

De lugares comunes a recomendaciones concretas: el VIH entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental

Rafael Mazín

Una de las herramientas más importantes para sustentar el trabajo en salud pública es la información epidemiológica. Ésta permite saber dónde se ubican determinados problemas de salud y cuál es su extensión. Además, un buen sistema de vigilancia epidemiológica posibilita identificar cuáles grupos se encuentran más afectados, cómo se comportan dichos problemas en el seno de esos grupos o comunidades y cómo pueden eventualmente impactar a la población en general. Sobra decir que las dinámicas de las enfermedades no obedecen únicamente a factores biológicos —como sería el caso de agentes patógenos en el caso de enfermedades infectocontagiosas—, sino que son también conducidas por creencias, comportamientos, rituales, tabúes y prácticas comunitarias, así como por la presencia (o ausencia) de ciertos factores y condiciones en el entorno. Las interacciones entre los agentes causales de enfermedad con individuos, comunidades y medio ambiente se combinan tanto para causar efectos deletéreos a nivel individual como para

contribuir a diseminar o abatir el problema. De ahí que en la construcción de la información estratégica necesaria para la prevención y control de enfermedades se requiera de la plena participación y contribuciones de los expertos en ciencias sociales y no solamente de los epidemiólogos y sanitarios.

Este número de *Desacatos* busca documentar el impacto de la epidemia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los pueblos originarios y poblaciones indígenas en el hemisferio occidental, con particular énfasis en América Latina. Las cinco contribuciones acerca de poblaciones indígenas que aquí se exponen (dos documentan hallazgos en México, una en Argentina, una en Bolivia y otra en Colombia) revisten una gran importancia porque literalmente “disecan” determinantes de salud y los presentan como elementos sobre los que es necesario trabajar para conseguir un verdadero impacto en el control no sólo de la epidemia de VIH sino de otros problemas de salud sexual.

► 87

From Common Places to Concrete Recommendations: HIV among Aboriginal and Indigenous Peoples in the Western Hemisphere

RAFAEL MAZÍN: Organización Panamericana de la Salud, La Paz, Bolivia
mazinraf@paho.org

Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 87-94

Jesús Vaca e Imelda Gameros



I Foro-panel de Salud Sexual y Reproductiva de las Comunidades Indígenas, Chihuahua, Chihuahua, octubre de 2010.

LA EPIDEMIA DE VIH

88

La enfermedad resultante por la infección con el VIH fue descrita a comienzos de la década de los ochenta y su naturaleza infecciosa —esencialmente por la vía sexual— reconocida con rapidez. El número creciente de casos en un número cada vez mayor de países en todas regiones del mundo confirmó la existencia de un problema epidémico, en principio concentrado entre ciertos grupos de la población, a saber: hombres homosexuales con múltiples parejas sexuales, personas usuarias de drogas inyectables y hemofílicos que habían recibido transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Estos grupos fueron, a la sazón, denominados “grupos de riesgo” y los riesgos identificados eran muy similares a los reconocidos para la transmisión de hepatitis B: coito anal con eyaculación, uso de equipos de inyección contaminados y transfusiones con sangre también contaminada. El método mnemotécnico para recordar los “grupos de riesgo” para Sida (nombre genérico dado al síndrome de inmunodeficiencia causado por la infección por el VIH) era “hhh” (homosexuales, heroinómanos y hemofílicos). Desde el punto de vista de la salud pública, este uso del término riesgo se refería exclusivamente a probabilidades de que

el evento (infección y enfermedad subsiguiente) ocurriera. Sin embargo, cuando comenzaron a detectarse casos entre ciudadanos de Haití que no pertenecían a ninguna de las categorías anteriores, se les agrupó arbitrariamente con los otros grupos, quedando como “hhhh” (la cuarta letra por “haitianos”). Evidentemente es una completa aberración taxonómica agrupar una nacionalidad al lado de eventos biológicos para definir “riesgo”, en especial frente a una infección mayormente transmitida por vía sexual. El uso inapropiado y abuso del término “grupos de riesgo” condujo a una marcada y lastimosa estigmatización de grupos y poblaciones. Más aún: el desarrollo de una noción perversa de riesgo continúa etiquetando a individuos y grupos como “réprobos cuya debilidad moral les ha acarreado su enfermedad”.¹

¹ Durante una actividad de capacitación sobre VIH para funcionarios de Naciones Unidas realizada en un centro recreacional en Paipa, Colombia, a comienzos de los noventa, un ministro religioso se aproximó para preguntar cuál era el tema de la conferencia. Al enterarse, abrió enormemente los ojos horrorizado y exclamó: “¡Que con su pan se lo coman! ¡Por sucios y depravados se enfermaron! ¡Las relaciones antinaturales causan la enfermedad!”. Nadie entre los presentes hizo ningún comentario, pero no hay duda de que muchos pensaron: “La enfermedad no la causan las relaciones sexuales, ¡es el virus, estúpido!”

DEL “RIESGO” A LA “VULNERABILIDAD”

Por causa del daño que causó el uso inapropiado del concepto de “riesgo” en el ámbito de los esfuerzos para prevenir y controlar el avance del VIH, éste se proscribió, a pesar de tratarse de una noción de probabilidad de que un evento negativo ocurra. El reemplazo fue el término “vulnerabilidad”, que parecería tener menos connotaciones moralistas o, como suele decirse, “menos carga de moralina”. Sin embargo, como acertadamente apuntan varios de los trabajos en este número, la noción de “vulnerabilidad” sirve más bien para describir algo diferente que puede tener impacto sobre diversos riesgos, pero que no se equipara al mismo. La vulnerabilidad es una condición que se asocia con gradientes de detención de poder, de control sobre situaciones, de dominio sobre las propias decisiones, sobre las propias acciones, los bienes y propiedades, los espacios de intimidad y socialización y sobre la sexualidad, la salud y la vida de uno como persona.

El uso ampliado del concepto de “vulnerabilidad”, además de considerarse “políticamente más correcto”, parecería también más inclusivo, porque permite incorporar a una gran diversidad de grupos y poblaciones “desposeídas, desvalidas, en las márgenes de la sociedad”. El problema es cómo ha pasado también a constituir un “cajón en el que todo cabe” y todos sus elementos se analizan utilizando las mismas herramientas e instrumentos, a pesar de ser muy disímiles. En esta categoría de “poblaciones y grupos vulnerables” se incluyen las poblaciones indígenas y pueblos originarios al lado de afrodescendientes, jóvenes en situación de calle, prisioneros, usuarios de drogas no inyectables, trabajadores migrantes, mariñeros, militares, mujeres adolescentes y jóvenes, choferes de transporte interurbano, trabajadoras en maquiladoras e incluso toda la población femenina. Obviamente las acciones dirigidas a reducir vulnerabilidades en cada uno de estos grupos y poblaciones no pueden ser estandarizadas, pues deben incidir en diversos niveles y sobre una constelación de factores y circunstancias que impactan las formas en que las personas se relacionan entre sí y con su entorno.

La reducción de riesgo para infecciones de transmisión sexual, en cambio, puede resumirse a ciertas medidas, que abarcan: a) reducción de las oportunidades de exposición al agente (disminuyendo el número de parejas sexuales de menos a ninguna, siendo que esto último en el lenguaje de la santurrería se conoce como “abstinencia”); b) interposición de barreras mecánicas (condones masculinos o femeninos) y otras formas de evitar contacto con secreciones potencialmente contaminadas (actividad sexual no penetrativa), y c) uso de microbicidas (aún no disponibles).

Más recientemente se ha comenzado a utilizar el término “poblaciones en mayor riesgo” (Pemar) para referirse a aquellas que tienen más probabilidad de entrar en contacto con el virus y contraer la infección por sus prácticas sexuales (desprotegidas, con múltiples parejas) o por prácticas de inyección con equipos contaminados (o uso de equipo punzante, cortante o perforante también contaminado). Nuevamente, los dos conceptos no son sinónimos ni antónimos, sino expresiones de realidades coexistentes. Un segmento de una Pemar puede ser altamente vulnerable y alguna de las llamadas “poblaciones vulnerables” puede tener prácticas que involucran alto riesgo de exposición al virus y por ende mayores probabilidades de infectarse.

La epidemiología y la antropología social deberían articularse de manera estrecha para identificar y cuantificar riesgos, reconocer y caracterizar vulnerabilidades dentro de comunidades y poblaciones humanas para proponer de manera conjunta acciones dirigidas a contener el avance de la epidemia de VIH, el impacto y daños causados por la misma. Desafortunadamente, no siempre existe la vinculación necesaria para entender una situación desde el punto común que ofrece una mirada desde las perspectivas de ambas disciplinas, lo que conduce a una comprensión incompleta de fenómenos culturales y sociales asociados con la salud y la enfermedad. En el campo de la epidemiología del VIH se ha desarrollado recientemente el concepto de “vigilancia de comportamiento”, el cual es meramente descriptivo y no permite conocer en profundidad creencias, sistemas de repre-

sentaciones, cosmovisiones y construcciones culturales esenciales para el desarrollo de intervenciones efectivas en cualquier ámbito.

VIH Y POBLACIONES INDÍGENAS EN LAS AMÉRICAS

Cualquier búsqueda en la literatura especializada en VIH coincide en señalar que los “pueblos originarios”, “poblaciones indígenas o aborígenes” son *particularmente vulnerables*. No es raro encontrarse con argumentaciones tautológicas del todo acerca de los determinantes de dicha vulnerabilidad. Suele mencionarse la “pobreza” como la más significativa de ellas.

Sin embargo, mientras no se desglose el significado del término y se puedan analizar los efectos de la misma sobre la vida cotidiana individual, familiar y comunitaria el término es un fonema vacío, redundante: “la gente pobre sufre pobreza”. Así pues, las definiciones de vulnerabilidad que se limitan a concebirla alrededor de lugares comunes, tales como “pobreza”, “marginalidad” o “falta de poder social”, dicen mucho y no dicen nada. La construcción de acciones concretas de alta efectividad y culturalmente apropiadas requiere de una comprensión en profundidad de las vulnerabilidades de comunidades y de personas dentro de esas comunidades. Las asimetrías de poder que constituyen la columna vertebral de las vulnerabilidades se dan entre comunidades y al interior de las mismas.



Jesús Vaca e Imelda Gameros

Niñas rarámuri en el lago de Arareco, Chihuahua, 2009.

El artículo de Núñez Noriega en este número de *Desacatos* arroja luces acerca de cómo la identidad y autoimagen indígena en ámbitos racistas, clasistas y sexistas despojan a las personas de poder y control de situaciones. Núñez, en una frase que resulta conmovedora y patética, señala:

con baja autoestima, algunos varones indígenas y afrodescendientes, en diversos momentos, han sido capaces de aceptar cualquier condición en una relación sexual que les prometa darles ese bien escaso [y yo agrego: y efímero] que es la plena aceptación del otro.

El sistema de castas no ha desaparecido en la región y no hay duda de que los fenotipos caucásicos abren puertas, mejoran autoestima, empoderan a individuos y posiblemente reducen ciertas vulnerabilidades porque ofrecen más oportunidades y aseguran cierto nivel de control de situaciones. Aunque el concepto de “interculturalidad” se acuña en respuesta a la necesidad de reducir inequidades en el acceso a bienes y servicios públicos y asimetrías de poder, como bien señalan Fernández y Stival, también en este número: “las políticas públicas, en particular las de salud, expresan, a la vez que (re)producen, modalidades de relaciones interétnicas [hegemónicas, agrego yo]”. El concepto de “interculturalidad” es a menudo cosmético, políticamente correcto, pero vacío.

Núñez Noriega acertadamente aproxima el sexismio a la homofobia. La homofobia, además de encumbrar el heterosexismo, es una expresión de misoginia que descalifica lo femenino como “dimensión de menor valor” y asocia el homoerotismo a una “renuncia simbólica” a la masculinidad hegemónica. Otra faceta del sexismio es la que presentan Puig y Montalvo y Fernández y Stival en sus artículos y que se da tanto como resultado de las relaciones de género al interior de una comunidad como de las creencias acerca de la salud y la enfermedad. Entre las comunidades indígenas estudiadas por estos autores se identifica la creencia de que la mujer es “reservorio” y “transmísora” de las enfermedades de transmisión sexual (citan expresiones recogidas en sus entrevistas tales como: “la mujer es la

principal culpable de la propagación de las enfermedades vinculadas con la sexualidad” o “las más ‘proclives’ a enfermar de VIH-Sida son la mujeres”). El artículo de Reartes hace referencia a la creencia de que corresponde a la mujer “cuidarse” (concepto muy generalizado fuera de comunidades indígenas), aunque es interesante notar que ese “cuidado” es también percibido como una intromisión en la intimidad y el afecto de la pareja.

Un elemento adicional que contribuye a la vulnerabilidad ante el VIH de poblaciones indígenas es el acceso y utilización limitados de servicios de salud para tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas de detección, tratamiento temprano y oportuno, prevención de la transmisión sexual y prevención de la transmisión de la madre al infante. En su contribución, Betancourt y Pinilla hablan de manera explícita de las tensiones interétnicas con los “blancos”, a los que se acusa de traer “enfermedades raras que no puede manejar el chamán, cacique o médico tradicional indígena”. Pero el acceso y utilización limitados de servicios no sólo son función de estas tensiones, sino también de distancias geográficas para acceder a los mismos, falta de personal calificado para atender dentro de éstos, costos elevados de transporte y carencia de políticas públicas dirigidas a mejorar los servicios públicos en ámbitos rurales y urbano-marginales (ya que en contra de una creencia común las comunidades indígenas también se asientan en ciudades y conforman asentamientos en las márgenes urbanas).

▶ 91

HECHOS Y DATOS

La información cuantitativa acerca de las dimensiones de la epidemia de VIH en poblaciones indígenas en la región de las Américas no es particularmente abundante. Los escasos estudios de prevalencia de infección (medida como proporción de individuos seropositivos en un número determinado de adultos sexualmente activos) muestran resultados en los po-

los de un espectro que es de cero hasta varias veces respecto del promedio nacional en la población general. Un estudio en el Perú entre la comunidad Chayahuita de la Amazonía, publicado en 2007, arrojó una prevalencia de infección de 7.5% entre adultos —el promedio a nivel nacional no alcanzaba 0.5%— (Zavaleta *et al.*, 2007). El Plan Estratégico de ITS, VIH y Sida 2009-2014 de la República de Panamá señala que la comunidad Kuna Yala muestra tasas más elevadas que las encontradas en otros segmentos de la población. En México, hacia finales de 2004, del total de casos notificados en el país, casi 2% procedían de municipios con 70% o más de población indígena (Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca, 2008). En un pequeño estudio realizado en varias ciudades del estado de Chihuahua, en el norte de México, se encontró solamente un caso de infección por VIH en 166 pruebas tomadas a hablantes de lengua rarámuri (tarahumara). Sin embargo, 25 padecían de sífilis (Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca, 2008), lo cual además de ser un número elevado en sí es una indicación de un factor coadyuvante para la transmisión del VIH si este virus llega a ser introducido dentro de las redes de interacciones sexuales de estas comunidades.

Sin duda, el conocimiento acerca de la prevalencia de la infección por el VIH y otras ITS es muy incompleto en población general y consecuentemente en poblaciones indígenas. Mucha de la información estratégica que se usa en desarrollo de políticas e intervenciones se basa en estimaciones desarrolladas a partir de complejas fórmulas e información disponible. Incluso los datos respecto de ITS en la población general son muy tentativos, por lo que al hacer estudios en comunidades indígenas sobre, digamos, sífilis, las cifras pueden parecer muy altas como cifras absolutas, pero no pueden compararse con datos similares en la población general. Se dice que cada año se producen 50 millones de casos de ITS en el hemisferio occidental. Ésta es una cifra enigmática que surge de “cálculos inteligentes e informados”, pero no hay una constatación de que esta cifra esté sobreestimada o subestimada.

ENFRENTANDO LAS “VULNERABILIDADES” DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS

De la misma forma que no se puede hacer ningún tipo de generalización acerca de los pueblos originarios y poblaciones indígenas y aborígenes de la región sin caer en estereotipos y lugares comunes, tampoco pueden hacerse recomendaciones de carácter general para enfrentar las vulnerabilidades de personas y comunidades de diversas localidades y poblaciones.

Se presume a menudo que un paso estrictamente necesario es la traducción a lenguas indígenas de materiales educativos. Sin embargo, la versión a la otra lengua no es suficiente. Posibilitar que las comunidades indígenas se alleguen conocimiento aplicable a sus vidas implica un trabajo más complejo, el de interpretación a la luz de “formas, ideas, percepciones y tradiciones”, como señalan Betancourt y Pinilla en este mismo número de *Desacatos*. La interpretación es una forma de acercar saberes sin imponer la visión de la cultura hegemónica como la “única forma válida de ver el mundo”.

Otro elemento descuidado en los procesos de intercambio de saberes es el de la selección de canales para el posicionamiento de mensajes, así como de las fuentes transmisoras dentro de la comunidad. En su contribución, Puig y Montalvo transcriben una entrevista en la que una mujer expresa su preferencia por medios audiovisuales como televisión o cine. En otras comunidades la preferencia puede ser el drama o la charla dictada por personalidades con influencia y reconocimiento popular.

Para planear acciones dirigidas a reducir riesgos implícitos en ciertas prácticas sexuales se requiere, en primer lugar, tener una buena comprensión acerca de las creencias, prácticas y otros elementos etnográficos que las soportan. En ciertas comunidades el llamado “sexo seco” (sin lubricación vaginal) es conseguido mediante el uso de sustancias astringentes que en el sistema de prácticas sexuales de ese grupo hacen del coito una práctica supuestamente más gratificante. Ciertas prácticas sexuales son poco conocidas pero hacen parte del acervo sexual de deter-



Mariano Báez

La esperanza, 2006.

► 93

minados grupos y es indispensable conocerlas para reconocer fuentes de placer que hay que promover, en tanto que otras encierran riesgo potencial de daño mecánico, químico o biológico. Fue sorprendente para mí encontrar en el artículo de Betancourt y Pinilla una referencia a la mutilación genital femenina (clitoridectomía) a niñas de la comunidad emberá. Hasta el momento de revisar los artículos de este número de *Desacatos* desconocía que la práctica existiese en el hemisferio occidental. La literatura relativa a los programas de la Organización Mundial de la Salud para su erradicación como práctica brutal y dañina sólo la documentan en países en otras regiones, particularmente África.

Por lo que respecta a las asimetrías en las relaciones de género e interétnicas como factores que aumentan la vulnerabilidad al VIH de personas indígenas —sobre todo jóvenes y mujeres—, es ingenuo pensar que se pueden enfrentar sólo con promoción y distribución de condones. Es necesario repensar las políticas públicas y estrategias que posibiliten que las personas ejerzan un mayor control sobre sus vidas y eso se relaciona con aumento a niveles superiores de educación, mayor acceso a servicios públicos, disponibilidad de redes sociales de protección y atención de la salud dentro de estándares de calidad más elevados.

Para finalizar, hay que señalar que una reducción efectiva de la vulnerabilidad debe ser un proceso de



Ángel Montero

94

Zongolica, Veracruz, 2008.

crecimiento que exige remover obstáculos y barreras. Tradicionalmente las comunidades indígenas han sido tratadas con el paternalismo y condescendencia que desde la época colonial las ha relegado a una posición social de minusvalía, de niños, de árboles bonsái. Es indispensable remover los cercos que privan a las personas de su poder y autodeterminación y aumentan su vulnerabilidad. En contra de la creencia generalizada, no son las condiciones internas de los indígenas las que los convierten en personas desposeídas y vulnerables a VIH e ITS (y a muchas otras enfermedades), sino las condiciones que a ellos se impone desde fuera.

Leer y revisar estas contribuciones para el número especial de *Desacatos* sobre el tema ha sido una experiencia muy grata, muy placentera, que me ha permitido poner cierto orden en mis pensamientos acerca de las estrategias necesarias para hacer frente a la epidemia de VIH. El hermanamiento de la salud pública con la antropología social es una respuesta inaplazable en la que tenemos que trabajar los expertos en am-

bos campos. Tal vez en 2011 podamos organizar un encuentro para intercambiar notas y proponer avenidas de acción. Mi gratitud a Patricia Ponce, editora huésped de esta publicación, por la oportunidad que me ha dado de hacer esta contribución.

Bibliografía

Magis Rodríguez, Carlos, Enrique Bravo García, Cecilia Gayet Serrano, Pilar Rivera Reyes y Marcelo De Luca, 2008, *El VIH y el Sida en México al 2008. Hallazgos y Reflexiones*, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-Sida, México.

Zavaleta, Carol, Connie Fernández, Kelika Konda, Yadira Valderrama, Sten H. Vermund y Eduardo Gotuzzo, 2007, "Short Report: High Prevalence of HIV and Syphilis in a Remote Native Community of the Peruvian Amazon", en *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 76, núm. 4, pp. 703-705.