

El paradigma del VIH en las poblaciones indígenas

Simón Cano Le Tiec¹

1. UNED

Email de correspondencia: canosimon43@gmail.com

RESUMEN

Pese a la gran importancia social que ha generado la epidemia del VIH, esta no siempre se ha traducido en adecuadas políticas públicas que gestionen la misma. Este problema es especialmente relevante en el caso de los pueblos indígenas, donde se produce una alarmante falta de datos epidemiológicos oficiales. Estudios de antropología han recalcado que las instituciones operan con informaciones desfasadas y homogéneas, que no abordan los problemas que está ocasionando el VIH y el sida en las comunidades indígenas. Este trabajo pretende abordar algunas aristas de esta cuestión, mostrando como ciertos prejuicios institucionales suponen una barrera estructural que invisibiliza la vulnerabilidad de estas poblaciones.

Palabras clave: vih, pueblos indígenas, vulnerabilidad, epidemia, comunidad.

The HIV paradigm in indigenous populations

ABSTRACT

Despite the great social importance generated by the HIV epidemic, it has not always translated into adequate public policies to manage it. This problem is especially relevant in the case of indigenous peoples, where there is an alarming lack of official epidemiological data. Anthropological studies have highlighted that institutions operate with outdated and homogeneous information, which fails to address the problems that HIV and AIDS are causing in indigenous communities. This paper aims to address some aspects of this issue, showing how certain institutional prejudices represent a structural barrier that renders the vulnerability of these populations invisible.

Keywords: HIV, indigenous peoples, vulnerability, epidemic, community.

INTRODUCCIÓN

El VIH representa uno de los paradigmas epidemiológicos y generacionales más relevantes de la historia reciente. Desde que el Center for Disease Control and Prevention de EEUU señalase los altos índices de prevalencia de esta nueva y por entonces desconocida enfermedad (1981), la cifra de fallecidos que ha dejado tras de sí ha superado la cifra de treinta millones de personas (1). Los efectos de la epidemia del sida han motivado sendos análisis antropológicos, sociológicos y filosóficos sobre el simbolismo cultural de la enfermedad (2), el estigma asociado a ella o su efecto en determinadas comunidades.

Actualmente, los avances en microbiología han permitido desarrollar tratamientos antirretrovirales que han conseguido paliar las consecuencias del virus en personas seropositivas, llegando estas a poder tener la misma esperanza de vida que alguien seronegativo (3). No obstante, el alto coste de la medicación y los diferentes mecanismos de atención, detección rápida y seguimiento a su adherencia hacen de estos avances un lujo en ocasiones inaccesible para determinadas poblaciones. De hecho, la inaccesibilidad no se limita únicamente a la medicación, llegando a desconocerse los índices de prevalencia del virus ante la ausencia de datos con respecto a su impacto cuantitativo en dichas poblaciones.

Resulta de especial interés, y que motiva la realización del presente escrito, la existencia de estas problemáticas en pueblos indígenas. Más allá de la consideración o no de su vulnerabilidad con respecto a la epidemia, hay constancia de la multitud de elementos y dificultades que juegan un papel fundamental en las limitaciones existentes para conocer y paliar sus efectos en las poblaciones indígenas. Dichas limitaciones conllevan diversos prejuicios ideológicos y falta de políticas públicas que respondan a las necesidades específicas de los pueblos indígenas con respecto a su manera de sentir, comprender y padecer la enfermedad.

Este trabajo pretende atender al paradigma del VIH y los pueblos indígenas, abordando bibliografía existente al respecto de cara a presentar algunos de los problemas que hacen de ellos una población en ocasiones invisible, opacando sus necesidades y procederes particulares. A la par pretendo señalar los determinantes socioculturales que influyen en estas consideraciones y recoger algunas de las respuestas que han supuesto (o están en vías de suponer) soluciones parciales a dichos problemas. Para ello, voy a dividir el trabajo en cinco partes, de cara a ofrecer una panorámica de estas limitaciones: “Más allá de la comunidad cerrada” trata de presentar la falta de datos epidemiológicos oficiales como posible consecuencia de la consideración de las comunidades indígenas como poblaciones herméticas sin contacto con el exterior; “Diversidad sexual, reivindicación y nuevos actores” expone la emergencia de algunos movimientos, como la lucha por proteger la salud sexual, en el seno de estas comunidades, y la expresión particular de sus necesidades; “Comunicación, información y reapropiación” mostrará la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre las poblaciones indígenas de cara a perfilar las causas y efectos de la enfermedad, proponiéndose una apropiación de la cultura enajenada para facultar una transmisión de la información más efectiva. “Comunidades indígenas de Oaxaca y pluralismo asistencial” pretende exponer algunas de las barreras estructurales que problematizan la cuestión del VIH y sida, comprobando la operatoriedad del análisis previo. Además, pondrá en liza cómo las adhesiones transitorias a diferentes formas de curación espiritual son presentadas, en ocasiones, con la tendencia a mostrar la etnicidad como un elemento a abandonar en favor de los avances occidentales.

MÁS ALLÁ DE LA COMUNIDAD CERRADA

Es recurrente encontrar, en la bibliografía sobre VIH y poblaciones indígenas, un constante alegato sobre la

ausencia de datos epidemiológicos oficiales emprendidos por las instituciones nacionales a las que pertenecen (4). Los estudios que proporcionan información al respecto han sido llevados a cabo por centros de investigación y organizaciones internacionales, revelando un fuerte impacto de la epidemia en diversas comunidades indígenas (4). No obstante, esta información no suele traducirse en la realización y ejecución de políticas públicas que aborden las complicaciones del VIH en “contextos rurales o urbano-marginales” (5). En este sentido, ha existido y existe una tendencia a homogenizar los protocolos de actuación frente al VIH y al sida, de tal forma que la cuantificación de los riesgos no pasa por considerar a las poblaciones indígenas como vulnerables a ellos.

La literatura que aborda esta invisibilidad trata de darle respuesta analizando los sesgos y gramáticas ideológicas que impiden concebir a los pueblos indígenas como susceptibles de ser afectadas por el VIH. En el texto de Patricia Ponce y Guillermo Núñez se puede apreciar que parte de estos prejuicios toman a las poblaciones indígenas como esferas estancas y apartadas en las que es imposible que penetre un virus foráneo (1). Esta limitación ideológica puede rastrearse, a mi juicio, a la que describe el espacio grupal de estas poblaciones como comunidades cerradas bastante estrictas con personas y contactos del exterior (6).

La consideración de las poblaciones indígenas como grupos cerrados aparece en la tipología de comunidades campesinas que realiza Eric R. Wolf (7). Esta clasificación partía de distinguir a aquellas comunidades que tenían un control efectivo sobre sus tierras de las que dependían de autoridades externas (7). Por ello, una que retuviera dicho control sería abordada como una estructura de relaciones entre sus partes, disponiendo un marco funcional organizado. El modelo de comunidad corporativa se caracterizaría entonces por inhibir los contactos con el mundo exterior, definido por un sistema social político-religioso, muy estricto en cuanto a estas limitaciones.

A mi juicio, la idea de que exista un prejuicio ideológico con respecto a que el VIH no puede llegar a las poblaciones indígenas puede entenderse como consecuencia del influjo del marco de comunidad cerrada. No obstante, creo que si ha sido tan referido en literatura al respecto no es porque suponga que los pueblos indígenas vivan en una burbuja, sino porque la vida confinada en comunidad justificaría la idea de que dichas poblaciones tienden a la endogamia (7). El prejuicio de concebir a los pueblos indígenas como exclusivamente endogámicos implicaría una actitud de indiferencia para implementar políticas públicas respecto al VIH, ya que el virus no tendría la posibilidad de penetrar en el seno de sus comunidades. Sin embargo, la realidad es bien diferente.

Por otro lado, el prejuicio de las poblaciones indígenas como comunidades cerradas también ha degenerado en lo que se ha denominado “inmunidad étnica” (8). Según esta narrativa, se reduciría la representación de los estilos de vida indígenas a los prejuicios antes mencionados. Esto generaría la imagen de una población que es inmune debido a sus condiciones de vida (cerrada, hostil a los extraños, jerárquica). La inmunidad étnica se basaría en estructuras sociales universalizadas, como la endogamia o el hermetismo comunitario, legitimándose a través de la falta de datos oficiales sobre el impacto de determinadas enfermedades para atribuirle la “inmunidad” a sus poblaciones.

Como han señalado Ponce y Núñez, los pueblos indígenas son “contemporáneos de los procesos globales actuales” (1). Tomarlos como enclaves apartados de las ciudades que no entran en contacto con ellas no atiende a factores como la migración o su convivencia cerca de zonas urbanas. De hecho, el estudio de la modernización indígena atiende a las crisis de modelos tradicionales imperantes en los ámbitos sociales, políticos y económicos de estas comunidades. Uno de los rasgos característicos de estos procesos es el éxodo a las zonas urbanas (9), como par-

te de dicho proceso de modernización que cuestiona el modelo de comunidad corporativa cerrada. Estas movilizaciones en favor de un futuro más beneficioso a nivel laboral o académico también implicarían movilizaciones al extranjero.

Hablar del migrante procedente de una comunidad indígena no solo conlleva poner en duda los prejuicios existentes sobre las relaciones entre dichas poblaciones y el exterior, sino que también añade una dimensión sociocultural para tener en cuenta dentro de las limitaciones a la hora de comprender el VIH en los pueblos indígenas. Como se ha señalado, la migración no siempre implica una ruptura total con la identidad de la comunidad de la que se procede (9). Por ello, se ha apreciado que algunos migrantes tratan de realizar fuera lo que en el seno de su población originaria se encuentra sancionado o rechazado (4). De esta manera, otra de las fallas señaladas a la hora de entender la particularidad de las relaciones entre pueblos indígenas y VIH es el diálogo entre la diversidad sexual y la variable étnica (4), que influye en cómo se interactúa en contextos sexuales donde la comunidad de origen es especialmente sancionadora con ciertas actitudes. La doble-vida que en ese caso puede llevar la persona al verse empujada a mantener oculta su sexualidad también funciona como barrera que evita el conocer el alcance real del VIH y su prevalencia en poblaciones indígenas. La falta de información epidemiológica se constituye como una de las consecuencias directas de los prejuicios operantes. La consideración de los pueblos indígenas como territorios aislados, endogámicos y con casi ninguna interacción con el exterior perpetúa la suposición de que sus miembros no son susceptibles de contraer el VIH. Una visión tan poco particularizada de estas comunidades no solo impide recoger datos de prevalencia del virus de forma eficaz, sino que sigue omitiendo la variable de la diversidad sexual, que tiene sus propios modos de operar como dimensión sociocultural de la cuestión.

La inadecuación de políticas públicas destinadas a paliar o frenar la infección por VIH en pueblos indígenas opaca la vulnerabilidad de estas poblaciones al no considerar la condición étnica y los diferentes factores que influyen en ella. Si bien la sexualidad como dimensión del problema es crucial para comprender las metáforas y dominaciones simbólicas que se ejercen sobre la persona, es necesario considerar la invisibilidad política de estas comunidades y su marginalización de cara a servicios sanitarios adecuados para con el problema a tratar.

DIVERSIDAD SEXUAL, REIVINDICACIÓN Y NUEVOS ACTORES

La interseccionalidad de la cuestión se presta a cierta comparación con las reivindicaciones de género realizadas por el denominado “Feminismo indígena” (10). Desde la autopercepción de las problemáticas asociadas al hecho de ser mujer en el seno de comunidades indígenas, esta se convierte en un añadido a la militancia por su autonomía. A las demandas de tipo político y territorial se suman, pues, la lucha contra las desigualdades achacables al género, que empiezan a hallar espacios para la organización y reflexión de la mujer indígena (10). Esto permite hablar de una militancia paralela en la que demandas y necesidades dentro de un grupo de la comunidad comienzan a ser incorporadas. Estas pueden permitir la organización de proyectos y redes de comunicación a diversos niveles con la pretensión de aprovechar dichos espacios de atención para generar tomas de conciencia, reflexión y sensibilización (10).

Estas pretensiones podrían ser compartidas por el paradigma social en torno al VIH: generar un tejido informativo y organizacional con el fin de acabar con la desinformación en torno a los datos epidemiológicos, los prejuicios institucionales que motivan la inacción o la falta de educación en el ámbito de la salud

sexual. Por otro lado, la cuestión del VIH también plantea una militancia operante en los márgenes de las demandas de las comunidades indígenas, en la medida en que es una problemática que se ve particularizada por producirse en el seno de ellas, y que gran parte de las fallas organizativas en torno a él se encuentran relacionadas con el factor étnico. Además, aunque no exclusivo de la comunidad LGTBIQ+, la tendencia a asociar el VIH unidireccionalmente con ella es rastreable a los albores de la epidemia. Esto provoca que el abordaje del estigma deba realizarse desde diferentes dimensiones, donde la diversidad sexual juega un papel relevante.

En una entrevista realizada a Nandín Solís, activista trans de la comunidad Kuna (11), se comentan sus funciones para el Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes frente al VIH. En el caso de los Kuna, la activista asevera que existen dos problemas con respecto a la alta prevalencia del virus en su comunidad: el primero de ellos, y que encaja con lo analizado hasta ahora, es el hecho de que Panamá es un puente geográfico entre Centro América y Sudamérica, convirtiéndose en un enclave para la población migrante. Solís asevera que la migración no solo debe entenderse como problemática debido a que rompe el prejuicio de la comunidad indígena como comunidad cerrada, sino que el constante tránsito de personas dificulta la eficacia de las campañas de información. En este sentido, la movilidad no favorece la sensibilización, además de dificultar enormemente la recolección de información epidemiológica.

Este segundo problema no solo cabe relacionarse con las dificultades que conlleva la ubicación geográfica de Panamá, sino también con las particularidades comunitarias de los Kuna a la hora de revelar u ofrecer este tipo de información. Solís comenta que las autoridades de la comunidad (sahilas) deben avalar estos intercambios. Por otro lado, la obtención de datos a través de entrevistas ha demostrado ser más adecuada mientras se realizase en el idioma de los Kuna y acom-

pañados por gente de su misma edad y sexo. Esto choca diametralmente con algunas de las fallas señaladas en la literatura al respecto, ya que en muchas ocasiones es difícil encontrar facultativos que puedan atender a sus pacientes en el idioma de estos. No únicamente a la hora de recabar información sobre la prevalencia del virus, sino incluso a la hora de acceder a información y tratamiento de los centros médicos

Con respecto a la diversidad sexual de los Kuna, la homosexualidad es aceptada por las autoridades comunitarias, aunque se sigue hablando de mantenerla de forma reservada. Según cuenta la activista, las personas homosexuales son referidas como “Omeguit” (como mujer) y son acostumbradas a tareas domésticas habitualmente desempeñadas por las mujeres y a adoptar su rol en la relación sexual. Esta posible ambigüedad de género es entendida por la cultura Kuna a partir del Dios Wigundsguida, que tendría una doble alma. Solís argumentará que, para proteger esta diversidad sexual, son necesarias dinámicas de información y prevención del virus que se ajusten a las particularidades comunitarias de las poblaciones indígenas. De lo contrario, la información recabada y suministrada corre el riesgo de opacar la auténtica prevalencia del virus, fomentando el prejuicio institucional sobre las comunidades indígenas como lugares a los que el virus no tiene forma de llegar.

En este sentido, la presencia y emergencia de nuevos actores que reivindican demandas particulares desde el interior de las comunidades indígenas resulta relevante en la medida en que ofrecen una perspectiva contextualizada desde sus propias necesidades, partiendo de la comprensión de un choque efectivo entre la diversidad sexual y el impacto de la epidemia.

COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y REAPROPIACIÓN

Existe una constante en los testimonios recogidos de diversas personas procedentes de comunidades indí-

genas con el contacto con el VIH: muchas de ellas admiten que las imágenes y nociones que tienen del virus y de la enfermedad del sida proceden de la información emitida por medios de comunicación, generalmente la televisión (8).

Es indudable (y así lo recoge la literatura al respecto) que los medios de comunicación han constituido un papel muy relevante a la hora de desdibujar las causas y efectos del virus (12). Puede contemplarse que dichos medios, como la televisión, son un campo de batalla simbólico, donde estas tecnologías despliegan una serie de intereses y consideraciones sociales y políticas que no tienen por qué responder a la objetividad de los contenidos emitidos a través de ellas.

En cualquier caso, a este trabajo interesa que la televisión sea un medio donde se proyecta información susceptible de ser incorporada al ideario de las poblaciones indígenas, considerando que gran parte de estos contenidos no haya sido emitido en su lengua. Esto no solo produce la evidente incapacidad de comprensión parcial o absoluta de lo que se está diciendo, sino que el acompañamiento de imágenes, por lo habitual morbosas y que recaban la mayor parte de la atención, tienden a distorsionar la recepción del contenido (suponiendo que lo emitido posee rigor científico).

La tendencia, desfavorable, es que las lógicas dominantes procedentes de los medios de comunicación chocan con los discursos culturales de las comunidades indígenas (13).

No se incorporan a los mismos con una eficacia que sirva realmente al despliegue particular de sus necesidades ni comunican la información de tal forma que genere conciencia de las conductas de riesgo o auténtico conocimiento sobre salud sexual. Esto se puede comprobar en la medida en que la difusión de este tipo de contenidos no ha provocado un mayor empleo del preservativo, cuyo uso se sigue considerando como la consecuencia de ocultar las infidelidades a la pareja, ni una mayor asistencia a los centros de salud para la realización de pruebas de detección temprana.

Lo que denota esto, a mi juicio, es que es necesario que las comunidades indígenas puedan disponer de espacios en los medios de comunicación para tener y dar voz a este tipo de información, pasando por sus lógicas culturales propias de cara a favorecer una mayor aprehensión de la misma. La justificación, en consonancia con el argumentario de Juan Francisco Salazar, sería que la relación de las poblaciones indígenas con los medios de comunicación fuera de una horizontalidad tal que se reconociera el derecho de estas a expresar y dar visibilidad a sus necesidades más urgentes, siendo la alta incidencia del VIH una de ellas. El proceder de las tecnologías de la comunicación, con especial énfasis en la televisión, nos sitúa ante el problema que constituye la falta de mediación y negociación entre los contenidos y las condiciones socioculturales de las comunidades de recepción. Si las comunidades indígenas sufren los efectos de esta mediatización sin poder expresarse a través de ellos, se les está negando una participación clave a la hora de constituir su identidad.

Por otro lado, otros testimonios indican que la gravedad de la incidencia (y es coherente con la gramática de la comunidad aislada) denotada en los medios de comunicación nunca considera sus efectos en la población indígena. Relacionable con el prejuicio que aísla a las poblaciones indígenas y no las entiende como susceptibles de preocupación al respecto, una de las consecuencias de ello es que las personas procedentes de dichas poblaciones entiendan que el VIH y el sida no van con ellos. De esta forma, se preserva el discurso y el prejuicio del aislamiento comunitario de las poblaciones indígenas, perseverando en el desinterés por elaborar políticas públicas que busquen valorarlas en cuanto a los efectos de la epidemia.

Esto pasa por una retórica de la queja y el respeto a los derechos humanos, no en una relación vertical de imposición, sino de diálogo y adecuación a las dinámicas propias de estas poblaciones. El auge de los medios de comunicación de masas, que llega a estas

poblaciones (curioso como esto pone en evidencia la consideración de estas como comunidades estancas a las que no llega nada “moderno”) expone a los pueblos indígenas a una cultura de dominio a la que no pueden sino someterse, a no ser que tengan voz para reclamar la atención de sus importancias. A través de una incorporación de estas comunidades a una difusión comunicativa local, donde se negocie la pertinencia y forma de los contenidos emitidos, podría producirse lo que se ha denominado “indigenización de las influencias externas” (13).

Para ello se tendría que producir una apropiación de esos medios de comunicación, cuyas dinámicas y consideraciones sociopolíticas evidencian un fuerte desequilibrio entre los intereses mediáticos frente a los de las comunidades de recepción. A través de este proceso, donde se pueden negociar los términos en los que esta información se difunde, el valor de la cultura indígena adquiriría un peso fundamental a la hora de reivindicar su agencia y capacitación en la toma de decisiones.

En este sentido, puede ser de interés apelar al Proyecto Video mencionado por Salazar (13), de cara a emplear las tecnologías disponibles como herramientas de expresión cultural e identitaria que garanticen la visibilidad de la perspectiva indígena. Se trataría de paliar los efectos perniciosos de una comunicación que reincide en los tópicos habituales del VIH y el sida sin manejar la circulación de importancias de dichas comunidades. Esta dinámica puede que permita una autodeterminación ejecutiva a la hora de generar conciencia sobre conductas de riesgo, terapias de pre o post exposición al virus y su detección temprana, visibilizando el proceder de redes asistenciales o incluso normalizando la presencia de personas seropositivas indetectables.

La reapropiación de las tecnologías y medios de comunicación puede verse como una toma de posesión de la producción referencial para las comunidades indígenas, integrando en el discurso mediático

sus formas de pensamiento e identidad. Parte del problema que se ha señalado implica que deben traducirse informaciones y conocimientos a la luz de percepciones y tradiciones indígenas. En este sentido, se indica que debe existir un intercambio de conocimiento y canales para favorecerlo donde las comunidades indígenas puedan tener presencia respecto a lo que se emite y consume, además de conocer los mecanismos de transmisión de estos datos (5).

Considero que la reapropiación de los medios de comunicación para luchar contra la desinformación y favorecer la producción y difusión identitaria de las poblaciones indígenas puede relacionarse con la noción de control cultural propuesta por Bonfil. Resulta evidente que las consecuencias de la modernidad pasan por una mayor disponibilidad de algunos recursos globales y que el etnodesarrollo plantea los límites entre el control que puede ejercer una sociedad sobre su cultura teniendo en cuenta los nuevos recursos de los que se disponen. A mi juicio, que los medios de comunicación tengan una comunidad de recepción como la indígena y que no cuenten con un discurso afianzado en el diálogo con ella es un ejemplo de la tendencia a la homogenización y reducción de la autonomía que tienen estas poblaciones. De hecho, el descontrol televisivo o mediático que puedan tener los pueblos indígenas sobre lo que se dice o no de ellos y/o sobre los efectos de la epidemia a nivel comunitario anula su capacidad de decisión a este respecto, resultando en una imposición dominante de lo denominado como “cultura enajenada”.

Estas dinámicas flanquean la agencia de las comunidades indígenas y las hacen susceptibles de debilitar la representatividad de sus necesidades. El VIH ha demostrado ser fuente de problemas, tanto por la ausencia de datos epidemiológicos oficiales como por la influencia de prejuicios institucionales que insisten en la marginalidad de la cuestión. Si a esto sumamos la difícil gestión intracomunitaria de una coyuntura que carece de referencias informativas o

procedimientos que la faciliten, la posibilidad de reivindicar el problema como una urgencia no puede materializarse. El caso de los medios de comunicación es paradigmático porque ha demostrado ser una fuente de influencia en el ideario indígena sin que estas comunidades integren ni dialoguen con el problema desde la horizontalidad: el impacto de esta información no tiene en cuenta ni favorece la consolidación de las necesidades indígenas.

La noción de cultura propia, que enfrenta a la enajenada, implica hablar de cómo las comunidades indígenas pueden beneficiarse de estos recursos que, a priori, se estarían aplicando de manera vertical desde las dinámicas e intereses políticos, económicos y sociales a los que responden. Por ello, el etnodesarrollo a este respecto debería favorecer la integración de estos recursos de tal forma que estén disponibles para las comunidades sin verse dominadas por sus lógicas existentes de manera previa a la apropiación.

COMUNIDADES INDÍGENAS DE OAXACA Y EL PLURALISMO ASISTENCIAL

El caso de Oaxaca resulta especialmente problemático debido a que pese a la inexistencia de datos oficiales sobre el impacto del VIH, diversos estudios antropológicos han recabado que la incidencia del virus es bastante mayor en comunidades indígenas que en las urbes (4). Estos estudios han permitido obtener algunos de los problemas mencionados anteriormente con respecto a los problemas a la hora de abordar la difusión de información sobre el sida, sobre medidas profilácticas y otras variables que serán abordadas a continuación.

Uno de los problemas en los que coincide con los análisis previos es que algunas de las personas seropositivas entrevistadas afirman haber adquirido el virus en contextos de migración dentro y fuera del país, aunque también en el seno de la propia comunidad

(8). Además de referir al estigma existente en las comunidades indígenas de Oaxaca con respecto a la homosexualidad, también mencionan que no eran conocedores de la existencia del virus salvo por sus apariciones en televisión. Muchos de ellos acudieron a los centros médicos cuando la enfermedad se encontraba en una fase bastante avanzada.

Los diagnósticos tardíos pueden responder a diversas circunstancias, siendo la desinformación solo una de ellas. Lo cierto es que uno de los elementos que parece desempeñar un rol fundamental en esta tardanza es la distancia que separa los centros médicos de las comunidades indígenas (8). Los testimonios recogidos muestran que el viaje de un lugar a otro puede durar unas 12 horas de media, lo que puede llevar a que muchos de los afectados se replanteen la gravedad de sus síntomas de cara a evitar realizar el trayecto. Por otro lado, debido a la duración del viaje, el coste de gasolina y alimentos incrementa el gasto económico a invertir para realizarlo. Algunos de los entrevistados afirman haberse endeudado preparando el viaje, por no hablar de que el afectado no suele viajar sin acompañamiento, algo que también supone un gasto añadido.

La distancia a la que se encuentran los centros de atención médica ha sido señalada como una de las barreras a sortear para desarrollar políticas públicas que contrarresten la cadencia de la epidemia. La centralización de los servicios médicos en las grandes ciudades abandona a las poblaciones indígenas y las hace fuertemente dependientes de sus condiciones sociales y económicas. Para poder llegar a los centros médicos de cara a obtener un diagnóstico, muchos de ellos deben pedir dinero prestado a conocidos y familiares, ya que el transporte suele oscilar un coste de 1500 pesos (8). No obstante, si el estigma hacia la homosexualidad es tal y como lo recogen los testimonios, muchas de las personas seropositivas entrevistadas admiten haber sido dejadas de lado por sus familias al haber abandonado la patrilinealidad.

Las lógicas culturales que influyen en la discriminación hacia la homosexualidad también son consideradas de cara a las relaciones en el mundo laboral, puesto que se convierte en una losa constante a la hora de tener que justificar las faltas al trabajo (8).

De todas formas, la distancia de los centros médicos no sería una cuestión tan relevante si no fuera porque también influye en la adherencia de las personas afectadas por el virus a la medicación antirretroviral. El correcto seguimiento del tratamiento exige que la persona deba realizar este viaje de manera regular para poder obtener la medicación (TAR) y los costes pueden ser baremados negativamente de cara a proseguir con él.

Existen muchos condicionantes que vehiculan o no la posibilidad de una correcta adherencia y diagnóstico. El empleo del condón ha sido estigmatizado por verse como una señal de infidelidad de la mujer, sobre la que pesa un continua red de contactos que exigen el cumplimiento de los acuerdos matrimoniales y la prosecución de los patrones de residencia de cara a evitar un ostracismo que imposibilitaría cualquier tipo de apoyo económico procedente de la red familiar (8).

Sin embargo, a este trabajo interesa especialmente otra de las barreras estructurales que merece un tratamiento concreto, una que concierne al régimen de atención y medicalización que debe seguir la persona diagnosticada o por diagnosticar. Si bien es cierto que los centros médicos ofrecen esta asistencia, su distancia con respecto a las comunidades conlleva que los miembros de esta sopesen otras opciones para paliar la enfermedad y sus síntomas.

El pluralismo asistencial se ha definido como un compendio de diversas formas de atención a la salud, pasando por la automedicación, el recurso a terapias tradicionales y redes de apoyo procedentes de diversas congregaciones religiosas (8). Esta dinámica que comporta acudir y participar de muchas formas para sanar el cuerpo se ve influida tanto por el desgaste

físico de la enfermedad, como por los efectos secundarios de la medicación antirretroviral y los impedimentos económicos para desplazarse hasta los centros de atención. La atención propia suele emplear recursos naturales y plantas medicinales (fitoterapia), además de terapias espirituales que comportan el uso de rezos individuales y colectivos. El pluralismo asistencial caracterizado por el uso de recursos espirituales emplearía elementos propios de la religión católica, además de otros procedentes de tradiciones mesoamericanas (8), de tal forma que se puede hablar de una forma de “sincretismo” que trata de ofrecer respuestas físicas y místicas para los problemas ocasionados por el VIH y el sida (14).

No obstante, esto no representa, necesariamente, el abandono u omisión de los medicamentos antirretrovirales, sino que puede existir una complementariedad entre los distintos modos de atención. Las plantas medicinales pueden ser empleadas para subsanar los efectos secundarios de tipo digestivo que pueden tener los medicamentos, o los rezos para evitar las inciertas complicaciones de una enfermedad en estado avanzado. Sin embargo, es cierto que existen varios testimonios que revelan que muchos participantes no optan por la complementariedad, sino por la sustitución de la medicación por la fitoterapia y similares (8). Y aunque este abandono puede estar parcialmente motivado por la distancia de los centros médicos, el coste económico del desplazamiento o por el temor a que su estatus serológico sea difundido públicamente, lo cierto es que el pluralismo asistencial se muestra íntimamente relacionado con el marco antropológico de las “infidelidades indígenas”. El recurso a diferentes modos de atender al cuerpo y a la salud, con un sustento espiritual, puede ser relevante a la hora de estudiar la ambivalencia de las creencias y prácticas religiosas de estas comunidades con relación al VIH (10).

El marco de las infidelidades indígenas trata de describir con precisión esa presunta volubilidad idea-

cional de las poblaciones indígenas a la hora de vincularse y adaptarse a diferentes creencias religiosas o políticas (10). El culto a la identidad occidental ha perseverado en ella como un compromiso sustancial, cuya identificación religiosa excluye la posibilidad de adhesiones transitorias a diversos credos. Por ello sorprende la “fidelidad transitoria” de los indígenas a las diferentes ideas que se les pueden mostrar, cómo las adoptan para si mismos y pueden descartarlas al poco tiempo. Algunos testimonios indican que lo hacen “por conocer” o “ir probando”.

La cuestión es que el marco de las infidelidades permite comprender la adhesión múltiple y transitoria a diferentes concepciones espirituales. En el caso del VIH resulta todavía más paradigmático, ya que se adapta a la preocupación por el cuerpo y la salud que lleva a las comunidades indígenas a reproducir este fluido interés. La sintomatología del VIH no diagnosticado ni bajo medicación, puede ser entendida como un “estigma visible”, que genera una gran perturbación y descrédito en la medida en que sus efectos son palpables por la persona que lo padece y los que forman parte de su entorno (15). El énfasis de la religión en la curación del cuerpo resulta de gran atractivo para la persona que no puede costearse los viajes a los centros médicos o teme por la revelación de su diagnóstico y exclusión de la comunidad.

Así es la justificación que se da en el texto de las Infidelidades indígenas a la adhesión a las creencias evangélicas, ya que se subsumen en la promesa de la curación del cuerpo. La impermanencia y diversidad de terapias espirituales dificulta el seguimiento al TAR, ya que proponen alternativas fitoterapéuticas que no solventan los graves síntomas de la enfermedad. En este sentido, si bien no puede ser considerado necesariamente una barrera debido a la existencia de complementariedad, los testimonios recogidos no indican que esta sea la norma.

No obstante, los estudios sobre el VIH y las poblaciones indígenas no inciden directamente en la com-

plejidad de estas relaciones, es decir: pese a que se pone el énfasis en la falta de atención médica adaptada o dialogante con las condiciones de estas comunidades, la influencia de los rituales protestantes y de la medicina tradicional son vistas, de forma homogénea, como una problemática. Cuando creo que es razonable plantear la plausibilidad de estas hipótesis, también resulta palpable cierta primordialización de la etnicidad, en la medida que se podría sugerir que la infidelidad indígena parecería estar detrás de la falta de adherencia a la medicación. No en vano, algunos de los inconvenientes planteados son las estructuras organizativas de las comunidades, donde el secreto y la enfermedad corren el riesgo de difundirse y generar ostracismo, y la medicina alternativa y espiritual como solución a un virus que la ciencia médica solo ha conseguido cronificar, no curar. Esta tendencia corre el riesgo de hacer ver la etnicidad, en su complejidad, como un elemento irracional que debe desaparecer en favor de la autoridad de los sistemas expertos de la biomedicina. Además, también presenta a las congregaciones e influencias protestantes del mismo modo.

El peligro de tal sugerencia es que omite gran parte de la agencia comunitaria sobre su relación con las congregaciones y sectas protestantes, de tal modo que dibujaría a los indígenas como una población que acepta la dominación de los preceptos religiosos, imposibilitando cualquier forma de complementariedad entre la curación tradicional y la biomédica. Además de existir testimonios que apuntan en otra dirección, esta visión de la adhesión espiritual que apunta la literatura sobre su influencia en la vulnerabilidad estructural al VIH es, cuanto menos, reduccionista. (8). En primer lugar, perfila a las poblaciones indígenas como carentes de agencia, mostrándolas como comunidades sumisas a la acción de las sectas. En segundo lugar, no parece existir, como indica Christian Gros, un interés por comprender los mecanismos de interés que llevan a los indígenas a esta forma de adhesión (9).

Por otro lado, hay que indicar que las estructuras de parentesco patriarcales y homófobas de algunas comunidades indígenas (8) forman parte de una patología del poder que impide un correcto asesoramiento médico tal vez sea una actitud que persevera en la reificación de lo irrazonable. Por no hablar de las dinámicas propuestas para paliar la barrera estructural de la distancia: la unidad móvil. Es cierto que supone la solución a lo costoso del viaje hasta los centros de asistencia, ofreciendo un mecanismo para sortear la centralización médica. No obstante, si se considera que una parte de la población afectada no visita a su facultativo por miedo a que se le relacione con la enfermedad o se haga público a través de las enfermeras, cabe preguntar en qué medida se introducirán en una unidad móvil apostada a la entrada del pueblo y a la vista de todos.

De modo que la crítica a las comunidades indígenas como cerradas y hostiles al exterior se fundamenta, a su vez, en la de la narrativa de la inmunidad étnica. No obstante, la categorización de la problemática que no pase por un diálogo de necesidades expresadas por la comunidad corre el riesgo de volver a presentarlas como tal al caracterizarlas de formas exóticas, mistificadas y subordinadas a una espiritualidad que rechaza todo proceder científico, y cuyas estructuras organizativas recaban la mayor parte de la agencia del problema.

A raíz de la discusión sobre el documental *El etnógrafo* (16), no considero difícil extraer la conclusión del escaso interés de los poderes gubernamentales por hacer llegar o dialogar con las comunidades indígenas al respecto de las medidas anticonceptivas. Al respecto del tema de este trabajo resulta interesante que el documental de Ulises Rossell refleje el estado de abandono y pobreza en el que vive el pueblo wichi: entre cabañas destaraladas, vestidos con ropa de la beneficencia y donde puede observarse a un grupo de media docena de niños compartiendo un yogur. Por ello sorprende la eficacia con la que ac-

túan los sistemas de justicia de la zona a la hora de detener a Fabián Ruiz pero que sin embargo permiten su convivencia en lugares insalubres (17). Y sorprende todavía más que, en la crítica dirigida a la realización del documental, Mónica Tarduci se centre en el respeto a los Derechos Humanos, pero no haga ni una sola mención a la difusión e información de medidas anticonceptivas como el preservativo, cuando sí que menciona las necesidades específicas de comunidades como la wichi y cómo deben ser tenidas en cuenta en un mundo global y con un cambio constante de actores (18). A lo largo de su argumentario, Tarducci se centra en deslegitimar, desde las tradiciones wichi, la sexualidad atribuida a las jóvenes de la comunidad. Sin embargo, no hay una sola línea en la que, pese a hablar de la necesidad de una autoconciencia de las relaciones de poder patriarcales, comente la ineficacia de herramientas públicas para dar a conocer la existencia de anticonceptivos, que en muchos casos han sido referenciados como símbolo de emancipación sexual. Una crítica del estilo de Tarducci, ya que critica la manera en la que estas relaciones de poder influyen o merman la libertad de las mujeres wichi, también debería tener en cuenta que el preservativo no es solo una herramienta de emancipación sino, también, una manera de evitar el contagio de diversas enfermedades de transmisión sexual.

A la hora de considerar las barreras estructurales que siguen dificultando el correcto acceso a la información y tratamiento del VIH y el sida a las poblaciones indígenas, debe tenerse en cuenta que la forma en la que se estas son presentadas resulta tan relevante como el planteamiento de los motivos de su vulnerabilidad a la enfermedad. No todas las comunidades indígenas reaccionan del mismo modo a la diversidad sexual o de género, pero no se puede pretender que adopten posicionamientos foráneos si no existen ofrecimientos que consideren la complejidad heterogénea de sus actores y necesidades.

CONCLUSIONES

La pretensión de este trabajo era la de exponer cómo la epidemia del sida y el VIH había sido abordada en el contexto de las poblaciones indígenas. Uno de los paradigmas sanitarios más relevantes de los últimos tiempos se ha caracterizado, de forma contraintuitiva, por un abordaje marginal en lo que respecta a su impacto sobre estas comunidades. Así lo atestiguan diversos antropólogos, cuyo trabajo ha sido motivado por la falta de datos oficiales al respecto de dicho impacto.

La bibliografía especializada sobre el tema tampoco es tan abundante en comparación con otras problemáticas, pero resulta muy esclarecedora a la hora de comprobar la operatoriedad de ciertas nociones tratadas a la hora de estudiar las comunidades indígenas desde la antropología. Uno de los motivos aducidos por la falta de información sobre ellas y el VIH ha sido el prejuicio cultural e institucional de asumir su inmunidad étnica. Esta narrativa, rastreada a la clasificación de las mismas como “comunidades cerradas”, justificaría el desinterés por abordar la cuestión, ya que presume que esta enfermedad no podría llegar hasta ellas. Esto se basaría en un presunto hermetismo organizativo y jerárquico, que limita los contactos con el exterior y se caracteriza por una actitud hostil hacia elementos foráneos. Por otro lado, también incentiva una visión idealizada de la sexualidad indígena que va desde la asunción de esta como exclusivamente endogámica o únicamente orientada hacia la reproducción.

En un contexto de constantes procesos globales, la idea de comunidad cerrada muestra evidentes deficiencias, al no considerar muchas de estas poblaciones como intermedios geográficos de migraciones internacionales, así como no tener en cuenta los desplazamientos de individuos dentro del propio territorio nacional. Este es el caso de la Comunidad Kuna de Panamá, que a través del activismo indígena transgénero ha puesto en liza una serie de demandas relacionadas con esta problemática.

Por otro lado, se ha pasado revista a las denominadas vulnerabilidades estructurales que hacen de las comunidades indígenas, contra el pronóstico conceptual de la comunidad cerrada, una población susceptible de ser mayormente afectada por la epidemia. Muchas están relacionadas con la falta de consideración institucional de estas comunidades y la irrealización de proyectos públicos destinados a paliar los efectos del sida. Pese a existir asistencia médica, esta se encuentra centralizada en lugares situados a grandes distancias de las comunidades. Esto plantea problemas económicos para el desplazamiento y adherencia a la medicación.

Algunos de los problemas estructurales señalados por la literatura al respecto han sido las estructuras organizativas de estas comunidades, que fuerzan el cumplimiento de contratos matrimoniales y regímenes residenciales para no perder redes de apoyo económico necesarias para realizar estos viajes. No obstante, la estigmatización de la enfermedad y de las relaciones homosexuales pesan sobre la persona indígena a la hora de tomar sus decisiones. Además, la existencia de credos y sectas religiosas como la protestante ofrecen alternativas a los avances biomédicos desarrollados en cuanto al tratamiento del VIH.

A mi parecer, y como he indicado en las páginas precedentes, pese a la autoconciencia de la “comunidad cerrada” como prejuicio analítico e institucional, la tendencia a dibujar la etnicidad de esta manera sigue reproduciendo gran parte del contenido teórico que se le asume: irracional en tanto que antagoniza con el progreso preconizado por los avances médicos en favor de la tautomargia, y que su estructura organizativa tiende a someterse al protestantismo sin posibilidad de compatibilizar sus rituales con cualquier forma de reivindicación o complementariedad.

A mi juicio, la lectura sigue siendo en gran medida la misma pese a haberse señalado un problema evidente. En tanto que se muestre la cultura indígena como algo que debe abandonarse, se deja de poner el

foco de atención en cuestiones que pueden resultar beneficiosas desde una consideración de las necesidades de estas comunidades: el efecto de los medios de comunicación sobre la población indígena es real, y la información proporcionada sobre el sida y el VIH se encuentra fuertemente mediada y la comunicación no es horizontal. He propuesto, en consonancia con algunas dinámicas de reapropiación de la cultura enajenada, el interés que generaría una comunicación mediática que emplee los códigos ideacionales de las comunidades, ofreciéndoles presencia desde la producción y elaboración de la información a la que sus congéneres acabarán teniendo acceso.

Finalmente, he expuesto algunas de las barreras estructurales apreciables en el caso de las comunidades indígenas de Oaxaca, haciendo especial énfasis en cómo el pluralismo asistencial (analizable desde el prisma de las infidelidades indígenas) es presentado en muchas ocasiones como muestra de la irracionalidad de estas poblaciones. Esto perpetúa, en el fondo, gran parte de la gramática ideológica sucinta al modelo de comunidad cerrada, con una estructura cultural y organizativa determinada a priori, e impide poner el foco de atención en el diálogo institucional que no considera la adaptación u ofrecimiento de la cultura enajenada a dichas comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponce, P., Núñez Noriega, G. Pueblos Indígenas y VIH-sida. *Desacatos*. 2011; 35:7-10.
2. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus: 1996: 176 p.
3. OMS. (2023). HIV Supresion. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf> (consulta marzo 2025)
4. Ponce, P. Muñoz, R, Matías Stival. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*. 2017; 3:537-54.
5. Mazín, R. De lugares comunes a recomendaciones concretas: el VIH entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental. *Desacatos*. 2011; 35: p. 87-94.
6. López, J. Los pueblos indígenas de Colombia y un nuevo paradigma para el desarrollo. En: Julián Chaves Palacios y Lorenzo Mariano Juárez, eds *Cooperación al desarrollo. Debates contemporáneos*. Barcelona: Anthropos; 2018: p. 31-48.
7. Wolf, E. R. Types of Latin American Peasantry: a preliminary discussion *American Anthropologist, New Series*. 1955; 57: 452-71
8. Muñoz Martínez, R. El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2020; 245:197-229.
9. Gros, C. *Políticas de la etnicidad: identidad, Estado y modernidad*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia. 2012.
10. Hernández Castillo, A. Voces disidentes: nuevas identidades y nuevas luchas entre las mujeres indígenas de México. *Revista de Occidente*. 2003:269:76-87.
11. Artemisa Noticias. Sexualidades en pueblos indígenas. Latinoamérica en el centro. 2010. Disponible en: <https://www.lattice.org/kvin/es/arnokv1007es.html> (consulta abril 2025)
12. Watney, S. *Policing Desire: Pornography, AIDS, and the Media*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1987.
13. Salazar, J.F. Contar para ser contados. El vídeo indígena como práctica ciudadana. En: Magalles y Ramos , coords. *Miradas Propias. Pueblos Indígenas, comunicación y medios en la sociedad global*. México: Lupus; 2016: 91-109. Disponible en: <file://userserver/users/39337823a/Downloads/MIRADASPROPIASSalazar.pdf> (consulta marzo 2025)
14. Pitarch, P. Infidelidades indígenas. *Revista de Occidente*. 2003;269: 70-6. Disponible en: <file://userserver/users/39337823a/Downloads/Infidelidadesindgenas.Revista-deOccidente.pdf> (consulta marzo 2025)
15. Goffman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu; 1970.
16. Rosell U, director. *El Etnografo [documental]*. Argentina: Fortunato Films; 2012: 86 min.
17. Bonfil, G. El etnodesarrollo. Sus premisas jurídicas, políticas y de organización. En: Beatriz Pérez Galán, ed. *Antropología y Desarrollo. Discursos, Prácticas y Actores*. Madrid: Catarata; 2012:132-45.
18. Tarducci, M. Abusos, mentiras y vídeos. A propósito de la niña wichi. Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) of the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 2013: 48: 219-31.