awajún. En la imagen, un promotor de salud vistiendo camisa, jean y chaleco con logos del Estado, junto a dos mujeres - una de ellas embarazada - vistiendo *tarash*, vestimenta típica de las mujeres awajún.

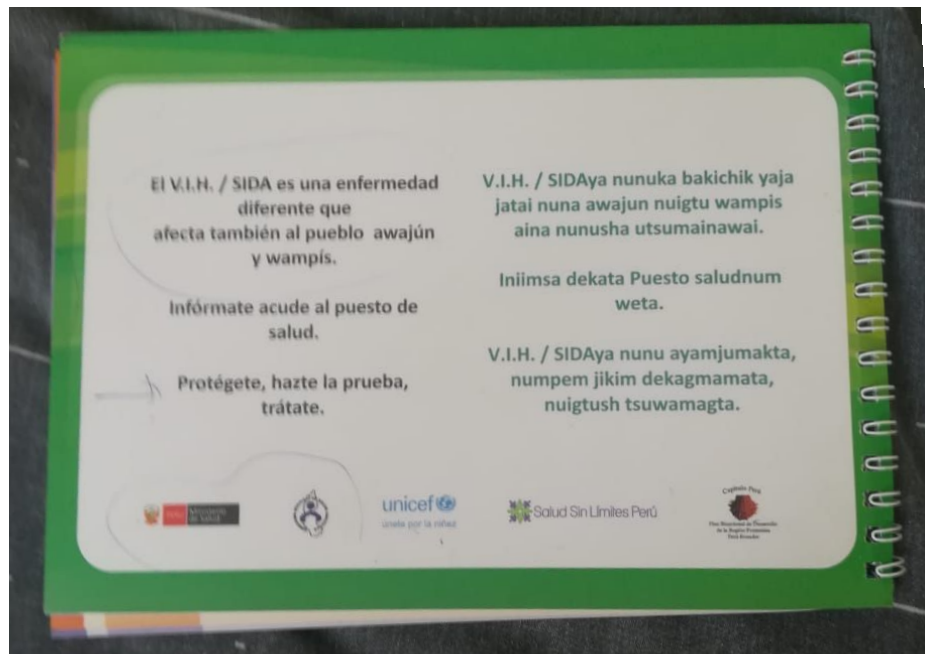


Imagen 2. Contraportada del material anterior. A la izquierda, textos breves con ideas clave en español. A la derecha, los mismos textos traducidos al awajún. El mensaje fuerza de cinco palabras en español es casi el doble de largo en awajún.

### Salud intercultural de “abajo”, como experiencia encarnada

Con interculturalidad “de abajo” nos referimos a las estrategias concretas que se construyen en la práctica médica, es decir, en el quehacer diario por el personal de salud y aliados estratégicos en los establecimientos de salud y durante las visitas extramurales. Este manejo intercultural es (re)construido por el personal de salud indígena en base a sus propias experiencias de vida. Llevan encarnado dimensiones interculturales en tanto forma parte de la constitución de sus propias identidades. Manejan ambos repertorios, al ser awajun (y sus redes de pares) y al haber accedido a la educación superior occidental. Al no haber protocolos estandarizados, la interculturalidad como práctica médica es una suerte de “currículo oculto” en los operadores de la salud pública. Esto hace que las formas de practicar interculturalidad sean múltiples y muy relativas.

Se evidencia una suerte de línea-continuum, (i) entre personal de salud indígena amestizado donde se van asimilando más al discurso biomédico y dejando de lado sus propias representaciones del mundo, entre los (ii) que manejan perfectamente ambos repertorios siendo capaces de articularlos coherentemente en sus vidas cotidianas, y de ponerlos en práctica en los momentos que resulten oportunos, y los que (iii) son cerrados a nuevos discursos (pese a los cambios sociales: nuevos contactos con otros mundos), y consideran que es posible dividir el mundo de los *ápash* y awajún, sin que unos afecten a otros.

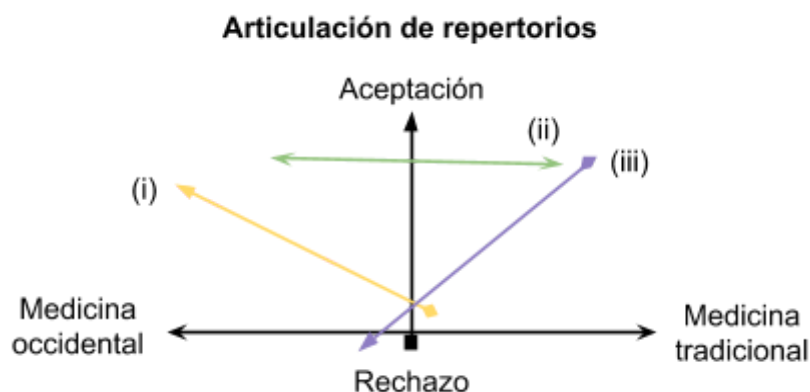


Figura 2. Continuum de articulación de repertorios. Elaboración propia.

Las estrategias de aislamiento que privilegian el uso de plantas por sobre los fármacos son en muchos casos resultado de la ausencia del Estado. En otros casos, existen por debajo del radar a pesar de la presencia estatal, y es ese en el que nos enfocaremos. Después del diagnóstico de VIH, los pacientes informan al personal de salud que no iniciarán el tratamiento o que lo abandonarán porque han oído de algún chamán o médico tradicional que proclama curar el VIH/SIDA. Una vez abandonado el tratamiento, a la muerte del paciente el personal de salud no puede determinar si fue por alguna enfermedad oportunista bajo el desarrollo normal de la condición, o por algún efecto nocivo del uso de plantas.

Un grupo de actores que aparece en las narrativas en torno a esta estrategia son los chamanes o brujos, concretamente los que tienen conocimientos limitados sobre las plantas pero son hábiles para estafar a potenciales clientes. Si bien la figura de los chamanes existe de forma válida, el uso de las plantas suele ser más consuetudinario: es un conocimiento intergeneracional transmitido al interior de las familias, ceñido en cada caso a las plantas de la huertas familiares y el monte circundante.

Las estrategias de articulación se construyen sobre la base de este conocimiento consuetudinario sobre las propiedades de las plantas y las prácticas de salud asociadas, en diálogo con las prácticas de salud promovidas desde el hospital.

En el modelo de la Figura 1, es imposible existir a ambos lados de línea, cruzarla implica una negación categórica del lado que se abandona, los lados de la línea se anulan mutuamente. En cambio, la siguiente figura presenta un replanteamiento de los modos de coexistencia posibles entre distintos sistemas de conocimiento, de modo que en la relación entre distintos sistemas de conocimiento existen no solo espacios de encuentro, sino también límites porosos.



Figura 3. Posicionamiento de sujetos según una ecología de saberes.  
Elaboración propia, basado en Santos, 2010

Bajo este marco, la existencia de un 'otro' es una oportunidad tanto de ampliar horizontes integrando conocimientos de ambos mundos, y opera de forma multidireccional. Del tránsito de la figura 1 hacia la figura 3 saltan preguntas cruciales: ¿es suficiente el paso por el sistema educativo para abandonar todo un sistema de conocimiento? ¿puede un sistema de conocimiento anular a otro por completo sin que medie gran violencia entre la gente que vive con ellos? ¿es realmente posible reemplazar completamente un sistema de conocimiento por otro?

El parto vertical es el abanderado de estos procesos ya que, en teoría, se combinan las prácticas de higiene y salubridad occidentales con las posturas y costumbres indígenas. Sin embargo, el personal de salud foráneo considera un 'avance' que las mujeres awajún prefieran el parto horizontal en algunos pocos casos, y las parteras locales, aunque a veces logran entrar a la sala de parto, están formalmente impedidas de brindar asistencia real - ingresan como apoyo moral para la parturienta.

Implementar cambios a este nivel práctico no es siempre posible para los operadores estatales indígenas ya que por ley deben respetar los protocolos establecidos por el estado. En cambio, otros proveedores de salud tradicionales, debido a su exclusión del sistema de salud, tienen mayor libertad en este ámbito. Así tenemos a personas que identifican las fortalezas del servicio de salud y las combinan con, como la asistente comunitaria que, aunque confía plenamente en el hospital, prefiere tratar los huesos rotos con plantas - en estos casos, ella considera que el mayor aporte del centro de salud son los analgésicos; o la partera que anima a la gente a buscar un diagnóstico médico en el hospital, para luego ella ofrecer soluciones desde la medicina tradicional a esos diagnósticos. Valorar la posibilidad de abrirse a nuevos conocimientos no implica deslegitimar sus propios saberes y narrativas tradicionales.

“Por mi, digo que pueden trabajar con ambos, con TARGA o Santanite. Yo así lo digo, porque viendo ahorita que una sobrina que ha tomado eso como está, y ya está recuperada ahorita. Cuando estaba echada en su camita, no podía andar. Ahora ya la he visto, me llegó, me conversó me dijo que está tomando planta medicinal que preparan Santane, igual que medicamento me dicen (...) **Pero lo que siempre repito es que con ninguno de los dos tiene curación**, y les digo que por más recuperadas que esté, yo no confío de que se ha curado (...) Otros mis hijos que tengo, una vez que fuerte ha caído eso sí planta medicinal trabajamos en su brazo. Piri piri, Toé. Hay distintos tipos de propiedades, y distintos tipos de preparación o dosis, hay para su menstruación, otro para gestante, para fractura (...) nosotros cuando tenemos mucha fiebre usamos la hoja de Tuyuc. Aunque ahora tomamos medicamento, pero también usamos planta. Bien aplastamos en el agua hervida hasta que salga el color rojo. Le quita la fiebre” (Agente comunitaria)

Es interesante dar a notar como esta agente comunitaria, reconocida por el Estado, es capaz de convivir con y articular ambos repertorios culturales: la biomedicina y la medicina local. En ese sentido, esta cruzada de convencimiento del Estado que supone una lógica monocultural: “donde se lleva la verdad biomédica y se desmiente lo creencia animista previa”, (felizmente) no es capaz de anular las propias experiencias de vida de las personas en su territorio, transmitidas intergeneracionalmente. Los llamados aliados estratégicos son capaces de revertir la lógica del “convencimiento” por el de una visión de “posibilidad de apertura a nuevos saberes que brinda el Estado”, y que les doy uso a mi favor, cuando me es conveniente. Esta misma lógica se evidencia en la experiencia de un técnico en enfermería que a su vez conoce de medicina local:

“Cuando ofrezco el servicio con plantas, es aparte de mi trabajo como auxiliar de salud porque el ministerio no lo considera. Cuando me piden mis pacientes, yo examino, atiendo, y veo una enfermedad que no puede curarse con medicina occidental o hay mejores tratamiento con la natural, mira yo le recomiendo, mira estas plantas necesitas, con este pueden mejorarte. porque mira yo ya lo he hecho. Ejemplo: para tratar la gastritis, reciben de farmacia, calma pero no cura total. Pero con medicina natural que tenemos, yo me meto al bosque y empiezo a buscar lo que conozco, saco saco saco, pucha un compuesto de medicamentos de medicina natural, lo llevo y le doy de tomar. Le hago dietar, algunos no porque le chocan mal entonces tienen que comer el paciente para que se pueda recuperar (..) Pero yo saco plantas del bosque en general de la comunidad” (Personal de salud indígena)

Los operadores formales de salud también son puentes entre ambos sistemas de conocimiento, pero operan en sentido contrario. Como los médicos son foráneos, recurren a los técnicos de salud awajún-hablantes (o incluso del personal de limpieza) para tratar con pacientes monolingües. El conocimiento científico y las recomendaciones técnicas que expende el médico deberán ser procesadas y comunicadas salvando las distancias culturales y recurriendo a elementos culturales comunes. Por ejemplo, ante la explicación médica en español del comportamiento del VIH al ingresar a un organismo, una técnica en salud awajún explica en su idioma este proceso comparando al virus con una araña madre que lleva en la espalda un costal con todas sus crías. El virus, explica, es como esa araña que puede estar tranquila sin hacer nada o soltar miles de arañitas de su costal de un momento a otro. El



tratamiento no elimina el virus, la araña sigue ahí, pero evita que el virus se propague, que la araña suelte el costal.

“Mi papá dice 'hay personas que curan SIDA con plantas', yo le digo 'tráeme a esa persona papá, sacamos sus análisis. Tráeme a ese que cura para contratarlo en el hospital.'” (Personal de salud awajún, Hospital de Nieva).

Este rol de puente persiste fuera del hospital, ya que al ser miembros de la comunidad son también interlocutores de las dudas y recelos hacia el sistema de salud. Una capa adicional de complejidad a este es la percepción de aculturamiento que la comunidad le puede asignar a quienes hayan pasado por el sistema de educación occidental. Desde los operadores de salud en terreno hay apertura y expectativa hacia nuevas soluciones, independientemente del sitio del que vengan. El reto pendiente es que las instancias de la interculturalidad desde arriba logren estas articulaciones - ¿será cuestión de que los mismos indígenas tomen esos cargos para dirigir los cambios necesarios?

---

## Bibliografía

BARCLAY, F., M. RODRÍGUEZ, F. SANTOS y M. VALCÁRCEL. (1991) *Amazonía 1940-1990. El extravío de una ilusión*. Lima: Terra Nuova / CISEPA (Pontificia Universidad Católica del Perú).

BALLÓN, Enrique (2014). *El Pizarro de Beethoven*. Epojé, Lima, 2014

BELAUNDE, Luisa Elvira (2001) *Viviendo Bien. Género y fertilidad entre los Airo- Pai de la Amazonía Peruana*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica - CAAAP. Banco Central de Reserva del Perú – Fondo Editorial. Perú

BROWN, Michael F. (1984) *Una paz incierta: Historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

BROWN, Michael (1985) *Tsewa's Gift. Magic and Meaning in Amazonian Society*. Washington y Londres: Smithsonian Institution Press

LAZO, Rodrigo, VERÁN, Adriana & FLORES, Ximena. (2004) Informe etnográfico para propuestas de modificatoria a la NTS de VIH y SIDA para población awajún de Condorcanqui - Amazonas. Documento no publicado.

ODORA HOPPERS, Catherine (2009) *Education, culture and society in a globalizing world: implications for comparative and international education*. Compare: A Journal of Comparative and International Education, 39(5), 601–614.

PIGEM, Jordi (2001) Interculturalidad, pluralismo radical y armonía invisible. Ilu. Revista de ciencias de las religiones. Anejos, ISSN 1138-4972, Nº 6, 2001, pags. 117-131.

SAID, Edward. *Orientalismo* (2003) Londres: Penguin

SANTOS, Boaventura de Sousa (2006) *Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatoria*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales - UNMSM

SANTOS, Boaventura de Sousa (2010) *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. [Montevideo, Uruguay]: Ediciones Trilce.

SANTOS Fernando (2004) *Los Yánesha. Guía Etnográfica de la Alta Amazonía*. Vol. 4 Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA). Smithsonian Tropical Research Institute.

VISVANATHAN, Vish. (1997) *A Carnival for Science*. Delhi: Oxford University Press.