

Pueblos indígenas y VIH-Sida

Patricia Ponce y Guillermo Núñez Noriega

El tema del VIH-Sida en pueblos indígenas se ha abierto paso muy lentamente durante la última década de mano de activistas que luchan contra el Sida y de académicos, indígenas y no indígenas. Las dificultades para visualizar el impacto de la epidemia en los pueblos originales y para instrumentar políticas públicas dirigidas específicamente a esta población son, principalmente, de orden ideológico y parecen afectar —en mayor o menor medida— a distintos actores sociales y gubernamentales.

Las representaciones dominantes de la epidemia del VIH-Sida, de la sexualidad y de los pueblos indígenas se confabulan para provocar una parálisis que tiene saldos de sufrimiento y muerte: el VIH y el Sida como problemas de la “modernidad” o de homosexuales y trabajadoras sexuales; las relaciones homosexuales como prácticas acotadas en identidades fijas y estereotipadas; los pueblos indígenas como habitantes de regiones alejadas e inaccesibles, poseedores de una sexualidad “natural” —léase heterosexual—. Éstos son algunos ideologemas racistas, heterosexistas y homofóbicos que han impedido verlos como sujetos que ya son afectados por la epidemia. En ocasiones, las formas de invisibilización ocurren por no entender la especificidad de la

condición indígena, como una condición irreductible a la clase, a la ruralidad o al estatus migratorio.

Los artículos que se presentan aquí —todos resultado de investigaciones pioneras— tienen como finalidad explorar en qué consiste precisamente la especificidad de la condición indígena en la vulnerabilidad a la epidemia del Sida y qué factores influyen para incrementarla. En todo caso, estos trabajos nos revelan tanto las limitaciones ideológicas que no permiten visualizar el impacto de la epidemia en este grupo poblacional, como las limitaciones de los enfoques puramente biomédicos que no incorporan las dimensiones socioculturales, económicas o políticas en la comprensión de este problema de salud.

De manera enfática, estos trabajos nos muestran, en primer lugar, que los pueblos indígenas son contemporáneos de los procesos globales actuales, y la epidemia del VIH-Sida no es la excepción. Es cierto que muchos indígenas todavía habitan en regiones de refugio, pero otros tantos se mueven de manera temporal, cíclica o permanente a zonas cercanas o lejanas, urbanas o rurales, e incluso migran fuera de sus países de origen para sobrevivir a las condiciones de pobreza y de exclusión que les han sido impuestas. En esos procesos migrato-

► 7

Indigenous People and HIV/AIDS

PATRICIA PONCE: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Golfo, Xalapa, Veracruz, México
patponce@ciesas.edu.mx

GUILLERMO NÚÑEZ NORIEGA: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C., Hermosillo, Sonora, México
gnunez@ciad.mx

rios interactúan con otras personas, indígenas o no, trabajan, mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo y de otro sexo, aman, sufren, luchan, padecen distintas formas de discriminación y exclusión —el racismo, el clasismo, la homofobia, la misoginia, la xenofobia, el regionalismo—, ... se enferman. Y a veces, en esas condiciones regresan a sus lejanas comunidades de origen a morir como consecuencia del Sida.

En segundo lugar, nos recuerdan la urgencia de generar conocimientos sobre este fenómeno para destacar que el impacto cuantitativo de la epidemia de VIH-Sida en los pueblos indígenas del continente americano sigue siendo un misterio. En ninguno de nuestros países se encuentran las cifras desagregadas por pertenencia étnica, porque los formatos para registrar los casos no consideran esta dimensión de la identidad. La ausencia de cifras no parece causar extrañeza entre los funcionarios de salud, quienes —sin ningún argumento sólido— simplemente suponen que *la prevalencia es muy baja*. Esto se convierte paradójicamente en un argumento para no implementar políticas públicas específicas: *si no hay datos, luego entonces no es un problema de salud importante*. Así, los pueblos indígenas de nuestro continente han sido borrados de la epidemia del VIH-Sida en el papel, porque previamente han sido excluidos en la mente de quienes diseñan y deciden los contenidos y objetivos de las políticas públicas en la materia. El objetivo político de no preguntar sobre la pertenencia étnica para no discriminar se torna paradójicamente en un aliciente para la discriminación desde el Estado.

Por ello, producir conocimientos, revelar los testimonios, circular la información disponible —por limitada y focalizada que pueda ser— son actividades de primera importancia. La ignorancia sobre el desarrollo del VIH-Sida en los pueblos indígenas no debe ser un argumento válido para no actuar. Recientemente (2009), la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) realizaron una consulta nacional¹

en seis estados fronterizos de nuestro país: Quintana Roo, Tabasco, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Nuevo León, con el objetivo de conocer el grado de información de este sector de la población sobre el VIH-Sida, identificar las necesidades de prevención, detección y tratamiento, y de educación para la salud, a fin de aportar los elementos indispensables para el establecimiento de políticas públicas en la materia.

Aunque 52% de los entrevistados fueron identificados como migrantes y el resto aún mora en las zonas de refugio, los datos muestran que estamos frente a una población muy homogénea en cuanto a características socioculturales: 93% habla español; 84% su lengua —pero sólo 39% sabe leerla—, 40% tiene como grado máximo de estudios la primaria; poseen una alta movilidad territorial; se dedican principalmente a labores del campo, el comercio, la construcción, el hogar, el servicio doméstico, y buena parte carece de empleos permanentes.

Algunos de los resultados de la consulta son muy reveladores y nos refieren enormes retos en salud. Por ejemplo, a 85% de los entrevistados nunca se le ha ofrecido practicarse la prueba de detección oportuna. Una proporción de 56% afirmó no haber recibido pláticas sobre el tema y sólo 30% identifica con precisión que el VIH-Sida es una infección de transmisión sexual (ITS). Asimismo, sólo 5% respondió afirmativamente que el uso del condón es una medida de protección y la mitad señaló no saber usarlo. Cabe destacar que las cifras de la ignorancia son mayores entre los varones que entre las mujeres, como consecuencia de factores culturales e institucionales que hacen de las mujeres el objetivo principal de los programas gubernamentales de salud.

Otra consecuencia relacionada con la falta de respuesta institucional al problema es el uso recurrente de mitos para explicar las vías de transmisión: más de la tercera parte de la muestra supone que a través de la picadura de un mosquito se puede adquirir el virus; 48% asegura que es una infección que se origina fuera del entorno comunitario —dato asociado a 46% de respuestas que considera que los migrantes que vuelven a su comunidad ya portan el virus—; 30% cree en la posibilidad de adquirirlo a través del uso común de

¹ Se aplicaron 2 259 encuestas por medio de un cuestionario con representatividad estatal, con muestreo por cuotas de edad y género, y además se realizaron seis diagnósticos rápidos, uno por cada estado.

platos, cubiertos y sanitarios. Una creencia fuertemente arraigada es la que sostiene que lavarse la vagina después de una relación sexual evita la transmisión del virus: 45% de la muestra así lo constata. La consulta también revela que existen evidentes manifestaciones de estigma y discriminación: 52% de los entrevistados afirman que las personas que viven con VIH-Sida no tienen derecho a procrear hijos ni a tener relaciones sexuales (43%); casi una tercera parte asocia la transmisión con el trabajo sexual y las relaciones homoeróticas, mientras que 50% liga el uso del condón a la promiscuidad. De manera alarmante debe destacarse que 20% de la muestra manifestó que los portadores del virus son expulsados de sus pueblos y comunidades.

Los resultados de la encuesta y la aproximación cualitativa —a través de los seis diagnósticos— constatan con toda claridad, por un lado, que las instituciones del sector salud no están actuando en correspondencia a la gravedad del problema y, por otro, que existen prácticas discriminatorias del personal de salud y de las propias organizaciones de la sociedad civil que inhiben sensiblemente el acceso de la población indígena a la atención oportuna, hecho que se suma a sus condiciones de marginación y vulnerabilidad económica, social y sexogenérica.

Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) señala que al interior de algunas comunidades indígenas en países como Honduras, Panamá, Suriname y Canadá la prevalencia es seis veces más alta que en la población en general y que dicha situación está relacionada con la marginación, la migración, el uso de alcohol y drogas, así como con relaciones sexuales de alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón: sólo 25% lo utiliza. El documento advierte además que la epidemia ha crecido notablemente al interior de los pueblos indios de Centroamérica, Colombia, Venezuela, Chile, Argentina, Paraguay, Ecuador, Perú, Bolivia y en las diferentes fronteras brasileiras. Hay que remarcar que los pueblos originarios de Nueva Zelanda, Estados Unidos, Australia y Canadá están siendo afectados fuertemente por la epidemia, ya que son tres generaciones las que conviven con el virus.

Por otro lado, los resultados de dos conferencias internacionales sobre pueblos indios, originarios y afrodescendientes: VIH-Sida, Las Sexualidades y los Derechos Humanos, realizadas en Canadá (2006) y México (2008), nos ofrecen datos importantes:

- 1) En el continente americano existe un verdadero desinterés por parte del sector gubernamental respecto del problema, lo que condena a los pueblos originarios indígenas a la falta de reconocimiento. Debido a ello, no hay políticas públicas de prevención, atención ni defensoría de los derechos humanos en la materia y, por ende, no son sujetos de intervención.
- 2) Hay pocos trabajos de investigación que nos permitan conocer sobre el ejercicio de la sexualidad, la diversidad amorosa y sexual, la homofobia, la misoginia, el estigma y la discriminación al interior de los diferentes grupos indígenas del continente y en qué medida los comportamientos inciden o dificultan la prevención. Algunos estudios apuntan a la desinformación y desconocimiento respecto del cuerpo, la sexualidad, la epidemia, las formas de transmisión, sus riesgos, la prevención y como consecuencia una baja percepción del riesgo. Tampoco hay un diálogo intergeneracional sobre sexualidad, prevención de embarazos o VIH-Sida. Al mismo tiempo, las relaciones sexuales entre varones son comunes en las comunidades de origen —en particular durante la infancia y la pubertad— y es igualmente común que estas relaciones ocurran con hombres mayores migrantes a zonas urbanas con altos índices de prevalencia y sin uso de preservativo. También se destacan las actitudes homofóbicas que obligan a los hombres que tienen relaciones con otros hombres a migrar para no ser víctimas de discriminación, lo que implica para muchos la pérdida de sus lazos familiares, comunitales y de pertenencia.

Los artículos aquí reunidos nos señalan que la situación de los pueblos indígenas frente a la epidemia —como bien dice Fabian Betancourt (2008)— “es compleja y difícil de diagnosticar debido a la diversidad de

factores que la atraviesan y por el hecho de no haberse concebido la relación del VIH-Sida y los pueblos indios como un fenómeno relevante en el panorama del continente, más aun cuando no se cuenta con informaciones, datos e investigaciones completas”.

El reto más importante será resolver los problemas estructurales que aquejan a estos pueblos y trabajar por la construcción de una verdadera política intercultural que impacte en el terreno de la salud y la educación. En este punto es de esperar que los antropólogos desempeñen un papel fundamental. Muchas son las tareas que podemos realizar con este objetivo: avanzar en la elaboración de un sistema de información especializado en salud y pueblos indígenas; fomentar investigaciones que aporten datos sobre las prácticas sexuales en su diversidad, sobre las identidades y relaciones de género, sobre el estigma, la discriminación, la homofobia y la misoginia al interior de los pueblos indígenas y la manera en que estas ideologías y prácticas sexistas inciden o dificultan la prevención. Con este tipo de información estaríamos en mejores condiciones para elaborar estrategias de intervención desde un enfoque con pertinencia sociocultural.

En las respuestas a la epidemia es primordial reconocer la participación directa de los propios actores, ya que ninguna política podrá ser exitosa si para su diseño e implementación se les ignora. Algo queda claro: en los pueblos indígenas se requiere información, orientación y capacitación respecto del VIH-Sida. Asimismo, es urgente introducir la discusión y revisión amplia de conceptos como salud, género, sexualidad, enfermedad y el de la propia vida a fin de enfrentar eficazmente el desafío que plantea el problema. No es una tarea fácil pero seguramente enriquecerá el diálogo interno sobre lo que significa la tradición.

Desde esta perspectiva, los antropólogos no podemos seguir reproduciendo la defensa a ultranza de los *usos y costumbres* como *statu quo* y factores de preservación cultural. Debemos aportar los elementos necesarios para que se adopte un concepto dinámico, en el que los pueblos indígenas tengan todo el derecho de transformar su propia cultura y a sí mismos. Igualmente nos corresponde el papel de proveer los insu-

mosteóricos y analíticos para entender la vulnerabilidad y las mejores maneras de luchar contra ella. Como vimos inicialmente, eso implica muchos retos, tal vez el más importante e imprescindible sea que las comunidades asuman la responsabilidad de hablar de sexualidad, y en particular de diversidad amorosa-sexual.

Por último, como la vulnerabilidad frente a la epidemia se relaciona directamente con la falta de respeto a los derechos humanos fundamentales, a su vez atravesados por condicionamientos de género y matrices culturales, sólo en la medida en que sean reconocidas las necesidades podrán ser cambiadas y/o reorientadas en beneficio de sus propios protagonistas para construir políticas públicas de prevención, atención y mitigación del daño, pues en su contexto sociocultural se vislumbra la amenaza de una epidemia que podría ser más seria, complicada y comprometedora de lo que aparece a primera vista.

Esperamos que este número de la revista *Desacatos* contribuya a entender la compleja trama que invisibiliza la existencia del VIH-Sida en los pueblos indígenas y algunas de las características que tiene la epidemia en estas poblaciones, pero que también ayude a impulsar más investigaciones y acciones desde las instancias académicas, de la sociedad civil y sobre todo desde la política pública. El imperativo ético es insoslayable e impostergable: la salud es un derecho de las personas y de los pueblos indígenas del continente y del mundo. A todos nos corresponde crear las condiciones para que este derecho se haga efectivo.

Referencias bibliográficas

- Betancourt Fabian y María Yaneth Pinilla, 2008, "Aproximaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en comunidades indígenas de Colombia", ponencia, II Preconferencia Mundial de Pueblos Indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al VIH-Sida. Las Sexualidades y los Derechos Humanos, agosto, México.
- Organización Panamericana de la Salud, 2003, *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-Sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas*, Abya-Yala Kuyarinakui, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.