



MÁS ALLÁ DE LO TERAPÉUTICO

Aproximaciones etnográficas al estudio
de la salud indígena en las tierras bajas
de América del Sur

JULIO PORTOCARRERO
ALEXANDER HUERTA-MERCADO
ARIEL DAVID FERREIRA
ARI GHIGGI JR.
EDITORES

MÁS ALLÁ DE LO TERAPÉUTICO
Aproximaciones etnográficas al estudio de la salud
indígena en las tierras bajas de América del Sur

Editores:

Julio Portocarrero, Alexander Huerta-Mercado, Ariel David Ferreira y Ari Ghiggi Jr.

Primera edición digital: diciembre de 2022

© Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)

CISEPA

Av. Universitaria 1801, San Miguel, Lima - Perú

Telf.: (51-1) 626 2000

Cuidado de edición: Estación la Cultura S.A.C.

Libro electrónico disponible en www.cisepa.pucp.edu.pe

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-00389

ISBN digital: 978-612-4355-12-7

Con el apoyo del Instituto Nacional de Pesquisas BRASIL PLURAL

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción y distribución total o parcial de esta obra, por cualquier medio o procedimiento, sin la autorización escrita de los editores, bajo las sanciones establecidas por la ley.

Julio Portocarrero
Alexander Huerta-Mercado
Ariel David Ferreira
Ari Ghiggi Jr.
EDITORES

MÁS ALLÁ DE LO TERAPÉUTICO

Aproximaciones etnográficas al estudio de la salud
indígena en las tierras bajas de América del Sur

ÍNDICE

Presentación	9
I - El estudio de la salud y la enfermedad en la etnografía indígena de las tierras bajas sudamericanas	16
1 - La enfermedad como teoría y práctica política: aproximaciones etnográficas al estudio de la enfermedad y la salud en la Amazonia indígena <i>Julio Portocarrero</i>	17
2 - Consideraciones sobre el campo de la salud indígena en Brasil a partir de algunos estudios pioneros <i>Nádia Heusi Silveira</i>	61
II – Programas de salud, etnicidad y las cosmopolíticas del cuerpo y la persona	84
3 - Plantas como gente (<i>aénts</i>) en el marco de la biomedicina: perspectivas desde la Amazonia Norte del Perú <i>Verónica Grigio</i>	85
4 - Cuidado infantil y programas sociales entre los awajún en Perú: aportes desde la Amazonia urbana <i>Helen Palma</i>	131
III - Autoatención e itinerarios terapéuticos	161
5 - (Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún <i>María Ximena Flores Rojas</i>	163
6 - Hipertensión arterial y diabetes entre indígenas kaingang, Tierra Indígena Xapecó, Santa Catarina: entrecruzamientos entre religiosidad, “cultura” y tradición <i>Sandra Carolina Portela García</i>	195

7 – Protagonismo de las mujeres kaingang e itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil <i>Ari Ghiggi Jr.</i>	225
IV - Políticas de salud para pueblos indígenas	258
8 - Articulaciones en salud indígena: problematizando la política de “atención diferenciada” en Brasil <i>Esther Jean Langdon</i>	259
9 - Atención diferenciada en el encuentro entre enfermos crónicos xerente y los profesionales de la salud <i>Ariel Ferreira</i>	285
10 - Entre humanizar lo diferente y diferenciar a los humanos: apuntes sobre el programa Mais Médicos en la zona indígena del bajo río Oiapoque <i>Karine Assumpção</i>	313
Sobre los autores	345

PRESENTACIÓN

Ir más allá de lo terapéutico

Este libro surge de las reuniones sobre salud indígena desarrollados por el Grupo de Antropología Médica y Salud Intercultural (GAMSI) de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y el Núcleo de Estudios en Saberes y Salud Indígena (NESSI) de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), en particular, del seminario de Salud Indígena e Intermedicalidad, organizado en el marco del proyecto “Prácticas de autoatención, intermedicalidad y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el VIH/sida en cuatro pueblos indígenas de la Amazonía”, financiado por el Concurso Anual de Proyectos de Investigación de la PUCP (2019-3-0020), desarrollado por investigadores del GAMSI.

La publicación adquirió su forma actual a partir del simposio “Más allá de lo terapéutico: espacios de intermedicalidad, salud indígena y salud pública en la Amazonía”, que formó parte del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología, que reunió a investigadores de otras universidades, dando como resultado la expansión de nuestra área de interés inicial, antes restringido al contexto amazónico, hacia los aportes etnográficos de las tierras bajas de América del Sur.

Uno de los temas centrales de estos encuentros giraba en torno al aporte de la etnografía de las tierras bajas sudamericanas a la comprensión de las ideas y prácticas indígenas vinculadas a la salud y enfermedad, así como al entendimiento de los espacios y zonas de contacto generados a partir de la ampliación de la salud pública y la biomedicina en estos contextos. Pese a su diversidad, buena parte de los estudios antropológicos sobre la salud indígena se han centrado en sus aspectos terapéuticos y sanitarios, reduciendo estos saberes y prácticas a expresiones de un pasado precapitalista inalterado o a formas de resistencia frente al biopoder estatal.

Desde hace una década, varios autores han subrayado la necesidad de trascender estas perspectivas, analizando la salud indígena como un fenómeno fundamentalmente político en sus diferentes arenas, que incluyen tanto la cosmo y etnopolítica como las políticas de salud pública. Los artículos que presentamos a continuación siguen esta línea, intentando ir “más allá de lo terapéutico” en sus diferentes abordajes de la salud indígena, al prestar atención en las dimensiones políticas e históricas de la salud y la enfermedad como fenómenos dialógicos, en constante negociación, y reconociendo las diferentes agencias desarrolladas por los actores sociales involucrados. Se analizan, así, las nociones y prácticas en torno al cuerpo, la persona, la salud y la enfermedad como fenómenos que emergen de múltiples relaciones entre agentes humanos y no humanos, tecnologías y procesos que articulan las prácticas y saberes indígenas con políticas de Estado, acciones del tercer sector y neocolonialismo.

Esta publicación es el resultado de diferentes intercambios entre investigadores de instituciones de Perú y Brasil. Queremos agradecer tanto a la PUCP, en particular al Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA), como a la Red de Investigación en Salud del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural (INCT-IBP) por su apoyo para el desarrollo de esta publicación. Creemos que esta colección ratifica los valiosos esfuerzos encaminados a la internacionalización académica e institucional, al ir más allá de los límites locales o nacionales del trabajo y resaltar posibilidades y espacios para diálogos representativos en el sur global, especialmente en el campo de la salud indígena.

El libro está organizado en cuatro secciones que corresponden a los grandes temas discutidos en nuestras reuniones. En la primera sección, titulada “El estudio de la salud y la enfermedad en la etnografía indígena de las tierras bajas sudamericanas”, los artículos presentan la riqueza y diversidad de los abordajes etnográficos preocupados por el lugar de la salud y la enfermedad entre los pueblos indígenas de esta región. En el primer artículo, titulado “La enfermedad como teoría y práctica política: aproximaciones etnográficas al estudio de la enfermedad y la salud en la Amazonia

indígena”, Julio Portocarrero analiza un importante conjunto de etnografías que abordan las dimensiones sociopolíticas, históricas y cosmológicas de la salud y la enfermedad en sociedades indígenas amazónicas, argumentando la necesidad de trascender los enfoques que se limitan a sus dimensiones terapéuticas y culturales. Nádía Heusi Silveira, en el artículo “Consideraciones sobre el campo de la salud indígena en Brasil a partir de algunos estudios pioneros”, problematiza el uso de la categoría *doença de branco* (enfermedad de blanco) en los estudios sobre salud en pueblos indígenas de Brasil. La autora destaca la construcción interdisciplinar de este campo de estudio, resaltando como los primeros trabajos basados en la construcción de modelos etnomédicos dieron paso al análisis de la agencia de los pueblos indígenas a partir de la articulación de las dimensiones políticas y cosmológicas con los temas de salud.

En la segunda sección, “Programas de salud, etnicidad y las cosmopolíticas del cuerpo y la persona”, se presentan una serie de trabajos que abordan el aterrizaje de las políticas y programas de salud en los espacios socio y cosmopolíticos indígenas, identificando los diversos actores y proyectos que participan en estos escenarios, así como lo equívocos que se generan alrededor de los mismos.

En “Plantas como gente (*aénts*) en el marco de la biomedicina: perspectivas desde la Amazonia Norte del Perú”, Verónica Griego muestra la importancia de la investigación sobre la agencia de las plantas como dispositivos tecnológicos activos y no recipientes pasivos, objetos de la agencia de los humanos. De esta manera, defiende la necesidad de seguir tanto las relaciones químicas como los vínculos sociales de las plantas, como una posibilidad de reforzar la interdisciplinariedad entre la antropología y las ciencias naturales, así como disminuir la percepción de irracionalidad ligada al enunciado “las plantas son personas”.

El artículo de Helen Palma, “Cuidado infantil y programas sociales entre los awajún en Perú: aportes desde la Amazonia urbana”, analiza de manera crítica la implementación de un programa gubernamental destinado a niños en la primera infancia en Santa María de Nieva, la capital de la provincia de Condorcanqui en la Amazonía peruana. La autora describe los desencuentros y equí-

vocos que emergen a partir de las diferentes nociones de cuidado presentadas por los actores involucrados que incluyen tanto a familias awajún, mestizas, así como los profesionales responsables de la ejecución del programa y cómo estos se convierten en elementos de jerarquización y crítica hacia la maternidad indígena.

El tercer grupo de artículos aborda la compleja trama de acciones, experimentación y negociaciones e hibridación detrás de los itinerarios terapéuticos de pacientes indígenas con enfermedades crónicas. En el artículo “(Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún”, María Ximena Flores Rojas propone analizar las tensiones entre la perspectiva biomédica del VIH/sida con un mayor peso entre el personal del sistema de salud público peruano y la perspectiva local sobre la enfermedad desarrollada por la población awajún del Cenepa. La autora parte de la noción de “equívocos”, propuesta por Viveiros de Castro (2004) como sistemas de conocimiento con conceptos homónimos que han entrado en tensión, para realizar un análisis del sida según las familias awajún, que va más allá de la interpretación biomédica. de salud. Se trata de concepciones propias y en continua actualización sobre la enfermedad (*jata*) y el daño (*waweamu*) que entrelazan saberes biomédicos y nociones sobre el control y descontrol de la salud, el cuerpo y la fuerza.

En “Hipertensión arterial y diabetes entre indígenas kaingang, Tierra Indígena Xapecó, Santa Catarina: cruces entre religión, ‘cultura’ y tradición”, Carolina Portela investiga las prácticas de autoatención y los itinerarios terapéuticos seguidos por esta población para la atención de lo que la biomedicina caracteriza como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Portela describe la articulación plástica entre cosmología, religiosidad, biomedicina y saberes populares desarrollada por los diferentes agentes y especialistas involucrados en la atención, e incluso cura, de estas enfermedades consideradas crónicas desde el modelo médico hegemónico.

En el artículo “Protagonismo de las mujeres kaingang en los itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil”, Ari Ghiggi Jr. comparte con Portela la preocupación por investigar el cuidado de la salud y la enfermedad en contextos interétnicos a través de los caminos

e itinerarios terapéuticos recorridos. El autor aborda etnográficamente casos de salud y enfermedad vividos entre los kaingang de la Tierra Indígena Xapecó para enfatizar el papel central de las mujeres indígenas en los procesos de autoatención. Son estas posibilidades de agencia las que orientan las trayectorias de los grupos domésticos en un contexto marcado por la hegemonía biomédica, destacando el surgimiento de formas de expresión del empoderamiento y protagonismo femenino en el campo local del cuidado de la salud.

Finalmente, en la última sección se analizan las políticas de salud para pueblos indígenas de Brasil desde una perspectiva que trasciende el análisis de modelos para dar cuenta de los procesos concretos de implementación de las mismas y sus consecuencias. Los autores problematizan particularmente el principio de atención diferenciada, conquista del movimiento indígena, de asociaciones científicas y de profesionales de la salud, que propone una atención especial a la salud de las poblaciones indígenas de Brasil, en teoría capaz de conciliar la atención biomédica con particularidades sociales y políticas de estas poblaciones.

Jean Langdon, en “Articulaciones en Salud Indígena: problematizando la política de ‘atención diferenciada’ en Brasil”, hace uso de su amplia experiencia etnográfica con poblaciones indígenas en Brasil para analizar el desarrollo de la atención diferenciada en el contexto indígena kaingang. Al describir la limitada autonomía de las poblaciones indígenas en cuanto a la atención de la salud, destaca que, a pesar de una creciente participación indígena, no se traduce en un mayor control sobre los recursos económicos, sociales y políticos del sistema de salud.

Por su parte, Ariel Ferreira discute la atención diferenciada en el encuentro entre enfermos crónicos xerente y profesionales de la salud. El autor indaga sobre las producciones que los diversos sujetos involucrados en el cuidado de la salud indígena hacen de sí mismos, tanto en las reproducciones de violencias y desigualdades del modelo biomédico como en las formas particulares de resistir y construir otras formas de atención. Así, enfatiza la importancia de abordar las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema de salud sin utilizar un “culturalismo” superficial como única respuesta posible a los conflictos, que ignora las

particularidades históricas, las desigualdades económicas y sociales, los cambios ambientales en detrimento de culpabilizar a las poblaciones marginadas por sus enfermedades.

En el artículo final, “Entre humanizar lo diferente y diferenciar a los humanos: apuntes sobre el programa Mais Médicos en la zona indígena del bajo río Oiapoque”, Karine Assumpção analiza los desafíos contextuales de la aplicación de esta política en la región del bajo Oiapoque, extremo al norte de Brasil, donde viven varios grupos indígenas. La autora aborda las complejas intersecciones entre los conceptos de “cuidado humanizado” y “cuidado diferenciado” en la interacción con los agentes involucrados en el proceso salud/enfermedad en la región amazónica, en particular, en la relación con “otros humanos”.

Esta colección de artículos evidencia la diversidad y riqueza etnográfica que caracterizan las innumerables experiencias sobre salud y enfermedad de los pueblos y contextos indígenas de Perú y Brasil, así como muestra la creciente inclinación de los investigadores por vincular aspectos económicos, sociales, históricos, culturales y políticos del análisis antropológico interesado en la salud de los pueblos indígenas.

Julio Portocarrero
Alexander Huerta-Mercado
Ariel Ferreira David
Ari Ghiggi Jr.

**I - EL ESTUDIO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN
LA ETNOGRAFÍA INDÍGENA DE LAS TIERRAS BAJAS
SUDAMERICANAS**

1 – La enfermedad como teoría y práctica política: aproximaciones etnográficas al estudio de la enfermedad y la salud en la Amazonia indígena

Julio Portocarrero^{1 2}

*¿Todavía necesitamos estudios como estos para recordarnos los sesgos
en nuestra forma de pensar sobre las personas y la enfermedad?*

Probablemente.

(Conklin, 1996, p. 375)

Introducción

Mientras revisaba la literatura sobre la presencia del VIH/sida en sociedades indígenas amazónicas peruanas pude identificar varias características comunes detrás de la aparente divergencia existente entre los estudios epidemiológicos y los socio-antropológicos. La mayoría centraba su preocupación por las versiones indígenas de la enfermedad, analizándolas como ideas prestablecidas que determinaban los comportamientos de las personas. Se enfatizaba la incomunicabilidad e inconmensurabilidad de las nociones indígenas y biomédicas u occidentales de la enfermedad, así como la necesidad de una traducción cultural del VIH/sida. Además, gran parte de estos trabajos realizaba una serie de separaciones y oposiciones que contraponían lo indígena a lo occidental y lo estatal; la biomedicina a la medicina tradicional; lo local a lo nacional; las ideas a las prácticas; la cultura a la ciencia. También se excluían actores (poblaciones mestizas y colonos, personal de salud) y recursos terapéuticos (servicios biomédicos privados, medicina andina, terapéuticas cristianas) que eran fundamentales para entender las diferentes respuestas a esta enfermedad en dichos contextos. Todas estas ideas se sintetizaban en una nota de prensa de la Revista Peruana de Salud Pública y Medicina Experimental que resumía el contenido de uno de sus artículos bajo el siguiente título: “De-

1 Pontificia Universidad Católica del Perú.

2 Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

bido a su cosmovisión, la población awajún y wampis de la región Amazonas duda de las medidas para prevenir la transmisión materno infantil del VIH”³ .

Al haber trabajado varios años como investigador en salud pública, estas tendencias no me resultaban extrañas, ya que forman parte del esquema de “medicina tradicional” (Menéndez, 1994) con que se aborda la salud de pueblos indígenas en buena parte de la región. Lo que sí llamó mi atención fue la marcada ausencia de un diálogo con la etnografía amazónica de la salud y la enfermedad. No se trataba de un asunto de escasez de bibliografía. Desde que, en 1963, Erwin Ackernecht estableciera la agenda que dominaría la investigación antropológica de la salud de los denominados pueblos indígenas de las tierras bajas sudamericanas, el número de trabajos ha crecido exponencialmente, sobre todo en las últimas tres décadas (Costa y Dias, 2019; Langdon y Garnelo, 2017).

Las investigaciones de antropología de la salud en Amazonía han recorrido cauces diferentes, con preguntas y debates que se orientan en gran medida por los campos y marcos institucionales en que se insertan y las disciplinas con que dialogan. Así, mientras algunos estudios se aproximan más a la salud pública, otros establecen lazos con la antropología médica o la antropología amazónica. Estas diferencias llevan a autores como Carla Teixeira y Cristina Dias (2013) a considerar que no es posible hablar de un subcampo de estudios antropológicos sobre salud indígena en la región, con conceptos propios, problemas bien definidos y una literatura teórica establecida. Buena parte de estos estudios se han centrado en los aspectos terapéuticos de los padecimientos, desatendiendo sus implicancias sociopolíticas y cosmológicas (Kelly, 2004). Este énfasis tuvo dos consecuencias principales. Por un lado, congeló en el tiempo los saberes y prácticas indígenas reduciéndolas a ritos y mitos de un pasado precapitalista inalterado (Taussig, 1980; Menéndez, 1994). Por otro, les negó su agencia y creatividad al

3 https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/pages/view/Debido_a_una_cosmovision_poblacion_awajun. Consultado por última vez el 9 de abril de 2021.

convertirlos en víctimas pasivas de la globalización (Bodley, 2008) o sujetos sobre determinados por el biopoder estatal (Kelly, 2010).

A pesar de esta tendencia, es posible identificar una serie de investigaciones que, desde la etnografía amazónica, vinculan el análisis de los procesos de salud y de enfermedad a temas clásicos y contemporáneos de nuestra disciplina como la constitución de persona y el cuerpo; las relaciones interétnicas, la vinculación entre indígenas y los Estados, así como el papel de la biomedicina en el espacio social indígena (Kelly, 2011). Es decir, lo político en sus diferentes arenas y dimensiones. El presente artículo hace un recuento de los principales trabajos desarrollados dentro de esta línea de investigación, presentando sus discusiones y abordajes, tratando de reflexionar sobre cómo la antropología política de la salud en la Amazonia contribuye a una mejor comprensión general de estas sociedades y de los procesos y debates globales contemporáneos.

A mi juicio, estos estudios muestran el poder de la etnografía para producir conocimientos complejos, simétricos y dialógicos que cuestionan varios de los supuestos desarrollados en el campo de la salud y la enfermedad, tanto desde nuestra propia disciplina como fuera de ella. Sin embargo, me gustaría subrayar las dificultades inherentes al abordaje de fenómenos que se producen muchas veces de manera oculta (Langdon, 2014), cuyos retos no solo se refieren a la accesibilidad a espacios de secreto y oscuridad (Whitehead & Wright, 2004), sino con tener que insertarse y desplazarse en una trama compuesta por varias capas de traducción.

Al igual que la propia terapéutica indígena (Taylor, 2014), el estudio de la enfermedad en la Amazonía está atravesado por múltiples traducciones, homonimias y equívocos en las que también se reproducen y negocian relaciones económicas, interétnicas y políticas históricamente configuradas (Gallois, 1991). En muchas ocasiones, el metalenguaje comparativo que se utiliza, para dar cuenta de nociones que tienen un campo semántico amplio y que son de difícil traducción, se sostiene en las categorías “occidentales” de cuerpo y enfermedad (Zent y Zent, 2011; Rosengren, 2002; Calavia, 2004). Personas clasificadas como indígenas utilizan términos equivalentes en castellano, quechua, inglés o

portugués para traducir sus conceptos y prácticas a antropólogos, misioneros, personal de salud, docentes, colonos, etc. (Langdon, 2014), en procesos dialógicos en que actualizan sus propias nociones. Por su parte, el personal de salud busca equivalentes biomédicos para las nociones indígenas (Gomes, 2012; McCallum, 1998). Desde las políticas de salud pública se realizan otras traducciones que evocan a las de carácter misionero, en donde se movilizan imágenes que reproducen prejuicios y valores a través de los cuales se “fabrican indígenas”. Finalmente, los propios antropólogos intentan traducir una serie de conceptos no solo polisémicos, sino polivalentes (Pollock, 1996), utilizando categorías que circulan y discuten con otros colegas en circunstancias en que muchas veces no están hablando de lo mismo, pese a emplear términos idénticos: indígena, cuerpo, persona, humano, espíritu, enfermedad, conocimiento y medicina (Rosengren, 2002).

Esta no es solo es una cuestión de interpretación de categorías, en dichas traducciones se desarrollan procesos que implican además la incorporación, reinterpretación, reubicación mutua de agentes, actores, técnicas, tecnologías y conocimientos en diferentes marcos de referencia cosmológicos, históricos y sociopolíticos (Gomes, 2012). Frente a esta situación, autores como Johanna Gonçalves (2015) sugieren la necesidad de buscar nuevas analogías para ampliar nuestro vocabulario analítico en relación con la fabricación del cuerpo y la enfermedad. De manera similar a lo que propone Chaumeil (2012) para el estudio del chamanismo, considero que daríamos un gran paso comenzando por analizar las ideas y representaciones detrás de las investigaciones e intervenciones en salud en estos pueblos.

La enfermedad como teoría y práctica política

Los estudios sobre chamanismo en la Amazonia fueron los primeros en demostrar la asociación entre aflicción, memoria, historia, alteridad y poder en el mundo amazónico. Jean Langdon (2004 y 2012) lo describe como un fenómeno dinámico que emerge de las interacciones entre factores sociales, culturales, históricos y demográficos en situaciones específicas. Chaumeil (1998, 2012) su-

braya su importancia frente a los grandes cambios que atraviesan las sociedades amazónicas, como un sistema que se alimenta de la relación con el otro, convirtiéndose así en una institución social particularmente sensible a las transformaciones globales, siendo una herramienta importante de respuesta no solo para los grupos indígenas, sino para la Amazonía urbana. El chamanismo vincula a las poblaciones indígenas y mestizas participando en el proceso de recomposición de las adscripciones e identidades sociales de alcance regional y global. Así, se trataría de una forma de relación interétnica en perpetua reestructuración.

En este sentido, Peter Gow (1994) considera que la uniformidad en relación al uso de ayahuasca en las prácticas chamánicas de la Amazonía occidental evoca no solo al mundo indígena, sino también a elementos e ideas propias del catolicismo practicado en las primeras misiones jesuitas y franciscanas de la zona. Gow ubica la creación del chamanismo ayahuasquero en el establecimiento de estas primeras misiones y la proliferación de epidemias y muertes para los que no había un tratamiento eficaz. La diseminación de estas prácticas chamánicas se habría producido durante el boom de la extracción del caucho que también transformó la estructura social creada durante las misiones, pasándose de un mundo de europeos, indios conversos e indios del bosque a una estructura de clases y explotación basada en blancos, mestizos e indios. Desde su perspectiva, dicho chamanismo se desarrolló para curar la enfermedad de la experiencia colonial de la Amazonia occidental y aún responde a las nuevas aflicciones en estos espacios. Para los tres autores, el chamanismo es un producto histórico y dinámico resultante de la transformación de relaciones étnicas que expresan sistemas de explotación inconclusos.

Sin embargo, para autores como Anne Christine Taylor (2007), la respuesta a este fenómeno no se encontraría en el chamanismo en sí mismo, sino en la concepción indígena de la enfermedad. Diferentes estudios demuestran la centralidad de la dimensión política para comprender las nociones y prácticas asociadas a la enfermedad en el mundo indígena amazónico (Garne-lo, 2003; Kelly, 2004). Estas se enmarcan en una teoría del poder como un fenómeno relacional, complejo y ambiguo, asociado a la

alteridad y la transformación, en donde la posibilidad de curar y dañar proviene de una misma fuente (Buchillet, 2004; Dominique Gallois, 1991). La enfermedad sintetizaría así buena parte de las visiones políticas e históricas de diferentes sociedades indígenas amazónicas (Orobitg, 2004).

Para Dominique Gallois (1991) estas visiones apuntan a una lógica de dominios y espacios sociopolíticos separados que generan cohesión y articulación, pero cuyos límites deben ser sobrepasados en la peligrosa tarea de hacerse de conocimiento y poder. Es decir, la enfermedad es una categoría relacional particular que forma parte de una economía política de la alteridad (Kelly, 2004 y 2011; Garnello, 2003; Barcelos Neto, 2006 y 2007; Izquierdo y Johnson, 2007; McCallum, 1998; Goncalvez, 2015; Taylor, 2014; Scopel, Dias y Langdon, 2018; Viveiros de Castro, 2002). La alteridad, condición o capacidad de ser o transformarse en otro, tiene un papel fundamental, funcionando como un mecanismo de diferenciación que brinda sentido de pertenencia según diversas formas de agrupación (de género, generación, ontológicas, geoespaciales, etc.) y como una fuente básica de acceso a poderes, capacidades, recursos y conocimientos (Garnelo, 2003) en un sistema que, como ya indicamos, se alimenta de la relación con el otro (Chaumeil, 2012).

Paradójicamente, la apertura a la alteridad implica la posibilidad de que los sujetos pierdan su subjetividad, independencia, autonomía y agencia convirtiéndose en cuasi objetos bajo relaciones asimétricas de pertenencia y obediencia (Santos Granero, 2009). De esta forma, la enfermedad se vincula a los espacios de máxima alteridad, del encuentro con los poderes no humanos, seres de la sobre naturaleza y foráneos de diferente índole (Kelly, 2011). Por tal motivo, el incremento, deseado o no, de estas relaciones pueden interpretarse como situaciones que afectan la autonomía (personal, política, social, cultural, territorial) (Gallois, 1991). Así, muchas narrativas indígenas describen las experiencias de enfermedad como situaciones de incapacidad que implican estados de inconciencia, ausencia de control, objetivación y agencia paralizada comparables con la muerte (Langdon, 2014; Neto, 2006; Albert y Goodwin, 1997). Pero también pueden ser descritas como

una reversión a un estado infantil de vulnerabilidad e incapacidad para afrontar situaciones asimétricas, relaciones amenazantes o desafiantes (Taylor, 2014). Otra de sus consecuencias negativas sería la transformación indeseada en “otros” con características morales diferentes al grupo o con ausencia de ellas, generando así comportamientos antisociales y la ruptura de la reciprocidad (González, 2013). Como lo resume Dominique Gallois (1991), se puede y necesita vivir con la alteridad, pero manteniendo cierta distancia, minimizando los peligros de atravesar sus límites, una tarea que no siempre es posible. A partir de este principio, se generan espacios sociopolíticos en donde diversos actores y grupos, de diferentes tipos, negocian y establecen intercambios positivos (cuidados, recursos, afectos, conocimientos) y negativos (enfermedad, venganza, conflictos). Mientras que la mayor proximidad está asociada al lugar de la reciprocidad positiva, la mayor distancia se vincula a los intercambios de carácter negativo. Sobre este sistema de oposiciones relativas (Orobitg, 2004) se producen “otros” con diferentes grados de proximidad, organizándose comunidades morales (Novo, 2011) cuyo común denominador es la agencia, el deseo, la intención y capacidad de acción (Gallois, 1991).

Donald Pollock (1996) describe bien esta organización o red a partir de su trabajo con los kulina, quienes establecen, mejor dicho negocian, gradaciones en las cualidades de persona o humanidad en función de una moralidad más o menos compartida y niveles de sociabilidad e intercambio. Sobre esta base se genera un complejo sistema de diferenciación que incluye: mujeres versus hombres, niños versus adultos, kulina versus otros indígenas, indígenas versus no indígenas, humanos versus no humanos. Pollock identifica varios momentos de interface (parto, sueños, toma de alucinógenos, la caza, el sexo) en que estas cualidades son puestas en juego demandando prácticas personales, domésticas y comunales para su manejo, a través de técnicas de resguardo que buscan controlar las transformaciones del cuerpo y la persona producidas en estas interacciones (Perez Gil, 2010).

A estas zonas de contacto, íntimamente relacionadas con la cosmopolítica, podemos añadir las generadas por la incorporación de los Estados y el mercado, que incluyen la escuela, los procesos

de evangelización, el servicio militar, los hospitales o la migración laboral, aunque estos espacios han sido poco estudiados desde esta perspectiva. Es por este motivo que la enfermedad aparece frecuentemente como parte de las narrativas de experiencias de participación y acción en espacios que trasciende la actividad chamánica, formando parte de los relatos de jóvenes que van a la escuela, los procesos de reubicación poblacional, colonización y conversión religiosa. Puede, entonces, incluir además diversos agentes humanos y no humanos, grupos de parentesco, relaciones interétnicas, otros grupos étnicos, instituciones y organizaciones que ocupan un lugar y actúan en el espacio social indígena (González, 2013). Parafraseando a Luiza Garnelo, las fronteras de la alteridad son geográficas, ontológicas, políticas y étnicas (Garnelo, 2003).

Pero no se tratan de identidades configuradas como estados o límites fijos o dados que habitan exclusivamente el mundo mitológico indígena. Son situaciones sociales relativas de carácter histórico que se actualizan o modifican en función de procesos político-económicos que dan lugar a nuevos agentes y espacios de fronteras, así como a la modificación de las posiciones de sus actores y grupos. Desde esta perspectiva la humanidad o atributo de persona no es una condición esencial (como en la biología), sino más bien una cualidad gradual de carácter moral que se puede perder o ganar según ciertos comportamientos, vínculos y prácticas (Kelly, 2004). Del mismo modo, la etnicidad no es entonces una categoría fija, sino que son estados relativos con correlatos cosmológicos, espaciales, económicos dentro espacios sociales de los que se puede entrar y salir de manera agencial o indeseada (Taylor 2007, 2014). Esta perspectiva incluye al cuerpo como una entidad relacional en continuo estado de creación fuera del entorno y mediante la acción de otras personas. Johanna Overing (1988), Cecilia McCallum (1998, 1993) y Luisa Belaunde (1992) describen en profundidad esta característica en sus trabajos demostrando como, para diversos grupos indígenas, hacer crecer y desarrollar el cuerpo no tiene un sentido biológico, sino moral y afectivo, que incluye la adquisición de conocimientos, procesos en que las curaciones y medicinas tienen un papel importante.

El ejemplo de Pollock nos demuestra, además, el papel central que la enfermedad tiene en estos procesos. La producción, prevención y atención de los poderes patógenos de la alteridad forman parte de los mecanismos de relación, representación, domesticación de los otros (Albert, 2002). En este sentido, la enfermedad también es un reflejo y espacio de negociación de relaciones sociales (Garnelo y Buchillet, 2006). Por ejemplo, el nivel de gravedad de estas enfermedades se considera como un índice de la distancia geográfica y social de los agresores (Albert y Goodwin, 1997). De esta forma, la etiología de las enfermedades nos permite mapear las relaciones y conflictos sociales de un grupo (Langdon, 2014).

Este fenómeno se aprecia en las descripciones de Dominique Gallois (1991) sobre los procesos de negociación de los diagnósticos entre los wai'api. Los familiares de la persona enferma y/o su curador realizan una indagación “más social que sindrómica”, identificando relaciones inapropiadas de tipo individual o colectivo y un cierto tipo de alteridad. En la búsqueda de un agente patológico, la interpretación se basa en otros intereses, deseos y proyectos que las del enfermo, siendo sobre todo un juego político. Por tal motivo, un mismo diagnóstico se puede reinterpretar varias veces en el tiempo, actualizándose con nuevos hechos sociales de la comunidad. Gemma Orobitg (2004) describe algo similar entre los pumé de Venezuela, observando que los encuentros alrededor de las tomas de tohé también servían para discutir conflictos de la vida cotidiana, movilizandolos intereses personales y de parentesco que generaban diferentes interpretaciones que se renovaban de acuerdo con el contexto y ante la emergencia de nuevos conflictos.

Pollock (1996) identifica que, entre los kulina, no todos los padecimientos eran interpretados como enfermedades de alteridad, existiendo una “diferencia sociológica” entre una diarrea común y un *epetuka'i* o daño. Este argumento era utilizado para los casos de afectación de los intercambios en las unidades domésticas debido a situaciones como el abandono de la pareja, infidelidades, discusiones entre suegros y yernos. Todos estos ejemplos nos muestran como la enfermedad encuentra una explicación en las dinámicas políticas de los afectados y los que los rodean, involucrando varios niveles de alteridad (personal, vecinal, comunal) e

incluyendo al mundo mestizo, blanco o criollo con el incremento de la presencia de agentes de la sociedad nacional (Zent y Freire, 2011). Debemos resaltar, además, que estos intercambios y límites se producen tanto en un plano simbólico que, dependiendo del pueblo estudiado, pueden alcanzar diferentes niveles de elaboración a través de mitos, relatos y rituales, como en esferas concretas de la vida, involucrando tanto a la cosmología como a la organización social, económica y política. La enfermedad se presenta así como una entidad compleja que requiere de un análisis integrado de sus dimensiones cosmológicas, históricas y políticas presentes en las negociaciones, interpretaciones y prácticas involucradas en su atención.

En el plano cosmológico, la enfermedad y sus formas de curación tienen orígenes míticos y forman parte de la génesis que dieron lugar a los diferentes tipos de seres que forman parte del espacio sociopolítico indígena (Buchillet, 2004; Neto, 2006; Pontes, Rego y Garnelo, 2018). Santos Granero (2009) señala que diferentes sociedades indígenas amazónicas presentan relatos que dan cuenta el mundo actual es el producto de sucesivas transformaciones/construcciones y diferenciaciones en el que se pasa de un mundo indiferenciado a la creación y constitución de diferentes seres que establecen diversas relaciones que incluyen domesticación, depredación, amistad, apaciguamiento (Santos Granero, 2009) y que implican la posibilidad de que los sujetos pierdan su subjetividad, independencia, autonomía y agencia convirtiéndose en cuasi objetos bajo relaciones asimétricas de pertenencia y obediencia, en otras palabras, enfermando.

Aristóteles Barcelos Neto (2006, 2007) desarrolla esta idea en su análisis de los *apapaatai*, traducido al portugués como “doença do índio” (enfermedad de indio), una noción polisémica que alude tanto a una patología como a ciertos seres de la sobre naturaleza, algunos estados o condiciones estrechamente vinculadas con la mitología y cosmología *wauja*. Los relatos de este pueblo hacen referencia a un tiempo primordial de indefinición seguido por una serie de transformaciones ontológicas que dan lugar a animales, monstruos, artefactos y seres con diversos grados de humanidad, que incluyen a los propios *wauja*, en un proceso in-

acabado que tiene lugar hasta nuestros días. Como en muchos otros grupos amerindios, la condición humana wauja no era una situación dada, sino un estado relativo y relacional que se afectaba frente a diferentes tipos de alteridad (humanos y no humanos, naturaleza y sobrenaturaleza, étnico, corporal). Apapaatai era entonces la condición de pasaje, permanente o temporal, de una forma antropomorfa hacia formas animales, monstruosas, artefactuales o una combinación de ellas. Para el autor, los cambios en las naturalezas de los seres no eran solo físicos, sino que incluían afectos, intenciones, capacidades, identidades y puntos de vista. Los wauja no evitaban estas transformaciones ya que eran parte de procesos de adquisición de conocimiento y poder, pero buscaban controlar los riesgos inherentes a los encuentros con la alteridad. El problema se encontraba en la pérdida no controlada o indeseada de su condición humana, objetivación y pérdida de agencia, que era interpretada como enfermedad. Para Barcelos Neto, desde esta perspectiva, la patología era el espacio en que se desarrollaban las continuidades y discontinuidades entre humanos y no humanos (Neto, 2006).

En el mismo sentido, para Dominique Bouchillet y Luiza Garnelo (2006), la clasificación de las enfermedades Baniwa y Desana expresan diversos conflictos librados entre diferentes segmentos de sociedades humanas y no humanas, entre afines, consanguíneos, géneros, grupos étnicos, formando parte de los circuitos de reciprocidad negativa entre los mismos (Garnelo y Bouchillet, 2006). Los episodios de enfermedad se vinculan con eventos míticos que responden a una memoria que se actualiza y resignifica en el mundo social indígena, sirviendo para interpretar las aflicciones de las personas, tomando en cuenta sus relaciones y su posición en el mundo social en que se encuentran. Ambas autoras se esfuerzan por mostrar cómo la cosmología no es un esquema fijo, sino marcos para la acción (Garnelo, 2003) que hacen referencia a la experiencia e historia de un grupo y se actualizan con los cambios en sus relaciones en diferentes niveles de alteridad que incluyen intercambios cosmológicos, de género, generación, etnicidad, humanidad, entre otros (Bouchillet, 2010).

De esta manera, cosmología, historia y relaciones sociales se articulan para dar inteligibilidad a los procesos de enfermedad y, a la vez, esta última sirve como elemento para dar sentido a la conciencia histórica y política de muchos pueblos indígenas. Este hecho se observa en la presencia de enfermedades y epidemias en muchas de las narrativas indígenas sobre los contactos (Albert, 2010) que se alimentan de experiencias individuales y colectivas, chamanismo, memoria histórica y datos biomédicos, además de los conocimientos de otros grupos étnicos (Buchillet, 2002; Langdon, 2014). Así, la etiología de las enfermedades implica la historia sociopolítica de diferentes pueblos, asignando poderes patógenos según diferentes niveles de alteridad (Kelly, 2004).

Estas dinámicas se observan claramente en los trabajos de Anne Christine Taylor (2007) y su análisis del papel de la enfermedad en interpretación de las relaciones interétnicas y los regímenes de historicidad de los pueblos pertenecientes al grupo lingüístico jíbaro. Taylor considera que la enfermedad para los jíbaros es un estado de aflicción, de malestar existencial, una experiencia negativa de un cambio o transformación de la individualidad que tiene que ver con pérdida de la agencia, la conciencia, la capacidad vista como pérdida del yo. Una transformación indeseada, comparada con sus experiencias de colonización. Para la autora, entonces, las nociones enfermedad se vincularían íntimamente con la memoria colectiva de cada pueblo y se vería afectada de manera importante por su historia (Taylor, 1993, 1994, 1996, 2007).

La autora también identifica que la enfermedad tiene un papel central en la forma en que los jíbaros construyen su autoidentificación en oposición a otros grupos étnicos que incluyen a los quichuas y los blancos. Estos tres grupos comparten un modelo de arquetipos de personas constituido a partir de los procesos de colonización y evangelización. En este esquema, los jíbaros son representados como el prototipo de indio bravo y los quichuas son vistos como el ideal de indígena domesticado, compasivo y cristianizado (Taylor, 2014). Para la autora, estas tres categorías étnicas no designan clases fijas de seres, sino posiciones, definidas por correlatos cosmológicos, morales, espaciales, económicos. El tránsito, en una dirección u otra de estas fronteras, es interpreta-

do por los tres grupos bajo el lenguaje de la enfermedad. De esta forma, un jíbaro que se comporta como un quichua se encuentra en un estado patológico de pérdida de agencia y capacidad predatoria. Del mismo modo, cuando un quechua adquiere las características morales y de comportamiento jíbaro es considerado como un ser enfermo, asocial y agresivo. Así, quichuas y jíbaros manejan un mismo mundo simbólico, pero interpretado de una manera opuesta. Ambos se necesitan para existir y muchas veces deben cruzar sus fronteras étnicas con diferentes objetivos. La “enfermedad” se plantea como un estado bisagra entre dos formas de relacionarse con los demás (Taylor, 2007).

Un argumento similar es desarrollado por María Luisa González (2013) en su tesis doctoral sobre el papel de los padecimientos entre los shawi. González describe cómo la enfermedad, manifestada como brujería, era una parte esencial de la acción, negociación y representación de sus relaciones con los awajún. A partir de las acusaciones de brujería, los shawi construían una autorepresentación como cristianizados, dóciles e indulgentes en contraposición a los awajún, concebidos como depredadores vengativos. Para la autora, ambos grupos indígenas compartían una misma ontología, pero valores diferentes generados a partir de su relación con los misioneros católicos. La autora demuestra cómo la cristianización fue un momento clave de la historia shawi y es incluido en la cosmografía y la memoria como una de las grandes transformaciones que atravesó su pueblo (González, 2013)

Otros dos autores que han descrito cómo los procesos históricos, económicos y sociales generan cambios en los patrones de interpretación y prácticas en torno a la salud y la enfermedad en el mundo indígena amazónico son Carolina Izquierdo y Allen Johnson (2007). Ambos comparan sus etnografías, desarrolladas entre los matsigenka con una década de diferencia, observando que las acusaciones de brujería pasaron de ser casi ausentes a convertirse en la principal causa de enfermedad y muerte. Atribuyen este fenómeno a los sentimientos de envidia y frustración generadas por las desigualdades sociales y económicas relacionadas a la presencia estatal y de las empresas extractivas en sus territorios. Las acusaciones de ataques habían atravesado el espacio so-

cial matsiguenka desde las áreas de mayor alteridad (seres de la sobre naturaleza y extranjeros o empresas multinacionales) hasta los otros próximos (vecinos y parientes) conforme algunos de sus miembros (particularmente los varones) participan de las actividades económicas y políticas de estos nuevos espacios. Así, en una década los generadores de estresores pasaron de ser los “outsiders” culturales de instituciones (como iglesias, servicios de educación y salud, empresas, entre otros) (Izquierdo y Casey, 2004) a los propios matsiguenkas que prosperaban a expensas de sus prójimos.

Todos estos estudios nos demuestran el carácter político de las nociones y prácticas alrededor de la enfermedad. Estas son productos históricos que se transforman y actualizan por la transformación de las relaciones sociales, políticas y económicas (Gow, 1994; Carneiro da Cunha, 1998) y sirven como marcos de referencia y recursos para responder a los cambios, deseados o no, que atraviesan los pueblos indígenas. Una pregunta que varios investigadores se han hecho es cómo la biomedicina y la salud pública se incorporaron dentro de esta economía política de la alteridad y que transformaciones generaron y demandaron. (Garnelo y Wright, 2001; Dominique Buchillet, 1987).

Biomedicina, dependencia, intermedicalidad y medicalización

En un interesante artículo, publicado dentro de un compendio sobre salud e interculturalidad, Oscar Calavia (2004) nos intenta explicar las relaciones entre biomedicina y medicina indígena en la Amazonia. Para ello, describe el encuentro de su embarcación, que se dirigía río arriba hacia una comunidad nativa en la búsqueda de un chamán, con un bote de indígenas que, río abajo, iba a la ciudad procurando a un médico. Para el autor, este encuentro sintetiza varias de sus ideas sobre el tema: la alta valoración indígena de la biomedicina; el creciente interés de los grupos no indígenas sobre el chamanismo y el vegetalismo; la imposibilidad de imaginar la medicina indígena sin considerar la biomedicina como uno de sus elementos constituyentes y la necesidad de pensarlas como parte de espacios sociales y políticos complejos que trascienden por mucho los límites físicos de las comunidades nativas. Calavia

relativiza así varios de los lugares comunes presentes en algunos estudios e intervenciones en salud que separan y excluyen conocimientos, tecnologías y prácticas, utilizando criterios temporales, socioespaciales y étnicos.

Históricamente, los componentes de la biomedicina (medicamentos, establecimientos, conocimientos, técnicas y agentes) han circulado por la Amazonia siguiendo los cauces de la economía política de la colonización, siendo uno de los bienes sobre los cuales se constituyeron nuevas estructuras de intercambio y obligaciones (Zent y Freire, 2011), integrando las estrategias de agrupación y sedentarización de diferentes grupos indígenas (Zent, 1993), mezclándose siempre con prácticas, agentes y discursos religiosos, económicos, militares y políticos (Hill & Oliver, 2011).

Los primeros estudios antropológicos sobre la presencia de la biomedicina entre indígenas amazónicos, desarrollados principalmente durante la década de los sesenta y setenta del siglo pasado, la interpretaron como un elemento externo impuesto, que impactaba negativamente sobre dichas sociedades generando procesos de medicalización, pérdida cultural, alteración de estructuras sociopolíticas, disminución de la respuesta inmunológica e incremento de la dependencia económica indígena (Zent, 1993a; Zent, 1993b). Autores como Beth Conklin (1996) recuerdan que, en sus primeras aproximaciones de campo, consideraban a la biomedicina principalmente como parte de una estrategia de explotación y dependencia que articulaba medicina occidental, capitalismo y colonialismo. Sin desconocer estas fuerzas políticas y económicas, Conklin narra cómo este argumento perdía fuerza explicativa cuando observaba a los wari demandar biomedicina y ser indiferentes o rechazar las ofertas de la cooperación para revivir su medicina tradicional incorporando sus recursos terapéuticos a los servicios de salud. En todo caso, la situación obligaba a reparar en que los proyectos de revalorización de lo que se denomina hasta ahora medicina tradicional también respondían a fuerzas globales que podían coincidir poco con los proyectos indígenas. En este sentido, Zent y Freire (2011) consideran que, al igual que cualquier otro recurso, la biomedicina puede servir o no a los diversos

intereses políticos indígenas sin ser un aspecto intrínsecamente negativo como se consideraba en estos primeros estudios.

Uno de los trabajos pioneros en mostrar los procesos de incorporación y apropiación de la biomedicina por parte de indígenas en la Amazonia es la tesis doctoral realizada por Jean Langdon (1974) entre los Siona de Colombia. En lugar de trabajar exclusivamente con clasificaciones taxonómicas o la antropología cognitiva dominante en la época (Langdon, 2014), la autora centra su atención en los itinerarios terapéuticos y las prácticas concretas en la búsqueda de curación en este grupo. A diferencia de otros estudios sobre las nociones de salud, cuerpo y enfermedad en sociedades indígenas, en el trabajo de esta autora la biomedicina no es un referente abstracto que representa la racionalidad occidental. Aparece de manera concreta e híbrida, a través de repertorios, agentes y servicios, en las acciones y negociaciones terapéuticas, combinada con principios y prácticas chamánicas, como parte de las atenciones de las unidades domésticas.

Desde la década de los ochenta, pero sobre todo a partir de los noventa en adelante, diversos estudios describieron cómo conocimientos, agentes, prácticas y tecnologías de origen biomédico son resignificados e incorporados dentro de las altamente eclécticas terapéuticas indígenas, formando parte de sus sistemas etiológicos, cosmologías y economía política de la alteridad (Buchillet, 2010); Gallois, 1991; Albert y Goodwin, 1997; Perez Gil, 2007; Brown, 1988 y 2014). Se incorpora, además, a los sistemas de intercambio comunales (Garnelo y Wright, 2001). Calavia (2004) indica que los medicamentos y servicios más valorados son aquellos que vienen de los lugares que expresan la mayor alteridad y distancia social, y, por tanto, de mayor poder simbólico. Así, el significado de la biomedicina es más amplio que su dimensión terapéutica, su uso y distribución incluyen múltiples dimensiones, simbólico, mágico, de mercancía y no se explica por el nivel de integración de los indígenas a lo nacional o global (Calavia, 2004). En estos procesos, el personal de salud, servicios y medicinas son asociadas a la ambigüedad con que los indígenas interpretan las fuentes de poder y conocimiento externo (Orobitg, 2004; Freire y Zent, 2007)

Se generan así dos fenómenos que Shane Greene (1998) denomina espacios de intermedicalidad y relaciones intermédicas.

Retomando las ideas de Michael Brown (1988) sobre el papel de la biomedicina entre los awajún de Perú, el autor considera que los chamanes desarrollan espacios contextualizados de medicinas híbridas en los que no se separa biomedicina de chamanismo o productos farmacéuticos de alucinógenos, combinándolos y proporcionándoles nuevos sentidos. En estas prácticas se da un proceso de apropiación chamánica o chamanización de distintas formas de poder foráneo. Para Greene, la chamanización del instrumental biomédico es un proceso por el cual se afirma la agencia social étnica y se afecta el cambio cultural y médico en la comunidad. En consecuencia, el valor de los productos farmacéuticos y de medicina popular no pasa únicamente por su eficacia biotecnológica, sino que también es simbólica y política. Por ejemplo, la eficacia médica de instrumentos como la hipodérmica es temida y sospechosa en la medida en que, como el poder chamánico, también es susceptible de ser dirigido de una manera antisocial por las acciones subrepticias de un hechicero u otros agentes maliciosos. Así, la eficacia terapéutica es el producto de la relación entre eficacia médica, simbólica y la etnopolítica de la situación social awajún frente a sus poderosos vecinos no awajún.

En este contexto, para Greene, el chamanismo se convierte en parte de una expansión de la conciencia social awajún y una forma de entender las relaciones neocoloniales generadas con la llegada del Estado y otros actores a su territorio. Estos espacios de intermedicalidad serían parte de los procesos de costumización, apropiación (Greene, 2009), gradual de ciertos bienes, prácticas, instituciones e ideas consideradas foráneas que incluyen la propia noción de “indígeneidad”⁴. No se trata de procesos unilineales de occidentalización o awajunización, sino de múltiples posibilidades en donde se combina el cambio con la continuidad y en el que las propias nociones awajún de tiempo, espacio y visión son personalizadas para su aplicación a las exigencias de los nuevos escenarios que enfrentan. Tampoco se trataría entonces de una “aguarunidad” esencial o hiperreal, sino de procesos dinámicos de

4 Para Greene, una categoría esencialmente vacía y, sin embargo, “universalmente teorizado”, una forma genéricamente moderna que subraya una diferencia construida en contraposición un modelo ideal de lo occidental.

creación cultural que no pueden ser descritos bajo la dicotomía asimilación/resistencia.

Sin embargo, a mi juicio, la mayoría de estos estudios centra su atención en la perspectiva y práctica indígena sobre la biomedicina soslayando los proyectos y prácticas de otros actores que comparten sus espacios sociales. Dos autoras que incorporan de cierta forma estas perspectivas son Luisa Abad (2003) y Maj-Liz Follér (1989) en sus estudios sobre salud, conocimiento indígena y biomedicina en dos pueblos de la Amazonia peruana. Abad (2003) describe cómo la biomedicina circuló entre los awajún mucho antes de la llegada de los servicios de salud estatales, casi siempre de la mano de grupos religiosos, militares y colonos, comerciantes y, posteriormente, por organizaciones no gubernamentales de desarrollo, levantándose así una infraestructura sobre la cual se implementaron los servicios estatales varias décadas después.

Abad (2003) describe cómo las misiones católicas y evangélicas construyeron “dispensarios” y capacitaron a “sanitarios” indígenas para que brindaran atención en sus comunidades. En ambos casos, la formación técnica de los sanitarios se combinó con su evangelización y muchos capacitados ejercieron de pastores en sus comunidades, desarrollando discursos morales sobre la salud que discriminaban entre creyentes y no creyentes. Además, se registraron conflictos intra e intercomunales por el acceso diferenciado a los servicios según la adscripción religiosa. Los awajún también accedieron a servicios, capacitaciones y recursos de salud de los establecimientos destinados para militares y trabajadores de la empresa de hidrocarburos que operaba en su territorio. Mejor implementado que otros servicios de salud, este último establecimiento se convirtió en uno de los referentes para el desarrollo de las iniciativas de salud indígenas y en un centro de distribución de medicinas que luego circulaban de diferentes formas entre los indígenas y colonos de la región. También fue un referente simbólico importante, ya que los sanitarios deseaban las batas blancas y estetoscopios del personal médico solicitándolos como un componente básico para el desarrollo de su labor. La autora describe cómo estos “sanitarios” procuraban poseer algún tipo de instru-

mental médico en sus botiquines comunales, aunque no supieran utilizarlos o no fueran particularmente útiles para su labor.

Durante la década 1970 se puso en marcha en territorio awajún un proyecto del grupo de Desarrollo del Alto Marañón (DAM) en coordinación con el recién creado Consejo Aguaruna Huambisa (CAH) (Abad, 2004). El proyecto desarrolló el primer censo poblacional awajún, creó un serpentario y organizó una red de servicios de salud que incluía la implementación de un pequeño hospital con farmacia y laboratorios; equipo médico fluvial, botiquines comunales y letrinas escolares. Se construyó una posta de uno de los poblados más numerosos y se procuró atención médica descentralizada basada en promotores de salud. Se hicieron campañas de vacunación y se constituyeron comités de promotores de salud. El objetivo final del proyecto era que el pueblo awajún autogestionara sus servicios de salud. El proyecto no fue sostenible y las instalaciones y servicios creados fueron abandonados por falta de apoyo institucional externo y ausencia de recursos de las organizaciones indígenas. Entre las décadas de 1970 y la de 1990, las organizaciones awajún desarrollaron acciones para cubrir la precaria oferta de salud estatal en su territorio (Abad, 2003 y 2004). En todos los casos se trataron de iniciativas articuladas con instituciones no gubernamentales en las que se formaron “técnicos sanitarios” indígenas e implementaron establecimientos de salud gestionados por la propia población. Aunque todas procuraban la sostenibilidad de sus acciones a partir del reconocimiento oficial del Ministerio de Salud de Perú (MINSA), ninguna obtuvo su respaldo oficial e inclusive el Estado peruano desalentó la cooperación de sus promotores de salud con estos establecimientos, refiriéndolos a otros servicios de salud ubicados en poblados mestizos o aquellos organizados por las iglesias.

Follér (1989), por su parte, describe la experiencia de un proyecto de recuperación de medicina tradicional promovido por una agencia de cooperación europea en territorio shipibo-conibo durante la década de los ochenta del siglo pasado. Encuentra que el proyecto realizaba una diferenciación que la población indígena y mestiza de la zona no hacía: medicina tradicional y medicina científica. La autora también registra las diferentes respuestas dadas a nivel local contra la epidemia de cólera que afectó a buena parte de

América del Sur durante la década de los noventa (Follér, 2001). Así, mientras que shipibo-conibos y campesinos mestizos utilizaban diversos recursos terapéuticos, y un conocimiento híbrido compartido, que incorporaba conocimientos biomédicos bastante actualizados para la época, las organizaciones de cooperación y las autoridades estatales separaban el conocimiento científico del local, retratándolos como contrarios y excluyendo los saberes locales (Follér, 2002). La autora propone, entonces, abandonar este vocabulario para utilizar los conceptos de “conocimiento situado” e “híbrido” en el abordaje de los procesos terapéuticos indígenas. Follér considera que la separación entre conocimiento local y conocimiento científico construye la separación entre “otros” y “nosotros”, que considera a los primeros como diferentes y exóticos, idealizándolos y simplificando sus conocimientos. Por tanto, considera necesario incorporar a los organismos de cooperación y a los propios Estados en el análisis de los procesos de construcción de la salud indígena, analizando cómo estos generan nuevas zonas de contacto sociopolítico en el que no existe una perspectiva indígena o una perspectiva occidental abstracta, sino múltiples posiciones con procesos creativos que no solo incluyen la apropiación indígena de la biomedicina, sino la medicalización generada por la salud pública, un fenómeno también híbrido en que el lenguaje de la biomedicina se entremezcla con discursos religiosos y de política nacional (Follér y Gonzáles, 2002).

Las ideas planteadas por Follér y Abad son centrales para entender el papel del Estado y la cooperación en los procesos de circulación de la biomedicina en sociedades indígenas amazónicas, así como la necesidad de historizar nuestros análisis para entender que nuestras interpretaciones no pueden reducirse a dar cuenta de procesos de apropiación indígena. En este sentido, durante mi trabajo de campo entre los awajún, pude observar cómo, con la ampliación del sistema de salud estatal luego del Baguazo⁵, los sa-

5 El 5 de junio de 2009, se produjo uno de los conflictos ambientales más importantes de Perú, conocido como el “Baguazo”. Fue una protesta indígena que movilizó a miles de awajún y wampis, quienes demandaban la derogación de dos decretos legales que establecían nuevas formas de administración de los territorios indígenas. La protesta ocasionó la muerte de veintitrés policías y diez indígenas en dos enfrentamientos principales.

nitarios indígenas descritos por Abad habían perdido buena parte del control que tenían sobre los recursos biomédicos y ocupaban un rol más bien marginal. Paradójicamente, mientras que el Estado peruano resaltaba la idea de estar llevando por primera vez la biomedicina al pueblo awajún, estos sanitarios consideraban que el Ministerio de Salud les había quitado la biomedicina de las manos al controlar todos los procesos de diagnóstico y distribución de medicamentos sin su participación. ¿Asistimos entonces a una medicalización de los medicamentos con la expansión de la salud pública en el espacio político awajún?

Antropología política de la salud y políticas de salud indígena en la Amazonia

La salud pública ha ocupado un lugar central en las experiencias indígenas de relación con los Estados (Martini-Briggs & Briggs, 2011). Varios estudios describen la expansión de la presencia de profesionales y programas de la salud en contextos indígenas amazónicos, así como analizan sus consecuencias (Dias-Scopel & Scopel, 2018). Sin embargo, buena parte ha tendido a reducir el tema o a una cuestión de relaciones de dominación y resistencia (Zent & Freire, 2011) o, desde el marco de la interculturalidad, al encuentro de diferentes tradiciones culturales (Diehl & Langdon, 2014). Así, mientras que los primeros simplifican peligrosamente su dimensión política, los segundos la velan a través del discurso de la diversidad cultural.

Frente a estas tendencias, algunos autores proponen analizar el espacio político (Fassin, 2004) en que se inscribe y desarrolla la salud indígena. Desde esta perspectiva las políticas de salud indígena son un campo de negociación fluctuante con diversos intereses superpuestos (Dias-Scopel, 2015) que se acoplan a las complejas relaciones políticas de los contextos indígenas, generando nuevos roles y espacios de frontera de acción y comunicación (Diehl & Langdon, 2015).

Este tipo de abordaje supone etnografiar los servicios gubernamentales de salud y sus actores, visibilizándolos y contextualizándolos en su heterogeneidad, evitando representarlos como

entidades abstractas y homogéneas, simples reproductores de versiones biomédicas, científicas, capitalistas u occidentales del mundo. Como afirma Luiza Garnelo (2004), se trata de un espacio complejo y ecléctico, con múltiples actores⁶ que imposibilitan un análisis basado en la oposición entre indígenas y no indígenas o entre indígenas versus el Estado (Teixeira & Dias, 2015), aunque esta dualidad forme parte de los discursos de varios de sus actores.

En esta línea, Carla Teixeira y Cristina Dias (2015) sostienen que el estudio antropológico de la producción política de la salud indígena no consiste en la realización de evaluaciones o diagnósticos de las carencias del sistema de salud o las incompetencias de su personal. Tampoco se trata de la identificación de un modelo de atención, sino de procesos y prácticas concretas de actores complejos que negocian sus identidades, poder y moral a diferentes niveles. De acuerdo con Langdon y Diehl (2020), este hecho plantea la necesidad de desarrollar estudios históricos sobre estas políticas en la región. Del mismo modo, autores como Carla Garnelo (2003), José Kelly (2004), Marina Novo (2010) y Paulo Gomes Pereira (2012), proponen analizar las políticas, servicios y personal de salud gubernamentales de manera simétrica (Latour, 1991) a las nociones, actores y prácticas indígenas. Esto en absoluto implica buscar equivalentes indígenas en el sistema de salud estatal, sino de estudiar tanto las políticas de salud como las socio-cosmopolíticas indígenas (Kelly, 2004) y sus interrelaciones. Es decir, abordar el espacio de encuentro en la salud de las políticas públicas y la etnopolítica (Garnelo, 2003).

Desde esta perspectiva, se han desarrollado una serie de estudios que trabajan cómo es que el personal, los servicios y la salud pública circulan y se insertan en los espacios sociales y políticos indígenas. La tesis doctoral de Garnelo (2003) es reconocida como uno de los trabajos pioneros sobre el tema. Junto con Robin Wright (Garnelo & Wright, 2001), su orientador, la autora considera que las demandas baniwa de atención biomédica están mol-

6 Que incluyen organizaciones no gubernamentales, empresas, organizaciones indígenas de diferentes escalas y niveles de representatividad, activistas, iglesias, políticos locales, así como organismos de cooperación multilaterales (Follér, 2002).

deadas por sus representaciones y prácticas de conservación de la salud y prevención de enfermedades, las que son una expresión de las nociones políticas de este grupo. Así, la salud baniwa no es un dominio independiente de su cosmología y organización sociopolítica. Los recursos biomédicos (conocimientos, personal, insumos médicos) representan medios para su vida política y social. De esta forma, el Estado brasileiro ingresa en la economía política de la alteridad baniwa a través de la salud, convirtiéndose en un otro peligroso pero necesario (Viveiros de Castro, 2002b), capaz de distribuir recursos y conocimientos, pero también de generar padecimientos que incluyen a epidemias y el incremento de los conflictos intraétnicos por la competencia en el acceso a sus bienes. Es decir, es interpretado desde la noción indígena de la enfermedad, como una forma de poder político que establece límites morales.

De manera similar a sus héroes míticos, los líderes baniwa experimentan, en la búsqueda de poder político, situaciones de vulnerabilidad y riesgo al incrementar sus intercambios con la alteridad que representa el Estado personificado en los representantes de los servicios de salud brasileiro, sus instrumentos y conocimientos. Los técnicos sanitarios indígenas, creados por el sistema de salud estatal, son incorporados a la organización política y a las redes de producción y circulación de enfermedades baniwa, encontrándose en una posición ambigua entre las demandas de los viejos líderes indígenas y del sistema de salud oficial. Del mismo modo, los organismos no gubernamentales también se ubican en posiciones de ambigüedad significativos al tener que responder tanto a los intereses de las organizaciones indígenas como de sus financiadores, constituyéndose en fuentes de bienes y servicios (Garnelo, 2004). Junto con ellos, diferentes tipos de actores políticos indígenas como líderes religiosos, chamanes, funcionarios públicos y misioneros participan activamente en estos espacios. La autora considera que, si bien la salud indígena podía convertirse en parte de las estrategias de lucha por la autonomía política y económica baniwa, los discursos de salud que sus representantes dirigen a la cooperación y el Estado los obligaba a representarse como indígenas genéricos e hiperreales.

Un autor que retoma y complejiza estos argumentos es José Kelly (2011). Inspirado en las ideas de Bruce Albert (1997), considera que la salud pública forma parte de la ampliación del campo político de los yanomamis de Venezuela. Kelly concluye que los encuentros médicos generados por la implementación de servicios de salud no estaban marcados por los roles médico/paciente, sino por relaciones interétnicas. Los médicos fueron incluidos y clasificados dentro del ámbito sociopolítico yanomami bajo el estatus de criollos o *napë*⁷. De manera similar a los funcionarios de salud indígena de Garnello, los criollos eran tanto una fuente de conocimiento y poder como de peligro y enfermedad, pero, con el tiempo, algunos de ellos se habían convertido en aliados y representaban un recurso importante para el poder político yanomami. Por este motivo, Kelly considera que las relaciones entre médicos e indígenas no se dan en términos de dominación resistencia, no se oponen, sino que pueden colaborar, pero presentan proyectos o trayectorias superpuestas. Para los líderes yanomami, la salud pública no solo se trata de mejorar indicadores, sino que forma parte de un proyecto de transformación de sus cuerpos/habitus, adquisición de conocimientos y poder a través de su conversión en “napës” o criollos, como una elección al servicio de la sociedad yanomami. Es proyecto tiene que ver con las nociones yanomami del cambio y el poder vinculados a la apropiación del conocimiento y recursos de los otros. Por su parte, el Estado venezolano intentaba incorporar a los yanomamis a través de la salud pública, respetando lo que consideraba su condición indígena. Según Kelly, la articulación de estas trayectorias estaría marcada por el equívoco de pensar que se tratan de proyectos idénticos, aunque en realidad mientras los yanomami querían transformarse, a su modo, en criollos, el Estado quería hacer indios.

Otro de los equívocos identificados por Kelly consiste en que el personal y el sistema de salud consideraban al cuerpo y la enfermedad como fenómenos universales y naturales y no cuestiones relacionales, políticas e históricas. El personal, entonces, se preocupaba por aprender la cultura yanomami (una versión reducida a

7 Una categoría cuyos significados y posiciones en la escala de alteridad yanomami fueron cambiando conforme se incrementaron y multiplicaron los intercambios con comerciantes, sacerdotes y funcionarios públicos.

cierto vocabulario y costumbres) y no sus formas de hacer cuerpo, persona y enfermedad. Este equivoco es también descrito por Johana Gonçalves (2015) en su estudio de la atención hospitalaria dada a los yanomami en la misma región estudiada por Kelly. La autora identifica dos proyectos divergentes en los cuidados que personal de salud y parientes dan a los pacientes indígenas debido a que, si bien ambos actores están hablando de tratar el “cuerpo”, están refiriéndose a ontologías con formas diferentes de atención. Esta situación de homonimia generaba que, para muchos yanomami, los alimentos, olores, temperatura y atenciones que forman parte de la experiencia hospitalaria no solo pueden resultar poco eficaces para curar, sino que podrían convertirse en agentes de aflicción. Uno de los elementos que constituyen esta experiencia de angustia y enfermedad es la reproducción de las relaciones históricas de dominación entre criollos e indígenas en el marco de la atención de la salud.

Kelly (2009) analiza, además, los “encuentros de saberes”, reuniones entre representantes del sistema gubernamental de salud venezolano y líderes indígenas, una actividad frecuente en la implementación de políticas de salud para pueblos indígenas en la región. Describe cómo mientras que los representantes del gobierno enfatizaban el uso de conocimientos y recursos médicos tradicionales, los indígenas solicitaban insumos biomédicos y cierto grado de control en el manejo de los mismos. Esta paradoja demuestra que, en este caso, el Estado redujo la salud indígena a asuntos de cultura e identidad en sus versiones más limitadas y esencialistas, buscando rescatar y mantener a los yanomami intactos ante el contacto. En consecuencia, se desconoce el papel político que la salud tiene en los proyectos yanomami y el papel que juegan la transformación y el cambio en sus búsquedas de conocimiento y poder. Los asuntos indígenas se convierten así en temas culturales. La preservación y no transformación de los indígenas como deseo estatal y de la cooperación se convierten en un proyecto indeseado y desagenciante para los yanomami. Cabría, entonces, preguntarse bajo qué circunstancias las iniciativas de salud indígena promovidas por instancias gubernamentales y del tercer sector pueden convertirse en agentes de aflicción desde la perspectiva indígena.

Gran parte de los estudios antropológicos que abordan el espacio político de la salud generado por la implementación de políticas sanitarias para indígenas se han preocupado por el Sistema de Atención Diferenciada (SAD) brasileiro. Algunos de estos abordan el rol de los Agentes Indígenas de Salud (AIS), analizando las tensiones inherentes a un rol que se ubica en medio de la organización política indígena y la estructura estatal de atención de la salud, y cómo estos padecen y aprovechan las condiciones de su situación liminal (Teixeira, repulsa; Novo, 2010;) Nogueira y Garello, malaria). También existen trabajos que abordan los procesos de intermedialidad generados por la adquisición de conocimientos biomédicos (Novo, 2010; McCallum, 2011).

Parte de estos estudios analizan los procesos de traducción involucrados en el diseño e implementación de políticas de salud pública para indígenas. Gomes (2012) considera que el personal de salud no es un mero reproductor de información biomédica, sino que, con el tiempo y las experiencias, amplían su comprensión de la medicina, el cuerpo y la persona, llegando a relativizar muchos de sus supuestos. McCallum (2011) analiza cómo a partir de los procesos de capacitación de personal de salud indígena se crean nuevos conocimientos que no implican un choque de cosmologías. Por su parte, Assumpção (2017) describe cómo en las políticas de salud para pueblos indígenas también se dan una serie de traducciones negociadas en la interpretación de los problemas de salud pública. La autora identifica que, al abordar la desnutrición, el personal de salud, dirigentes y madres indígenas no están hablando de la misma noción de cuerpo. Mientras que para los primeros es una cuestión bioquímica que centra el debate en el consumo de sulfato ferroso, para los indígenas sería una cuestión de construcción del cuerpo y la persona como una entidad moral.

No obstante, la mayoría de investigaciones centran su atención en las ideologías detrás del lenguaje utilizado en el diseño y la implementación de esta política. Gomes Pereira (2012), por ejemplo, lo define como una gramática del “respeto”, basada en una relación de distancia y no afectación entre el conocimiento “biomédico” y el “tradicional”, que no da lugar a intercambios concretos de prácticas y saberes. Wright, Kapfhammer y Wiik

(2012) hacen referencia al uso común del término “diálogo” (intercultural, de saberes, de conocimientos) para referirse a procesos que no lo son en el sentido funcional, sino formal. Se trataría, entonces, de diálogos anacráticos, en palabras de Mikhail Bakhtin (Mannheid & Tedlock, 1995), que reproducen los intereses de gobiernos y agentes de cooperación internacional. Langdon & Garnelo (2017) consideran que detrás del discurso de la “diversidad” se construye un indígena genérico que no contempla variaciones históricas y sociales y sobre el que se proyecta imágenes hiperreales (Ramos, 1992) sobre la base de un “modelo de indio” ecologista y comunitario (Dias-Scopel, 2014). Este modelo reproduce imágenes estereotipadas de los indígenas, así como de sus nociones y prácticas terapéuticas (Dias-Scopel, 2019; Novo, 2011; Langdon, 2007) basándose en oposiciones frente a la biomedicina.

Carla Teixeira (2010) también problematiza los usos del término “autonomía”, una categoría frecuentemente utilizada en los discursos de salud para pueblos indígenas. A partir del análisis de los documentos de política, la autora identifica que su significado se va restringiendo progresivamente conforme pasa desde los textos internacionales y nacionales hasta llegar al nivel operativo, limitándose a la participación en el control social de las actividades desarrolladas. Esta restricción sugeriría más bien una lógica tutelar sobre la salud indígena (Dias-Scopel, 2019).

Varios autores identifican, además, el desarrollo y promoción de una serie de discursos higienistas (Dias-Scopel, 2019; Novo, 2011; Garnelo, 2003), similares a los elaborados por misioneros y empresarios décadas atrás, que justifican cambios de comportamientos y prácticas sobre discursos que combinan conocimientos científicos con discursos morales. La política de salud demanda, entonces, cambios morales y transformaciones étnicas basados en un criterio de verdad científica (Teixeira, 2010; Pontes, Garnelo & Rego, 2018; Langdon & Garnelo, 2017).

Los estudios también analizan el tratamiento de la noción de cultura en estos procesos. Al igual que en los trabajos desarrollados por Briggs y Martini-Briggs (2005), en Venezuela se encuentra que muchos factores socioeconómicos y políticos, como la pobreza, son transformados en elementos culturales responsables de

las cifras epidemiológicas (Wright, Kapfhammer & Wiik, 2012). Además, se señala que, en los modelos y prácticas de atención, los elementos culturales son objetivados y reducidos a una serie de productos o indicadores (Costa Teixeira, 2010; Langdon & Garnelo, 2017).

Finalmente, Teixeira y Dias (2015) se preguntan por la emergencia de una bioidentidad para pueblos indígenas a partir del diseño e implementación de las políticas de salud pública brasileñas. Identifican que el discurso gubernamental y el de la cooperación sobre los indígenas utilizan categorías que evocan la idea de “vulnerabilidad”, un concepto sumamente utilizado en salud pública que tiene implicancias políticas importantes. Este representa a los indígenas como víctimas por excelencia, especialmente las mujeres y niños. Dicho patrón correspondería a una forma nueva de entender la responsabilidad estatal en donde los indígenas aparecen como enfermos. Es decir, sujetos despolitizados, sin agencia para decidir sobre las acciones de prevención y control de las enfermedades. Las autoras reflexionan en cómo los propios líderes indígenas se han apropiado de estas imágenes que pueden resultar desagraciantes para sus proyectos políticos.

Algunos de los hallazgos e interpretaciones de los estudios de la política de ADS brasileña pueden extrapolarse a otros países de la región ya que muchas de sus características responden a modelos promovidos y circulados por la cooperación internacional en diferentes países. Sin embargo, debemos considerar las particularidades presentes en cada proceso, la historia de relación entre Estados y pueblos indígenas de cada país, así como la historia y organización sociopolítica de cada pueblo.

En este sentido, antropólogos como Laura Pérez Gil (2007) consideran que no todas las interacciones con los Estados son el resultado directo y exclusivo de reinterpretaciones o apropiaciones de los recursos foráneos en tradiciones culturales específicas. Desarrollando un estudio comparativo entre los yaminawa de Perú y los yawanawa brasileños, Pérez Gil encuentra que, pese a las proximidades culturales que incluyen aspectos cosmológicos y ontológicos comunes, las relaciones con la biomedicina y las políticas de salud indígenas desarrolladas por ambos grupos fueron marcadamente diferentes, ya que se vieron afectadas significativa-

mente con los procesos sociales y políticos nacionales y regionales. Así, mientras que el empoderamiento de los Agentes Indígenas de Salud generado por la política brasilera permitió una mayor circulación material y simbólica de los recursos sanitarios biomédicos entre los yawanawa, los yaminawa contaban con un acceso y posibilidades de uso político limitado, generalmente paralelo al sistema de salud público, reflejando así la precariedad de las políticas de salud peruanas.

De esta forma, las relaciones que se establecen entre los Estados y las poblaciones indígenas son importantes en la constitución del habitus terapéuticos y el uso político de la salud. Es, entonces, necesario desarrollar más estudios histórico antropológicos de los espacios sociopolíticos generados por estas iniciativas, trascendiendo la lógica de evaluación o diagnóstico de las mayorías de estudios “socio-antropológicos” que operan bajo el marco de la consultoría (Ramírez Hita, 2019).

Esta última idea nos remite al papel de los propios antropólogos en estos procesos y espacios, una ausencia importante en la mayoría de estudios revisados. Por ejemplo, mientras elaboraba mi proyecto doctoral, encontré un patrón común en el abordaje de la mayoría de antropólogos que trabajan el tema de VIH/sida en pueblos indígenas de América del Sur y América Central. Casi todos utilizaban la noción de vulnerabilidad identificando diversos tipos de factores como la raza (Nuñez, 2011), migración (Reartes, 2011), las relaciones de género (Fernández y Stival, 2011), la homofobia (Betancourt y Pinilla, 2011), el acceso a servicios de salud (Puig y Montalvo, 2011), la vulnerabilidad social originada en una serie de “determinantes socioculturales” (Ponce y Muñoz, 2016, 2017a, 2017b). La noción de vulnerabilidad y violencia estructural se repite en casi todos los textos sobre el tema (Lopez y otros, 2016; OPS, 2010; Quintal y Vera, 2015; Segura, 2018; CARE, 2007; Stival, 2015; Olivares, 2015; Martinez, 2006). Si bien la mayoría financiaba sus estudios directa o indirectamente a través de organismos de cooperación en salud pública, no cuestionan los posibles sesgos detrás de sus propias condiciones de producción de conocimiento y sus efectos en la interpretación de los problemas de la epidemia del VIH/sida en el contexto indígena. Tampoco se

preguntaban por las implicancias políticas del discurso de vulnerabilidad. Este ejemplo revela como, en la región, los antropólogos somos uno más de los actores involucrados en los espacios sociopolíticos generados por la salud pública para pueblos indígenas, aunque muchas veces nos percibamos como observadores externos sin controlar un equívoco que nos convierte en parte de esos otros, necesarios, pero peligrosos para la agencia indígena.

Conclusiones

Los diversos estudios presentados en este artículo demuestran la capacidad de la etnografía amazónica sobre la salud y la enfermedad para enriquecer los marcos de interpretación de la antropología médica crítica y la salud pública, especialmente para reconsiderar sus aproximaciones a la enfermedad, el cuerpo y la persona como categorías dadas y fijas, incluyendo también sus dimensiones cosmológicas, históricas y políticas. Estos abordajes nos alientan a reconsiderar el papel del cambio y las transformaciones —morales, históricas, corporales— en estas sociedades, reevaluando nuestras representaciones de las mismas como entidades esenciales e inmutables. Desde las diversas perspectivas indígenas, las transformaciones no representan un problema en sí mismas, la cuestión radica en si estas son deseadas y controladas o no. El tema no puede ser simplificado a un asunto de la decisión o voluntad de entidades abstractas categorizadas como “pueblos”. La economía política de la alteridad indígena genera múltiples ejes de diferenciación y jerarquización que incluyen la persona, el género, la generación, el parentesco, la humanidad y la etnicidad, entre otros.

El eclecticismo, fluidez y capacidad de actualización de los sistemas terapéuticos indígenas destacan frente a la parálisis ideológica y estructural de la mayoría de propuestas de salud pública dirigidas a estas poblaciones. Salvo por la sustitución del término “medicina tradicional” por el de “salud intercultural”, estas parecen no haber cambiado en casi medio siglo, formando parte de lo que Guillermo Bonfil (1966) describía como una tendencia conservadora del pensamiento en salud pública y antropología aplicada. Según Bonfil, esta no solo impide la propuesta de soluciones

efectivas a las problemáticas que se quieren resolver, sino que va contra los intereses de la población. A partir del análisis de intervenciones en nutrición y salud, Bonfil identificó que la mayoría trabajaba desde la premisa de la diferencia y relatividad cultural, apartando cualquier aspecto político del problema y considerando la transformación como un elemento intrínsecamente negativo.

Ya en los años sesenta Bonfil demandaba una postura que considerara a la ciencia, el Estado y los organismos de cooperación como tradiciones y productos sociales que reflejaban relaciones históricas que debían ser incluidas dentro de los marcos de análisis de los antropólogos. Del mismo modo, varias de las aproximaciones revisadas en este artículo proponen abordar la salud indígena de manera simétrica, dejando así de perseguir exclusivamente las versiones indígenas de la enfermedad y dirigiendo nuestra atención a las cosmologías, historias y prácticas biomédicas y estatales, así como los espacios de intersección que se generan en las intervenciones de salud pública. Una de las preguntas de fondo es por qué estas voces no han tenido el impacto suficiente para cambiar las tendencias conservadoras antes mencionadas. Tal vez parte de la respuesta se encuentran en las transformaciones desagenciantes que sufre la propia antropología en sus acercamientos e interrelaciones con la salud pública y la biomedicina.

A partir de estos aportes, es posible plantear algunas preguntas que consideramos centrales para el abordaje de la salud indígena desde la antropología y que, de manera similar a los estudios de Libbet Crandon-Malamud (1991, 1983, 1986) para las sociedades campesinas andinas, nos reposiciona de la indagación por las ideas médicas preestablecidas al análisis de los procesos y negociaciones. Estas aproximaciones nos permiten reformular las preguntas “qué es” o “a qué se debe” la enfermedad (características de la antropología médica clásica) para indagar por cuáles son sus efectos sociopolíticos. Esto permitiría plantear cuestiones como las siguientes: ¿Cuáles son los proyectos (políticos, étnicos, sociales) presentes en los espacios de encuentro de las políticas de salud pública y la política indígena? ¿Qué nociones de salud, cuerpo, poder y persona emergen en estos espacios? ¿Qué elementos ideológicos, tecnológicos, materiales y procedimientos intervienen en

estos procesos? ¿Qué tipo de transformaciones sobre el cuerpo y la persona están en juego y se demandan? ¿Pueden los proyectos estatales y de las propias organizaciones indígenas convertirse en agentes de aflicción en tanto demandan transformaciones indeseadas y desagraciantes? ¿Cómo se inserta la antropología y los antropólogos en estos espacios?

Para terminar, me gustaría sugerir el potencial de estos estudios para contribuir a las discusiones de la antropología política en torno al papel de las políticas de salud y su priorización sobre lo viviente y sobre el cuerpo, como una entidad dada, natural y biológica, más que sobre la persona. Desde esta perspectiva, se construye una política basada en una biolegitimidad y una moral humanitaria que da prioridad a lo viviente sobre la vida, restándole su capacidad de agencia como un elemento constitutivo básico. Se impone así lo biológico sobre lo político, y se legitima el ejercicio del poder estatal sobre otros. La comprensión de las nociones y prácticas indígenas en torno a la enfermedad como fenómenos políticos nos permite reparar en la imposibilidad de alcanzar la salud y el bienestar sin agencia, y entender que sanar es adquirir o recobrar poder.

Bibliografía

Abad González, L. (2003). *Etnocidio y resistencia en la amazonia peruana*. Ediciones de la universidad de Castilla la mancha. Cuenca.

Abad González, L. (2004), “Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con Comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú”. *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Perspectivas antropológicas. Quito, Abya-Yala 75-92.

Albert, B. (1988). “La Fumée du métal. Histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil)”. *L'Homme* 106-107(2-3):87-119.

Albert, B. y Gomez, G. G. (1997). *Saúde Yanomami: um ma-*

nual etnolingüístico. IRD Editions.

Albert, B. (2010). Introdução. Cosmologías do Contato no Norte- Amazônico. En: Pacificando o Branco. Cosmologías do contato no norte-Amazonico. IRD, 9-21.

Barcelos Neto, A. (2006). “Enfermedad de indio”: sobre el principio patogénico de la alteridad y los modos de transformación en una cosmología amazónica. *Antropológica*, XXIV(24), 77-106.

Barcelos Neto, A. (2007). “Witsixuki: desejo alimentar, doença e morte entre os Wauja da Amazônia meridional”. *Journal de la Société des Américanistes*, 93(1), 73-95.

Belaunde, L.E. (1992). Gender, commensality and community among the Airo Pai of western Amazonas. [Doctoral dissertation, London School of Economics; 239pp].

Betancourt, C. y Pinilla, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-SIDA en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, núm.35, pp. 75-86.

Bodley, J. (2008) *Victims of progress*. Altamira Press.

Bonfil, G. (1966) *Conservative Thought in Applied Anthropology: A Critique*, *Human Organization*, Vol. 25, N° 2, 89 -92.

Brown, M. (1988). Shamanism and its discontents. *Medical Anthropology Quarterly* 2: 102-120.

Brown, M. (2014). *Upriver: The Turbulent Life and Times of an Amazonian People*. Harvard University Press.

Buchillet, D. (1987). “Personne n'est là pour écouter”: les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupes brésilien. *Amerindia*, (12), 7-32.

Buchillet, D. (2004). Sorcery beliefs, transmission of shamanic knowledge, and therapeutic practice among the Desana of the Upper Rio Negro Region, Brazil. *In darkness and secrecy: the anthropology of assault sorcery and witchcraft in Amazonia*, 109-131.

Buchillet, B. (2010). Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”. Epidemiologia e representações de doenças entre os Desana do Alto Río Negro. En: *Pacificando o Branco. Cosmologías do contato no norte-Amazonico*. IRD, 113-142.

Calavia, O. (2004). La barca que sube y la barca que baja: sobre el encuentro de tradiciones médicas. In *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas* (pp. 169-180).

Chaumeil, J. P. (1998). Sobre la etnografía amazónica. La monografía como proceso de construcción permanente (El trabajo de campo entre los Yagua, Perú). *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 53(2), 8.

Chaumeil, J. P. (2012). Una manera de vivir y de actuar en el mundo; Estudios de chamanismo en la Amazonia.

Conklin, B. A. (1996). Reflections on Amazonian anthropologies of the body. *Medical anthropology quarterly*, 10(3), 373-375.

Cunha, M. (1998). Vistas de la selva amazónica: chamanismo y traducción. *Mana*, 4 (1), 7-22.

Crandon, L. (1983) Why Susto?: *Ethnology*, Vol. 22(2): 153-167.

Crandon, L. (1986) Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia. *American Ethnologist* 13(3):463-476.

Crandon, L. (1991). *From the Fat of our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. California: University of California Press.

Diehl E. y Langdon, E. J. (2007). Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc.* 16(2), 19-36.

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

Dias-Scopel, R.P., Diehl, E.E. & Langdon, E.J.,(2014). El papel y la formación de los agentes de salud indígenas en la atención diferenciada de salud de los pueblos indígenas brasileños *Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. Salud indígena en perspectiva: explorando sus matrices históricas e ideológicas. Río de Janeiro: Editora Fiocruz*, 213-39.

Dias-Scopel, R.P. (2015) A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de Autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. ABA.

Dias-Scopel, R.P. y Scopel, D. (2018) ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil *Desacatos* 58, 16-33.

Dias-Scopel, R.P. y Scopel, D. (2019). Promoción de la salud de las mujeres indígenas: contribución de la etnografía de las prácticas de autocuidado entre los Munduruku en el estado de Amazonas, Brasil. *Cuadernos de salud pública*, 35.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista colombiana de Antropología*, 40, 283-318.

Fernández, F. A. y Stival, M. A. (2011). Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-Sida en las poblaciones qom de Rosario, Argentina. *Desacatos*, (35), 29-40.

Follér, M. L. (1989). A new approach to community health. *Social Science & Medicine*, 28(8), 811-818.

Follér, M. L. y González, M. E. (2002). Conocimiento, salud y derechos indígenas en la amazonía: introducción.

Follér, M. L. (2002) Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido - ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. Revista Anales (Ejemplar dedicado a: Conocimiento, salud y derechos indígenas en la Amazonía) No. 5, 61-84.

Follér, M. L. (2001). Interactions between global processes and local health problems. A human ecology approach to health among indigenous groups in the Amazon. *Cadernos de saude publica*, 17, S115-S126.

Freire, G. y Zent, Z. (2007). Los Piarao. En: El estado de salud indígena en Venezuela, 136-207.

Gallois, D. (1991). A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena. En Buchillet, D. (org). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Pp. 175-205.

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

Garnelo, L. (2004). Tradição, modernidade e políticas públicas no alto Rio Negro. *Somanlu*, 4(1), 29-53.

Garnero, L. (2007). Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v.14. Pp. 191-212,

Garnelo, L. y Buchillet, D. (2006). Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do alto rio negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos*, 12(26), 231–260. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832006000200010>

Garnelo, L. y Langdon, E. J. (2017). “Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas

sobre política y realidad en Brasil”. *Salud Colect*, 13(3), 457-469.

Garnelo, L. y Wright, R. (2001). Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 273–284. https://www.researchgate.net/publication/12049442_Sickness_Healing_and_Health_Services_social_representations_practices_and_demands_among_the_Baniwa

Gil, L. P. (2007). Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e sociedade*, 16, 48-60.

González Saavedra, M. L. (2013) *Entre la predación y la docilidad: padecimiento shawi en la Alta Amazonía*. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional – Universidad Complutense de Madrid.

Gonçalves Martin, J. (2015). “Healing in the Hospital: the Caring Sensorium and the Containment of Yanomami Bodies”, *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*: Vol. 13: Iss. 2, Article 9, 120-136.

Greene, S. (1998). “The shaman’s needle: Development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru”. *American Ethnologist* 25: 181–201.

Greene, S. (2009). *Customizing Indigeneity: Paths to a Visionary Politics in Peru*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Gomes, P. (2012). Variations Around Water. Bodies, encounters and translation processes. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.* 9(1), 156 - 180.

Gow, P. (1994). River people: shamanism and history in Western Amazonia. In: *Thomas N. y Humphrey C. Shamanism, history & the state*. Ann Arbor: University of Michigan. p. 99-113.

Hill, J. y Oliver, M. (2011) Curanderos rituales, salud y medicina moderna entre los curripaco del Amazonas. En: *Perspectivas*

en salud indígena. *Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Abya Yala, 251-287.

Izquierdo, C. y A. J. (2007). Desire, Envy and Punishment: A Matsigenka Emotion Schema in Illness Narratives and Folk Stories. *Cult Med Psychiatry* 31:419–444.

Izquierdo, C. y Casey, C. (2004). Global consumption of resources: witchcraft, pillage and plunder in Amazonia and Africa. Paper presented at the international congress for Americanistas in Santiago, Chile, *Political Anthropology Review*.

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

Kelly, J. A. (2009). “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. *Ilha Revista de Antropologia*, 11(1, 2), 265-302.

Kelly, J. A. (2010). “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. *Ilha Revista de Antropologia*, 11(1,2), 265–302. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2009v11n1-2p265>

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

Kelly, J. A., y German, F. (Eds.). (2011). Equívocos sobre identidad y cultura: un comentario sobre la formulación de políticas para los pueblos indígenas en Venezuela. En *Perspectivas en Salud Indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. (pp. 417–462). Abya-yala.

Langdon, E. J. (1974). *The Siona medical system: beliefs and behavior* (Doctoral dissertation, Tulane University).

Langdon, E. J. (2004) “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de

saúde”. In Langdon, E. & L. Garnelo (org), Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia política. ABA.

Langdon, E. J. (2012). Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Mediações, Londrina*, 17 (1), p. 61-84.

Langdon, E. J. (2014). La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo putumayo. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.

Langdon, E. J. y Diehl, E. (2020). Anthropological engagement and interdisciplinary research: The critical approach to indigenous health in Brazil. En: *Critical Medical Anthropology Perspectives in and from Latin America*. UCL Press, 19-41.

Latour, Bruno (1991) *We have never been modern*. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts.

Martínez, P. (2006). Colonización y VIH/SIDA: una narrativa de malestar en la amazonia colombiana. *Antípoda* nº3, 179-198.

McCallum, C. (1998). O corpo que sabe: Da epistemologia Kaxinauí para uma antropologia médica das Terras Baixas Sul-Americanas. In: *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras* (ed. Alves) Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 215-245.

Mantini-Briggs, C. y Briggs, C. (2011). Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: La epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (1.a ed., pp. 385–416). Ediciones Abya-Yala.

McCallum, C., y Franchetto, B. (1993). *A Discourse-Centered Approach to Culture: Native South American Myths and Rituals*.

McCallum, C. (1989). Gender, personhood and social organization among the Cashinahua of Western Amazonia. Ph.D. dissertation. London School of Economics.

McCallum, C. (1996) "The body that knows: from Cashinahua epistemology to a medical anthropology of lowland South America". *Medical Anthropology Quarterly* 10: 347–372.

McCallum, C. (2011). Anatomia funcional na perspectiva indígena: Adaptação ontológica ou mudança de paradigma? 35º Encontro Anual da Anpocs.

Teixeira, C. C. (2013). A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista De Antropologia*, 55(2).

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades* 4(7), 71-83.

Muñoz, R., Ponce, P. y Stival, M (2017) VIH, culturas médicas y discriminaciones étnicas: el acceso al tratamiento antirretroviral y la atención médica de las poblaciones indígenas de Latinoamérica. *Actualizaciones en SIDA e Infectología*. 25(94): 22-31.

Novo, M. P. (2010). Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu.

Novo, M. P. (2011). Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1362-1370.

Núñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-SIDA: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, núm. 35, pp. 13-28.

OPS - Organización Panamericana de la Salud (2010) *La salud sexual y el VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington DC: OPS.

Orobitg Canal, G. (2004), "Cuando el 'cuerpo' está lejos. Enfermedad, persona y categorías de alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela". *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Abya-Yala 251-261.

Overing, J. (1988). Personal autonomy and the domestication of the self in Piaroa society. *Acquiring culture: Cross cultural studies in child development*, 169-192.

Pereira, P. (2012). Límites, traducciones y afectos: profesionales de la salud en contextos indígenas. *Mana*, 18 (3), 511-538.

Perez, L. (2007). Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. *Soc. São Paulo*, v.16, n.2, p. 48-60.

Pérez, L. (2010). Cuerpos en transformación: sobre la noción de persona y el control alimentar entre los Yaminawa. *Tellus*, año 10, n. 19, p. 53-82.

Pollock, D. (1996). Personhood and Illness among the Kuli-na. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(3), 319-341.

Pontes, A. L., Rego, S. y Garnelo, L. (2018). La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos*, (58), 84-103.

Puig Borràs, C. y Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos*, (35), 41-58.

Ramírez Hita, S. (2019) Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 37(1), 106-113.

Ramos, A. (1992) The hiperreal Indian. *Serie Antropologia* 135. Brasilia.

Reartes, D. L. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, (35), 59-74.

Rosengren, D. (2002). Cultivating spirits: On Matsigenka notions of shamanism and medicine (and the resilience of an indigenous system of knowledge).

Santos-Granero, F. (Ed.). (2009). Introduction: Amerindian constructional views of the world. En: *The occult life of things: Native Amazonian theories of materiality and personhood*. University of Arizona Press, 1-31.

Taussig, M. T. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(1), 3-13.

Taylor, A. C. (1993) Remembering to forget: identity, mourning and memory among the Jivaro. *Man* (N.S.) 28, 653-78.

Taylor, A.C y Landázuri, C. (1994). Conquista de la region Jivaro Quito, Ecuador: IFEA.

Taylor, A. C. (1996). The soul's body and its states: an Amazonian perspective on the nature of being human. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 201-215.

Taylor, A. C. (2007). Sick of History: Contrasting Regimes of Historicity in the Upper Amazon. En: *Time and Memory in Indigenous Amazonia: Anthropological Perspectives..* Carlos Fausto and Michael Heckenberger, editors. Gainesville: University Press of Florida, 133-168.

Taylor, A. C. (2014). Healing translations: Moving between worlds in Achuar shamanism. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 4(2), 95-118.

Tedlock, D., y Mannheim, B. (Eds.). (1995). *The dialogic*

emergence of culture. University of Illinois Press.

Teixeira, C. C. (2010). Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?, *Anuário Antropológico*, 99-128.

Teixeira, C. C. (2013). A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista De Antropologia*, 55(2).

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

Teixeira, C. C. y Dias da Silva (2019). Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 16.

Viveiros de Castro, E. (2002). El nativo relativo. *Mana*, 8 (1), 113-148.

Viveiros de Castro, E. (2002b). A inconstância da alma salvação e outros ensaios de antropologia. São Paulo: Cosac & Naify.

Whitehead, N. y Wright, R. (2004). *In Darkness and Secrecy*. Duke University Press.

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

Zent, S. (1993). Donde no hay médico: las consecuencias culturales y demográficas de la distribución desigual de los servicios médicos modernos entre los Piaroa. *Antropológica*, 79, 43-84.

Zent, S. y Estrella, E. (eds.). (1993) Discriminación cultural de la biomedicina occidental y extinción cultural entre los indígenas Piaroa, Estado Amazonas, Venezuela. *En Salud y población indígena de la amazonía. Memorias del I simposio de salud y población*

indígena de la amazonía, 227-242.

Zent, S. y Freire, G. (2011). La economía política de la salud: la enfermedad y la cura entre los piaroa. *Perspectivas en salud*, 327-383.

Zent, E. y Zent, S. (2011). Ser y volverse jodí: La construcción del yo, el cuerpo y la persona a través de las prácticas curativas indígenas. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (1.a ed., pp. 191-226). Ediciones Abya-Yala.

2 – Consideraciones sobre el campo de la salud indígena en Brasil a partir de algunos estudios pioneros⁸

*Nádia Heusi Silveira*⁹

Traducción: *Juana Valentina Nieto Moreno*

El campo de los estudios de salud indígena en Brasil se consolidó, sin duda, a partir de los cambios históricos resultantes de la apertura democrática posterior a la dictadura, que culminó con la aprobación de la actual Constitución brasileña. Para los pueblos indígenas, la Constitución de 1988 fue un hito importante, ya que reconoció relevantes reivindicaciones del movimiento indígena y les garantizó el estatus de ciudadanos plenos, con derechos diferenciados. Fue un momento importante en la historia de Brasil, también en lo que respecta al establecimiento de nuevas bases para la política nacional de salud. En el ámbito de la reforma sanitaria, los principios de universalidad, integralidad y equidad en el acceso a los servicios públicos de salud, regulados en la Constitución, junto con la caída del dispositivo de tutela para los indígenas, proporcionaron las condiciones para la creación de un Subsistema de Atención a la Salud Indígena como parte del Sistema Único de Salud (SUS) en 1999. Desde entonces, se ha estructurado una red de atención básica en tierras indígenas¹⁰, cuyo modelo de ges-

8 Este capítulo es una versión de: Silveira, Nádia Heusi. *Considerações sobre saúde indígena no Brasil a partir de alguns estudos antropológicos fundadores*. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, Belém, v. 17, n. 1, 2022. Texto republicado con la autorización de la autora y del editor de la revista. Agradecemos al *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* por la autorización.

9 Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural – INCT-IBP.

10 Otra diferencia en relación al SUS es la propuesta de prestar un tipo de atención diferenciada, articulada a las prácticas locales de salud. Para más

ción federalizado, organizado en distritos sanitarios, difiere de los servicios urbanos que tienen una gestión municipalizada. Estos Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI) corresponden a la distribución territorial, así como a las particularidades socioculturales, demográficas y epidemiológicas de los más de trescientos pueblos indígenas que viven en el país, y no siguen las divisiones geopolíticas de los municipios y estados brasileños.

La implementación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena fue impulsada por debates públicos¹¹, en instancias de participación política, sobre los diversos problemas de salud que afectaban (y afectan) a las poblaciones indígenas, resultantes principalmente del contacto con la sociedad nacional. Hasta ese momento, la atención a la salud de las poblaciones indígenas era guiada por un modelo vertical, limitado a campañas y acciones específicas y regionalizadas, orientadas inclusive, por la necesidad de evitar que las enfermedades epidémicas que afectaban a los indígenas se propagaran entre la población regional (Hochman y Silva, 2014; Arouca y Lima, 2014).

Una grave epidemia de malaria proveniente de la minería ilegal en el territorio yanomami, a fines de la década de 1990 (Garnelo, 2014; Ramos, 1993), movilizó la atención y los esfuerzos del movimiento indígena, así como de académicos y agentes vinculados a ONG, al gobierno, a instituciones religiosas, entre otros, para garantizar los derechos civiles de los yanomami. Además del alto número de muertes entre la población yanomami, la invasión y destrucción de la selva amazónica generó fuertes presiones y denuncias internacionales que llevaron a la homologación de la Tierra Indígena Yanomami en 1991, así como a la creación del Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami. De este modo,

detalles sobre la política de atención a la salud indígena ver, entre otros, Garnelo (2014), Buchillet (2007) y Langdon (2004).

- 11 El evento más importante fue la 1a Conferencia Nacional de Salud del Indio, ocurrida en 1986 como resultado de la 8a Conferencia Nacional de Salud, en la que se establecieron las bases para el actual modelo de atención a la salud de los pueblos indígenas (Buchillet, 2007; Teixeira & Dias da Silva, 2013; Pontes et al., 2019).

este distrito de salud se implementó incluso antes de la creación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena.

Asimismo, en el Parque Indígena Xingu ya existía un proyecto de salud con un modelo más adecuado a las necesidades locales. Dado que los indígenas que vivían en esa zona morían de infecciones simples y no tenían acceso a los servicios de salud, pocos años después de la creación del parque, en 1965, se estableció un programa de cooperación con la Escuela Paulista de Medicina. Esta fue la primera propuesta de atención a los pueblos indígenas, orientada a la atención integral y continuada de la salud, teniendo como objetivo la prevención de enfermedades y la articulación de las prácticas médicas con las prácticas terapéuticas indígenas. Esta iniciativa en el Xingu es representativa de la forma en que se entrelazan las acciones salud y la investigación en el campo de la salud indígena en Brasil (Baruzzi y Junqueira, 2005; Mendonça et al., 2019).

Cabe resaltar que el proceso de elaboración de los lineamientos de la política de salud indígena, en el influjo del movimiento indígena, del movimiento de reforma sanitaria y del indigenismo, se constituyó con la participación de académicos de diferentes áreas de la salud y de las ciencias sociales. En la historia de la implementación de esta política pública, una característica recurrente ha sido que las intervenciones en salud han contado con la colaboración directa o indirecta de antropólogos (Langdon, 2004). Por otra parte, se debe tener en cuenta que una característica de la antropología es que los cambios históricos y sociales generan nuevos objetos de investigación. Esto explica, en parte, el interés antropológico en ese tema.

Si el aumento significativo en el volumen de publicaciones sobre salud indígena desde la década de 2000 evidencia que se trata de un campo de estudios interdisciplinario, como lo identifican Kabad et al. (2020) y Teixeira y Dias da Silva (2013), se puede considerar que la salud indígena tiene una densidad temática en la antropología brasileña. Y este es el punto a ser explorado en este texto. Mi argumento es que la problemática de los estudios antropológicos en este tema ha sido orientada por el diálogo con

los aportes teóricos de la etnología indígena que se desarrolló en Brasil.

Un hecho fundamental para que esto sucediera fue el surgimiento de nuevas categorías conceptuales a partir de las etnografías desarrolladas en las tierras bajas de América del Sur, especialmente en las décadas de 1970 y 1980, como ya lo señaló Langdon (2014). La producción etnográfica en expansión condujo al cuestionamiento de los modelos teóricos africanistas, de tradición británica, que eran hasta entonces aplicados a los amerindios; lo que dio lugar a reformulaciones en las que el lenguaje simbólico del cuerpo y la noción de persona se tornaron centrales para comprender sus modos de vivir (Seeger et al., 1979).

Sin embargo, destaco que no existe un enfoque teórico predominante en el campo de los estudios de salud indígena, como lo muestran Teixeira y Dias da Silva (2013)¹². Por el contrario, la interrelación de investigaciones realizadas a partir de distintas áreas de la salud con diversos enfoques de las ciencias sociales y humanas, entre otras, ha producido varios matices de análisis. Esto se relaciona con el hecho de que la implementación del Subsistema de Salud Indígena en el SUS ha favorecido la consolidación de esta línea de investigación en Brasil.

Sin pretender hacer una revisión exhaustiva de la producción académica sobre salud indígena, o de las diversas inserciones teóricas y metodológicas de este campo en la antropología, ni de sus desarrollos temáticos recientes, se resalta que “enfermedad del blanco” surge como un hecho etnográfico que estimuló la aproximación de los aportes teóricos de la etnología en la salud indígena. Desde esta perspectiva, los análisis relativos a las concepciones indígenas sobre la salud y la enfermedad, el cuidado del cuerpo, las prácticas y saberes terapéuticos, la medicina tradicional, la atención a la salud de las poblaciones indígenas, por ejemplo, pue-

12 Las autoras destacan la existencia de dos enfoques no excluyentes de los estudios: aquellos más enfocados en las dinámicas de las prácticas del Estado, es decir, en la dimensión política de la salud indígena y aquellos más cercanos a la etnología, orientados a los procesos de la enfermedad y las prácticas terapéuticas indígenas.

den ser considerados tributarios de las investigaciones etnográficas producidas sobre los pueblos indígenas en Brasil.

Uno de los marcos para pensar la salud indígena como tema antropológico fue la realización del encuentro Medicinas Tradicionales y Política de Salud en la Amazonia, en 1989, en el Museo Paraense Emílio Goeldi, cuando recién estaba en vigor la actual Constitución Federal. En el encuentro se presentaron investigaciones sobre medicinas tradicionales y etnobotánica. Allí se discutieron las premisas de un nuevo modelo de atención a la salud teniendo en cuenta las propuestas defendidas por el movimiento de la reforma sanitaria, inspiradas en la Declaración de Alma Ata¹³, y las características geográficas y demográficas de la región amazónica. Dos años más tarde, estos trabajos fueron publicados en una colección organizada por Dominique Buchillet, que sigue siendo una referencia indispensable sobre la salud indígena en Brasil (Buchillet, 1991a).

En las primeras publicaciones sobre prácticas indígenas de cuidados a la salud en contextos de pluralismo médico, la categoría “enfermedad del blanco” aparece frecuentemente incorporada al lenguaje de varios pueblos que fueron víctimas de epidemias por el contacto interétnico (Buchillet, 1988; Gallois, 1991; Morgado, 1994; Athias, 1998; Wiik, 2001). Darcy Ribeiro (1993), en un artículo publicado originalmente en la década de 1950¹⁴, considerado seminal en este campo (Teixeira y Dias da Silva, 2013), comenta datos sobre epidemias ocurridas entre varios pueblos indígenas, especialmente gripa y sarampión. Él muestra que las enfermedades derivadas del contacto interétnico producen alteraciones demográficas con profundos impactos en la vida social, provocando una especie de efecto dominó que colectiviza e intensifica la morbili-

13 En esta reunión, promovida por la Organización de las Naciones Unidas, en 1978, se estableció la necesidad de organizar los servicios sanitarios desde la atención primaria para garantizar la salud de todos los pueblos. Entre las directrices aprobadas está el enfoque comunitario representado en la figura del agente de salud.

14 El contenido de este artículo fue republicado como dos partes, “Convívio e Contaminação” y “Efeitos Dissociativos da Depopulação” en uno de los capítulos del libro *Os Índios e a Civilização*.

dad de las epidemias. En este texto, Ribeiro menciona relatos de algunos indígenas sobre las enfermedades causadas por los blancos y que solo podrían curarse con medicina de los blancos, de acuerdo con sus observaciones de que las epidemias eran mucho menos letales entre los blancos.

La preocupación por las categorizaciones autóctonas de la enfermedad fue muy explorada en los estudios de etnomedicina clásica, a fin de comprender la lógica involucrada en los procesos terapéuticos, en un período en el que el paradigma evolutivo era dominante. A inicios del siglo XX, las prácticas terapéuticas indígenas fueron tomadas como expresión del pensamiento primitivo, siendo discutidas en términos de las diferencias entre magia, religión y ciencia (Langdon, 2014 y Martínez Hernaéz, 2008). En este enfoque, inaugurado por Rivers, se estableció la dicotomía entre el pensamiento empírico-racional y el pensamiento mágico-religioso, partiendo de la premisa de que las enfermedades son eventos naturales y, por tanto, cualquier tratamiento de salud bajo el escrutinio antropológico debe entenderse en términos de su eficacia objetiva. En estos estudios, que buscaban identificar elementos racionales difundidos en las culturas primitivas, la ciencia médica sirvió como parámetro para analizar las etnomedicinas. Desde este punto de vista analítico, las terapias mágico-religiosas se referían a las etiologías de enfermedades con explicaciones sobrenaturales y las terapias empírico-racionales eran aquellas que se aproximaban a la racionalidad científica en el reconocimiento de síntomas físicos.

Los debates en torno a la eficacia de las prácticas etnomédicas evidenciaron un sesgo interpretativo limitante para comprender lo que sucede desde las perspectivas indígenas. Actualmente, el abordaje antropológico de los procesos de enfermedad se basa en los supuestos de que un trastorno físico se refiere a la composición de fuerzas sociales de las que el enfermo forma parte, y de que la eficacia terapéutica tiene que ver con el orden político, más que con el orden biológico (Augé, 1984).

En los trabajos publicados sobre salud indígena en la década de 1990, cuando se debatía un modelo de atención a la salud de las poblaciones indígenas en el contexto de la reforma sanitaria,

las “enfermedades del blanco” aparecían como datos etnográficos con potencial para legitimar el poder de los blancos en espacios y relaciones asistenciales, tendiendo a cosificar la dicotomía establecida por los estudios de la etnomedicina. Los antropólogos que se posicionaron en los debates no ignoraban los efectos que sus interpretaciones podían tener sobre los dilemas inherentes a la oferta de servicios de salud a las poblaciones indígenas.

El panorama teórico de la antropología de esa época favoreció el cambio de enfoque de las nosologías indígenas para la corporalidad, poniendo en primer plano las concepciones y conocimientos indígenas sobre los cuidados de la salud. Además, en la antropología de la salud, desde los años ochenta, las prácticas médicas se han convertido en objeto de observación etnográfica, cuando el conocimiento científico pasó a ser tomado como un modo de conocimiento cultural, al igual que otros conocimientos tradicionales y populares sobre la salud y la enfermedad (Langdon et al., 2012; Lock, 2012; Martínez Hernández, 2008). Las críticas feministas y poscoloniales a las prácticas de producción de conocimiento en las ciencias sociales también se han sumado al cuestionamiento de las verdades y la objetividad de las ciencias. En este contexto, se estableció una de las vertientes fuertes de la salud indígena en Brasil.

Contribuciones de la antropología brasilera

Las investigaciones etnográficas iniciada en Brasil en la década de 1960, asociada al Proyecto Harvard - Brasil Central¹⁵, destacaron aspectos simbólicos de la corporalidad amerindia que hasta entonces habían sido conceptualmente subvalorados. Estas investigaciones, realizadas entre diferentes pueblos de la familia lingüística jê, relacionando mitos, rituales y organización social, fueron motivadas por debates teóricos sobre el dualismo jê (Laraia, 1987; Seeger, 1981). Estas etnografías mostraron que las teorías indígenas sobre el cuerpo involucran la manipulación de atributos personales, materiales e inmateriales, que equivalen a la producción de

15 Hay importantes desarrollos de estas investigaciones en los estudios de parentesco en la etnología que están fuera del objetivo de este artículo (ver Coelho de Souza, 2004).

familiaridad o distanciamiento en el campo del parentesco. Una de las contribuciones centrales de estas investigaciones a la etnología regional fue la noción panamerindia de sustancialidad como operador de identidad social y cosmológica.

Roberto DaMatta (1976) fue uno de los primeros en destacar, en su estudio sobre los apinayé, la existencia del “grupo de sustancia”, fundado en la idea de que, a partir del contacto y la mezcla de las secreciones corporales y los alimentos, en la vida cotidiana se desarrolla un proceso de identificación física entre una pareja y sus hijos, cuyo ejemplo más evidente son las prácticas de resguardo en torno al embarazo y el parto. Terence Turner (1980) desarrolló un análisis sobre la ornamentación corporal kayapó como un modo de socialización del cuerpo, que parte de la idea de consustancialidad. Para él, la constitución de una “piel social” a través de la ornamentación corporal implica no solo la manipulación de códigos estéticos compartidos para diferenciar a las personas por estatus social, sino también el control o canalización de las fuerzas corporales a través del efecto de las sustancias utilizadas en la decoración. Esta producción estética del cuerpo tiene como objetivo estimular las capacidades corporales valoradas entre los kayapó, vinculadas a la reproducción, el trabajo y la oratoria. En su investigación con los yawalapiti, Eduardo Viveiros de Castro (1979) enfatiza la noción de fabricación corporal en los períodos de reclusión. La idea de que el cuerpo humano necesita ser sometido a procesos periódicos de intervención, relacionados con cambios de posición social a lo largo de la vida, se asocia estructuralmente a las explicaciones míticas de los procesos metamórficos, las narraciones en las que los humanos se transforman en animales o espíritus. Este “hacer cuerpo” como producción ordenada e intencional de transformaciones a partir de sustancias como alimentos, tabaco, eméticos, pinturas vegetales, etc., además de fluidos corporales, articula los planos corporales, sociales y cosmológicos.

Estos son algunos de los conceptos que afirman la noción amerindia de que el cuerpo no se desarrolla naturalmente (McCallum, 1998). Por el contrario, una fisicalidad propiamente humana se mantiene a través de intervenciones y relaciones adecuadas, con base en la idea de que los intercambios de sustancias que se

dan entre los seres humanos y con los demás seres que pueblan el mundo deben ser controlados continuamente.

La categoría enfermedad del blanco

Las enfermedades del blanco permanecen en los discursos indígenas hasta el día de hoy. Se utilizan, sobre todo, como un dispositivo para articularse políticamente frente a las condiciones de vida resultantes de los cambios ecológicos, económicos y sociales, que exigen acceso a nuevos recursos y tecnologías de cuidados a la salud. Sin embargo, en las etnografías más recientes sobre la salud indígena son raras las problematizaciones en este sentido. La idea de que el uso de la expresión enfermedad del blanco por parte de los indígenas sea un indicio de adhesión a la validez empírica y lógica del conocimiento biomédico fue completamente refutada por el enfoque antropológico. Este dato corrobora, en cierto sentido, el argumento de que los estudios sobre salud entran en la línea de las perspectivas teóricas que orientan la investigación antropológica en general, sin centrarse en cuestiones que surgen de la biomedicina como práctica legitimada por el conocimiento científico.

A pesar de la especificidad de la salud indígena —de ser un campo de estudio temático e interdisciplinario, a tono con las políticas de Estado, las políticas indígenas y la investigación participativa—, como se señaló antes, no es posible definirla como un linaje de los estudios de etnomedicina simplemente por la afinidad temática. Los artículos mencionados a continuación ilustran estos argumentos.

A partir de su investigación etnográfica, Gallois (1991) analiza críticamente la categoría de enfermedad del blanco, mostrando que la interpretación de la enfermedad entre los wajápi se guía por la lógica social y no por un modelo etiológico fijo. Esta lógica abarca un amplio modo de relaciones entre los seres humanos y no humanos, en el que todos estos seres del cosmos comparten sustancias que contienen fuerzas chamánicas (paie). Un caso de enfermedad grave, al igual que otras adversidades, se piensa en términos de relaciones inadecuadas que pueden darse en el plano social,

ecológico o cosmológico. Un acercamiento entre una persona wajápi y entidades como espectros, dueños o enemigos, por ejemplo, corresponde a un desequilibrio en estas fuerzas, que puede desencadenar una agresión chamánica que necesita ser reparada. Así, en principio, cualquier enfermedad puede resultar de la agresión de los ajá, seres espirituales que afectan al cuerpo wajápi introduciendo objetos o vaciando sus partes. Esta es la clave interpretativa que lleva a la evaluación de un conjunto de causas probables de la enfermedad individual. El diagnóstico es siempre contextualizado y colectivo, para determinar el origen de la agresión corporal en el ámbito social, a la vez que orienta el tratamiento.

Desde su material sobre las terapias chamánicas wajápi, Gallois (ibid.) cuestiona el uso que los profesionales de la salud y otros agentes hacen del reconocimiento de las enfermedades del blanco para justificar sus intervenciones más drásticas. Ella muestra que esta expresión no debe ser entendida como una ruptura en el esquema etiológico wajápi, sino que indica una apertura y una postura política frente a los blancos. Argumenta que la enfermedad del blanco no puede ser considerada una categoría nosológica, ya que los blancos no tienen acceso al depósito de fuerza chamánica al que se atribuyen las agresiones que explican los desórdenes corporales. Esta expresión indica el reconocimiento de que las terapias de los blancos son efectivas para ciertas enfermedades. Como bien plantea Buchillet (1991b), la biomedicina es un recurso disponible y accedido por su resultado pragmático, su valor es reconocido por actuar en el registro de los efectos y no de las causas. Para Gallois (1991), el uso de la expresión enfermedad del blanco, enmarcada en una dinámica de variaciones diagnósticas orientadas al reequilibrio de las relaciones comunitarias, es una estrategia utilizada por los wajápi para controlar los efectos de la presencia ambigua de los blancos en su territorio.

Este aspecto de las negociaciones implicadas en la interpretación variable y contextual de los procesos de la enfermedad es central para entender de qué modo los diversos recursos terapéuticos disponibles son combinados, en la búsqueda de la solución, durante el tratamiento. Langdon (1994) explora en profundidad un episodio de enfermedad que le sucedió a una mujer siona, mos-

trando que la búsqueda por terapias de medicina popular o medicamentos no implica cambios en sus concepciones etiológicas, sino que indica una experiencia social que se relaciona a los efectos terapéuticos constatados en síntomas corporales. En casos severos de enfermedad, lo que se considera fundamental es el tratamiento chamánico, aunque se usen varios recursos simultáneamente. Los motivos considerados como determinantes para producir un estado de enfermedad grave están arraigados en concepciones cosmológicas sobre las relaciones que involucran a los *siona*, al ambiente físico y a otros seres que habitan el mundo. Así, a partir de su cosmología, se encadenan relatos contradictorios sobre las causas de la enfermedad y la muerte. Lo que no quiere decir que las negociaciones den sentido y los conflictos acaben convergiendo en una única explicación. En el caso de esta mujer, incluso después de su muerte, permanecieron entre los *siona* dos versiones de lo que le había sucedido.

Las escuelas terapéuticas entre los indígenas no siguen simplemente una especie de racionalidad médica incipiente, como podría implicar el énfasis en las categorías de las enfermedades, sino que están guiadas por contingencias, disputas sobre el significado y experimentaciones. Pensar solo en términos de clasificaciones tiende a encaminar la comprensión de las concepciones indígenas sobre la salud a las premisas evolucionistas y funcionalistas que orientaron los primeros estudios sobre las medicinas indígenas y equivale a desconocer sus teorías sobre la naturaleza del ser humano.

Morgado (1994), al tratar la relación de los *wayana-aparai* con la medicina occidental, cuestiona esta herencia teórica desde su material etnográfico, al igual que Gallois (1991) y Langdon (1994), apuntando a un pluralismo terapéutico, más que pluralismo médico. Si bien los *wayana-aparai* se refieren a las enfermedades del blanco, los saberes y prácticas de cuidado adquiridos de los *caboclos*, los misioneros, los agentes de la FUNAI (Fundación Nacional del Indio) —institución gubernamental federal responsable de las políticas indigenistas—, entre otros, son accionados en función de su percepción de ciclos de venganza que son, al mismo tiempo, subjetivos y sociales. Asimismo, para los *wajápi* (Gallois, 1991) son las agresiones chamánicas las que, en última instancia,

explican los casos de enfermedad entre los wayana, de modo que la cura corporal restaura no solo la salud, sino el orden cosmológico. En este sentido, solo opera la medicina wayana-*aparai*.

Sumado a lo anterior, Morgado (*ibid.*) destaca que la incorporación de recursos biomédicos no solo se da como resultado de los efectos positivos observados en los casos de enfermedad, sino que se inserta en el marco de las relaciones más amplias con los blancos. Hay una historia de contacto interétnico en juego, así como intereses contextuales en mantener alianzas con ciertos segmentos de la sociedad envolvente, que se traducen en la aceptación de los recursos de la biomedicina.

En el período en que estas antropólogas realizaron sus investigaciones, los refinamientos teóricos logrados a partir de conceptos resultantes de materiales etnográficos que estaban siendo producidos sobre los pueblos indígenas, sumado a los avances en los conocimientos arqueológicos, históricos y ecológicos, permitieron redimensionar las relaciones sociedad-naturaleza en la organización social (Viveiros de Castro, 1996). Las contribuciones del estructuralismo y la antropología simbólica a la etnología (Seeger et al., 1979; Durham, 1982; Taylor, 1984) evidenciaron procesos de intercambio simbólico que atraviesan los planos corporal, sociopolítico, cosmológico y ontológico. Albert (1992) denomina filosofías socio-ontológicas a este modo de aprehender la realidad en la que todas las relaciones se basan en términos de identidad y alteridad, proximidad y distancia social. Este modo de conocer el mundo, por donde transitan diferentes seres, fuerzas, poderes y espíritus, hace también inteligible la realidad vivida, pues contiene los principios explicativos de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Teniendo en cuenta las concepciones cosmológicas que dan sentido a los procesos de enfermedad y que organizan el espacio social, Albert (*ibid.*) argumenta que, entre los yanomami, el modelo etiológico para las enfermedades del blanco varió a lo largo del tiempo como un mecanismo de resistencia cultural frente a la historia de contacto. Las epidemias desconocidas, la aparición de los blancos en su territorio y la adquisición de objetos manufacturados fueron asociadas, en las narrativas yanomamis, a nuevas versiones etiológicas de enfermedades. Para los yanoma-

mi, las categorías de enfermedad/agresión se diferencian según la distancia social entre los grupos locales, que varían desde alianzas hasta enemistades. Generalmente, la distancia social equivale al distanciamiento geográfico entre las malocas. Así, cuanto menor sea la identidad entre víctima y agresor, mayor será el grado de alteridad y enemistad, haciendo más intensos los poderes patogénicos y la gravedad de la enfermedad. La misma lógica de alteridad que organiza el espacio social multicomunitario explica las enfermedades. En el caso de las enfermedades del blanco, las explicaciones se fueron estructurando a lo largo del tiempo de acuerdo a este modelo de alteridad caníbal, según el tipo de relación y la posición atribuida a los blancos en el espacio social yanomami. Si en los primeros contactos los efectos patógenos de las epidemias se atribuían al olor/humo de las herramientas de metal, después surgieron nuevas clases de espíritus caníbales ligados a las casas y cosas de los blancos.

Buchillet (1988) también muestra que, entre los desana, las teorías etiológicas no conducen a clasificaciones dicotómicas, aunque se refieran a las enfermedades del blanco. Cruzando datos históricos, epidemiológicos, ecológicos y antropológicos sobre sarampión, viruela, gripa y malaria, ella muestra que esta categorización se fundamenta en la observación cuidadosa de las manifestaciones de estas enfermedades. Hay ciertas características propias de este tipo de enfermedades, como el hecho de que son altamente contagiosas y de que afectan de forma selectiva a los pueblos indígenas, mientras que los blancos aparentemente se mantienen inmunes a las epidemias. Una larga experiencia social de los desana con enfermedades derivadas de la colonización y la cristianización hizo posible que la malaria, a diferencia de otras enfermedades, fuera pensada como resultado de la hechicería chamánica. Buchillet (ibid.) describe algunos aspectos que llevaron a este significado, como la fiebre intermitente de la malaria, que se asocia al efecto de la intoxicación por curare, ya que ambos producen un estado de apatía. También el hecho de que algunos brotes ocurrieron en un período en que se destruyeron grandes piedras de las cascadas para facilitar la navegación fluvial, siendo que estas son un elemento central de la cosmografía y agencia chamánica desana.

Estos antropólogos, involucrados en mayor o menor medida con propuestas e iniciativas para minimizar el proceso de vulnerabilización de la salud de los pueblos indígenas asociado a la colonización, exploraron etiologías y terapias indígenas, quizá para recolocar el problema en una nueva clave de entendimiento. Vale la pena mencionar que en Brasil, al igual que en Perú (Greene, 1998), desde la época de las reducciones jesuitas en el período colonial, la expansión de las prácticas biomédicas en las comunidades indígenas permanece ligada a la lógica de desarrollo y de la integración de estos pueblos a la civilización. Así, al traer para el debate las enfermedades del blanco, estos trabajos abrieron el camino para retirar el foco de los análisis de las clasificaciones indígenas de la enfermedad, cuyo supuesto implícito trata de una epistemología basada en fundamentos mágicos, fijada en la tradición, siendo, según Ackerknecht (1971), un modo de racionalidad impermeable a la experiencia del mundo natural.

Las etnografías sobre los pueblos indígenas destacaron una concepción del ser humano ligada a procesos de transformación que conectan diferentes planos del universo. Esta concepción no puede ser abordada desde una dicotomía que sitúa los cuerpos en el polo de la naturaleza y los espíritus en el polo de la cultura. Más que prácticas médicas, los estudios explorados aquí abordaron las diferencias ancladas en el carácter transformativo y relacional de la persona, que remiten a una forma específica de conocer el mundo que se manifiesta en el chamanismo.

¿Qué nos enseña la categoría de enfermedad del blanco sobre el pluralismo médico?

Al tejer comentarios sobre la producción de la antropología brasileña que marca un énfasis teórico en los estudios de la salud indígena, se buscó resaltar un cambio de paradigma que posiciona este campo de estudio, sin la inquietud de presentar sus más recientes aportes. La selección por las reflexiones sobre las enfermedades del blanco como hilo conductor no fue aleatoria, ya que la legitimación de las categorías nosológicas sigue repercutiendo embates en torno al valor otorgado a las prácticas y a los conocimientos indígenas y biomédicos en la atención a la salud de los pueblos

indígenas ofrecidas en el SUS.

Al explorar la salud indígena como una densificación temática en la antropología brasileña, la cual se estructura a partir de superposiciones e interacciones con otras áreas del conocimiento, principalmente el de la salud colectiva, el objetivo fue resaltar algunas particularidades. En cuanto al abordaje teórico-metodológico, los trabajos citados a lo largo del texto, entre otros pioneros, apuntan ejes que permanecen en investigaciones antropológicas actuales, orientados hacia la intersección entre la fabricación corporal, la noción de persona y la cosmología.

En este aspecto, hay consenso en tres ámbitos sobre la enfermedad y la cura. En primer lugar, que el uso de recursos terapéuticos plurales debe ser entendido e investigado de acuerdo con el sentido dado a la situación a ser enfrentada por el paciente y su grupo de parentesco. Como explican Gallois (1991), Langdon (1994), Morgado (1994), Buchillet (1991b), entre otros, los sanadores indígenas, como los pajés, no son requeridos para tratar todo tipo de enfermedades. A menudo, son los familiares quienes aplican tratamientos basados en conocimientos difundidos por generaciones, estos también evalúan los efectos de todo el conjunto de recursos terapéuticos utilizados. Los arreglos son numerosos, dependiendo de las circunstancias, el juego político local y las opciones terapéuticas predominantes.

En segundo lugar, se tiene en cuenta el carácter relacional intrínseco a los procesos de la enfermedad, que involucra tanto las relaciones entre personas como entre seres humanos y no humanos (Barcelos Neto, 2006; Garnelo y Buchillet, 2006; Greene, 1998; Vanzolini, 2013). Así, la dimensión política (o cosmopolítica) es central para abordar las concepciones amerindias de salud y enfermedad. Teniendo en cuenta que la biomedicina es hegemónica en el contexto brasileño, los estudios sobre políticas de salud deben considerar las zonas de disputas de poder involucradas en polarizaciones epistémicas, como es el caso de la oposición entre medicina occidental versus medicinas tradicionales, donde las categorizaciones utilizadas por los profesionales de la salud son ratificadas en la esfera de los servicios de salud como naturales y, por lo tanto, más reales que las de los enfermos (Taussig, 1980).

Y, en tercer lugar, que, para entender el significado de las terapias adoptadas, es necesario seguir los acontecimientos en el tiempo. Ya sea para describir procesos singulares de enfermedad y cómo operan las relaciones de sustancia, o para percibir la historicidad que denota experiencias colectivas respecto a la dinámica de ciertas morbilidades, así como la experimentación e improvisación en técnicas terapéuticas planteadas como respuesta social. Como nos muestran los estudios sobre chamanismo, en las terapias indígenas, la curación está guiada por conocimientos caracterizados fundamentalmente por su apertura a las contingencias del presente, incluyendo los diversos recursos y conocimientos terapéuticos ajenos que son accesibles. Las cosmologías que se manifiestan en las formas terapéuticas indígenas y el cuidado del cuerpo ofrecen un espacio para la creatividad, la experimentación y, sobre todo, expresan un modo de resistencia a la historia colonial (Chaumeil, 2012; Langdon, 2016; Saez, 2018).

Por otra parte, al desentrañar la categoría de enfermedad de los blancos de la polarización lineal inaugurada por los estudios de etnomedicina, Gallois (1991), Langdon (1994), Morgado (1994), Albert (1992) y Buchillet (1988) no dejan de situar los procesos históricos genocidas, concomitantes a la aparición de epidemias, que han afectado a los grupos indígenas con los que trabajaron. Y esta historia nos sitúa ante un hecho no exclusivo de Brasil: la clara desigualdad imputada a los indios en las sociedades latinoamericanas (Silveira, 2017). Dicha desigualdad pasa por la herencia colonial compartida y actualizada en forma de usurpación territorial, exposición a la violencia, discriminación, invisibilización social, subordinación política, entre otras. Este hecho no es menos relevante en la constitución de lo que llamamos salud indígena. Es plausible que haya contribuido a que este sea un campo de estudios marcado por una ética de la responsabilidad respecto a la producción de conocimiento en relación con los sujetos investigados (Albert, 1997).

Desde la década de 1970, los antropólogos que trabajan con pueblos indígenas han sumado, con frecuencia, la acción política a su trabajo académico, aunque esto no siempre haya aparecido explícitamente en sus etnografías (Durham, 1982; Melatti, 1984). Estas iniciativas comprometidas, precursoras de la redemocratiza-

ción del país, buscaban estimular la participación de los indígenas en las pugnas vinculadas a su supervivencia, relacionadas sobre todo con la expansión de los proyectos de desarrollo nacional en los territorios indígenas. Cuando la política sanitaria entró en el debate, ya se había formado un movimiento indígena, representado entonces por la Unión de Naciones Indígenas (UNI). En este accionar, los pueblos indígenas se articularon con el movimiento de la reforma sanitaria para proponer un modelo de atención a la salud basado en el reconocimiento de sus derechos civiles (Pontes et al., 2019). Así, las condiciones dadas en este campo de estudios, desde el principio, exigieron un posicionamiento de los antropólogos en el horizonte de las elaboraciones de una problemática con raíces sociales e históricas.

También es necesario considerar que la salud indígena es un tipo de antropología hecha en casa, por investigadores brasileños o que viven en Brasil, y también, por ello, críticamente posicionada. Destacar la dimensión social de la salud en este campo de estudio es, en cierta medida, prestar atención al carácter político o participativo del trabajo etnográfico. Al abordar las enfermedades de los blancos, los antropólogos contribuyeron en la producción de conocimientos sobre la salud indígena con este atributo de la etnología, que consiste en considerar, en la producción de conocimientos sobre la salud indígena, cuestiones de orden político relacionadas con los efectos del proceso colonial en la vida de estos pueblos.

Bibliografía

ACKERKNECHT, Erwin. Diagnostico y tratamientos naturales y sobrenaturales. In: Medicina y Antropología Social. Madrid: Akal, 1971. p. 139-166.

ALBERT, Bruce. A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami. Anuário Antropológico 89, p. 151-188, 1992.

ALBERT, Bruce. 'Ethnographic Situation' and Ethnic Movements: Notes on post-Malinowskian fieldwork. Critique of

Anthropology, v. 17, n. 1, p. 53-65, 1997.

AROUCA, Carolina; LIMA, Nísia T. Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (orgs) Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2014. p. 59-83.

ATHIAS, Renato. Doença e cura: sistema médico e representação entre os hupdê-maku da região do rio negro, amazonas. Horizontes Antropológicos, v. 4, n. 9, p. 237-261, 1998.

AUGÉ, Marc. 1984. Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme elementaire de l'évenement. In: Augé, Marc; Herzlich, Claudine (orgs). Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines. p. 35-91.

BAER, Hans A. Medical Pluralism. In: EMBER, Carol R.; EMBER, Melvin (eds) Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and illness in the world's cultures. v. 1. New York: Plenum P, 2003. p. 109-115.

BARCELOS NETO, Aristóteles. 'Doença de índio': o princípio patogênico da alteridade e os modos de transformação em uma cosmologia amazônica. Campos, v. 7, n. 1, p. 9-34, 2006.

BARUZZI, Roberto g.; JUNQUEIRA, Carmem (orgs) Parque Indígena do Xingu - Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

BUCHILLET, Dominique. Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2006). Quito: Abya-Yala, 2007.

BUCHILLET, Dominique (org) Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991a.

BUCHILLET, Dominique. A Antropologia da doença e os

sistemas oficiais de Saúde. In: BUCHILLET, Dominique (org) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991b. p. 21-44.

BUCHILLET, D. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Desana. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Série Antropologia*, Belém, v. 4, n. 1, p. 27-42, 1988.

CHAUMEIL, Jean-Pierre. Una manera de viver y de actuar en el mundo: estudios de chamanismo en la Amazonía. In: Degregori, Carlos Iván; Sendón, Pablo F.; Sandoval, Pablo (eds) *No hay país más diverso*. Compendio de Antropología peruana 2. Lima: IEP Instituto de Estudios Peruanos, 2012. p. 411-432.

COELHO DE SOUZA, Marcela. Parentes de sangue: incesto, substância e relação no pensamento timbira. *Mana*, v. 10, n. 1, p. 25-60, 2004.

DAMATTA, Roberto. Um mundo dividido. A estrutura social dos índios Apinayé. Petrópolis: Vozes, 1976.

DURHAM, Eunice. Os problemas atuais da pesquisa antropológica no Brasil (Antropologia Social e Cultural). *Revista de Antropologia* n. 25, p. 159-170, 1982.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J, GARNELO, L. (org) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, 2004.

GALLOIS, Dominique T. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: BUCHILLET, Dominique (org) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991. p. 175-205.

GARNELO, Luiza. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes po-

líticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (orgs) Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2014. p. 107-142.

GARNELO, Luiza; BUCHILLET, Dominique. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e Desana (tukano oriental) do Alto Rio Negro (brasil) Horizontes Antropológicos, v. 12, n. 26, p. 231-260, 2006.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.

HOCHMAN, Gilberto; SILVA, Renato da. Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (orgs) Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2014. p. 85-105.

KABAD, Juliana F; PONTES, Ana L. M.; MONTEIRO, Simone. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* v. 25, n. 5, p. 1653-1665, 2020.

LANGDON, Esther Jean. A performance da diversidade: o xamanismo como modo performático. *GIZ - Gesto, Imagem e Som*, v. 1, n. 1, p. 9-40, 2016.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva* v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon, Esther J.; GarneLO, Luiza. (orgs) Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

LANGDON, Esther J. Representações de doenças e itinerários terapêuticos dos Siona da Amazônia Colombiana. In: Santos, Ricardo V.; Coimbra Jr., Carlos E. A. (orgs) Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 115-142.

LANGDON, Esther Jean; FOLLÉR, Maj-Lis; MAULF, Sônia W. 2012. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico* v.37, n.1, p. 51-89, 2012.

LARAIÁ, Roque de B. Etnologia Indígena Brasileira - um Breve Levantamento. Série Antropologia, n.60. Brasília: UnB, 1987.

LOCK, Margaret. Antropologia Médica: Indicações para o Futuro. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (orgs) *Antropologia Médica : Ancoragens Locais, Desafios Globais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. Medicina, Ciencia y Creencia. Una Historia de la antropología médica. In: Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos, 2008.

MCCALLUM, Cecília. O corpo que sabe - da epistemologia kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam C. (orgs) Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, p. 215-245, 1998.

MELATTI, Julio Cezar. (1984) A antropologia no Brasil: um roteiro. *BIB*, 17, p. 123-211.

MENDONÇA, Sofia B. M.; RODRIGUES, Douglas; PEIREIRA, Pedro P. G. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad. Saúde Pública* v. 35, Sup 3:e00008119, 2019.

MORGADO, Paula. O Pluralismo Médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo* n. 4, p. 41-69, 1994.

PONTES, Ana Lucia M., MACHADO F.R.S., SANTOS, R.V., & GOMES DE BRITO, C.R. (2019) *Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena Saúde em Debate*, 43(8), p. 146-159, 2019.

RAMOS, Alcida. O papel político das epidemias: o caso Yanomami. Brasília: Série Antropologia 153, 1993.

RIBEIRO, Darcy. As compulsões Ecológicas e Bióticas. In: Os Índios e a Civilização - A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno. 6ed. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 263-316.

SAEZ, Oscar C. Xamanismos nas terras baixas: 1996-2016. *BIB*, n. 87, v. 3, p. 15-40, 2018.

SEEGER, Anthony. Sociedades Dialéticas. As Sociedades Jê e seus Antropólogos. *Anuário Antropológico* v. 5, n. 1, p. 305-312, 1981.

SEEGER, Anthony; DAMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. A Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. *Boletim do Museu Nacional, Série Antropologia*, n. 32, p. 2-19, 1979.

SILVEIRA, Nádia H. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. E. J. Langdon & M. Cardoso. Florianópolis, Editora da UFSC, 2015. 310 p. Resenha. *Estudos Ibero-Americanos*, v. 43, p. 135-138, 2017.

TAUSSIG, Michael. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine* v. 14B, p. 3-13, 1980.

TAYLOR, Anne-Marie. L'Americanisme tropical: une frontière fossile de l'Ethnologie? In: B. Rupp-Eisenreich. *Histoires de l'Anthropologie (XVIe - XXe siècles)*. Paris, Klincksieck, p. 213-233, 1984 [versão traduzida por Beatriz Perrone Moisés].

TEIXEIRA, Carla C.; DIAS DA SILVA, Cristina. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, v. 38, n. 1, p. 35-57, 2013.

TURNER, Terence. The Social Skin. *HAU: Journal of Ethnographic Theory* v. 2, n. 2, p. 86–504, 2012 [1980].

VANZOLINI, Marina. Ser e não ser gente: dinâmicas da feitiçaria no Alto Xingu. *Mana*, v. 19, n. 2, p. 341-370, 2013.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Images of nature and society in amazonian ethnology. *Annu. Rev. Anthropol.*, n. 25, p. 70-200, 1996.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional*, n. 32, p. 40-49, 1979.

WIJK, Flavio B. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklêng de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2001.

II – PROGRAMAS DE SALUD, ETNICIDAD Y LAS COSMOPOLÍTICAS DEL CUERPO Y LA PERSONA

3 - Plantas como gente (*aénts*) en el marco de la biomedicina: perspectivas desde la Amazonia Norte del Perú¹⁶

*Verónica Grigio*¹⁷

Introducción

A finales de 2015, comencé a recopilar datos en la Amazonia Norte del Perú para comprender la tendencia generalizada entre las poblaciones indígenas de tratar la carga viral del VIH/sida con preparados de plantas “mayores” (con espíritu protector o madre) en lugar de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) subvencionada por el Estado —como afirmaban una y otra vez mis interlocutores en la Red de Salud del Datem del Maraón—. A lo largo de los sucesivos catorce meses de mi trabajo de campo, mis interlocutores del grupo *aénts* chicham¹⁸ (el más afectado en

16 Una versión antecedente de este artículo se adjudicó el premio como mejor papel por el grupo de interés “Medicina Alternativa y Complementaria y Medicina Integrativa”, en la “Sociedad de Antropología Médica”, de la Asociación Americana de Antropología, en 2020. El trabajo de campo que informa este artículo fue posible gracias a la beca Joseph-Armand Bombardier, otorgada por el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá (SSHRC). Agradezco a mis supervisoras (Bianca Dahl, Holly Wardlow, y Shiho Satsuka) por sus comentarios, así como a Shireen Kashmeri por sus esenciales sugerencias y preguntas de sondeo. Agradezco la ayuda y amistad del lingüista Simon Overall en profundizar la semántica del idioma chicham. Un agradecimiento especial para el apoyo de CORPI SL, en Loreto (Perú), a Elaine Shajian Shawit (su actual vicepresidenta), por su impagable amistad y apoyo, así como a la familia Yacum-Telo, por nuestras conversaciones sobre el idioma chicham.

17 Universidad de Toronto.

18 La declaración para el cambio de nombre del conjunto lingüístico erró-

ese tiempo por este brote de enfermedad) describían estas plantas como “más fuertes” que los compuestos farmacológicos por estar “más cargadas espiritualmente”. Según ellos, prácticas rituales como el ayuno (la dieta) y los cantos tradicionales (*anent*) convertían las plantas de objeto a sujeto, o *aénts* (gente), y, de esta manera, ofrecían un poder curativo mayor de TARGA. Como emergió a lo largo de mi investigación, mis interlocutores consideraban el cambio ontológico de las plantas como capaz de curar enfermedades complejas que, como el VIH, cambian la fisiología del cuerpo humano. Esta perspectiva fue confirmada una y otra vez por los líderes que conocí a través de CORPI (Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas), la organización indígena con la cual colaboré, por los traductores oficiales de idiomas nativos que conocí en la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) de San Lorenzo, así como por los pobladores *aénts* chicham que conocí a lo largo del río Morona y en el distrito de Manseriche. En este artículo analizo la capacidad de las plantas de actuar como *aénts* en contextos clínicos como actores sociales invisibles cuya agencia (*agency*) es teóricamente avalada por la política de interculturalidad en Perú.

La perspectiva indígena sobre el VIH/sida no es el tema principal de este artículo. Tampoco este último se propone investigar el “TARGA vegetal” (como algunos enfermeros indígenas lo definían) dentro de un estrecho marco animista que cuestione “la pro-

neamente llamado “jíbaro”, deriva de una serie de resoluciones tomadas entre personalidades shuar y achuar e investigadores nacionales e internacionales en el Congreso “Yápankam. Las voces de la investigación en la Alta Amazonia”, que se desarrolló entre el 19 y el 21 de abril de 2018, en el espacio cubierto del pueblo de Sevilla Don Bosco, en el piedemonte amazónico del Ecuador. Los participantes shuar y achuar declararon que “jíbaro es un peyorativo nacido de las confrontaciones coloniales, que nunca hemos usado para identificar nuestros idiomas ni nuestras identidades colectivas”. Dirigida a “todos los investigadores, colectivos, misioneros y otros académicos del mundo”, la declaración yápankam plantea como principio la sustitución del término “jíbaro” por “*aénts* chicham”. <https://www.salsa-tipiti.org/news/Aénts-chicham>. Consultado el 23 de octubre de 2019. <https://journals.openedition.org/jsa/17370>. Consultado el 23 de octubre de 2019.

pensión de extender a varias entidades no humanas —animales, plantas, objetos, espíritus— la personalidad, agencia e intencionalidad que normalmente [los científicos] veríamos como características exclusivamente humanas” (Hughes-Jones, 2012, p. 12). Más bien, este trabajo examina las dinámicas y suposiciones que informan tanto el TARGA vegetal como el TARGA farmacéutico. El objetivo es exaltar el contexto sociopolítico y económico en el cual se desarrolla la experimentación con plantas de los vegetalistas indígenas y que inadvertidamente la ciencia legitima. Quizá a un etnógrafo de la Amazonia este trabajo pueda parecer como carente de datos etnográficos y/o no suficientemente en conversación con la etnografía pertinente. Esta decisión tiene dos razones. La primera es seguir implementando la línea de trabajos en antropología que quiere romper con la tradición colonial que ve la disciplina primariamente como una disciplina que explica un “otro” irremediablemente exótico a un público occidental (Asad, 1973). El segundo es la necesidad de seguir integrando en el análisis socio-cultural de los grupos amazónicos sea los factores que siguen por la mayor parte en segundo plano (como el papel de la tecnología) que los aspectos de superposición entre trabajos constructivistas y perspectivistas (Santos-Granero, 2012). Además, esta posición teórica se enriquece gracias al trabajo de investigadoras nativo-americanas como Audra Simpson y Kim TallBear, quienes incluyen entre su público también a los grupos indígenas¹⁹.

El enfoque de estas investigadoras es parecido a lo planteado por los estudiosos de ciencia y tecnología, los cuales quieren subrayar los aspectos culturales internos a la producción de conocimientos científicos²⁰. De forma más específica, su perspectiva recalca

19 Kim TallBear y Audra Simpson son, respectivamente, de los pueblos *isseton wahpeton oyate* y *kahnawake mohawk*.

20 Lo que la socióloga Knorr-Cetina llama “culturas epistémicas” (1999, 2007). Ver el trabajo de Harding (1991, 2008; Haraway, 1991; Jasanoﬀ, 2004). Este tipo de investigación dirigida a los grupos elitarios tiene origen en el trabajo de la antropóloga Laura Nader (1972 [1969]) y ha sido productivamente aplicada por investigadores como Latour (1987) y Traweek (1988) en los estudios de ciencia y tecnología (*science and technology studies*).

la consecuencias negativas de un silencio académico alrededor de “quien son poco estudiados pero influyentes” como los científicos porque “lo que ‘ellos’ piensan y hacen han siempre determinado cuantos problemas tienen” los pueblos indígenas (TallBear, 2013, p. 9). Por esta misma razón, este artículo emplea el “rechazo etnográfico” de Simpson (2007); es decir, el control ejercitado por el investigador sobre lo que considera apropiado compartir (p. 72), para amortiguar el riesgo de repercusiones negativas a causa del desbalance de poder entre observador y observado —como experimentado por el grupo yanomami (Ramos & Taylor, 1979; Albert, 1989; Borofsky et al., 2005; Kopenawa & Albert, 2010)—. Como observa Alcida Ramos (2012), “nuestros productos antropológicos pueden alcanzar a conectarse con el mundo real, y cuando eso pasa, las palabras que usamos están disponibles para quien las quiera” (p. 485). Por último, mi posicionamiento teórico quiere ofrecer un análisis de como la producción de conocimientos en las ciencias sigue enredada en lógicas coloniales para subrayar el papel racional-critico de los lazos afectivos entre pueblos amazónicos y plantas (como *aénts*) en contextos clínicos.

Un enfoque destinado a exaltar el aspecto cultural en prácticas que los científicos definen como imparciales sirve para incluir en el análisis factores que la ciencia despidе como sesgos, como la conciencia de las plantas y el apego afectivo entre especies. Como argumenta la filósofa de la ciencia Sandra Harding (1991), incluir los sesgos produce un relato más detallado y preciso del fenómeno bajo estudio —lo que garantiza maximizar la imparcialidad (p. 124)—. Argumento que esta posición teórica ayuda a explorar de manera más profunda el papel aparentemente subteorizado de “las plantas con madre” en contextos clínicos, donde destaca su papel de amortiguador social en situaciones de marginalización y escasez económica. Divido este artículo en tres secciones. Empiezo con una discusión de las características del encuentro intercultural y los obstáculos para su implementación usando la reciente epidemia de VIH/sida como ejemplo, o más bien el Decreto Supremo relacionado. Luego, comparo la materialización de entidades entre el conocimiento tradicional amazónico y las ciencias naturales para enfatizar como estas dos comparten más similitudes de lo que

revelan los discursos dominantes. Por último, examino el papel de las plantas con madre en el contexto más amplio de vulnerabilidad y precariedad en donde los pueblos amazónicos buscan reproducir sus sociedades. En suma, este trabajo quiere mostrar a quienes toman las decisiones que el apego (emocional y cognitivo) entre humanos y plantas ofrece un valor todavía inexplorado para las políticas sociales de salud.

La interculturalidad como “escucha activa”

Al empezar mi trabajo de campo, el personal de salud en San Lorenzo comentaba como inminente la implementación del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) para la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Esta estrategia nacional se enfoca mayormente en la epidemia de VIH/sida en grupos vulnerables, y se basa sobre el Decreto Supremo 035-2015-SA²¹. Este último reconoce en sus directrices la interculturalidad como el marco crítico para desarrollar servicios y programas de salud pensados “desde abajo”, por ejemplo, a partir de la cosmovisión indígena (como establecido por el Art. 25 del Convenio 169 de la OIT)²². Según la antropóloga Marinella Sclavi (2003), la verdadera interculturalidad se da cuando dos interlocutores están en modalidad de “escucha activa” (p. 30); es decir, logran decir que el otro tiene razón aun si presenta ideas diametralmente opuestas. Como la autora aclara, este es el primer paso para entender a un otro aparentemente exótico. Desde que este enfoque ayuda las personas a establecer puentes entre mundos, por esta razón representa el punto clave de la interculturalidad (p. 63). La autora define la escucha activa como poseedora de tres características

21 <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/anexo-del-ds-n-035-2015-saque-aprueba-el-plan-estrategic-anexo-ds-n-035-2015-sa-1302754->. Consultado el 26 de abril de 2022.

Ver también <http://b.versus.minsa.gob.pe/local/MINSA/3972.pdf>. Consultado el 26 de abril de 2022.

22 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf. Consultado el 26 de abril de 2022.

interconectadas: a) toda la información compartida tiene que ser tratada como correcta aun cuando genere conflicto con otras posiciones, b) los detalles marginales e irrelevantes tienen que ser puestos al centro de la conversación, y c) los participantes no tienen que apresurarse en llegar a una conclusión y, más bien, “ralentizar el razonamiento” (ibid.).

Remarcablemente, la última característica es una observación compartida también por los estudiosos de ciencia y tecnología, los cuales defienden la necesidad de un cambio en la producción de conocimientos en las ciencias para mejorar su imparcialidad (Latour, 1993; Stengers, 2000, 2018; Law, 2015; Whatmore, 2009). El objetivo de la escucha activa es entender (no justificar) el marco epistémico en el cual la otra persona actúa y piensa para encontrar aspectos comunes que actúen como “anclas” para facilitar la comunicación, y así pensar juntos soluciones a problemas complicados. Esta observación es relevante para los países latinoamericanos que, como Perú, imaginan que sus grupos étnicos internos colaboran a pesar de sus diferencias culturales y lingüísticas para crear una comunidad democrática que pueda, efectivamente, impulsar su desarrollo socioeconómico (García, 2005, pp. 3-5). Pero, contrariamente a lo establecido por el Decreto Supremo, la implementación del PEM para el control y prevención de las ITS no pareció seguir las indicaciones interculturales sugeridas.

En el reporte sobre el encuentro entre el Presidente de AIDSESP (Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana), Bernabé Impi y los representantes de MINSA (Ministerio de Salud), en el 2015, no se menciona la experimentación de los vegetarianos indígenas en tema de VIH/sida²³. Una opinión clara sobre la preferencia indígena para el TARGA vegetal fue presentada por el grupo de trabajo formado por la ONG Path Finder (que iba a supervisar las actividades de sensibilización sobre el VIH/sida en la provincia de Datem del Marañón) durante una reunión con los líderes indígenas de la organización CORPI. En dicha reunión, el doctor a cargo del equipo señaló que las plantas no curan

23 <http://www.aidesep.org.pe/noticias/aidesep-y-minsa-se-unen-para-prevenir-y-controlar-itsvih-sida-en-amazonas>. Consultado el 20 de febrero de 2018.

el VIH y lo único que logran es “choquear el cuerpo para que baje la carga viral, pero solo temporalmente”. Esta misma explicación, según el personal médico que trabajaba en la única clínica de VIH/sida e ITS de la provincia, era compartida con todos los pacientes indígenas que resultaban positivos a la prueba rápida de VIH —aún sin éxito, según ellos—. En suma, el personal de salud (local, nacional, e internacional) parecía determinado a romper el enlace entre pueblos indígenas y plantas-como-gente, lo que definían “una creencia”, con la esperanza de poder reorientar sus pacientes al racionamiento y a los dispositivos farmacológicos de la biomedicina.

Este escenario clásico, donde autoridades sanitarias proponen un enfoque biomédico estándar (sexo seguro y adherencia a TARGA) en programas de VIH/sida destinados a poblaciones non-occidentales²⁴, transforma la interculturalidad (basada sobre ideales de equidad y mutuo respeto) en “transculturalidad” donde la cultura dominante asimila a las demás (Zárate, 2008, p. 140) y plantea nuevamente un marco colonial de dependencia y sumisión (Zárate, 2014, p. 106). Según Sclavi (op. cit.), esta dinámica se da a causa de la manera de producir conocimientos propia de la ciencia, la cual representaría “la forma perfecta de escucha pasiva” (p. 83) porque no reconoce que el conocimiento es el producto de estilos específicos de escuchar y observar (p. 88). Es decir, una escucha pasiva refuerza la idea que hay solo una manera correcta de entender fenómenos y entidades, la del laboratorio (ver Latour, 1987; Law, 2014). Este entendimiento perjudica el proyecto de democratización inherente a la interculturalidad en sociedades multiculturales porque propone nuevamente una matriz colonial, aun bajo un nombre diferente. Durante una de nuestras conversaciones, el profesor Sumpa (uno de mis colaboradores wampis) observó que la interculturalidad no es el producto teórico de los representantes del Estado o de activistas adinerados, y más bien es la manera de vivir característica de las personas indígenas que constantemente están forzadas a “navegar a ojo” entre diferentes mundos (como marcos onto-epistémicos donde la ciencia repre-

24 Ver el trabajo de Treichler (1999), Fassin (2007), Wardlow (2012) como referencia.

senta solo uno entre muchos (Knorr-Cetina, 1999, 2007)) para acceder a recursos —una dinámica identificada también por autores postcoloniales entre otras poblaciones excolonizadas²⁵—.

La escucha activa es esencial para grupos vulnerables porque facilita la traducción tanto a nivel lingüístico como onto-epistémico (Hanks & Severi, 2014); es decir, ayuda a crear esos puentes que Sclavi identifica como necesarios para encontrar soluciones creativas que puedan satisfacer a la mayoría. Según los estudiosos de ciencia y tecnología, la traducción es un aspecto importante en la producción de conocimientos porque facilita el proceso de familiarización (con eventos, lugares, y personas) que ayuda en acceder recursos y resolver problemas (Latour, 1987; Callon, 1986; Mol, 2003). Sin escucha activa no hay traducción, y de esta forma se refuerza la situación de marginalidad social de los grupos vulnerables (Sclavi op. cit. 99). Estas dinámicas ofrecen una perspectiva adicional sobre el papel de las plantas con madre, que mis interlocutores indígenas presentaban como actores sociales dispuestos a facilitar la construcción de puentes entre mundos. La posición que defiendo en este artículo es que, en una situación de escucha pasiva avalada por las autoridades, las plantas-como-gente actúan como mediadores, o traductores, para asegurar salud y buen vivir a su contraparte humana. Como observado por Laura Rival (2016), “las plantas juegan un rol central en aserciones colectivas del buen vivir aun si afectadas por dinámicas históricas y ecológicas complejas” (p. 149). Por este motivo, ofrezco a un público de profesionales de salud un ejemplo de escucha activa con seres invisibles que no resalte la construcción “compuesta” de la persona amazónica²⁶, sino a) la similitud entre biomedicina y conocimien-

25 Liu (1995), Spivak (2000, 2021), Tymoczko & Gentzler (2002), Satsuka (2016), Chakrabarty (2009).

26 La bibliografía sobre este tema es suficientemente extensa para no poderla referenciar acá por completo. Como referencia, la introducción de Lagrou (2008) a la segunda edición del trabajo de Belaunde captura como en una instantánea esta “lógica de incorporación” (p. 19), en donde las relaciones generan una acumulación corporal y subjetiva en las personas que incorporan partes de otras personas y otros seres a lo largo del proceso de vida. Ver Viveiros de Castro (1996), Lagrou (2007a). Junto a Da Matta (1976), Gow (1991) y McCallum (1996, 2001), también Belaunde (2005) enfati-

to tradicional en relación con la materialización de entidades, y b) el papel de parentesco estratégico que las plantas con madre asumen en la búsqueda de salud. Con este propósito, presento y analizo el encuentro de don José con la madre de la planta sarsa (zarzaparrilla).

Un día, mientras estaba sentada con doña Celia y don José en el pórtico de su casa, disfrutando la brisa de la tarde en un pequeño pueblo de la alta Amazonía peruana, la conversación giró hacia el conocimiento de la medicina tradicional de don José, confirmaba por doña Celia al señalar cómo había curado su diabetes con sarsa (*Smilax aspera*), un pequeño arbusto que los lugareños consideraban altamente eficaz en la curación de “heridas internas”. Su tez demacrada se iluminó: “¡Es verdad! ¡El presidente Fujimori vino a mí en un sueño! ¡Estaba vestido con una capa blanca como un médico, y me dijo que usara sarsa!”. La pareja no recordaba el tipo de diabetes que diagnosticaron a don José porque no importaba²⁷. El médico sugirió un tratamiento biomédico de largo plazo en centros especializados que requería viajes regulares a las lejanas ciudades de Yurimaguas o Tarapoto, una sugerencia inviable para las economías del hogar. Incluso subvencionados por el Estado, estos viajes están sometidos a una aprobación presupuestaria regional poco fiable que no cubriría las pérdidas de productividad generada a don José. En cambio, la pareja recordó la visita de un pariente que llevaba consigo un atado fresco de sarsa poco después del sueño²⁸.

za el proceso de consustancialización producido por el compartir de las sustancias materiales e invisibles. Vilaça (2002) ofrece un resumen del desarrollo del concepto de consustanciación empezando por el trabajo de Rivière y Overing. Overing (1992), y Tayl (1996) ofrecen una comparación entre enfoque inglés y francés sobre dinámicas sociales en la Amazonia. Similarmente, Santos-Granero (2000, 2012) ofrece una panorámica (contrastes y similitudes) sobre los enfoques constructivista y perspectivista.

27 Al momento se conocen dos tipos de diabetes (I y II), descubrimientos recientes (Velloso et al., 2013) plantean la posibilidad de que ambas tipologías sean una forma de enfermedad autoinmune.

28 El rizoma de smilax se usa para tratar la diabetes también en la medicina tradicional de Vietnam (Hung et al., 2007). Fukunaga et al. (1997) demuestran que smilax impacta la sensibilidad del cuerpo a la insulina, lo que

Después de la visita, don José inició la dieta necesaria para ingerir adecuadamente la planta. Durante unos días se abstuvo de asumir condimentos y alimentos “con dientes” se abstuvo de tener relaciones sexuales, evitó la exposición prolongada al sol y evitó aplicar productos perfumados en su cuerpo. Esta práctica ritual, explicó, prepara el cuerpo para recibir a la “madre” de la planta, Sarsa, el espíritu que la protege, además de regular su poder curativo. Sin esta preparación, la madre no consentiría a curar el paciente. Una vez listo, cargó su canoa y se dirigió hacia los huertos familiares situados en una isla cercana. Al llegar, don José colocó la planta triturada en una olla para hervir y se preparó para tomar el brebaje. Con ese propósito, colocó en su cabeza el *tawásap* (la corona tradicional de los líderes), luego ató los brazaletes con el mismo juego de plumaje (rojo, amarillo y negro) alrededor de sus bíceps y terminó ajustando el *asantímtai* (las tiras ceremoniales) en su torso. Por último, se pintó la cara con la pasta roja producida con las semillas de achiote trituradas (*ipiak*). En el atardecer, comenzó a beber la infusión vegetal mientras cantaba para invocar a Sarsa. Finalmente, su cuerpo comenzó a expulsar una espesa flema amarillenta, de la cual se lavó en el amanecer. Desde entonces, don José se ha autoproclamado libre de diabetes —una declaración, según doña Celia, respaldada por siguientes visitas a la clínica de salud—.

La interacción entre don José, la planta y la enfermedad brindaba posibilidades analíticas prometedoras debido al contexto local de servicios de salud fragmentados. Este escenario fuerza un análisis que tenga cuenta de “el grand residuo sociocultural” que, según Álcida Ramos (2012), falta en la mayoría de las etnografías que eligen analizar interacciones entre humanos y seres invisibles con el enfoque teórico dominante del perspectivismo (ver Turner, 2009). Al mismo tiempo, el bajo estatus socioeconómico de don José y la parcial presencia de dispositivos biomédicos controlados por personal mestizo aporta a el análisis elementos de intercambio y conflicto que, según Anne-Christine Taylor (1996), faltarían en el enfoque estrecho de la escuela inglesa, cuyo interés

hace teorizar que exista un mecanismo específico para reducir la producción de glucosa hepática.

se concentra sobre subrayar la importancia de la moralidad y convivialidad en grupos amazónicos (p. 206). Aún así, el papel de los accesorios, de la pintura con *ipiak* y el canto no me quedaba claro.

Don José explicó con un rugido feliz: “¡Para aumentar el waimaku!”. Al notar mi perplejidad, el aclaró con una gran sonrisa: “¡Sí! ¡Para ser un hombre con visión! ¡Para aumentar el poder! ¡Para ayudar a la planta a hacer el trabajo [de curación]!”. Elaine, mi amiga y principal colaboradora awajún, ya me había explicado que las decoraciones del cuerpo son parecidas a un lindo vestido para atender un importante evento social con la mejor actitud, signos de respeto a la anfitriona (la planta madre). De forma similar, Taylor (2005) observa que la pintura de achiote se usa entre aliados para expresar rivalidad latente y deseo de seducción (p. 307). Si bien la autora no menciona esta práctica con relación a las plantas con madre, sí observa que el sujeto al pintarse la cara se transforma en un híbrido (ni vivo ni muerto) para llamar a otros híbridos (al mismo tiempo objeto y sujeto) durante ingestiones rituales de plantas sagradas (p. 323)²⁹. Es decir, el cambio ontológico emerge como necesario para acceder al conocimiento necesario para resolver un problema específico (actual o futuro).

Temas de seducción y peligro con relación a las plantas con madre aparecieron también con otros interlocutores aénts chicham. Ellos discutían la complejidad de mantener relaciones de alianza con las madres de las plantas, lo que Taylor describe como “la suportación de los sufrimientos de la soledad, del hambre y la frustración sexual” (op. cit. p. 311) como expresión necesaria de respeto³⁰. Como Elaine comentaba a menudo, “las plantas madre son peligrosas, si no se les respeta te maldicen”, y la ingenuidad no es una excusa. Mi atención fue captada por el entrelazo entre curación y adquisición de saber en la explicación de don José. En

29 El análisis de Taylor se enfoca sobre la búsqueda de poder de un individuo a través del arutam, el espíritu de un guerrero fallecido, lo que necesariamente implica la intervención de las plantas con madre.

30 Taish Maanchi (2001) observa que el sufijo -n en *anen* (ch.), los cantos tradicionales de los aénts chicham para apaciguar las personas o pedir la ayuda de sus aliados no humanos, presupone consentimiento (p. 55 n. 10). Es decir, los humanos no pueden imponer una relación a la planta con madre que, más bien, se establece a través de un acuerdo mutuo.

chicham, waimaku identifica una persona “con visión”, el poder obtenido a través de un *arutam/ajutap*, y viene del verbo *wainmat*, “tener visión”, que está relacionado con *wainat*, “saber u observar”. Como observa Santos-Granero (2006), en relación a los aénts chicham, a los yanasha, y los bororo, “la adquisición de nuevos conocimientos también induce transformaciones corpóreas importantes” (p. 77). Es decir, la sanación entre grupos amazónicos se da solo a través de la adquisición de un conocimiento (poder) nuevo. Como discuto en las páginas siguientes, es posible argumentar que esta conexión sea compartida por todas las búsquedas de salud independientemente del marco onto-epistémico en el cual se originan. De hecho, ciencia y conocimiento tradicional tienen objetivos parecidos, la diferencia está en la ejecución para alcanzarlos. En la siguiente sección, comparo procesos de materialización para esbozar cómo dinámicas diferente de apego entre humanos y no humanos influye sobre la producción de conocimientos.

La ontología de la tríada: ¿cuántos sujetos?

Las entidades que interactúan en el cuerpo de don José, la planta como sujeto (Sarsa) y objeto orgánico³¹ (sarsa), y diabetes como objeto orgánico, surgen de las prácticas de materialización de los sistemas onto-epistémicos bajo examen. Es decir, la ontología de la planta depende del punto de vista aplicado, lo cual hace contingente conceptos como “realidad” y “verdad”. Curiosamente, la forma en que se entiende la planta también influye en el estado ontológico de la enfermedad. En biomedicina, la diabetes mellitus es un proceso fisiológico de las palabras latinas *diabainein*, “ir a través de”, y *mellitus*, “dulce”, en el que la glucosa es manejada incorrectamente por el cuerpo debido a la ausencia de la hormona insulina, lo que provoca niveles de azúcar en sangre y orina más altos de lo normal. En la experiencia de don José, la diabetes sigue siendo una “cosa”, pero adquiere más “grosor”, lo que permite a

31 En el Curan, el objeto orgánico es una categoría que se refiere a las entidades biológicas que incluye el feto como las sustancias, las enfermedades, y la comida. Esta definición agiliza una discusión sobre los cambios ontológicos de s/Sarsa y la diabetes.

Sarsa “agruparla” y expulsarla como una sustancia amarilla espesa.

La ciencia (o quizá, más bien, los trabajadores de salud) ve un sujeto masculino alojando en su cuerpo dos objetos orgánicos (diabetes y sarsa). Desde una perspectiva amazónica, hay de hecho dos sujetos (don José y Sarsa) colaborando para expulsar a una entidad no deseada (diabetes)³². Lo más destacado aquí es cómo una planta impacta de manera diferente a la fisiología humana — el axis sistema nervioso-estomago-sistema inmunitario (Jacobson et al., 2021)— cuando se conceptualiza como un aliado en lugar de una herramienta, pero la suposición elemental es la misma. Ambos sistemas (la ciencia y la cosmovisión indígena) presuponen que la realidad se descubre a través de prácticas específicas cuando un sujeto interactúa con entidades que la filósofa de la ciencia Donna Haraway (2008) define como “especies acompañadoras”³³, es decir, los no humanos con los cuales interactuamos diariamente y terminamos con transformamos “mutuamente, en la carne” (p. 94). Central en este argumento es un enfoque que ve los no humanos, como los dispositivos tecnológicos o las plantas con madre, no como recipientes pasivos de la agencia humana pero como “asociados socialmente activos” (1997, p. 8).

A través del trabajo de laboratorio, la ciencia materializa entidades (*knowns*) para explicar “la realidad” y la prueba de su existencia reside en la posibilidad de medirlos (Stengers, 2010, p. 70). Al respecto, la histórica de la medicina Julie Livingston (2012) habla de “emergencia ontológica” (p. 71) que, suportada por procesos de traducción, “termina incrustando nuevas entidades en los cuerpos y en el medio ambiente de los pacientes” (p. 72) con efectos tangibles en cuanto estas informan a su vez nuevas dinámicas. Por ejemplo, la diabetes surge a través de la colaboración entre investigadores y máquinas, pero una vez que se “descubre” la intimidad de esta interacción (el conocimiento profundo que se da a través de la experimentación, la interpretación, y los errores) se desconoce para presentar la afección como una entidad o proceso

32 La diabetes es una disfunción fisiológica en el cual el cuerpo no produce la hormona insulina necesaria para romper y utilizar la glucosa.

33 *Companion species*.

autónomo³⁴. Las prácticas amazónicas de enredo con plantas con madre están también destinadas a producir conocimientos sobre lo “realmente real”, pero, al contrario de la ciencia, estos se basan sobre subrayar la relación de intimidad a través de lazos de parentesco³⁵. Aun si ambos sistemas epistémicos quieren controlar y anticipar las circunstancias externas volátiles, este objetivo se persigue de manera diferente. En las ciencias hay un sujeto/*knower* que sondea un objeto/*known*. Por el contrario, don José es consciente que su posibilidad de sanar está vinculada a su capacidad de tratar la planta como un sujeto. Elaine a menudo observaba que “los pacientes deben esforzarse si quieren que las plantas [madre] ayuden a curarlos”. Es decir, los dos interactúan como *knowers* (incluso si de tipología diferente). Este es la principal diferencia entre los dos sistemas onto-epistémicos.

Según las científicas feministas (Stengers, 2005a; Barad, 2007; Haraway, 2008), la división entre *knower* (conocedor) y *known* (conocido) es un aspecto problemático de las ciencias, no porque los conocimientos producidos sean equivocados³⁶, pero sí incompletos (Roy, 2012). Lo que parece conocido es el resultado de interacciones específicas dentro de un marco teórico que ve al ser humano como excepcional, es decir, como la única especie con intencionalidad (Pyyhtinen & Tamminen, 2011). Para la ciencia, las plantas son un organismo vivo, pero a pesar del renovado interés por un grupo de científicos en su inteligencia (Brenner et al., 2006; Chamovitz, 2012; Mancuso et al., 2015; Gagliano, 2018; Pollen, 2013), estas todavía emergen en experimentos de laboratorio como entidades con una vitalidad ambigua (Chudakova, 2017). El debate se centra en la posibilidad de encontrar funciones cognitivas análogas en las plantas que las dotarían de intencionalidad y, por tanto, de conciencia. Según los detractores de este enfo-

34 Al respecto, ver los trabajos informados por la teoría del actor-red u ANT (Latour & Woolgar, 1986; Latour, 1987; Callon, 1986).

35 McCallum 1990, A.C. Taylor 1996, Vilaça 2002, Fausto 2008, Santos-Granero 2012, Uzendoski 2014, Maizza 2017, Winter 2019, Miller 2021.

36 Pero cuando lo son, las ciencias se protegen notando su aspecto reiterativo, lo que les permite descartar su historia (Treichler, 1999; Fassin, 2007).

que, las plantas sí señalan (*signalling*), pero esto no es un índice de inteligencia, lo que se tiene que considerar una característica solo humana (Alpi et al., 2007; Taiz et al., 2019; Mallatt et al., 2021). Según los científicos que suportan la idea de la intencionalidad de las plantas, por ejemplo, argumentando su capacidad de aprender (Gagliano et al., 2016, 2018), el objetivo no es encontrar correlaciones entre especie humana y vegetal, pero más bien facilitar la extrapolación de nuevas informaciones (Brenner et al., 2007). Este debate es un claro ejemplo de la tensión entre escucha activa y pasiva porque relacionada con dinámicas de poder.

Descartar o reconocer los lazos que nos unen a nuestras especies acompañadoras (las plantas como también los virus) significa materializar diferentes tipos de fenómenos. Es decir, las características y la calidad de las relaciones entre humanos y no humanos determina la tipología de conocimientos producidos, incluso si solo la ciencia tiene suficiente poder para legitimar sus materializaciones como “reales”. Cabe acordar que las materializaciones —la conciencia como uno de sus resultados³⁷— son el producto de configuraciones específicas de la tríada conocimiento-discurso-poder que tiene incorporada en sí misma limitaciones ya establecidas a origen. Como nos acuerda la física teórica Karen Barad (2007), los conceptos son arreglos físicos (p. 54) que delimitan “que materia o asunto [*matter*] es importante [*matters*] en las prácticas de conocimiento y devenir” (p. 58). Por este hecho, la autora acentúa que agencia y conciencia “no preceden, sino que emergen a través” de un enredo mutuo entre entidades (p. 33). Desde este punto de vista, entonces, es crítico explorar como la diferencia en poder entre los marcos epistémicos bajo examen influye sobre lo que se considera como evidencia para definir lo real y verdadero. Este reconocimiento no quiere ser solo un ejercicio teórico, pero más bien un paso necesario para asegurar que la interculturalidad

37 Lock (1996) observa como la muerte cerebral pone el ser humano en una situación híbrida, muerto porque ya no hay funciones cognitivas, pero vivo al mismo tiempo porque el corazón sigue manteniendo las otras funciones fisiológicas. Así que lo que determina ser un sujeto es últimamente negociado por el entorno social. La autora argumenta su posición comparando a Estados Unidos con Japón.

no se transforme con la practica en intraculturalidad. Como subraya Barad, cualquier exclusión de sustancia [*matter*] “importa [*matters*] sea a los cuerpos que llegan a tener importancia [*matter*] y a esos que terminan excluidos de tener importancia/materializarse [*mattering*]” (p. 57) —una cuestión [*matter*] que Sarsa, como sujeto, podría considerar de su pertinencia³⁸—.

Según Barad, la ontología de “sujeto” y “objeto” no está establecida a priori tampoco en las ciencias, más bien se desarrollan a través de interacciones en las cuales la materia (ontología) informa el significado (epistemología) y viceversa; un proceso que demuestra como las características de las entidades son en última instancia el resultado de prácticas contextuales material-semióticas (pp. 89-90). Similarmente, Haraway (2016) argumenta que la agencia limitada que la ciencia otorga a los no humanos es una característica de la epistemología occidental y representa una perspectiva minoritaria en el mundo. En sus palabras:

Afuera (y dentro) de lo extraño llamado Occidente, hay un sinnúmero de historias, filosofías y prácticas —algunas civilizadas, otras urbanas, otras tampoco— que proponen vivir y morir en otros nudos y patrones que no presumen aislados, mucho menos binarios, unidades y polaridades que luego necesitan ser conectadas (p. 175, n.12).

Estos marcos facilitan el reconocimiento de que “los organismos se hacen [...] [a través] de las construcciones de los contornos de un organismo”, lo que es el trabajo de los discursos científicos (1989, p. 208). Desde esta perspectiva, es posible responder a la pregunta planteada por Hughes-Jones (2012) en relación con el animismo:

Si otros [pueblos amerindios y siberianos] ven animales, plantas, artefactos y objetos como personas sociales, ¿cómo podemos [los eruditos occidentales] cuadrar esto con un análisis teórico

38 Las citas originales de Barad juegan con la polisemia de la palabra inglés *matter*, que quiere decir (dependiendo del contexto) material, tema, importancia, y construcción (*mattering*).

fundada en el supuesto de que “en realidad” tales entidades no son personas en absoluto, sino partes de una naturaleza estable e invariable? (p. xii).

Según los estudiosos de ciencia y tecnología y los autores post-coloniales y decoloniales³⁹, la respuesta requiere buscar referentes afuera del marco epistémico occidental que no solo puedan abordar las interacciones como la de don José con Sarsa (por ejemplo) de manera más respetuosa⁴⁰, pero que también sean capaces de estudiar “lo real” atenuando la rigidez entre lo que supuestamente es y no es. Como argumenta Haraway (2008) al respecto, “estamos colonizados por ciertas formas de pensar sobre la racionalidad que luego proyectamos sobre los no humanos” (p. 21). Las autoras citadas observan que el objetivo de un trabajo que mira a ralentizar el pensamiento en las ciencias se tendría que enfocar en trazar los patrones de diferencia, es decir, los detalles (Sclavi op. cit. p. 88), que terminan teniendo importancia a nivel social junto a sus efectos (Haraway, 1992, p. 300). El objetivo de este trabajo tendría que ser entender “qué diferencias importan, cómo importan y para quién” (Barad op. cit. p. 90). Claramente, las onto-epistemologías no son innatas y, más bien, son el producto de un adiestramiento. Según Sclavi (op. cit.), los defensores de la interculturalidad necesitan entrenarse a salir de su perspectiva para ver “desde afuera” (afuera de su marco onto-epistémico) qué hacen y cómo, si realmente quieren entender a un “otro” (p. 63). Este es el reto último de la interculturalidad. Al acercarse al estudio de lo real como un fenómeno co-creado (y no autónomo) es más fácil anotar el por qué y cómo la naturaleza escapa de la lógica científica. Asimismo, es más fácil analizar el papel de la tecnología en enfatizar esta dinámica.

39 Spivak (2000, 2021), Chakrabarty (2009), Castro-Gómez & Grosfoguel (2007), Said (1979), Bhabha (1994), de la Cadena (2010, 2014), Quijano (1992), de Sousa Santos (2007), Mignolo (2000, 2003, 2010).

40 Stengers (2010) observa que la actitud de arrogancia y denigro en las ciencias, aplicada a los conocimientos producidos afuera del laboratorio para asegurar su dominación sobre ellos, pone en cuestión su supuesta objetividad.

La interacción entre los tres actores principales de este artículo, don José, s/Sarsa y diabetes, se da a través de tecnologías de laboratorio (pruebas FPG y A1C) que ofrecen pruebas de la existencia de lo que está bajo investigación y que, de esta forma, materializan una entidad. Al mismo tiempo, el significado de esta materialización está siempre abierta a interpretaciones, que frecuentemente subvierte su intención original (Latour, 1987; De Laet & Mol, 2000; Law & Mol, 2001). Según mis interlocutores aénts chicham, la preferencia para el TARGA vegetal se debía porque la prueba rápida de VIH (disponible en los puestos de salud) mostraba un cambio en la carga viral, lo que reforzaba la idea de que las plantas con madre de hecho aportaban una fuerza terapéutica adicional. Como acuerda Annemarie Mol (2003), la ciencia “no tiene el poder de imponerse. Si se propaga [sus conocimientos] es porque hay actores afuera del laboratorio que se asocian a ella. Y ellos pueden elegir lo que está en oferta para elegir que pedazos y piezas agarrar” (p. 65). En otras palabras, personas como los profesionales de salud establecen como importantes las directivas biomédicas para los pacientes que no las vean así. Es en este contexto que la calidad de las relaciones entre personas (como aénts), es decir, las emociones que las acompañan, emerge como unos de los factores principales en informar el comportamiento individual en la búsqueda de salud —una dinámica que se estaca aún más en situaciones de interculturalidad—.

Plantas madre como apego seguro en la búsqueda de salud

En la viñeta etnográfica, don José toma un brebaje hecho de un arbusto común para abordar el peligro representado por los niveles anormales de glucosa en su sangre. Sarsa es una enredadera leñosa que crece hasta cincuenta metros de largo, con zarcillos emparejados para escalar en lo alto del dosel de la selva tropical. Produce pequeñas flores y frutas negras o rojas similares a bayas. Smilax, miembro de la familia de las smilacaceae, es nativa de partes tropicales y templadas del mundo y comprende alrededor de 350 especies en todo el mundo que comparten una apariencia, usos y estructura química muy similares. Las propiedades y acciones

farmacológicas de la planta han sido atribuidas a sus derivados de saponinas que ayudan la absorción de otros fármacos y fotoquímicos en el cuerpo (Jacobs & Simpson, 1934) y esteroides vegetales que se pueden sintetizar en esteroides humanos, como el estrógeno y la testosterona (Taylor, 2005). Apreciada como compuesto de agentes químicos activos, sarsa se aborda como una entidad inerte que libera mecánicamente sus agentes activos para abordar una deficiencia fisiológica en la biología humana. Como para todas las plantas, las manipulaciones farmacológicas prevén la selección y extrapolación de sus elementos activos para la producción de compuestos sintéticos con fines terapéuticos específicos. Es decir, la ciencia busca el potencial adicional de las plantas (lo que mis interlocutores indígenas buscan a través de la dieta y el canto) en el laboratorio, donde estas son procesadas y re-ensambladas para exaltar algunas de sus características químicas. De hecho, durante mi trabajo de campo, muchas veces escuché mis interlocutores (independientemente de su etnia) describir las plantas como “la forma original de las pastillas”.

Durante una de mis visitas a la sede central de CENSI (Centro Nacional de Salud Intercultural), el director del instituto observó que la extrapolación y estudio de las plantas *in vitro* no siempre es la manera más efectiva de estudiar las propiedades de las plantas porque así se rompen las cadenas de metabolitos secundarios, cuyo papel podría ser crítico para descubrir nuevas características químicas. Como observado por las científicas feministas, romper los lazos existentes entre entidades (químicos como sociales), produce una descontextualización en lo observado (*known*) que influye de manera profunda sobre la interpretación final⁴¹. La etnofarmacóloga Elaine Elisabetsky (2002) observa que la industria farmacológica explota la medicina tradicional para el desarrollo de nuevas drogas, buscando especialmente moléculas inusuales con mecanismos de acción interesante e innovadoras. Aun cuando las formulaciones tradicionales están consideradas, en lugar de solo la especie de planta, los sistemas médicos mismos no

41 Cabe recordar como la observación en cautividad de los lobos originó el mito de el “macho alfa”, que no existe cuando los lobos se encuentran en estado de libertad (Melch, 1999).

son considerados como potenciales fuentes de nuevos paradigmas para la utilización de drogas (p. 134). Sin embargo, los conocimientos tradicionales sugieren que los efectos de las drogas vegetales se basen sobre dinámicas farmacológicas más variada de lo que habitualmente se entiende como relación entre droga y su efecto (p. 137). De hecho, la actividad farmacológica inusual observada en las formulaciones de plantas puede ser el resultado de la interacción entre más de un ingrediente activo con múltiples mecanismos de acción, por ejemplo, o por la interferencia con objetivos todavía no reconocidos por el actual entendimiento biomédico de la modulación en la biología de las células (pp. 135-136). Es decir, la farmacología sigue teniendo una posición de escucha pasiva en relación con el manejo tradicional de plantas.

La posición que defiendo en este artículo es que seguir los lazos químicos junto a los sociales independientemente de los confines onto-epistémico ofrece la posibilidad de reforzar la interdisciplinariedad entre la antropología y las ciencias naturales, así como disminuir la percepción de irracionalidad ligada al enunciado “las plantas son personas”. En el caso de sarsa, el análisis químico de la planta presenta rastros de alcaloides tropanos (Ruck, 2015, p. 122) que producen LSA (*lysergic acid amide*), el precursor del LSD. Sus leves efectos psicotrópicos en parte explican su estatus de planta con madre —con despegadas capacidades comunicativas— entre mis interlocutores wampis. María, una mujer wampis de Condorcanqui, me describió su primera experiencia con Sarsa (la madre de la planta) como una experiencia de regeneración. Unos parientes le recomendaron este brebaje después de recibir confirmación definitiva de su estatus positivo al VIH. Durante el mareo provocado por la planta (*nampet*), ella percibió su cabello y uñas crecer sin pararse. En respecto a los efectos de la planta, cabe subrayar que las saponinas dan a sarsa un gusto muy amargo (Savage, 2003), una sensación del paladar que mis interlocutores aénts chicham asociaban con el aprendizaje y la sanación que otorga la madre de la planta —como también testificado en la etnografía existente sobre el tema⁴²—. Según ellos, la sensación de

42 La palabra “amargo” se traduce en *tsuak/tsuwak* en chicham, que también quiere decir “medicina”. Ver Brown (1978, 1988), Descola (1993), She-

mareo y amargura que la planta produce en el cuerpo compraba su conciencia (o sintiencia), o, más bien, su capacidad de ser un *knower* que comunica con otro *knower*. Más fuerte es la incomodidad física, más fuerte se considera a la madre de la planta⁴³.

Si la biomedicina define el *nampet* como un estado determinado principalmente por el aumento de los niveles de presión arterial, como en el caso de la ayahuasca (McKenna et al., 1998), para mis informantes, la incomodidad corporal resultante (náuseas, sudor, mareos) indica el trabajo que la madre de la planta pone para curar el cuerpo. En su encuentro de curación, don José vence a la diabetes porque reconoce Sarsa como una entidad similar a sí mismo, es decir, un “sujeto de experiencia, acción, percepción, pensamiento crítico y expresión” (Belaunde, 2005, p. 18). Al mismo tiempo, este reconocimiento mutuo se da porque don José ha atenuado su estatus ontológico de predador⁴⁴, y así expresa la vulnerabilidad necesaria para mover a compasión un aleado no humano (Codija, 2017; Baud, 2019). Es decir, la dieta ayuda al individuo a entrar en una fase de hibridez (como Taylor plantea (op. cit.) con el fin de volver a ser un humano “funcionante” (*ishinat*) a través de la ayuda de la planta. Como mis interlocutores observaban con relación a la carga viral de VIH, un cuerpo acostumbrado a la amargura de las plantas con madre es un cuerpo sano que hace vivir (*pujut*) la persona como tarimat (*tahimat*), es decir, “bien parado porque con visión”⁴⁵, gracias a su “corazón despierto” (*anentai ishintát*), como don Bensus (un sabio awajún) me explicó. La relación entre el corazón (*anen*) y el pensamiento co-

pard (2004), Stephan (2010), Baud (2019).

- 43 Si siguiéramos a trazar los lazos, sería posible traer en el análisis también el papel del estómago (*wake*) en la transformación ontológica planteada dentro de la metafísica de los aénts chicham y su capacidad de informar la creciente investigación sobre el microbioma humano.
- 44 Como referencia para el enfoque teórico perspectivista ver Viveiros de Castro (1996) y Fausto (2007).
- 45 *Tarimat pujut* en wampis y *tahimat pujut* en awajún representan el concepto de vivir bien entre estos grupos y están enlazados con la idea de abundancia que trae el tener sabiduría, aleados y la ética de líder.

rrecto (*anentaímat*) muestra que sin aprendizaje no hay sanación, porque el cuerpo ha olvidado como funcionar adecuadamente⁴⁶.

En suma, la toxicidad de las plantas se entiende como una ayuda para los humanos en desarrollar una forma de atención diferente destinada a captar las sutiles señales no verbales de su entorno. Al respecto, Taish Maanchi (2012) señala cómo la vista y el oído se vuelven más sensibles gracias a la ingestión de brebajes vegetales (pp. 201-203). Un ejemplo de esta afinación es ofrecido por la biografía de Córdova Ríos (Lamb, 1971), quien fue capturado por los huni kui todavía niño para ser entrenado como su líder mestizo a principios del año 1900, sobre su experiencia con la comunicación no verbal de las plantas:

Tienes que entender, amigo mío, que cuanto más profundizamos en esto [de cómo el individuo accede el conocimiento a través de las plantas], las palabras escritas y habladas del lenguaje formal se vuelven cada vez menos adecuadas como medio de expresión [...]. Me di cuenta de cambios sutiles en mi proceso mental y modos de pensamiento. Noté una aceleración mental y cierta clarividencia en la anticipación de los acontecimientos y las reacciones de la tribu [huni kui]. Al centrar mi atención en un solo individuo, pude adivinar sus reacciones y propósitos y anticipar lo que haría o lo que planeaba hacer (p. 97).

Reconocidas como sujetos (o gente), mis interlocutores indígenas describían las plantas como dispuestas a “sintonizar” (*attune*) el cuerpo y la mente a su entorno —un elemento que, según Stengers (2018), falta en la producción de conocimientos en las ciencias— para enfrentar de la mejor manera enfermedades crónicas como la diabetes o el VIH. Por esta razón, mis interlocutores indígenas consideran las plantas como alternativas viables a las

46 La conceptualización del corazón como la fuente y almacén de conocimientos y memoria es presente en la mayoría, si no en todos los grupos amazónicos. Por ejemplo, entre los cashinahua (McCallum, 2001), los muinane (Karadimas, 2005), los airo pai (Belaunde, 2005), los yanesha (Santos-Granero, 2006), los kandozi-chapra (Surrallés, 2003), los achuar (Descola, 1993: 253), los wampis (Codija, 2017) y los awajún (Brown, 1986; Greene, 2009).

prácticas clínicas en la lucha contra las enfermedades diagnosticadas biomédicamente.

A primera vista, este razonamiento puede parecer exótico a un público non-indígena porque emerge como inusual en un mundo crecientemente “ciego” a las cualidades y capacidades de las plantas (Wandersee & Schussler, 2001; Lewis-Jones, 2016). Los investigadores han conectado esta tendencia a la creciente urbanización e industrialización, las cuales influyen negativamente sobre la interacción directa del público con las plantas (Gagliano, 2013; Kramer & Havens, 2015). Entonces, quizá una analogía con el implante coclear, si consideramos la posibilidad de que los dispositivos tecnológicos sean potencialmente la especie compañera preferida por las sociedades industrializadas, pueda amortiguar esta ceguera. Este dispositivo neuroprotésico se implanta quirúrgicamente en la base del cráneo en la cóclea para recibir señales eléctricas con las cuales estimular el nervio coclear. Su objetivo es proporcionar a una persona con pérdida auditiva neurosensorial de moderada a profunda una sensación de sonido, incluso de forma modificada. Pero su uso no es intuitivo, una persona con un implante coclear tiene que recibir entrenamiento auditivo intensivo y a largo plazo para interpretar y así transformar la información eléctrica proporcionada por el implante en sonido y habla. En otras palabras, la persona necesita entrenarse junto al dispositivo para aumentar su agencia (*agency*) y, de esta manera, mímica al uso de las plantas con madre. Ambas especies acompañadoras actúan como traductoras y transforman la información desde el medio ambiente en conocimiento. Según mis interlocutores, todas las plantas tienen capacidades comunicativas, pero algunas se sintonizan y sintonizan a la persona con su medio ambiente de manera más clara.

Cabe observar que, contrariamente a las poblaciones euroamericanas, en los grupos amazónicos el sentido más importante para adquirir conocimientos es a través del oído y no de la vista (Santos-Granero, 2006). Es posible argumentar que este diferente enfoque produce y enfatiza un tipo de evidencia diferente que en las ciencias naturales. Como observado, si en la ciencia la evidencia se da por la posibilidad de medir algo, en el caso de las

plantas con madre la evidencia se da por su capacidad comunicativa. Los resultados de el proyecto “Mente y Espíritu” (*Mind and Spirit*) de la universidad de Stanford ofrecen perspectivas para aclarar cómo se legitima esta evidencia. A través de un trabajo de campo en cinco diferentes países (China, Ghana, Tailandia, Vanuatu/Oceanía, y Estados Unidos), este grupo de investigadores quiso estudiar como diferentes entendimientos sobre lo que es “la mente”, en su sentido más amplio, pueden ser relacionados con la manera en que las personas experimentan lo que consideran ser real (Luhmann, 2020). Lo que se destaca en sus resultados es cómo la percepción que una persona tiene de “espíritu” (lo indiscutiblemente “otro”) se da por su nivel de “porosidad”, es decir, su percepción de separación entre mente y medio ambiente, lo que afecta su percepción sensorial de lo que se puede percibir (a través de los cinco sentidos), pero no medir (p. 21). Mientras más una persona imagina su entorno como capaz de influenciar su mente (nivel de permeabilidad), más reporta experiencias sensoriales vividas con seres invisibles (p. 23). Es decir, adentro de este marco, lo que constituye evidencia es el claro entendimiento que la información recibida es suficientemente foránea para no poder ser el producto de la persona misma (es decir, que provenga desde su interioridad)⁴⁷.

Otra manera para apreciar el enlace entre mis interlocutores indígenas y las plantas con madre (además de su potencial de mejorar la “sintonización” de las ciencias naturales con los fenómenos estudiados) es a través de un enfoque que tome en serio el lazo afectivo entre los dos. Si aplicamos un enfoque biomédico, la infraestructura local parcial de servicios nacionales de salud puede parecer como el elemento más prominente para leer la elección terapéutica de don José. Aun si se trata de una observación legítima —dado el contexto de tensión étnica y sociopolítica en donde esta decisión toma forma—, esta corre el riesgo de de-enfatizar el papel de la planta. Como observado recientemente, “el 80% de las personas que viven en países en desarrollo usan plantas silvestres (muchas de estas eficaces) para su atención primaria de salud”

47 Ver también el trabajo de Luhmann et al. (2011) y Luhmann (2012), sobre esta línea de investigación.

(Smith et al., 2011, p. 2). En cambio, un enfoque que considere la relación entre don José y Sarsa como una cuestión de alianza, o más bien de apego, está mejor equipado para complicar la perspectiva biomédica que ve este enlace como una “creencia animista”.

En la mitología indígena dentro y fuera de la Amazonía peruana, las plantas (junto con animales y elementos naturales) eran inicialmente personas que enseñaron a los seres humanos a prosperar en la selva (Santos-Granero, 2006, 2009). Según mis interlocutores, de esta forma las plantas les enseñaron a cazar, cuidar jardines, construir casas, dar a luz, levantar hijos, tejer telas, moldear ollas de arcilla, mantener la unidad familiar y defenderla de los enemigos. El consumo ritual de plantas estaba destinado a iniciar un proceso de “con-sustanciación, generado por la proximidad, la vida familiar, la comensalidad, el cuidado mutuo y el deseo de convertirse en parientes” (Vilaça, 2002, p. 352), es decir, un conjunto de prácticas destinadas a invitar en una relación de afinidad, o parentesco, a un ser invisible y aún consciente (p. 354). Para esta discusión, es importante observar que esta consustanciación produce “otro tipo de sustancia, irreductible a los fluidos corporales que circulan entre las personas. Esta sustancia contiene no solo memoria y afecto, pero sobre todo agencia” (p. 352). En un contexto de privación y marginalización impuesto por actores externos, agencia es una palabra clave.

Desde este punto de vista, es posible argumentar que las plantas con madre emergen como una “base segura”, es decir, un tipo de relación basado sobre confianza y constancia que favorece la experimentación y el desarrollo de habilidades en una situación de incertidumbre (Waters & Cummings, 2000, p. 6). En la teoría del apego (Ainsworth et al., 1978; Bretherton, 1987, 1991; Bowlby, 1988), las relaciones interpersonales son “sistemas de control construidos por experiencia, no pre-cableados, que se presume tengan un papel en la organización del comportamiento” (Waters & Cummings, 2000, p. 3). La importancia de la relación entre humanos y plantas es incrementalmente reconocida como crítica para entender el comportamiento humano con relación a la búsqueda de salud ampliamente definida (Arnberger & Eder, 2012; Ehrlich & Cassidy, 2019; Zhang et al., 2021; Cole et al.,

2021), lo que refuerza la perspectiva de que los apegos tendrían que ser considerados como determinantes adicionales de la salud por el personal (bio)médico (Mauder & Hunter, 2008; Loureiro & Maia, 2011). Aunque para los contextos no indígenas es argumentalmente más fácil descartar el papel social de las plantas como especie acompañadora, mis datos etnográficos soportan el argumento de que la realidad de escasez entre los pueblos amazónicos refuerza el apego con las madres de las plantas de una forma que mímica el parentesco estratégico.

La importancia de la construcción de relaciones ficticias de parentesco en situaciones de escasez para acceder a un número mayor de recursos ha sido investigada también por académicas feministas estadounidenses, por ejemplo, entre los hogares afroamericanos pobres (Brettel & Sargent, 2014). Tener parientes significa también tener aliados dispuestos a ayudar en tiempos de necesidad adentro y afuera de la Amazonia. El trabajo pionero de Carol Stack (1974) demuestra cómo las familias afroamericanas en los Estados Unidos basan su supervivencia económica sobre los mecanismos de parentesco que garantizan la reciprocidad. A través de sus redes domésticas, las familias intercambian una serie de bienes, servicios (incluido el cuidado de los niños) e informaciones para mantenerse a flote. En un retrato más reciente de familias afroamericanas de bajos ingresos, Sharon Hicks-Bartlett (2000) discute cómo las redes de parentesco se convierten en los salvavidas de los pobres urbanos en presencia de servicios y programas públicos fragmentados o escasamente financiados. Del mismo modo, el curado de Sarsa se presenta como una alternativa viable para don José, quien de esta manera no se encuentra solo en enfrentar la diabetes.

Más bien, don José puede inscribir a la madre de la planta en su curación gracias a su genealogía compartida, ya que las plantas-como-gente (*aénts*) pueden considerarse como artefactos vivos que encarnan el afecto que los humanos han cultivado en ellas a través de las generaciones (Miller, 2011). Dada la carga económica que representa la enfermedad en términos de pérdida de productividad y calidad de vida, aspectos que influyen en la salud mental, la capacidad de Sarsa de sanar don José y guiar su comportamiento no es de importancia secundaria. Mis interlocutores indígenas

afirman una relación privilegiada con las plantas no como una calidad innata⁴⁸, sino como el resultado de interacciones sostenidas en el tiempo, lo que le permitiría transformar las informaciones así obtenidas en conocimiento y acción, es decir, agencia. Por esta razón, mis interlocutores continuaban, las plantas no pueden transformarse en algo abstracto como en el conocimiento occidental. De hecho, proseguían, los humanos necesitan vivir con las plantas interactuando con ellas en lo cotidiano para apreciarlas y experimentarlas como “gente”. Su textura, color e ingestión, junto a la composición del suelo donde viven, proporcionan información sobre la planta, su madre y sus usos terapéuticos. La confianza, el respeto y la fiabilidad aumentan el poder de las madres de las plantas porque las hacen menos temerosas de las motivaciones de su contraparte humana.

La sabia Julia, abuela de Elaine, explicó que estos comportamientos son parte integrantes de la ofrenda para establecer un parentesco entre especies. “Cuanto más la planta comienza a confiar en la persona”, continuó, “más ella crece en su poder y más la comunicación [entre las dos] se hace clara. Cuanto más la planta se sienta respetada, más se comportará como pariente”. Por esta razón, aclaraban mis interlocutores, es importante conocer las plantas personalmente a través de diferentes métodos como cultivo, manejo, trituración, baño e ingestión de la planta. Dados el interés occidental en la vida vegetal de las plantas amazónicas con madre, expresado a través del turismo de ayahuasca (Holman, 2011; Winkelman, 2015; Kavenská & Simonová, 2015) y la segunda ola de investigación psicodélica (Langlitz, 2013; Labate & Cavnar, 2021), preguntaba a los sabios de la comunidad de Elaine si creían que las manipulaciones de las plantas en laboratorio pudieran alterar su personalidad. Su respuesta unánime fue esclarecedora. Los investigadores occidentales, señalaban, no saben cómo manejar/relacionarse con las plantas y, por lo tanto, no pueden acceder a su potencial completo. Además, ellos elaboraron que los occidentales no entienden la importancia de “dieta con la planta” y de esta manera le faltan de respeto. No era una sorpresa, ellos concluían,

48 Ver Conklin (2002) sobre el uso estratégico de este estereotipo entre los líderes indígenas de la Amazonia.

que los gringos del turismo ayahuasquero en la región murieran o se enloquecieran después de tomar brebajes de plantas con madre como la ayahuasca. Como emerge a lo largo de este artículo, la llave para acceder a su poder completo no se encuentra adentro de la planta, sino en el código de conducta entre especies.

La importancia de la interacción directa entre humanos y plantas con fines de salud se ha establecido hace tiempo a través de investigaciones con grupos con movimiento limitado, como los reclusos (Flagler, 1995), los pacientes psiquiátricos (Seller et al., 1999) y las personas mayores (Sempik et al., 2003). Este enfoque ha mostrado la capacidad de esta interacción para mejorar el rendimiento social disminuyendo la ansiedad y la ira (Lewis, 1979). Además, los investigadores han observado su capacidad de reducir el tiempo de recuperación después de una cirugía o un episodio de agotamiento profundo (Ulrich, 1984; Ulrich et al., 1986; Kaplan, 1995). Entre estos beneficios, se enumera también la posibilidad de aumentar el enfoque y la creatividad (Shibata & Suzuki, 2002, 2004), así como la autoestima (Smith & Aldous, 1994; Lewis, 1995; Rice & Remy, 1998). Estos trabajos han consolidado la importancia de esta relación entre especies tanto en estudios de horticultura (Kaplan & Kaplan, 1989; Elings, 2006) como de psicología (Bringslimark et al., 2009). En las últimas décadas, la evidencia de los beneficios conectados a la sintonización sensorial con las plantas ha llevado a plantear la posibilidad de operacionalizar un nuevo paradigma interdisciplinar que se extienda afuera de la terapia horticultural (Aldous, 2012). Este artículo aspira estimular futuros trabajos en esta dirección y compatibles con los marcos ofrecidos por la interculturalidad e interdisciplinariedad. Es firme convicción de la autora que, si el apego entre humanos y plantas fuera teorizado más sólidamente como un determinante crítico de la salud, este enfoque facilitaría soluciones creativas contra la degradación ambiental y los persistentes resultados de baja salud entre grupos marginalizados.

Bibliografía

Ainsworth, M., Blehar M., Waters E., and Wall S., (1978).

Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Albert, B., 1989. Yanomami "violence": Inclusive Fitness or Ethnographer's Representation?. *Current Anthropology*, 30(5), pp. 637-640.

Aldous, D.E., 2012, September. Dimensions of a people-plant-place paradigm in horticultural therapy. In *XI International People Plant Symposium on Diversity: Towards a New Vision of Nature*, 1093 pp. 53-60.

Arnberger, A. and Eder, R., 2012. The influence of green space on community attachment of urban and suburban residents. *Urban Forestry & Urban Greening*, 11(1), pp. 41-49.

Asad, T. (ed.), 1973. *Anthropology & the colonial encounter*. Ithaca Press.

Alpi, A., Amrhein, N., Bertl, A., Blatt, M.R., Blumwald, E., Cervone, F., Dainty, J., De Michelis, M.I., Epstein, E., Galston, A.W. and Goldsmith, M.H.M., 2007. *Plant neurobiology: no brain, no gain?* *Trends in plant science*, 12(4), pp. 135-136.

Barad, K. 2007. *Meeting the Universe Halfway*. Duke University Press.

Baud, S., 2019. El arte de ver. Chamanismo y búsqueda visionaria en los awajún (Perú). *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 48 (2), pp. 175-197.

Belaunde L., 2005. *El recuerdo de Luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: UNMSM.

Bhabha, H. 1994. *The Location of Culture*, Routledge.

Borofsky, R., Albert B., Hames R., Hill K., Leitão Martins L., Peters J., and Turner T., 2005. *Yanomami: The Fierce Controversy and What We Can Learn from It*. University of California Press.

Bowlby, J., 1988. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Brown, M.F., 1978. From the hero's bones, three aguaruna hallucinogens and their uses. *The nature and status of ethnobotany*, 67, pp. 119-136.

———. 1984. *Una Paz Incierta: Historia y Cultura de las Comunidades Aguarunas frente al Impacto de la Carretera Marginal*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

———. 1986. *Tsewa's Gift: Magic and meaning in an Amazonian society*. Smithsonian Institution Press.

Bretherton, I., 1987. New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. Wiley & Sons. pp. 1061-1100.

———. 1991. Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In M. R. Gunnar and L. A. Sroufe (eds.), *Self processes and development: The Minnesota symposia on child development*. Erlbaum (23), pp. 1-41.

Brenner, E.D., Stahlberg, R., Mancuso, S., Vivanco, J., Baluška, F. and Van Volkenburgh, E., 2006. Plant neurobiology: an integrated view of plant signaling. *Trends in plant science*, 11(8), pp. 413-419.

Brenner, E.D., Stahlberg, R., Mancuso, S., Baluška, F. and Van Volkenburgh, E., 2007. Response to Alpi et al.: Plant neurobiology: the gain is more than the name. *Trends in Plant Science*, 12(7), pp. 285-286.

Brettell, C.B. and Sargent, C.F., 2014. *Gender in cross-cultural perspective*. Pearson Higher Ed.

Bringslimark, T., Hartig T., Patil G., 2009. The psychological benefits of indoor plants: A critical review of the experimental

literature. *Journal of Environmental Psychology*, 29 (4), pp. 422-33.

Callon, M., 1984. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The sociological review*, 32 pp. 196-233.

Castro-Gómez, S. Y R. Grosfoguel (eds.). 2007. *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Universidad Javeriana-Instituto Pensar, Universidad Central-IESCO.

Chakrabarty, D., 2009. *Provincializing Europe*. Princeton University Press.

Chamovitz, D., 2012. What a Plant Knows, A Field Guide to the Senses. *Scientific American/Farrar, Straus and Giroux*.

Chudakova, T., 2017. Plant matters: Buddhist medicine and economies of attention in postsocialist Siberia. *American Ethnologist*, 44(2), pp. 341-354.

Codjia, P., 2017. Comment attirer le gibier? Pratique du jeûne et récitation de chants magiques dans les activités cynégétiques wampis (jivaro). *Journal de la Société des Américanistes*, 103(103-2), pp. 81-109.

Cole, L.B., Coleman, S. and Scannell, L., 2021. Place attachment in green buildings: Making the connections. *Journal of Environmental Psychology*, 74, pp. 1015-1058.

Conklin, B. A. (2002). Shamans versus Pirates in the Amazonian Treasure Chest. *American Anthropologist*, 104(4), pp. 1050–1061.

de Candia, P., Prattichizzo, F., Garavelli, S., De Rosa, V., Galgani, M., Di Rella, F., Spagnuolo, M. I., Colamatteo, A., Fusco, C., Micillo, T., Bruzzaniti, S., Ceriello, A., Puca, A. A., & Matarese, G. 2019. Type 2 Diabetes: How Much of an Autoimmune Disease? *Frontiers in endocrinology*, 10, 451.

de la Cadena, M., 2010. Indigenous cosmopolitics in the Andes: Conceptual reflections beyond “politics”. *Cultural Anthropology*, 25(2), pp. 334-370.

———. 2014. Runa: Human but not only. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 4(2), pp. 253-259.

de Laet, M. and Mol, A., 2000. The Zimbabwe bush pump: Mechanics of a fluid technology. *Social studies of science*, 30(2), pp. 225-263.

de Sousa Santos, B. (ed), 2007. *Another Knowledge is Possible: Beyond Northern Epistemologies*, Verso.

Descola, P., 1993. *Les lances du crépuscule. Relations Jivaro, Haute-Amazone*. Plon.

Deshoullière, G. et Utitiaj Paati S., 2019. Acerca de la Declaración sobre el cambio de nombre del conjunto Jívoro, *Journal de la Société des américanistes*, 105(2), pp. 167-179.

Ehrlich, B. and Cassidy, J., 2019. Attachment and physical health: Introduction to the special issue. *Attachment & human development*, 21(1), pp. 1-4.

Elings, M. 2006. People-plant interaction: the physiological, psychological and sociological effects of plants on people. In: Has-sink, J. and van Dijk, M. (eds.), *Farming for Health*. Printed in the Netherlands. pp. 43-55.

Elisabetsky, E., 2002. Traditional medicines and the new paradigm of psychotropic drug action. In *Advances in Phytomedicine* 1, pp. 133-144. Elsevier

Fassin, D., 2007. *When Bodies Remember*. University of California Press.

Fausto, C., 2007. Feasting on People: Eating Animals and Humans in Amazonia. *Current Anthropology*, 48(4), pp. 497-530.

———. 2008. Too many owners: mastery and ownership in Amazonia. *Mana*, 4(SE).

Flagler, J., 1995. The role of horticulture in training correctional youth. *Hort. Technology*, 5 (2), pp. 185-187.

Francis, M., Rice, J. S., Lindsey, P., 1994. *The healing dimensions of people-plant relations: Proceedings of a research symposium*, : March 24-27, Dept. of Environmental Design, University of California, Davis. Center for Design Research.

Frumkin, H. 2003. Healthy places: exploring the evidence. *Amer. J. Public Health*, 93 (9), pp.1451-1456.

Fukunaga, T., T. Miura, K. Furtaka. 1997. Hypoglycemic effect of the rhizomes of *Smilax glabra* in normal and diabetic mice. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 20, pp. 44-46

Gagliano, M., 2013. Seeing Green: The Re-discovery of Plants and Nature's Wisdom. *Societies* 3(1), pp. 147-157.

———. 2018. *Thus spoke the plant: A remarkable journey of ground-breaking scientific discoveries and personal encounters with plants*. North Atlantic Books.

Gagliano, M., Abramson, C.I. and Depczynski, M., 2018. Plants learn and remember: let's get used to it. *Oecologia*, 186(1), pp. 29-31.

Gagliano, M., Vyazo versuskiy, V.V., Borbély, A.A., Grimonprez, M. and Depczynski, M., 2016. Learning by association in plants. *Scientific reports*, 6(1), pp. 1-9.

García, M.E., 2005. *Making indigenous citizens: identities, education, and multicultural development in Peru*. Stanford University Press.

Gow, P., 1991. *Of Mixed Blood: Kinship and History in Peru-*

vian Amazonia. Clarendon Press.

Graz, B., Elisabetsky, E. and Falquet, J., 2007. Beyond the myth of expensive clinical study: Assessment of traditional medicines. *Journal of ethnopharmacology*, 113(3), pp. 382-386.

Greene, S., 2009. *Customizing indigeneity: paths to a visionary politics in Peru*. Stanford University Press.

Grotti, V.E. and Brightman, M., 2012. Humanity, personhood and transformability in Northern Amazonia. In *Animism in rainforest and tundra: personhood, animals, plants and things in contemporary Amazonia and Siberia*, Berghahn Books. pp. 162-174.

Hanks, W.F. and Severi, C., 2014. Translating worlds: The epistemological space of translation. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 4(2), pp. 1-16.

Haraway, D., 1991. *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge.

———. 1997. *Modest_Witness@Second_Millennium. Female-Man©_Meets_OncoMouse™*. Routledge.

———. 2008. *When Species Meet*. University of Minnesota Press.

———. 2016. *Staying with the Trouble: Making kin in the Cthulhucene*. Duke University Press.

Harding, S. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press.

———. 2008. *Sciences from Below: feminism, postcolonialities, and modernities*. Duke University Press.

Hicks-Bartlett, S., 2000. Between a rock and a hard place: The labyrinth of working and parenting in a poor community. In Danziger, S. and Lin, A.C. (eds.) *Coping with poverty: The social*

contexts of neighborhood, work, and family in the African American community. University of Michigan Press. pp. 27-51.

Holman, C., 2011. Surfing for a shaman: Analyzing an ayahuasca website. *Annals of Tourism Research*, 38(1), pp. 90-109.

Hugh-Jones, S., 2012. Introduction. In *Animism in Rainforest and Tundra: Personhood, Animals, Plants and Things in Contemporary Amazonia and Siberia.* Berghahn Books. pp. 2-17.

Hung, T., H. Manh, P. Minh, 2007. Alpha-amylase and protein tyrosine phosphatase 1b inhibitory of some Vietnamese medicinal plants used to treat diabetes. *Natural Product Sciences* 13 (2007), pp. 311-316.

Jacobs, WA, and Simpson, JCE. 1934. On *Sarsasapogenin* and *Gitogenin*. *J. Biol. Chem.*, 105 (3), pp. 501–510.

Jacobson, A., Yang, D., Vella, M. (2021). The intestinal neuro-immune axis: crosstalk between neurons, immune cells, and microbes. *Mucosal Immunology* 14, pp. 555–565.

Jasanoff, S., 2004. *States of Knowledge: The Co-Production of Science and Social Order.* Routledge Taylor & Francis Group.

Kaplan, S. 1995. The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, pp. 162–182.

Kaplan, R., & Kaplan, S. 1989. *The experience of nature: A psychological perspective.* Cambridge University Press.

Karadimas, D., 2005. *La raison du corps: Idéologie du corps et représentations de l'environnement chez les Miraña d'Amazonie colombienne.* Peeters.

Kavenská, V. and Simonová, H., 2015. Ayahuasca tourism: participants in shamanic rituals and their personality styles, motivation, benefits and risks. *Journal of psychoactive drugs*, 47(5), pp. 351-359.

Kopenawa, D., et Albert B., 2010. *La chute du ciel. Paroles d'un chaman Yanomami*. Collection Terre Humaine. Plon.

Knorr-Cetina, K., 1999. *Epistemic cultures: How the sciences make knowledge*. Harvard University Press.

———. 2007. Culture in global knowledge societies: Knowledge cultures and epistemic cultures. *Interdisciplinary science reviews*, 32(4), pp. 361-375.

Kramer, A., and Havens, K., 2015. Report in Brief: Assessing Botanical Capacity to Address Grand Challenges in the United States. *Natural Areas Journal* (35) 1, pp. 83–89.

Lagrou, E M. 2007a. *A Fluidéz da forma: arte e alteridade entre os kaxinawa*. Top Books.

———. 2008. Prólogo. En Belaunde (2^a ed.) *El recuerdo de Luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Labate, B.C. and Cavnar, C. eds., 2021. *Ayahuasca healing and science*. Springer International Publishing.

Lamb, B. and Córdova-Ríos, M., 1971. *Wizard of the upper Amazon*. Atheneum, New York.

Langlitz, Nicolas. 2013. *Neuropsychedelía: The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain*. University of California Press.

Latour, B., 1987. *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Harvard University Press.

Latour, B. and Woolgar, S. 1986. *Laboratory Life and The Social Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press

Law, J., 2015. What's wrong with a one-world world? *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 16(1), pp. 126-139.

Law, J. and Mol, A., 2001. Situating technoscience: an inquiry into spatialities. *Environment and planning: society and space*, 19(5), pp. 609-621.

Lewis, C.A., 1979. Healing in the urban environment: a person/plant viewpoint. *American Planning Association Journal*, 45, pp. 330-338.

———. 1995. Human health and well-being: the psychological, physiological, and sociological effects of plants on people. In: Matsuo, E. and Relf, P.D. (eds.) *Horticulture in human life, culture and environment: international symposium 22 August 1994*. ISHS, Leuven, 31-39. ISHS Acta Horticulturae no. 391.

Lewis-Jones, K. E., 2016. People and Plants. *Environment and Society*, 7, pp. 1–8.

Liu, L.H., 1995. *Translingual practice: Literature, national culture, and translated modernity--China, 1900-1937*. Stanford University Press.

Lock, m., 1996. Death in Technological Time: Locating the End of Meaningful Life. *Medical Anthropological Quarterly* 10(4) pp. 575-600.

Loureiro M. S., Maia, T. 2011. Attachment as a Health Determinant. *Oxford Bibliography Online in Public Health*. doi: 10.1093/obo/9780199756797-0120.

Luhrmann, T.M., 2020. Mind and Spirit: a comparative theory about representation of mind and the experience of spirit. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 26(S1), pp. 9-27.

———. 2011. Towards an anthropological theory of mind: overview. *Journal of the Finnish Anthropological Association* 36 (4), pp. 5-13

———. 2012. *When God talks back: understanding the American evangelical relationship with God*. Knopf.

Maizza, F., 2017. Persuasive Kinship: Human–Plant Relations in Southwest Amazonia. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 15(2), pp. 206-220.

Mallatt, J., Blatt, M.R., Draguhn, A. et al., 2021. Debunking a myth: plant consciousness. *Protoplasma* 258, pp. 459–476.

Mancuso, S., Viola, A. y López, D.P., 2015. *Sensibilidad e inteligencia en el mundo vegetal*. Galaxia Gutenberg.

Maunder, R.G. and Hunter, J.J., 2008. Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), pp. 11-32.

McCallum, C., 1990. Language, kinship and politics in Amazonia. *Man*, pp. 412-433.

———. 1996. The body that knows: from Cashinahua epistemology to a medical anthropology of Lowland South America. *Medical Anthropology Quarterly* 10 (3). pp. 347-72.

———. 2001, Gender and Sociality in Amazonia. *How Real People are Made*. Berg.

McKenna, D.J., Callaway, J.C. and Grob, C.S., 1998. The scientific investigation of Ayahuasca: a review of past and current research. *The Hefter Review of Psychedelic Research*, 1(65-77), pp. 195-223.

Mech. D., 1999. Alpha status, dominance, and division of labor in wolf packs. *Canadian Journal of Zoology*. 77(8), pp. 1196-1203.

Mignolo, W.D., 2000. *La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad*. CLACSO - Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

———. 2003. *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo* (Vol. 18). Edicio-

nes Akal.

———. 2010. *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Ediciones del signo.

Miller, T., 2011. Maize as material culture? Amazonian theories of persons and things. *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, 3(1), pp. 67-89.

Mol, A., 2003. *The Body Multiple*. Duke University Press.

Nader, L., 1972 (1969). Up the anthropologist: Perspectives gained from studying up. In Hymes D. (ed.), *Reinventing Anthropology*, Vintage Books, pp. 284-311.

Overall, S. E., 2017. *A Grammar of Aguaruna (Iiniá Chicham)*. De Gruyter Mouton.

———. 2019. Parrots, peccaries, and people: Imagery and metaphor in Aguaruna (Chicham) magic songs. *International Journal of Language and Culture*, 6(1), pp. 148-174.

Overing, J., 1992. Wandering in the market and the forest: An Amazonian theory of production and exchange. In Dillely R. (eds), *Contesting Markets: Analyses of Ideology, Discourse and Practice*. Edinburgh University Press, pp. 180-200

Overing, J., and Passes, A. (eds.). 2000. *The Anthropology of Love and Anger: The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia* (1st ed.). Routledge.

Pollan, M., 2013. *The intelligent plant*. New Yorker, p. 93.

Pyhtinen O, and Tamminen S., 2011. We have never been only human: Foucault and Latour on the question of the anthropos. *Anthropological Theory*. 11(2), pp. 135-152.

Quijano, A., 1992. Colonialidad y modernidad/racionalidad.

Perú indígena, 13(29), pp. 11-20.

Ramos, A.R., 2012. The politics of perspectivism. *Annual Review of Anthropology*, 41. pp. 481-494.

Ramos, A.R. and Taylor, K.I., 1979. The Yanoama in Brazil 1979. Iwgia. Document Kobenhavn, (37), pp. 1-170.

Rice, J.S. and Remy, L.L., 1998. Impact of horticultural therapy on psychosocial functioning among urban jail inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 26 (3/4), pp. 169-191.

Rival, L., 2016. Botanical ontologies special section of the Journal of Ethnobiology Post-Face. *Journal of Ethnobiology*, 36(1), pp. 147-149.

Roy, D., 2012. Feminist approaches to inquiry in the natural sciences: practices for the lab. In *Handbook of feminist research: Theory and praxis*. pp. 313-330. SAGE Publications, Inc.

Ruck, C.A., 2014. Entheogens in ancient times. In *History of toxicology and environmental health: Toxicology in antiquity*, 2, pp. 116-25.

Said, E.W., 1979. *Orientalism: Western Conceptions of the Orient*. Vintage.

Santos-Granero, F., 2000. The Sisyphus Syndrome or the Struggle for Conviviality in Native Amazonia. In Overing, J. and Passes, A. (eds.), *The Anthropology of Love and Anger. The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia*, Routledge, pp. 268-87.

———. 2006. Sensual Vitalities: non-corporeal modes of sensing and knowing in Native Amazonia. Special issue in honor of Professor Joanna Overing. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 4 (1-2), pp. 57-80.

——— (ed.), 2009. *The occult life of things: Native Amazonian theories of materiality and personhood*. University of Arizona Press.

———. 2012. Beinghood and People-Making in Native Amazonia: A Constructional Approach with a Perspectival Coda. *HAU-Journal of Ethnographic Theory* 2(1), pp. 181-211.

Savage, G. P., 2003. Saponins. In Caballero B. (ed) *Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition*. 2nd ed. Academic Press, Oxford, pp. 5095–5098

Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Pearson Italia Spa.

Seller, J., Fieldhouse, J. and Phelan, M., 1999. Fertile imaginations: an inner-city allotment group. *Psychiatric Bulletin*, 23 (3), pp. 291-293.

Sempik, J., Aldridge, J. and Becker, S., 2003. *Social and therapeutic horticulture: evidence and messages from research*. Centre for Child and Family Research, Loughborough University.

Shibata, S., & Suzuki, N. 2002. Effects of the foliage plant on task performance and mood. *Journal of Environmental Psychology*, 22, pp. 265–272.

———. 2004. Effects of an indoor plant on creative task performance and mood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, pp. 373–381.

Simpson, A., 2007. On ethnographic refusal: Indigeneity, 'voice' and colonial citizenship. *Junctures: The Journal for Thematic Dialogue*, (9). Pp. 67-80.

Shepard Jr, Glenn H. 2004. A Sensory Ecology of Medicinal Plant Therapy in Two Amazonian Societies. *American Anthropologist* 106 (2), pp. 252-66.

Smith, V.D. and Aldous, D.E., 1994. Effect of therapeutic horticulture on the self-concept of the mildly intellectually disabled student. In: *Francis, M., Lindsey, P. and*

Smith, P., Dickie J., Linington S., Probert R., and Way M., 2011. Making the Case for Plant Diversity. *Seed Science Research* 21, no. 1, pp. 1–4.

Spivak, G.C., 2000. Translation as culture. *parallax*, 6(1), pp. 13-24.

———. 2021. The politics of translation. In *The translation studies reader*. Routledge. pp. 320-338.

Stack, C.B., 1974. Sex roles and survival strategies in an urban black community. In In Rosaldo, M.Z., Lamphere, L. (Eds.), *Woman, culture and society*, Stanford University Press. pp.112-128.

Stengers, I. 2000. *The Invention of Modern Science*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

———. 2005a. The cosmopolitical proposal. In Latour, B. and Weibel, P. (eds), *Making things public*, MIT Press, pp. 994–1003.

———. 2010. *Cosmopolitics I*, University of Minnesota Press.

———. 2018. *Another science is possible: A manifesto for slow science*. John Wiley & Sons.

Sullivan, S. 2009. Green Capitalism, and the Cultural Poverty of Constructing Nature as Service Provider. *Radical Anthropology* 3, pp. 18–26.

Surrallés, A., 2003. *Au coeur du sens: perception, affectivité, action chez les Candoshi (272)* Instituto Francés de Estudios Andinos.

Taish Maanchi, J., 2001. *Pedagogía Ancestral Awajun: la elaboración de textiles y sus enseñanzas en las comunidades de Nuevo Israel y Nuevo Jerusalem*. M.A. thesis, Cochabamba, Bolivia.

———. 2012. Tàjîmat Pujut a través de la Educación Intercultural Bilingüe: un breve recorrido por la historia de la educación del pueblo Tàjîmat Âents. In Brañas, M. (ed) *ARTICULANDO*

LA AMAZONÍA: Una mirada al mundo rural amazónico AECID-Peru.

Taylor, A.C., 1996. The soul's body and its states: an Amazonian perspective on the nature of being human. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, pp. 201-215.

———. 2005. Las máscaras de la memoria: Ensayo sobre la función de las pinturas corporales jívaro. In *Chamanismo y sacrificio: Perspectivas arqueológicas y etnológicas en sociedades indígenas en América del Sur*. Bogotá: Institut français d'études andines. pp. 299-333

Taylor, L., 2005. *The Healing Power of Rainforest Herbs: A Guide to Understanding and Using Herbal Medicinals*. Square One Publishers.

Taiz, L., Alkon, D., Draguhn, A., Murphy, A., Blatt, M., Hawes, C., Thiel, G. and Robinson, D.G., 2019. Plants neither possess nor require consciousness. *Trends in Plant Science*, 24(8), pp. 677-687.

TallBear, K., 2013. *Native American DNA: Tribal belonging and the false promise of genetic science*. University of Minnesota Press.

Traweek, S. (ed.), 1988. *Beamtimes and Lifetimes the World of High Energy Physicists*. Harvard University Press.

Treichler, P.A., 1999. 5: AIDS, HIV, and the Cultural Construction of Reality. In *How to Have Theory in an Epidemic*. Duke University Press. pp. 149-175

Turner, T.S. 2009. The crisis of late structuralism. Perspectivism and animism: rethinking culture, nature, spirit, and bodiliness. *Tipit'i J. Soc. Anthropol. Lowl. S. Am.* 7(1): pp. 1-42

Tymoczko, M. and Gentzler, E., (eds.), 2002. *Translation and power*. University of Massachusetts Press.

Ulrich, R.S., 1983. Aesthetic and affective response to natural environment. In: Altman, I. and Wohlwill, J.F. (eds). *Behavior and the natural environment*. Plenum, New York, pp. 85-125.

Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., 1991. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11 (3), pp. 201-230.

Uzendoski, M.A., 2014. Textuality, Kinship, and the Amazonian Theories of Being in the World: An Analysis of Motherhood and Yachay in Two Napo Runa Songs. *HIOL: Hispanic Issues On Line* 16. pp. 125-142

Velloso, L., Eizirik, D. and Cnop, M. 2013. Type 2 diabetes mellitus—an autoimmune disease? *Nat Rev Endocrinol* 9, pp. 750–755

Vilaça, A., 2002. “Making kin out of others in Amazonia”. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 8 (2). pp. 347 - 365.

Viveiros de Castro, E., 1996. Images of Nature and Society in Amazonian Ethnology. *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. 179–200.

Whatmore, SJ. 2009. Mapping knowledge controversies: science, democracy and the redistribution of expertise. *Progress in Human Geography*. 33(5) pp. 587-598.

Wardlow, H., 2012. The task of the HIV translator: Transforming global AIDS knowledge in an awareness workshop. *Medical Anthropology*, 31(5), pp.404-419.

Wandersee, James H., and Elizabeth E. Schussler. 2001. Toward a Theory of Plant Blindness. *Plant Science Bulletin* 47, no. 1, pp. 2–8.

Waters E, Cummings EM., 2000. A secure base from which to explore close relationships. *Child Dev*. 71(1), pp. 164-72

Winkelman, M., 2005. Drug tourism or spiritual healing?

Ayahuasca seekers in Amazonia. *Journal of psychoactive drugs*, 37(2), pp. 209-218.

Winter, J.R.D., 2019. *Plant Theory in Amazonian Literature*. Springer.

Zárate, A. 2008. *Hacia una pedagogía andina*. Abedul.

Zarate Perez, A. 2014. *Interculturalidad y decolonialidad*. Tabula Rasa 20 (1) pp. 91-107.

Zhang, Y., Van Dijk, T., Tang, J. and Berg, A.E., 2015. Green space attachment and health: A comparative study in two urban neighborhoods. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), pp. 14342-14363.

4 – Cuidado infantil y programas sociales entre los awajún en Perú: aportes desde la Amazonia urbana

*Helen Palma Pinedo*⁴⁹

Introducción

Este texto surge de un trabajo etnográfico realizado como parte de una tesis doctoral en proceso en Santa María de Nieva, en la provincia de Condorcanqui, en Perú, territorio ancestral de los awajún y wampis. Se propone un análisis crítico enfocado en las acciones del programa social “Cuna Más” que ofrece el cuidado de niños entre seis meses y tres años, problematizando las nociones de cuidado que involucra, en un momento en el que las intervenciones estatales que se enfocan en la niñez tienen un amplio desarrollo en la Amazonía peruana.

Con dicho fin, en primer lugar, se presentan algunos puntos destacados de las varias aproximaciones al concepto de cuidado, dando cuenta de la diversidad de miradas a este tema. Aquí se resaltan los aportes de los debates feministas, de la antropología sobre sociedades y niñez indígenas, y aproximaciones críticas a programas sociales. Luego, se ofrece información sobre “Cuna Más”, el ámbito en el que se desarrolló esta investigación, y ciertas particularidades de las prácticas de cuidado infantil entre los awajún. En tercer lugar, se presentan descripciones etnográficas que pretenden dar cuenta de cómo una política de estas características aterriza y se inserta en las dinámicas locales, evidenciando algunos problemas y desajustes en su implementación. Pero, también, se intenta reflejar el lugar que tienen los cuidados en el relacionamiento cotidiano entre mujeres, su dimensión colectiva y cómo va más allá de asegurar una salud en términos biológicos. En este

49 Doctoranda en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina. Becaria CAPES.

punto, se destaca el papel de las relaciones y tensiones interétnicas, la confianza y el ámbito familiar como privilegiado para desenvolver los cuidados.

Las reflexiones a las que se llegan parten de una permanencia prolongada en Santa María de Nieva, en donde se pudo compartir experiencias cotidianas con mujeres y familias awajún, y también mestizas. Los alcances que pude tener se vieron potenciados por dos factores. En primer lugar, mi posicionamiento como madre, en la medida que el trabajo de campo lo realicé en compañía de mi hija, lo que llevó a que el tema de los cuidados haya emergido a lo largo de ese tiempo de manera espontánea. Esto fue precisamente lo que me ayudó a caer en cuenta de su relevancia en los términos que propongo en este texto. Un segundo factor fue el vínculo que establecí con dos jóvenes awajún trabajadores de “Cuna Más”, con quienes compartí varios momentos así como acompañé en sus actividades. Ellos también me acompañaron a mí en mis vicisitudes y andar por Santa María de Nieva. Gracias a ellos accedí a “Cuna Más” y pude conocer los retos y ciertas encrucijadas que afronta el personal estatal indígena.

Con este texto se espera contribuir a una mejor comprensión de lo que implican los cuidados infantiles en un contexto amazónico urbano, visibilizando dinámicas probablemente presentes en otros espacios similares. Y, también, aportar a una ampliación de la discusión sobre los programas sociales en la Amazonía desde una línea etnográfica.

Cuidados infantiles: múltiples miradas

Se puede decir que el cuidado es una categoría polisémica sobre la cual no necesariamente hay consenso, por lo que es objeto de continua reflexión. Los aportes en torno a este concepto provienen de diferentes áreas, entre las que destacan los estudios género, la antropología a partir de sus etnografías y las ciencias sociales en sus análisis sobre las políticas públicas en esta materia. En esta sección —que no pretende ser una revisión— señalaré algunos de los puntos más destacados de estos aportes para nuestra región y la Amazonía, en un afán de dar cuenta de las distintas orientaciones

en el tema, y de los enfoques sobre lo cuales se han construido las iniciativas públicas sobre el cuidado.

El cuidado como asunto público y la lucha por su “desfamiliarización”

De manera general, el cuidado suele ser definido como “la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana” (Batthyáni, 2015, p. 10). Su uso como categoría analítica se debe al pensamiento feminista de la segunda mitad del siglo pasado en países anglosajones, convirtiendo al cuidado o *care* en uno de los conceptos claves de los estudios de género (Hughes, 2002). En ese proceso, se le otorgó un contenido político y ha sido fundamental para el cuestionamiento a la división sexual del trabajo y a la segregación público/privado en el marco de las luchas por la igualdad entre hombres y mujeres.

Como señala Batthyáni, tres aristas en los debates feministas sobre el cuidado son: la visión del cuidado como trabajo, el cuidado como componente central del bienestar y el cuidado como derecho universal. En el primer caso, esto implicó impulsar un reconocimiento del tiempo invertido para el desarrollo de las actividades esenciales que componen el cuidado. En este punto, las encuestas del uso del tiempo han jugado un papel importante en la visibilización de este aspecto, así como para el reconocimiento de una noción distorsionada de la economía que perpetúa la infravalorización del aporte de las mujeres (Aguirre, 2009). De otro lado, el análisis del cuidado como componente del bienestar ayudó a revelar los arreglos sociales que determinan los distintos regímenes de cuidado, que acaban definiendo quiénes cuidan y quién debe pagar por los cuidados. Aquí es importante recordar que el cuidado es también una responsabilidad socialmente construida, y como tal, se inscribe en contextos sociales y económicos particulares. De esta manera, los análisis feministas sobre el cuidado llevaron a concluir que nuestra región se ha caracterizado por un régimen “familiarista” en el que las mujeres han venido asumiendo esta carga, por lo que parte de las luchas han sido dirigidas a

promover las corresponsabilidades y, por tanto, una organización social del cuidado más equitativa entre hombres y mujeres.

En tercer lugar, el planteamiento del cuidado como derecho universal implica reconocer la circunstancia de los que necesitan y dan cuidados, es decir, el derecho a dar y recibir cuidados. Lo que nos lleva a una ampliación del concepto de ciudadanía que incorpora estos derechos, así como a un cuestionamiento del papel del Estado como garante del mismo. Por ello, los esfuerzos desde el feminismo han sido volcados en dos puntos: primero, a posicionar los cuidados como un asunto público, y, en segundo lugar, a su “desfamiliarización”, es decir, que deje de ser un problema solo de las familias y se dé una mayor participación del Estado (Pautassi, 2007). Las políticas sociales dirigidas a ofrecer servicios de cuidado, como el programa “Cuna Más” en Perú, que es objeto de interés en este texto, formarían parte de las estrategias afines a este enfoque “desfamiliarista”.

El papel de las nociones de cuerpo y persona, el cuidado como ‘criar’ y como afirmación del parentesco

Por su lado, la antropología ha contribuido desde hace varias décadas, principalmente a partir de sus etnografías y estudios sobre el género en sociedades no occidentales, a releer algunas de las nociones sobre el cuidado; evidenciando que pueden tener una utilidad limitada a la hora de intentar comprender las socialidades y relaciones de género indígenas, tal como lo mostró Strathern (1988) para Melanesia. Overing, a partir de su trabajo con los piaroa de la cuenca del Orinoco, pone sobre la mesa este tema para la Amazonía, problematizando las implicancias de generizar un dominio como el de los cuidados (Overing y Passes, 2000). Ella recuerda que el cuidado ha sido un concepto central en la filosofía feminista desde el cual se propone una lectura antagónica de lo moral que puede ser poco adecuada para otras sociedades (Overing, 1999). Como muestra de ello, destaca como en el caso de este grupo tanto el cuidado como la confianza, asociadas a la esfera de lo cotidiano y lo íntimo, constituyen valores relevantes tanto para mujeres como para hombres.

Otro aporte de la antropología sobre sociedades amerindias, y especialmente desde la etnología indígena brasilera, es la evidencia sobre las vinculaciones de las prácticas de cuidado o crianza con las nociones de cuerpo y persona. Múltiples trabajos coinciden en colocar a los primeros años de la vida como caracterizado por las inestabilidad y vulnerabilidad frente a otros seres, en el que las técnicas de fabricación corporal juegan un papel importante en la constitución de persona (Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro, 1979). Igualmente, el cumplimiento de los padres y niños de las normas que rigen esta etapa —incluso desde el embarazo—, así como la obediencia a las restricciones alimentares, hacen parte de ese cuidado que contribuye al adecuado desarrollo de los niños, no solo en términos biológicos. Existe una vasta bibliografía en esta línea, no obstante, me detendré en mencionar dos trabajos que a pesar de su antigüedad considero pertinentes para los argumentos que intento desenvolver.

Uno de ellos es el trabajo de Gow (2020) con el pueblo piro del Bajo Urubamba en Perú, que coloca a los cuidados como algo central para la afirmación de los lazos de parentesco, siendo las actividades de crianza de los niños expresiones fundamentales de las relaciones entre parientes, que acaban definiendo lo que es una ‘familia legítima’. En este punto, el uso de los términos de parentesco es expresión de lo que él llama un ‘lenguaje de los cuidados’, lo cual se da como un acto de reciprocidad de los niños hacia las expresiones de amor de sus padres. Otro trabajo es el de Belaúnde (2001) con los airo-pai en la zona nororiental del Perú, en el que se muestra cómo el acto de ‘criar’ va de la mano con las nociones de cuerpo y persona que definen a este grupo. La autora concuerda con Gow en que criar y ser criado determinan el ser plenamente ‘gente’. Al ser el concepto de persona de los airo-pai el de un ser social, hecho por la interacción de los demás —sobre todo por los padres—; los cuidados recibidos en la infancia van dirigidos a que el niño forme parte de las relaciones sociales. Vale señalar que la noción de “criar” que Belaúnde recoge va más allá de los cuidados dedicados a los niños, e involucra plantas, animales, y otros seres del cosmos. En ese sentido, la inclusión de las entidades no humanas en las tramas sociales y de reciprocidad, son también esenciales.

De otro lado, están también los estudios antropológicos sobre la niñez indígena, los cuales han contribuido con otros aportes que también nos dan algunas luces. Tassinari (2007) sistematiza en uno de sus trabajos cinco aspectos que las investigaciones de esta subdisciplina comparten en cuanto a la infancia y desarrollo infantil indígena. Aunque su revisión corresponde a Brasil, considero que son también pertinentes para el Perú. Estos aspectos son: el reconocimiento de la autonomía de la niñez y su capacidad de decisión; el reconocimiento de sus diferentes habilidades frente a los adultos; la educación como producción de cuerpos saludables; el papel del niño como mediador de diversas entidades cósmicas; y el papel del niño como mediador de diversos grupos sociales. El hilo conductor en estas características refiere a una aproximación a los niños como sujetos sociales, con una voz y agencia no concebidas en la sociedad occidental, así como la importancia del cuerpo o lo corpóreo en las pedagogías indígenas. En Perú, un trabajo que ilustra varios de estos puntos es el de Anderson (2016) sobre la infancia y prácticas de cuidado indígena en varios contextos amazónicos, donde se presenta a los niños como sujetos de acción y no solo como objetos de cuidado.

Aproximaciones críticas a las políticas públicas y programas sociales que involucran el cuidado y salud infantil

Las aproximaciones antes descritas contrastan notablemente con los objetivos a los que se dirigen los cuidados infantiles incentivados desde las políticas públicas en el tema. Por lo general, las estrategias en esta materia presentan de fondo el imperativo de procurar la mejora de indicadores de salud, en aras de lograr un adecuado desarrollo infantil en los términos que lo plantean los estándares y convenciones internacionales. Al respecto, existen cada vez más trabajos antropológicos y de ciencias sociales que problematizan esto, así como las nociones de cuidado y género que acompañan estas políticas.

Al respecto, Anderson (2007) señala que el cuidado ha solido tener una relación estrecha con las políticas sociales de distintos países de la región y que en el Perú estas se han confundido con las políticas de reducción de la pobreza. El auge de estas políticas

tiene que ver con el llamado Post-Consenso de Washington, que tuvo acogida en América Latina a partir de discursos que promovían una inclusión basada en derechos y que se tradujeron en una diversidad de programas sociales. En el caso del Perú, el 2005 resulta un hito importante por ser el inicio del programa “Juntos”, consistente en la transferencia de dinero a familias pobres condicionada al cumplimiento de responsabilidades en salud y educación⁵⁰. Sobre este tipo de programa, en el que las mujeres son las responsables de recibir el dinero, pero también de cumplir con las obligaciones establecidas, ya existen textos que señalan controversias a nivel de las implicancias que esto tiene para la equidad de género. Como se señala en un informe de CEPAL (Rodríguez Enríquez, 2011), en términos simbólicos se estaría perpetuando la noción de que las mujeres son las principales responsables del cuidado y, además, existe un impacto a nivel del uso de su tiempo. Por tanto, se hace importante considerar los efectos generizados de estas políticas (Lind, 2005). De otro lado, trabajos como el de Molyneux (2006), en México, cuestionan el posicionamiento de la maternidad como clave para el éxito de los programas de lucha contra la pobreza.

En el caso específico de los awajún y wampis, Ramírez Hita (2020a) cuestiona la real contribución de los programas sociales a la mejora de su bienestar, al considerar el impacto que estos tienen para la soberanía alimentaria y en términos medioambientales. Además, presenta expresiones de autoridades locales que señalan la necesidad de acabar con el asistencialismo y de promover la autonomía económica. Otro trabajo es el de Ricaud Oneto (2019) sobre el programa de alimentación “Qali Warma”, en este caso, entre los maijuna de la Amazonía peruana, donde señala que la imputación de un estado de pobreza insinúa, por un lado, la in-

50 Los programas de transferencias condicionadas de dinero son una de las principales formas de lucha contra la pobreza en América Latina. Casi todos los gobiernos de la región tienen un programa similar a “Juntos”, siendo en algunos casos el centro de las políticas asistenciales. Los casos del programa “Oportunidades”, en México, y “Bolsa Familia”, en Brasil, son de los más emblemáticos por su historia, trayectoria, magnitud, cobertura e impactos (Rodríguez Enríquez, 2011).

capacidad de los pueblos indígenas para la autosuficiencia y, por otro, les asigna una imagen de “holgazanería”.

Respecto a “Cuna Más”, está la sistematización realizada por Anderson para dicho programa (MIDIS, 2016) que incluye información cualitativa sobre cunas en distintos ámbitos del país, incluida la Amazonía. Entre los nudos críticos identificados, se describe la falta de un acercamiento a la percepción de las propias familias sobre la enseñanza-aprendizaje de los niños, la feminización del servicio, culpabilización de las madres y debilidades en una adecuación cultural que vaya más allá del idioma.

“Cuna Más”, Santa María de Nieva y cuidados infantiles entre los awajún

En esta parte se describirá brevemente al programa “Cuna Más” y también el contexto donde se realizó este trabajo, así como algunos aspectos saltantes sobre los awajún y ciertas prácticas de cuidado registradas.

El programa social “Cuna Más”

El programa nacional “Cuna Más” es un programa social focalizado que ofrece el cuidado diurno de niños desde los seis a treinta y seis meses de edad de zonas de pobreza y pobreza extrema. Fue creado en el 2012 junto a otros programas que empezaron a ser ejecutados desde el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que había empezado a funcionar como parte de las primeras acciones del gobierno de Ollanta Humala, autodefinido como de “izquierda progresista”. El antecedente a esta intervención es el exprograma nacional “Wawa Wasi”, que funcionó a lo largo de la década de los noventa y dos mil, sobre el cual Anderson (2007) señalaba la existencia de una visión de los cuidados infantiles como una acción educativa.

La información oficial de “Cuna Más” señala que tiene como finalidad superar las brechas de desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de los infantes de su población foco. Además de ello, propone el acompañamiento de las familias para promover prácticas de higiene, nutrición y de estimulación para los niños. Como

todo programa social, existen algunos requisitos que las familias deben cumplir. Para acceder a él, además de pertenecer a los grupos de pobreza, los niños deben tener sus controles y vacunas al día, y los padres deben firmar una autorización para que los niños reciban el tratamiento contra la anemia en caso la tuviesen, y un documento en el que se comprometen a cumplir con una serie de indicaciones y actividades que se derivaban de esta atención.

Santa María de Nieva contaba con dos “Cuna Más” que tenían alrededor de dos años de funcionamiento, cuyos locales habían sido cedidos temporalmente por las juntas directivas de los barrios donde se ubicaban. El personal que laboraba en las cunas estaba conformado por mujeres tanto indígenas como no indígenas, cuyos esfuerzos estaban en brindar el cuidado y alimentación a los menores inscritos. Además de ello, había una trabajadora awajún designada para realizar las visitas domiciliarias en las que se buscaba dar solución a la falta de algún control o vacuna de los niños, ver las razones de la inasistencia de algún niño inscrito y dar recomendaciones en los casos de los pequeños que tenían anemia.

Santa María de Nieva y cuidados infantiles entre los awajún

El trabajo de campo de esta investigación fue desarrollado en Santa María Nieva, capital de la provincia de Condorcanqui, durante todo el 2019. Condorcanqui se ubica en la zona nororiental del Perú, frontera con el Ecuador, por donde recorren el río Marañón y sus afluentes. Este es territorio ancestral de los pueblos awajún o aénts y wampis pertenecientes a la familia etnolingüística jíbaro. Santa María de Nieva, con 3800 habitantes aproximadamente, viene a ser la capital y centro urbano de esta provincia, en la que, además de una importante presencia indígena, existe también una fuerte presencia mestiza. Esta es una continuidad histórica, ya que esta localidad fue siempre un punto de contacto más intenso con los colonos que llegaron y poblaron la zona como producto de los varios proyectos de colonización impulsados desde el Estado (Guallart, 1997b). De hecho, es a fines de los años cuarenta que un grupo de colonos refunda Santa María de Nieva, cuya procedencia era principalmente de origen loretano y sarmantinense; sin

embargo, posteriormente llegaron en mayor número colonos desde las zonas altas de Piura y Cajamarca, y también de ciudades de la costa (Guallart, 1997a). Este proceso se intensificó durante los años setenta con la construcción de la carretera y del Oleoducto Norperuano. Desde esa época, las tensiones y conflictos entre indígenas y colonos, a causa principalmente de las tierras, formaron parte de la experiencia de alteridad de este lugar.

Santa María de Nieva fue también la base elegida por la Misión Jesuita, quienes, junto a las Religiosas Misioneras del Sagrado Corazón, además del trabajo de evangelización, tuvieron un importante papel en la zona en la promoción de la educación y salud. En 1953, un médico de esta misión realizó uno de los primeros diagnósticos de las condiciones sanitarias en Nieva, identificando un buen estado nutricional en la población indígena, a diferencia de la población colona (Guallart, 1997b). Esto fue confirmado años después en el estudio nutricional realizado por Berlin y Markell (1977) en la zona del Alto Marañón, que mostraba un consumo de calorías y proteínas de estos por encima de las cantidades recomendadas por la FAO/OMS. No obstante, con la progresiva reducción de tierras de cultivo para los indígenas, comenzó también la introducción de hábitos alimenticios basados en arroz y alimentos envasados, modificando su estado nutricional. La propagación de cultivos como el arroz y la papaya en distintas zonas de la región Amazonas ha implicado la deforestación, el incremento del uso de insecticidas y fungicidas, así como la transformación de la dieta local que desplazó el consumo de recursos tradicionales (Ramírez Hita, 2020b).

Con el tiempo, la salud ha sido materia de diversos proyectos de desarrollo al constatar que, a diferencia de los diagnósticos señalados de hace varias décadas, los indicadores mostraban varios problemas por atender. Esto quedó mucho más visibilizado a partir de los hechos lamentables vinculados al “Baguazo”, en el 2009, derivando en una serie de compromisos para una mayor atención y presencia estatal. No obstante, a pesar de los distintos proyectos e intervenciones, se mantiene la ausencia de servicios básicos de calidad y limitaciones en la atención de salud.

Según datos del INEI, la provincia de Condorcanqui presenta el índice de densidad del Estado más bajo a nivel nacional, así como también el índice de desarrollo humano más bajo dentro de las provincias correspondientes a la selva (PNUD, 2019). Además, el Mapa de Pobreza Distrital 2018 indica que el distrito de Nieva presenta un 51.4% de pobreza. Estos indicadores hacen de este lugar un espacio foco para el despliegue de las varias intervenciones para la reducción de pobreza. De otro lado, desde el 2014, los pueblos indígenas de la Amazonía fueron adjudicados con la clasificación socioeconómica de “pobre extremo”, que los hace acceder al paquete de programas sociales disponibles⁵¹. No obstante, este tipo de categorías derivadas de teorías sobre la pobreza suelen ser abiertamente discutidas e incluso rechazadas, tal como pude escuchar en diversas ocasiones por parte de los propios awajún. Parte importante del condicionamiento para acceder a varios de los programas es que los niños asistan a la escuela y que las madres de familia cumplan con llevarlos a los controles en los centros de salud, que estos reciban sus vacunas y suplementación nutricional de ser el caso. Situación que es percibida muchas veces como una relación coercitiva y de imposición, asuntos que los awajún históricamente han rechazado y evitado.

En la actualidad, Santa María de Nieva concentra las principales oficinas de las entidades públicas, así como la más amplia oferta educativa y de salud de Condorcanqui, lo que lo hace un espacio atractivo para muchas familias indígenas que migran y se movilizan con frecuencia desde comunidades de las cuencas de los ríos Cenepa y Santiago. El incremento de la densidad poblacional en Nieva, sobre todo en sus zonas periféricas, así como la elevación del costo de vida, hace que el acceso a una vivienda propia y un espacio para el cultivo sea cada vez más difícil y oneroso.

En cuanto a los cuidados, la palabra utilizada en awajún para referirse a ello es *kuitámat*⁵², que hace alusión no solo a los cui-

51 Resolución Ministerial N° 227-2014-MIDIS.

52 En una comunicación personal, ante mis dudas sobre el origen del término, Jaime Regan tuvo la gentileza de responderme confirmando que es muy probable que esta palabra sea un préstamo del castellano. Como señaló: “Al parecer, se habría tomado la raíz de cuidar ‘cuida-’, cambiando

dados dados a los niños, sino también a la atención dada a un paciente o enfermo. Asimismo, la palabra para referirse a un niño es *uchi*, que también es utilizada para la cría de un animal o como adjetivo de algo pequeño. Parte importante del *kuitámat* ha estado abocado a la solución de problemas de salud, que podían ser también explicados como una manifestación de brujería o daño. La constante preocupación por la salud ha sido comprensible considerando que, como registró Brown a fines de los setenta, casi un tercio de los niños no llegaba a los cinco años (Brown, 2012). Solo cuando los pequeños llegaban a caminar eran considerados resistentes y podía acompañar a los padres en algunas actividades. Aunque con el tiempo es indudable que la mortalidad infantil en esta zona se ha reducido considerablemente, la preocupación por los constantes problemas de salud —muchos de ellos provocados por las condiciones de vida— permanece, los cuales se procuran solucionar con recursos nativos, de la biomedicina y de las iglesias evangélicas. Dentro de los recursos locales, destacan los diversos tipos de *ajeg* o jengibre que, en realidad, es de origen asiático, pero que fue fuertemente incorporado por los awajún hace varias décadas. El *ajeg* es utilizado para diversos problemas y padecimientos en los bebés e infantes. Es administrado vía oral o a través de enemas. Esto es utilizado para una gama de casos que van desde problemas gastrointestinales, la sospecha de daño, hasta asuntos como la demora de un niño en caminar, algo que registré durante mi trabajo de campo. Las atribuciones dadas a ciertas plantas tienen que ver con las cosmologías vinculadas con las prácticas sofisticadas de horticultura awajún (Brown, 2007). Para los niños que son percibidos como desnutridos, débiles, pálidos o *putsú* se suelen consumir plantas como el *ugkush*, *eep* y *tsemantseg* en patarashka.

En relación a lo que serían “etapas de desarrollo”, es importante señalar que sería problemático hacer una definición en estos términos, ya que esto corresponde a una visión biomédica con límites más rígidos. Como señala Greene (2009), en el caso de los infantes o *uchi* destaca más el reconocimiento de la adquisición de

la ‘d’, un sonido dental sonoro, a ‘t’ un sonido dental sordo, para luego añadir el sufijo verbalizador ‘ma’ (‘hacer algo’) y el sufijo infinitivo ‘t’”. También vale anotar que es un término que aparece desde 1960 en publicaciones del Instituto Lingüístico de Verano.

ciertas características y habilidades tanto sociales como físicas que hacen saber a los padres el correcto proceso de maduración de sus niños. Algunas de estas características son la robustez, el tono de piel, la capacidad de andar, jugar, comunicarse, entre otros.

Aunque los awajún no se han caracterizado por los grandes rituales públicos y su mitología tampoco destaca aspectos vinculados a la gestación o procreación —tal como Taylor (2012) lo señala para los achuar, otro grupo jíbaro como los awajún—, sí se consideraban algunas prescripciones. Así, Brown describe que parte de las prácticas de cuidado de los recién nacidos, era el evitar el contacto con una variedad de animales del bosque y plantas que poseían poderes inherentes para dañar a los bebés desde lejos. Unas diarreas constantes eran explicadas por un encuentro con algo que no debían. La preocupación por contactos peligrosos equivalía a un tabú posparto que simbólicamente marcaba la vulnerabilidad del bebé y la separación incompleta de sus padres (Brown, 2012). Sin embargo, ciertas prescripciones y tabúes que adquirirían sentido en sus dinámicas reproductivas basadas en el bosque, las huertas y los ríos fueron flexibilizándose o haciéndose vagas con el tiempo, conforme los tipos de producción capitalista y economía de mercado fueron predominando.

Dos cunas y pocos niños

La información que presento a continuación se centra en las aproximaciones que tuve al trabajo desarrollado en las cunas infantiles que formaban parte del programa social “Cuna Más” en Santa María de Nieva, donde llegué y pude conocer gracias al interés y amabilidad de Iván y Elizabeth⁵³, dos jóvenes awajún responsables de realizar varias de las tareas vinculadas a este programa. Además, me baso en el relacionamiento que logré tener con familias de los barrios donde se ubicaban estas cunas, varias de ellas tenían pocos años viviendo allí y provenían de comunidades de las cuencas del Cenepa y Santiago.

53 Estos nombres no corresponden a los reales, a fin de preservar el anonimato.

Cuando llevaba algunas semanas en Nieva y empezaba a hacer mis indagaciones sobre el tema de salud, conocí a Iván, promotor de “Cuna Más”. Él era awajún y había sido formado años atrás como técnico de salud intercultural bilingüe por la organización indígena AIDSESP. Recordando sus experiencias pasadas, me contó con orgullo cuando trabajó por varios años en el centro de salud de Nieva y fue firme en la exigencia de una adecuación intercultural de la atención, siendo un fuerte propulsor del parto vertical. Dijo: “Me veían como rebelde, pero es que no se puede imponer, hay que respetar la cultura”. Cuando lo conocí, tenía esta vez la responsabilidad de que “Cuna Más” se implemente de la mejor manera posible.

Desde el primer momento fue muy abierto y mostró interés en conversar conmigo a fin de que le pudiera dar algún tipo de consejo, ya que una de las primeras cosas que me comentó fue que su trabajo estaba siendo “un dolor de cabeza” para él. En ese momento, yo desconocía cómo se venía implementado “Cuna Más”, por lo que tenía dudas sobre lo que le podía ofrecer como consejo o ayuda, y temía decepcionar sus expectativas. Luego entendí que, en realidad, su necesidad estaba más en compartir la frustración que sentía en ese momento, y que en cierta forma alguien más sea testigo de las dificultades que afrontaba. Creo que, al ser yo una persona “de afuera”, ayudó a que considere que podía ser alguien en quien confiar su malestar y que podría darle una mirada hasta cierto punto imparcial del asunto.

Así, empezamos a tener algunas conversaciones en las que, poco a poco, me fue transmitiendo sus principales preocupaciones. La más saltante era que el número de niños que asistían a las cunas estaba lejos de la meta esperada. Cada local estaba pensado para albergar alrededor de veinticuatro niños, sin embargo, al final acudían diariamente entre seis y diez, doce en el mejor de los casos. En efecto, cuando tuve la oportunidad de visitar y quedarme largos ratos en las cunas, pude comprobar este punto. Llamó mi atención ver pocos niños en estos locales cuidadosamente arreglados, con juguetes y mobiliarios en buen estado, y en donde además daban una merienda y almuerzo que era preparada en una cocina equipada con lo necesario. Las llamadas “madres

cuidadoras⁵⁴, responsables de cuidar a los niños, eran en su mayoría awajún y cruzadas⁵⁵. En total, solían haber cuatro de estas cuidadoras por local, y había días en que solo debían cuidar seis u ocho niños, quienes eran divididos entre ellas. De estos, solía haber por lo menos uno que era hijo de alguna de estas mujeres.

El espacio de estos locales era amplio, por lo que los niños que ya caminaban lo recorrían a su antojo y solían armar sus pequeñas “batallas” con los juguetes que tenían a su libre disposición. Iván visitaba todos los días ambos locales y la cocina, vigilando con mucho detalle que cada aspecto se cumpla según lo estipulado, además, inmediatamente hablaba con el personal si notaba que algo no estaba bien para corregirlo. Cuando le pregunté a él y a algunas de las cuidadoras por qué creían que los padres no llevaban a sus niños, básicamente me respondían que era un tema de “chismes” sobre supuestos malos cuidados o que el personal podía hacer algún daño a los niños. Abajo resumo parte de una conversación con Iván al respecto:

Iván: Cuando se crean las cunas se propuso este lugar —Santa María de Nieva—, me dijeron “proponlo, négocialo”, se aprobó en asamblea, todos muy bien aprobaron, palmas. Se aprobó en estos barrios, pero no funciona [...]. Hemos promovido reuniones, asamblea general, pero no se involucran. Me hubiera gustado que participen, que escuchen nuestras metas, pero no vienen.

Helen: Parece que varias mamás no están de acuerdo o no les gusta que las obliguen a cumplir con los requisitos.

Iván: Ajá. Pero no deberían tomar por ese lado, más bien nos debería rogar a nosotros y decir “Cuna Más por favor, tengan a nuestro niño”, pero no quieren, uno tiene que estarlas buscando. Eso me preocupa, no sé cómo hacer, a veces digo “diré que hay almuerzo” porque por ahí me estaban diciendo eso, pero yo veo como una burla a mi pueblo. “Iván, ofrece almuerzo y vas a

54 El requisito para formar parte de ese equipo era contar con secundaria completa, certificado de buen estado médico y psicológico, además de una capacitación en interculturalidad.

55 Categoría bajo la cual se autodefinían los hijos de una pareja interétnica, generalmente indígena-mestizo.

ver cómo vienen” es como una burla de los hispanohablantes. A veces me siento mal. Entonces, son muchas cosas que cruzan en mi cerebro, es mucha preocupación. Me dicen: “Renuncia, deja, has podido estar en otro servicio”, pero nadie más lo va a hacer, tengo que estar hasta el último. Entonces, estoy en ese plan, porque acá deberíamos tener veinticuatro niños, pero no hay. De Lima dicen: “Pero, Iván, en ese lugar es donde más se necesita, qué pasa, no se está haciendo bien”. Además, no quieren llevar a los niños porque se ven mal con alguien, hay ese tema.

Al conversar con una de las cuidadoras, una joven awajún de veintidós años coincidió con lo mencionado por Iván: “Me enteré por otras personas que dijeron que aquí no cuidan bien, muchos comentarios negativos. Yo lo único que digo, no sé, tendría que conversar directamente para explicar las cosas. Según dicen, más antes hubo problemas, se descuidaban, ese tipo de cositas. Yo creo que acá cada vez hay menos niños, cuando llegué había ocho, diez. Me decían que eran pocos niños, que debería aumentar, yo trataba de ver por qué no asisten. Durante ese tiempo tuve que estar conociendo, dónde viven, dónde se fueron, pero en un mes no se puede hacer todo”. Ciertamente, los comentarios negativos eran repetitivos. No obstante, además de la poca cantidad de niños, había otro problema que Iván afrontaba bastante seguido y debía ver cómo solucionar. Con frecuencia, las madres cuidadoras renunciaban o de pronto dejaban de ir sin ninguna comunicación previa. Esto era una complicación porque cada una pasaba primero por un proceso de selección, para luego recibir una serie de capacitaciones y, finalmente, había que velar por su adaptación al equipo de trabajo. Como él mismo decía: “Todo se complica con las madres que renuncian, están uno o dos meses y renuncian, y ahí se pierde. Me dicen ‘pero tú has elegido’, ‘por qué le elegiste’, ‘por qué no has elegido bien’. Cuando veo que las compañeras renuncian, es un desastre para mí”.

Uno de los factores importantes en esta volatilidad era la retribución económica. Las trabajadoras de este programa realizaban sus funciones en el marco de un “voluntariado”, debiendo cum-

plir ocho horas de trabajo diario, cinco veces por semana⁵⁶. Al no haber muchas oportunidades de trabajo en Santa María de Nieva, resultaba atractivo para algunas jóvenes poder estar en un lugar donde también podían llevar a sus hijos, tener su alimentación asegurada ese tiempo con la comida que recibían y, así, estar con ellos mientras a la vez ganaban algo de dinero. Pero, como algunas me comentaron, el trabajo acababa siendo más exigente de lo que pensaban, ya que además de cuidar a los niños debían encargarse de la limpieza del local, traer agua para el aseo y, también, estaba el hecho de estar expuestas a los comentarios que circulaban sobre el “mal cuidado” de los niños. De otro lado, era un trabajo que parecía ser percibido como poco entretenido y monótono en el que debían lidiar con los llantos frecuentes de los niños que también se “aburrían” al tener que estar varias horas en un mismo lugar. Parecía, entonces, ser visto como un trabajo temporal hasta que lograsen conseguir algo mejor.

“Cuidar es educar”

Cuando conversaba con Iván, llamó mi atención al inicio cuando al narrar sus experiencias como técnico sanitario intercultural se construía a sí mismo como alguien “luchador” y “rebelde”, y con capacidad para confrontar lo que sea necesario para que —como él decía— la cultura de su pueblo sea respetada. No obstante, al hablar de las múltiples dificultades que afrontaba en ese momento como trabajador de “Cuna Más”, era notorio su malestar con aquellos “paisanos” —como él los llamaba— que mostraban rechazo a la propuesta de dicho programa que, desde mi percepción, no parecía dar mucha atención a lo que podría llamarse una adecuación o pertinencia cultural. Sin embargo, esa sensación personal de aparente contradicción era equivocada. Para él, el progreso de su pueblo iba más que nunca de la mano de la educación y de lo que el programa podía ofrecer para mejorar la salud de los niños. Como el mismo dijo: “Cuidar es educar”. No dudo de la influencia que podían haber tenido en él los mensajes y conte-

56 Este personal recibía mensualmente *s/*. 450.00 soles, menos de la mitad del salario mínimo en Perú.

nidos, probablemente civilizatorios, transmitidos en las múltiples capacitaciones a las que Iván había asistido para desempeñar su trabajo, destacando la importancia de promover niños sanos, inteligentes y funcionales en la escuela⁵⁷. Sin embargo, tampoco dudo de que él sabía discriminar lo que creía podía ser útil para concretizar ese deseo de progreso para sus hermanos awajún, y lo que no. Finalmente, era en gran parte el acceso a educación lo que había posibilitado a Iván condiciones de vida menos apremiantes que las de otros de sus paisanos; y, precisamente, parte de ese compromiso con su pueblo era promover que otros awajún también accedan a ello.

Este cuidar y educar era parte del sello de “Cuna Más”, y se intentaba poner en práctica con las madres —no vi padres— de los niños a partir de las reuniones que tenían con ellas, donde la promoción de prácticas de higiene y nutrición tenían un papel central. Un día, Iván me invitó a participar de una de ellas, durante un sábado por la tarde. Llegué puntual a la cuna donde se desarrollaría. A los diez minutos apareció Iván y, luego, Elizabeth, una joven awajún responsable de las visitas domiciliarias para monitorear a las familias. Pasó media hora y no llegaba nadie, solo se asomó una mujer, quien, al ver que no había más personas, se fue. Elizabeth salió a buscar a algunas de ellas y pedir que se pase la voz para que vengan a la reunión. Al final, asistieron seis mamás. Todas nos presentamos brevemente y, a solicitud de Iván, incluimos el dato de si éramos awajún, wampis, cruzadas, o hispanohablantes. De forma entusiasta, Iván comenzó a hablar de la importancia de alimentar bien a nuestros hijos, de velar por su buena salud y, también, de cumplir con las reglas de la cuna. Ello incluía respetar el horario, ya que algunas mamás los recogían tarde o se los querían llevar antes de la hora —y eso no estaba permitido—, asistir a las reuniones, entre otros. Cuando se tocaron esos puntos, dos de

57 “Cuna Más”, al igual que los demás programas sociales, estaban abocados, en ese momento, a lograr reducir los altos índices de anemia en los niños. Como parte de ello, los mensajes transmitidos a fin de persuadir a la población al consumo de multimicronutrientes y alimentos ricos en hierro eran constantes. Realizo un análisis de este tema en un trabajo anterior (Palma Pinedo, 2020).

las madres, quienes fueron básicamente las únicas que hablaron en la sesión, se dirigieron a Iván y le dieron sus quejas sobre la cuna: que escuchaban que los niños lloraban, que las madres cuidadoras cambiaban mucho, que algunos de los niños salían con algún arañón o moretón, y que no estaban de acuerdo con la presencia de alguna de las cuidadoras. Las otras madres murmuraron entre ellas en awajún y movieron la cabeza como dándoles la razón. Iván intentó poner paños fríos y alegó que intentaban hacer lo mejor posible, pero que las cuidadoras renunciaban seguido, y les pidió su colaboración para que todo mejorara.

Iván decidió culminar con esa parte de la sesión y nos pidió pararnos porque nos demostraría cómo lavarnos las manos correctamente. En ese momento él y Elizabeth comenzaron a llenar con agua del caño un balde transparente que tenía un dispensador. Cuando lo trajeron a la sala y lo pusieron en medio, sobre una silla, observamos que el agua estaba totalmente marrón, con pequeñas hojas y ramas, y con distintas partículas que flotaban y se asentaban al fondo. Esto era algo recurrente en Nieva dado el pésimo servicio de agua que había, que hacía que el agua llegue sin ningún tipo de filtro. Al ver eso, todas lo tomamos con humor y varias comenzaron a hacer comentarios como: “¡Peor nos vamos a ensuciar con esa agua!”. Iván sonrió e intentó mantener una postura seria para decir: “Ya sabemos que esta es nuestra realidad, pero igual tenemos que seguir”. Luego realizó el lavado de manos, haciendo espuma con el jabón y explicando cómo debía hacerse para, finalmente, enjuagarse y secarse en papel toalla. Nos pidió hacerlo a cada una, mientras las demás observaban, y, con ello, acabó la sesión. Iván se despidió de mí con algo de alivio de que alguien más sea testigo de las dificultades de su rol, mencionando que estas sesiones eran siempre así.

La alimentación brindada en las cunas, sumada a los mensajes en estas sesiones y visitas domiciliarias, formaba también parte de este cuidar como acción educativa. Alimentación basada en una dieta rica en hierro a fin de combatir la anemia y desnutrición. Generalmente, el menú estaba compuesto de alguna menestra con arroz y atún o pollo enlatados, al igual que los almuerzos repartidos en las escuelas como parte del programa “Qali Warma”. Había

mucha preocupación por contar con los niveles de hemoglobina de los niños, a fin de comprobar si iban mejorando tanto por la comida brindada allí, como por los multimicronutrientes y sulfato ferroso que se les administraba. Como Iván decía, buscaban garantizar una “calidad alimentaria”. Sin embargo, este era otros de los puntos que generaba disconformidad en las familias. Lejos de considerarla de calidad, esta comida no gozaba de aceptación, tal como pude escuchar y ver en múltiples oportunidades mientras permanecí en Nieva. Retomando a Gow (2020), no formaba parte de su “comida legítima”, como sí lo podía ser un buen pescado asado, unos crocantes suris o una refrescante plataniza. Los problemas estomacales en los niños eran varias veces atribuidos a la comida de estos programas, que era considerada grasosa y de mal sabor. Los niños que sí la comían y esperaban realmente eran aquellos que, por motivos como la ausencia de padres y una escasa red familiar, no contaban con algo para comer en sus casas.

De esta manera, esta noción de cuidado, que iba de la mano de una educación sanitaria que pasaba por alto la falta de acceso a agua potable por parte de estas familias y de una alimentación impuesta en la que los enlatados traídos de fuera eran los protagonistas, no convencía a las familias foco de este programa. De otro lado, la exigencia de cumplir con una serie de controles y de asistir a reuniones incrementaba la carga de estas mujeres, que eran responsables de las diversas actividades domésticas y de cuidado en sus hogares. Todo esto hacía parte de la desmotivación para asistir a las cunas.

El cuidado en las dinámicas femininas cotidianas

Uno de los días en que llevaba a mi hija a la escuela primaria Juan Velasco Alvarado, recibí una pregunta que fue repitiéndose conforme pasaban las primeras semanas de nuestra estancia allí: “¿Por qué cuidas tanto a tu hija?”. La primera persona que me hizo esa pregunta fue una niña awajún de diez años que rápidamente se había acercado a nosotros desde el primer día que llegamos, hecha con tal seriedad y determinación que me tomó varios segundos asumir que estaba siendo interpelada por alguien tan menor, y,

sin comprender en ese momento, por qué. Luego, me la hicieron niñas más grandes y, finalmente, otras madres awajún. Cada vez que la recibí fue acompañada de gestos y comentarios sucesivos, que hacían evidente que lo que me querían decir era que estaba haciendo algo incorrecto o, por lo menos, extraño. Mi respuesta solía ser que, dado que estábamos en un lugar nuevo y distinto para ella, acompañarla la mayor parte del tiempo —sobre todo durante las primeras semanas— era lo que me parecía adecuado, para mí eso era cuidarla. No obstante, esto no era bien visto. Lo que hacía era observado como expresión de un mal cuidado que podía ser perjudicial considerando la alta valoración que se da a la autonomía, inculcada desde la primera infancia. Además, que los niños sean parte de las relaciones sociales y desarrollen su propia agencia es también central, por lo que mi actitud era vista como errada. Fue así como el tema de los cuidados comenzó a entrecruzarse rápidamente en mi camino.

Llamó mucho mi atención como los comentarios sobre que tan bien o mal cuidaba una mujer a sus hijos eran hechos de forma tan abierta y explícita, sobre todo durante las tertulias al aire libre, comunes entre mujeres, que se daban ya sea mientras se tomaba un refresco para contrarrestar el calor o cuando había alguna actividad convocada por la escuela. Al participar de estas conversaciones, quedaba claro que el cuidado se planteaba como una responsabilidad principalmente femenina, pero no necesariamente individual, sino que podía llegar a ser un logro colectivo en el que participaban mamás, hermanas, tías, abuelas, así como algunos de los varones de la familia. El orgullo, pero también pesar por lo que sería un mal cuidado, no era ocultado, lo mismo pasaba con lo que se pensaba de los hijos de otras mujeres.

Así, había un término que era usado frecuentemente para describir a aquellos niños con lo que se consideraba una insuficiencia o carencia de cuidados: “huérfanos”. Varias mujeres utilizaban ese término para referirse a los niños de otras o inclusive a sus propios hijos: “Esos niños andan como huérfanos” o “a mi hijo lo tengo así, como huerfanito”. Estos niños no eran huérfanos en el sentido estricto del término, sino que eran señalados de esta forma como una manera de destacar los aspectos más concretos y materiales que expresaban esa falta de cuidados —el estar mal nutridos, des-

aseados, etc.— y, sobre todo, la incompetencia y fracaso de los cuidadores/as. Ser descritos como “huérfanos” estaba muy asociado a que los niños paren “hambreando”, es decir, estar sin comer por largas horas por falta de recursos.

De otro lado, estos juicios estaban muchas veces cargados de valoraciones sobre la etnicidad, dando cuenta de la complejidad de los vínculos entre mujeres indígenas y no indígenas. Esto se traducía en expresar de diversas formas lo que sería una superioridad de los cuidados mestizos, que harían crecer niños más saludables, aseados y hábiles en la escuela; pero, al mismo tiempo, una discusión de dónde está el límite entre este supuesto mejor cuidado y un exceso de los mismos que puede ser perjudicial en un entorno en el que la autonomía es muy apreciada y necesaria, tal como señalaron en mi caso.

Elizabeth, joven awajún trabajadora de “Cuna Más” que había sido capacitada en repetidas ocasiones con los contenidos y nociones en los que se basa dicho programa, había incorporado también estas premisas. Al acompañarla a realizar visitas domiciliarias a las madres de los niños inscritos, pude escucharla decir de manera espontánea expresiones que dejaban entrever las bondades de los cuidados mestizos, que parecían ser planteados como afines a “Cuna Más” en comparación a lo que podían ofrecer las madres awajún, sobre todo las que tenían un origen rural. No obstante, fue muy claro y gráfico de lo que pasaba en este entorno y del peso que tienen las condiciones de vida, saber que su pequeño hijo —a pesar de los denodados esfuerzos de Elizabeth para aplicar en él todo lo aprendido en el programa— tenía anemia, algo a lo que se avocaban todos los programas sobre niñez y que aseguraban mejorar con los multimicronutrientes y demás actividades que ofrecían. Supe esto cuando ella misma me lo contó con un tono de culpa y pidiéndome que le dé alguna explicación sobre por qué pasaba eso a pesar de haber cumplido con todo lo que señalaban en las capacitaciones a las que había asistido. Mi reacción fue retribuir su sinceridad y confianza contándole que mi hija y yo también acabábamos de ser diagnosticadas con anemia, que se había desarrollado viviendo allí a pesar de la atención que habíamos prestado a nuestra alimentación. En realidad, es ya sabido el papel crucial que tiene la calidad del agua para combatir problemas como la

anemia, diarreas y otros que afectan principalmente a los niños⁵⁸. Sin embargo, esto no era mencionado en esas capacitaciones y se optaba por responsabilizar a las madres por ello y por demás asuntos que pudieran derivarse de un supuesto mal cuidado. En ese discurso, las madres awajún con menos recursos o con prácticas menos urbanas eran las que llevaban la peor parte.

Las madres mestizas, como es de esperar, también eran abiertas en comentar los buenos cuidados que daban a sus hijos, en comparación a lo que era percibido como el “cuidado awajún” o el que dan “los nativos”, como solían llamarlos. Varias veces pude escuchar a mestizas referir que las madres awajún alimentaban mal a sus hijos y que los dejaban muy solos, pero al mismo tiempo decían que eran más fuertes y resistentes que sus hijos mestizos. Sin embargo, es problemático afirmar que exista “un” cuidado awajún o “un” cuidado mestizo. Aunque evidentemente se puede hablar de ciertas prácticas comunes en ambos casos, es importante no perder de vista los matices, diversidad e intercambios entre lo indígena y no indígena. Elizabeth representa parte de esa diversidad, pero también cómo aterrizan los valores transmitidos por la escuela, así como los ideales que se desprenden de las políticas e intervenciones sobre niñez. Considero que el gran problema en este punto está en las desigualdades interétnicas e intragénero que se producen y refuerzan a partir de la jerarquización de las prácticas y saberes sobre los cuidados que emergen de estos programas, y que parten de valorar mejor las que son afines con los modelos de desarrollo e ideologías que acompañan estas intervenciones.

“Los awajún no son para cuidar particulares”: el cuidado como una vía para la afirmación del parentesco

Un último punto que quisiera destacar es la claridad que percibí respecto al ámbito en donde debían desarrollarse los cuidados. Como ya mostré antes, a pesar de los múltiples esfuerzos de Iván

58 Durante la reunión del CADE 2018, la representante de la ONU destacó en su presentación la gran importancia que tiene el acceso a agua segura para la reducción de la anemia en nuestro país. A partir de allí, se empezó a tomar más en cuenta este factor, no obstante, no se ha traducido en mejoras a ese nivel.

y Elizabeth, “Cuna Más” tenía escaso éxito. La asistencia era baja y los niños que sí acudían, lo hacían de forma irregular. Los niños con una red amplia y más o menos sólida de cuidados no eran dejados en las cunas. Los motivos eran varios. En primer lugar, no lo necesitaban, también estaba el asunto del temor a un posible llanto de sus hijos que no sea debidamente calmado, el tipo de comida que se ofrecía y el desánimo de cumplir con todas las condiciones que se pedían para acceder al programa. Evidentemente, lo que pasaba con “Cuna Más” era, en realidad, una expresión más de lo que pasaba también con otras acciones estatales. La sensación de imposición, cierta desconfianza por malas experiencias, etc., no eran exclusivas de este programa. De otro lado, era difícil concebir dejar a los más pequeños de la familia, que son también considerados los más vulnerables, en manos de otros; más aún a la luz de los comentarios negativos que circulaban sobre quiénes cuidaban. Asimismo, en los niños que ya caminaban y podían desplazarse solos, eran promovidos los aprendizajes a partir de la socialización y juego con sus pares, como hermanos o primos.

Las cuidadoras sostenían que los “chismes” era gran parte del tema de fondo del poco éxito de las cunas, y como detallé en la descripción de la reunión con madres a la que asistí, este punto era siempre parte de las críticas que recibía Iván. No obstante, conforme fui indagando más en el tema, comprendí que aquello de los “chismes” era en realidad algo un tanto más complejo. Cuando logré aproximarme más a las familias, comencé a entender que estos chismes o malos comentarios eran básicamente el reflejo de tensiones y rencillas entre algunas mujeres y grupos familiares, que eran trasladadas a este espacio institucional. Varias personas me expresaron que tal persona no debería cuidar allí porque había hecho algo incorrecto, porque se llevaban mal o porque su familia no tenía una buena reputación. Era de ese punto que se desprendían los comentarios de que alguna de las cuidadoras podía hacerle un “daño” al hijo de la mujer con la que no tenía buena relación o que los podía hacer llorar. Sin duda, el sobrenucleamiento actual, característico de lugares como Nieva, favorece a que las tensiones formen parte de la convivencia y, siendo el cuidado algo destacado en las dinámicas femeninas, no es de sorprender que la sospecha y desconfianza hacia las cuidadoras pudiese emerger.

Varios de los niños que eran dejados en las cunas formaban parte de familias monoparentales, compuestas por lo general de madres solteras que debían hacerse cargo solas de sus varios hijos pequeños, o padres/madres solos debido al fallecimiento de uno de los cuidadores o la partida repentina de alguno de ellos a otro lugar. También estaban los hijos de parejas con relaciones conflictivas o inestables, en las que la mayoría de las veces las mujeres acababan asumiendo la responsabilidad del cuidado. En estos casos, las cunas formaban parte de una estrategia temporal para el alivio de asuntos tan básicos como el que los niños sean alimentados cuando en casa no había qué comer, o simplemente el que sean vigilados algunas horas para así dar más tiempo o espacio de maniobra a la madre para cuidar a los otros hijos, o realizar otras actividades. Incluso en estos casos, los vínculos con las cuidadoras y lo que se ofrecía en las cunas tampoco era fácil ni se daba de manera fluida.

Un día, cuando conversaba sobre distintos asuntos con un hombre mayor awajún muy reconocido en uno de estos barrios, llegamos al tema de la poca aceptación de las cunas y la probabilidad de que la junta directiva no apruebe continuar cediendo el local. Ni él ni su esposa habían dejado nunca a sus hijos allí. En ese momento, le planteé mis dudas sobre por qué pasaba esto, a lo que respondió: “Es simple, los awajún no son para cuidar particulares, no son para cuidar otros niños”. Con “particulares” hacía referencia a los niños que no son de uno o de su red familiar, y, además, pretendía remarcar las distancias entre cuidar a un niño que hace parte de esta y uno que no. Aunque esta visión del cuidado, además de masculina, y que puede ser una más entre otras, considero que refleja bien mis observaciones con relación a los ámbitos del cuidado. De esta manera, parecía ser que los cuidados prodigados a los pequeños, lejos de reducirse a prácticas para tener niños sin anemia, aseados y funcionales para la recepción de conocimientos en la escuela; se erigía como un espacio en donde se discutía la etnicidad y servía para reafirmar la “familia legítima”.

Conclusiones

Las descripciones realizadas sobre las acciones de “Cuna Más” en

Santa María de Nieva, un espacio urbano amazónico de Perú, contribuyen a visualizar la complejidad que las políticas sociales deben afrontar y los desajustes en su desarrollo. Como quedó evidenciado, había problemas en su aceptación por parte de las familias de este contexto; la admirable motivación de personas como Iván y Elizabeth para intentar “adherir” a sus paisanos parecían no ser suficientes.

Lo presentado sirve en primer lugar para problematizar la noción de cuidado desde la que parten las políticas sobre el tema. En el caso de “Cuna Más”, más allá de lo versado en sus documentos y manuales, se encaminaba en la práctica como una acción educativa dirigida básicamente a la mejora de indicadores en salud. Esto es muy similar a lo que señalaba Anderson (2007) para el caso del programa “Wawa Wasi” —antecesor de “Cuna Más”— de hace un par de décadas, por lo que parece no haber muchas variaciones de fondo entre estos. Al respecto, considero que la propuesta de aleccionar a las madres sobre prácticas de higiene y nutrición — como se hace en general en diversos programas y proyectos sobre infancia— en lugares con servicios básicos precarios, donde las autoridades hacen poco por mejorar, es algo que merece ser revisado. En cuanto a la alimentación en específico, es necesario tener una mirada que trascienda lo individual y considere las transformaciones socioambientales en los territorios indígenas que han generado importantes limitaciones para la seguridad y soberanía alimentaria. La promoción de los alimentos envasados y procesados a partir de los programas sociales es parte de esto, y se suma a otros factores de cambio en la dieta local que se han venido dando en las últimas décadas, con implicancias a nivel de la salud y ambiente (Ramírez Hita, 2020b). Estos aspectos tienen mayor impacto en familias como aquellas con problemas de acceso a vivienda y a chacras, como por ejemplo las que tienen una residencia reciente en Nieva y que provienen de comunidades, tal como pude observar durante mi trabajo de campo. Omitir ello, lleva a la reproducción de mensajes que refuerzan la jerarquización de saberes indígenas y no indígenas, así como las asimetrías entre mujeres.

De otro lado, la visión del cuidado como una carga femenina individual se ve reforzada a partir de las exigencias que se hacen a las madres para la continuidad en “Cuna Más” y otros programas

sociales. En contraposición a ello, el cuidado concebido por las familias que acompañé involucraba un sentido colectivo en el que participaban mujeres, pero también varones. Esto quedaba más evidenciado en el cuidado practicado entre menores de una misma red familiar, quienes no solo podían recibir, sino también ser agentes de cuidado. Como se describió, estaba también presente una visión de este como una vía para la afirmación de aquellos que son tus parientes, tal como Gow (2020) lo señalaba hace varias décadas. En ese sentido, la pertinencia de la propuesta de “desfamiliarizar” el cuidado en espacios como este, ameritaría mayor debate. No obstante, también es importante considerar que un contexto urbano amazónico como Nieva conlleva un mayor nucleamiento de las familias, lo que implica cambios a nivel de las socialidades y convivialidad. Por ello, es importante considerar mejores mecanismos de inclusión de la voz de aquellos a quienes se dirigen estos programas.

Asimismo, ciertas dificultades señaladas en la implementación de “Cuna Más” como la alta rotación de las cuidadoras e inasistencias de los inscritos, son también mencionadas en el documento de Anderson (MIDIS, 2016) realizado a partir de información de otras zonas, por lo que podemos pensar que no es algo exclusivo de Nieva.

Finalmente, mi aproximación a los cuidados, que empezó de manera casi circunstancial y con una interpelación a mi propia forma de cuidar, me llevó a descubrir su centralidad en el relacionamiento cotidiano entre mujeres y sus conexiones con las tensiones entre indígenas y mestizas, en un espacio en el que los roces interétnicos están a la orden del día. Parte de esto era trasladado al espacio institucional de las cunas, lo que motivaba desconfianzas, y es precisamente la confianza uno de los valores necesarios en las esferas del cuidado, más aún en el caso de bebés o niños muy pequeños que son vistos como más vulnerables no solo a un nivel físico, sino también a afectaciones de otro tipo. Tener en cuenta los procesos y dinámicas señaladas podría ser de utilidad y contribuir a ampliar la discusión sobre los cuidados.

Bibliografía

Aguirre, R. (2009). Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo. El Uruguay desde la sociología VII. Montevideo: DS-FCS-UdelaR.

Anderson, J. (2007). Género de cuidados. En *M. Barrig, Fronteras interiores: identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. Lima: IEP, Instituto de Estudios Peruanos.

Anderson, J. (2016) Las infancias diversas. *Estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años en cuatro pueblos indígenas de la Amazonía peruana*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF.

Batthyány, K. (2015) Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. Serie Asuntos de Género Nro. 124. CEPAL. Santiago.

Belaunde, L. E (2001). Viviendo bien. *Género y fertilidad entre los Airo-Pai de la Amazonía peruana*. Lima: CAAAP.

Berlin E., Markell, E. (1977). *An Assessment of the Nutritional and Health Status of Aguaruna Jívaro Community, Amazonas, Peru*. En *Ecol Food Nutr* 6, pp. 69-81.

Brown, M. (2007). Tsewa's gift. *Magic and meaning in an Amazonian society*. The University of Alabama Press.

Brown, M. (2012). *Upriver: The turbulent life and times of an Amazonian people*. Harvard University Press.

Gow, Peter (2020). De sangre mezclada. *Parentesco e historia en la Amazonia peruana*. Lima: UCSS.

Greene, Sh. (2009). *Caminos y carretera: acostumbrando la indigenidad en la selva peruana*. Instituto de Estudios Peruanos.

Guallart, J. M. (1997a) *La Tierra de los Cinco Ríos*. Lima: Instituto Riva Agüero.

Guallart, J. M. (1997b) *Historia del Vicariato de San Francisco*

Javier del Marañón. Lima: CAAAP.

Hughes, Ch. (2002). *Key Concepts in Feminist Theory and Research*. Editorial: SAGE.

Lind, A. (2005). Gendered paradoxes. *Women's Movements, State Restructuring, and Global Development in Ecuador*. University Park: Penn State University Press.

MIDIS (2016). *Sistematización del Programa Nacional Cuna Más. Informe de evaluación*. Elaborado por Jeanine Anderson, Lima, Perú.

Molyneux, M. (2006). Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progres/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. *Social Policy & Administration* Vol 40, N°4, August 2006, pp. 425-499.

Overing, J. A. (1999). Elogio do cotidiano: A Confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. *MANA*, 5(1), pp. 81-108.

Overing, J. A., y Passes, A. (2000). *The anthropology of Love and Anger: The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia*. Routledge.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde el enfoque de derechos. *Serie Mujer y Desarrollo* N° 87, Santiago de Chile, 2007, CEPAL.

Palma Pinedo, H. (2020) Neoliberalismo, biocomunicabilidad y la producción de ciudadanos salubres e insalubres. Un análisis de las políticas contra la anemia vistas desde la Amazonía peruana. *Anthropologica* [online]. vol.38, n.44, pp.131-156.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019). *El Reto de la Igualdad: Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú*. Lima: PNUD.

Ramírez Hita, S. (2020a). Diagnóstico de las brechas sociales

y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, Departamento de Amazonas. Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador.

Ramírez Hita, S. (2020b) Territorio y salud entre los pueblos awajún y wampis del departamento de Amazonas-Perú. *Ciencia Digna*. Revista de la UCCSNAL. América Latina. 2020. Vol.1 N° 1. Pp 18-82.

Ricaud Oneto, E. (2019) “Manger: ¿une affaire d’État? Ambiguïtés du programme d’alimentation scolaire Qaliwarma en Amazonie péruvienne”. *Socio-anthropologie*, 39. 2019, pp. 99-113.

Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿por dónde anda América Latina? CEPAL - *Serie Mujer y desarrollo* N° 109. Naciones Unidas.

Seeger, A; Da Matta R.; Viveiros de Castro, E. (1979). *A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras*. *Boletim do Museu Nacional*, 32, pp. 2-19, Rio de Janeiro.

Strathern, M. (1988). The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia. *Studies in Melanesian Anthropology*. Berkeley/Londres: University of California Press.

Taylor, A. C (2012). O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano. *CADERNOS de campo*, São Paulo, n. 21, pp. 1-360

Tassinari, A. (2007). *Concepções indígenas de infância no Brasil*. Revista Tellus, Campo Grande, v. 7, n. 13, pp. 11-25.

III – AUTOATENCIÓN E ITINERARIOS TERAPÉUTICOS

5 - (Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún

María Ximena Flores Rojas ⁵⁹

Introducción

En el pasado, cuando los blancos no habían llegado hasta aquí, nosotros no éramos ignorantes. Nosotros los chamanes sabíamos curar. Cuando no había los remedios de los blancos, los chamanes hacían su trabajo y pocas personas morían. Sin embargo, ahora que los blancos entraron a nuestro bosque, nosotros tenemos miedo de la malaria y de la tuberculosis, nosotros tenemos miedo de las *epidemias-xawara*⁶⁰ que ellos dejan.

Esos son males que vienen de lejos, que los chamanes no conocen. Los espíritus de nuestros chamanes solo saben destruir las enfermedades que nosotros conocemos. Cuando ellos intentan luchar solos contra las *xawara*, ellas también pueden matarlos. Para alejar estas enfermedades ahora solo se junta remedios de los blancos.

Nosotros aún no sabemos leer los papeles de los blancos, no sabemos aún usar sus remedios. Es necesario que ustedes nos enseñen a usar sus remedios contra la malaria, la tuberculosis y contra todas sus enfermedades. Cuando nuestros jóvenes sepan todo eso, entonces nosotros podremos curarnos solos, como antes.

59 Doctoranda en Antropología Social de la Universidad Federal de Rio de Janeiro (PPGAS/MN/UFRJ) | Rio de Janeiro/RJ, Brasil | ximeflores.r@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-6099-3866>

60 Epidemias propagadas por los “blancos”. Su presencia, en el caso yanomami, se asociada a las *fumaças* de enfermedades producidas por las mercaderías, máquinas y posesiones como el mercurio, oro, papel, lona, basura, entre otros (Albert & Goodwing, 1997, p. 48).

Davi Kopenawa

Prefacio de *Saúde Yanomami* (Albert & Goodwing, 1997)

Antes no había doctores, no había enfermedad. ¡Para todos los dolores con nuestra planta no más! Antes nosotros curábamos así. ¡No sé qué enfermedad será! ¡Antes sí funcionaba, pero ahora no! Antiguamente los viejitos como nosotros, ahora muertos, explicaron a nuestras madres; y ahí, nosotros comenzamos a saber. Antes, cuando estaba mal un familiar, les explicaban a sus familias: 'esa planta está buena, así tienes que curar'. Así nos curábamos". Ahora existe los *apách*; ahora van al Puesto de Salud. Le sacan su análisis y explican que enfermedad es. Le sacan su *ampi* (pastilla) y le entregan. Antes no era así.

Muun Nankay Yampam

Waimaku de la comunidad awajún Huampami, 2018

Las palabras de Davi Kopenawa sobre el contacto entre los yanomami y los blancos hacen eco a las reflexiones del muun Nankay Yampam sobre la transformación de la salud en el pueblo awajún. En sus memorias, ambos sabios parecen distinguir entre un tiempo pasado donde las enfermedades eran conocidas y tratables por especialistas chamanes y/o parientes, en contraste de un tiempo donde los conocimientos indígenas no tenían más efecto sobre las nuevas enfermedades. La llegada de comerciantes, maestros, misioneros y patronos no indígenas introdujo en los territorios indígenas enfermedades a las que estos pueblos no estaban preparados inmunológicamente.

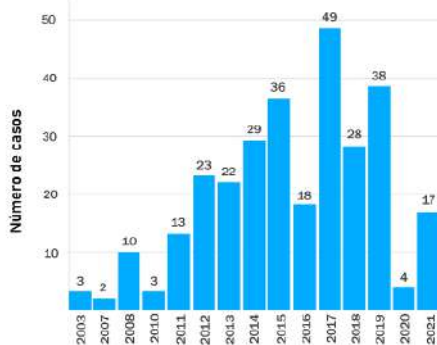
La llegada de epidemias a territorios indígenas es una experiencia que se repite cíclicamente. Como identifica Manuela Carneiro da Cunha, se trata de un *remake* permanente de una historia que inició hace siglos (Albert & Ramos, 2000). Sin embargo, lejos de un papel pasivo, los pueblos indígenas, como protagonistas de estas historias, han generado y actualizando sus modos de diagnóstico, atención y cuidado para hacer frente a las nuevas enfermedades.

Para los y las awajún del distrito de El Cenepa, provincia de Condorcanqui, en la región peruana de Amazonas, una de las epi-

demias que llegó a amenazar la vida de sus miembros más jóvenes fue el VIH/sida. Durante la primera década del año 2000, los awajún del distrito de El Cenepa comenzaron a escuchar rumores de una nueva enfermedad traída por personas *apách* (no indígenas), el “sida”; una condición que rápidamente causó síntomas tan graves que llevaron a la muerte a decenas de jóvenes. “El 2010 decían que tenían sida, sida y ¡muchos morían! El cementerio se quedó llenito con muertes de sida”, recordaba un joven awajún especialista en plantas del distrito de El Cenepa.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE, 2022) del Ministerio de Salud los tres primeros⁶¹ casos de VIH en el distrito de El Cenepa se registraron en el años 2003. Al año 2021 este territorio suma un total de 297 casos de VIH reportados en una población aproximada de 9,891⁶² personas. El 70% del total de diagnósticos fue en varones y el 30% en mujeres.

Figura 1A. Casos de infección por VIH notificados, según año de diagnóstico y departamento.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú
 Nota: la curva de casos de infección VIH incluye a todos los estadios de la infección, incluido el estadio sida.

- 61 La información oficial del sector salud es inconsistente en distintas fuentes. El registro de los casos de infección por VIH de la Red de Salud Condorcanqui, organismo rector de los establecimientos de salud del distrito de El Cenepa, no coinciden con la data reportada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (Red de Salud Condorcanqui, 2018).
- 62 Según el Censo de Población y Vivienda de 2017, el distrito de El Cenepa cuenta con 9891 personas censadas. Para las autoridades locales del

Tabla 1A. Casos de infección por VIH notificados, según sexo, año de diagnóstico y departamento.

Año del diagnóstico	Femenino	Masculino	Total general
2003	1	2	3
2007	1	1	2
2008	4	6	10
2010		3	3
2011	1	12	13
2012	5	18	23
2013	4	18	22
2014	9	20	29
2015	10	26	36
2016	5	13	18
2017	14	35	49
2018	6	22	28
2019	17	21	38
2020	3	1	4
2021	9	8	17
NULL	1	1	2
Total general	90	207	297

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú
 Nota: casos de infección VIH incluye a todos los estadios de la infección, incluido el estadio sida.

El año 2015 se realizó una actualización en la definición de caso de infección VIH, según NTS N° 115-MIN-SA/DGE V01, utilizándose a partir de ese año una definición de caso más sensible. Notificación correspondiente al año 2017 en proceso de regularización.

Fecha de actualización del reporte: 13 de abril de 2022.

Los primeros casos de VIH y sida en un pueblo indígena peruano fueron reportados el 2004, en una comunidad shawi del distrito de Alto Amazonas, en la región Loreto. La primera muerte de una persona shawi por síntomas asociados al sida impulsó el desarrollo del primer estudio de prevalencia de VIH/sida con una población indígena peruana; los resultados mostraron una preva-

distrito de El Cenepa existe un importante subregistro en este dato, debido a los problemas logísticos durante el desarrollo del censo (Ramírez, 2020). El subregistro ha limitado el acceso a medicamentos, profesionales de salud y proyectos de inversión en este territorio.

lencia significativa de 7%⁶³ (Zavaleta et al., 2007). Este estudio dio la pauta para nuevos estudios de incidencia de VIH en los pueblos Shawi, Candoshi, Shapra, Shiwilo, Matsigenka, Ashaninka y Shipibo-Konibo (Barletta⁶⁴ et al., 2008; Ormaeche⁶⁵, 2012). Estas investigaciones, si bien reportaron incidencias menores del 2%, sirvieron para identificar el VIH/sida como posible epidemia indígena de progresión rápida. Esta alerta fue reconocida en el año 2012 por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú (Portocarrero, 2015).

A la preocupación por determinar la incidencia del VIH/sida en la población indígenas se sumaron estudios con el objetivo de identificar los factores externos e internos que promueven la incidencia del VIH/sida en territorios indígenas amazónicos. Estos fueron los estudios de Orellana⁶⁶ (et al., 2013), Ormaeche (2012), Grández- Urbina (2012) y Cárcamo (2012). Si bien los estudios de incidencia y epidemiológicos trajeron reflexiones importantes en torno al VIH/sida en contexto indígenas, su foco de interés hizo que desarrollen poca profundidad etnográfica. Otras investigaciones con mayor énfasis en las voces, experiencias y subjetividades de las personas seropositivas fueron los de MINSA y UNFPA (2009), que realizaron un estudio etnográfico que recoge las narraciones y experiencias de los pueblos yine y shipibo-conibo en torno al VIH/sida, y el de Palma & Reyes (2018), que presentan la perspectiva del personal de salud sobre las barreras que impiden el tamizaje de VIH en la población indígena de cuatro⁶⁷ regiones amazónicas del Perú.

63 Se registraron seis casos seropositivos en una comunidad de ochenta personas.

64 Estudio en cuatro comunidades indígenas de Loreto donde se identificó dos casos positivos de VIH en una muestra de 282 personas.

65 Realizado en conjunto con la Dirección General de Epidemiología del Perú (DGE). Reportó una incidencia baja del virus en tales contextos (0.16% de seroprevalencia en gestantes y 0.29% en sus parejas varones).

66 Este estudio trabajó con doce pueblos indígenas: shipibo-konibo (55); murui (22); ese'ejá (14); cocama/cocamilla (12); yagua (11); shawi (11); awajún (7); amarakaeri (2); bora (1); kichua (1); achuar (1); y ticuna (1).

67 Loreto, Madre de Dios, Huánuco y Amazonas.

En el caso del pueblo awajún, el VIH/sida ha sido abordado por investigaciones que presentan un diagnóstico del sistema público de salud e investigaciones etnográficas que abordan las experiencias y nociones awajún en torno al VIH. Pintado (2016) analiza los servicios de atención de personas seropositivas en la Red de Salud Condorcanqui y reflexiona sobre la incorporación del Tratamiento Antirretroviral (TARGA) en este territorio. Huamán, Gushikuen, Benites, Quiroz & García (2017) abordan las barreras que limitan el cumplimiento de las medidas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Por otro lado, UNICEF (2014) presenta un informe sobre las nociones de VIH en cuatro comunidades del distrito de El Cenepa, exponiendo la noción de brujería asociada al VIH como una respuesta awajún al limitado sistema de salud presente en este territorio y formula una propuesta de modificación de la Norma Técnica de Salud para la atención del VIH en la población awajún. Chávez (2019) propone pensar el VIH awajún desde la noción de modelos explicativos de la enfermedad, tomando en cuenta los factores políticos, sociales y económicos estructurales en las comunidades. Medina (2019) identifica las representaciones sociales del VIH en las comunidades awajún asociadas a sus propias construcciones de sexualidad. Si bien estos aportes han sido importantes, suelen presentar las nociones awajún del VIH como “interpretaciones” indígenas de una condición biomédica dada; un “error de comprensión” de la población indígena que entrelaza en su interpretación de la enfermedad temas de brujería, factores estructurales de precariedad y un histórico de exclusión que limitan las acciones del sistema público de salud. Este ejercicio unilateral de traducción coloca a las personas indígenas como poseedoras de conocimientos basados en nociones culturales fijas y limitantes, y no reflexiona sobre otras posibles relaciones presentes en el diálogo entre diferentes perspectivas.

En este artículo, a partir de la noción de “equivocos” propuesta por Viveiros de Castro (2004), propongo pensar las nociones sobre el VIH, tanto de los profesionales del sistema público de salud como de las personas awajún del distrito de El Cenepa, como sistemas de conocimientos con conceptos homónimos que han

entrado en tensión. Cuando diferentes concepciones del mundo chocan y confluyen se generan los “equivocos”. Según Viveiros de Castro (2004), la noción de “equivocación” se asocia a comparar y, por ello, a traducir los conceptos y discursos de otra persona o pueblo; sin embargo, una buena traducción “es aquella que permite que los conceptos extraños deformen y subviertan la caja conceptual del traductor”.

Por ello, siguiendo el camino desarrollado en mi investigación de maestría, propongo en este texto presentar en un primer acápite las experiencias en torno al VIH y al sida desde el cotidiano de las familias awajún, adentrándonos en las confluencias, actualizaciones y tensión de un sistemas de conocimientos awajún que, más que solo una interpretación de algo biomédico, nos presenta propias concepciones de enfermedad (*jata*) y daño (*waweamu*) asociados al VIH y al sida (Rojas, 2019; Flores, 2020). Veremos cómo estas nociones indígenas entrelazan conocimiento biomédico y nociones de salud, de cuerpo y de fuerza awajún que se actualiza continuamente. Adentrarnos en la perspectiva awajún sobre el VIH nos muestra la tensión de este sistema de conocimientos con el sistema de conocimientos del personal de salud que posee una percepción univoca del VIH y el sida como una condición biomédica. Como veremos en estas páginas, ambos actores utilizan el término VIH y sida, pero se refieren, en muchos casos, a condiciones distintas con diagnósticos, cuidados y tratamientos propios. El perspectivismo indígena al estar plagado de conceptos homónimos demuestra la existencia de diferentes sistemas de referencia que son importantes notar para entender la interrelación y tensión entre los sistemas de salud “indígena” y “occidental” (Kelly, 2010).

Este artículo sigue la propuesta de Kelly (2015) de hacer una etnografía de “punta a punta”. Por ello, este artículo está dividido en dos secciones. En la primera sección presentaré la historia de Marcelo, un joven awajún que permite reflexionar sobre las experiencias de enfermedad y de daño asociadas al VIH/sida; y en la segunda sección, presentaré las percepciones del personal de salud sobre el VIH/sida en el territorio awajún y reflexionaré sobre los equivocos no controlados que se generan en la relación de personal de salud y pacientes awajún seropositivos. Las memorias y

experiencias compartidas en este artículo fueron recopiladas en los años 2014 y 2018. A las familias awajún que generosamente compartieron conmigo sus historias les estoy profundamente agradecida y espero reflejar en estas páginas sus voces y conocimientos. Para mantener la confidencialidad de mis interlocutores, algunos⁶⁸ nombres en este artículo han sido cambiados y no se hará referencia a sus comunidades de residencia.

Los caminos de Marcelo

Una tarde de agosto de 2014, conocí al señor Lorenzo y a su esposa Valeria en una comunidad del distrito de El Cenepa. Ambos veían con preocupación el creciente número de casos de sida en su comunidad:

Aquí [en la comunidad] lo que hay más es parasitosis, amebiasis y artritis. También hay otra enfermedad que nosotros no sabemos de dónde vino. Desde hace tres años o cinco años está saliendo lo que dicen sida. No sabemos por qué se habrá metido esa enfermedad acá. Ella hace que la gente se enflaque, le da fiebre, dolor de cabeza, heridas y mueren flacos. ¡No se curan! Yo quiero saber ¿cómo eso se puede curar?, porque lo que escuchamos es que no hay cura para eso.

Varios están muriendo. De la familia de mi esposo murió su hermano. Un amigo allá arriba también parece que está mal. ¡Muchos están muriendo! El brujo, para que la gente muera, ha cambiado la enfermedad [sida] y lo ha convertido en daño (Lorenzo y Valeria, 2014).

Esta preocupación del señor Lorenzo y su esposa para entender el sida⁶⁹ como una enfermedad nueva, que a su vez podía ser

68 Únicamente se mantuvo el nombre del muun Nankay Yampam, sabio de la comunidad de Huampami, quien falleció a consecuencia del COVID-19, en 2021, como reconocimiento del profundo conocimiento y reflexión que poseía sobre el pueblo awajún.

69 La mayoría de las familias awajún del distrito de El Cenepa usan las palabras “sida” y “VIH” de forma indistinta, sin considerar la diferencia serológica que reconoce la biomedicina. En las comunidades awajún,

causada por daño (brujería), era compartida por la mayoría de las familias de su comunidad, que explicaban los casos de sida como parte de dos condiciones que los afectaban y que se entrelazaban continuamente: la “enfermedad de sida” y el “daño con síntoma de sida”.

Como referí en un artículo anterior (Flores, 2020), las palabras biomédicas “VIH” y “sida” fueron insertas por los awajún del distrito de El Cenepa dentro de sus experiencias y concepciones de *jata*, una palabra que ellos traducen en castellano como “enfermedad” o “muerte”, y de *waweamu*, una palabra que ellos traducen en castellano como “daño” o “brujería”. Así, los awajún crearon nuevas expresiones como “*jata sida*” y “*waweamu con síntoma de sida*” para nominar sus propias experiencias de enfermedad y daño.

La noción de “*jata sida*”⁷⁰ era utilizada por las familias awajún para referirse a la enfermedad diagnosticada en el puesto de salud como VIH o sida luego de un examen de laboratorio. Se transmitía por vía sexual y la persona con diagnóstico positivo podía vivir muchos años a condición de seguir un tratamiento con pastillas (*ampi jata sida*), dado por el personal de salud y/o mediante la toma de plantas medicinales que tenían la propiedad de fortalecer el cuerpo awajún —estas eran la catahua (*hura crepitans*), sacha jergón (*dracontium loretense*), ayahuasca (*banisteriopsis caapi*), entre otras recomendaciones que daban los parientes—. Los principales síntomas que las familias awajún asociaban al sida eran el enflaquecimiento, heridas en la piel, fiebre, sensación de órganos duros y movidos de lugar, diarrea, pérdida de cabello, pérdida de conciencia, entre otros. Que una persona sea diagnosticada con “*jata sida*” en el puesto de salud no excluía la búsqueda de otros diagnósticos en las personas awajún. Por ello, y frente al rápido incremento de los signos de gravedad, la persona enferma y su familias muchas veces buscaban nuevos diagnósticos mediante la toma de

principalmente se utiliza la palabra “sida” para hacer referencia a los casos diagnosticados en el puesto de salud con o sin síntomas y para identificar el padecimiento de las personas con síntomas tan graves que están próximos a la muerte.

70 Durante el 2018, se identificó que algunas familias también usaban los términos “*jata vih*”, “*jata vih-sida*” y “*setash*”.

plantas de poder como el toé (*brugmansia suaveolens*), el ayahuasca (*banisteriopsis caapi*) o por medio de la consulta a especialista no biomédicos como brujos (*tunchis*)⁷¹ y especialistas herbaleros. En algunos casos, la consulta a estos especialistas humanos y no humanos confirmaba que la persona estaba siendo afectado no solo por una enfermedad, sino también por un caso de daño o brujería.

El “daño con síntoma de sida” o “*waweamu* con síntoma de sida”, también llamado *sidajai besét waweamu*, responde al continuo peligro que corren las personas awajún de ser víctimas de brujería por parte de algún vecino o pariente que tiene la capacidad de crear y enviar dardos de daño invisibles o *tséntsak* con enfermedades graves que pueden alojarse en el cuerpo de sus enemigos y causarles la muerte (Brown, 1984). Con la llegada de nuevas enfermedades, el repertorio de los brujos, denominados en awajún como *tunchi*, se han actualizado y en el distrito de El Cenepa se reconoce que estos especialistas pueden causar los síntomas del sida por medio de tres formas: 1) crear dardos de daño o *tséntsak* con los síntomas del sida para mandarlos a sus enemigos; 2) causar “falsos positivos” en el puesto de salud, es decir, hacer que el resultado del tamizaje aparezca un resultado positivo cuando realmente la persona no tiene esta enfermedad; y 3) empeorar la condición de la persona que ha sido diagnosticada con “*játa sida*” en el puesto de salud, haciendo que esta no mejore e incluso muera (Rojas, 2019, p. 788-789). A diferencia del “*játa sida*”, el “daño con síntoma de sida” no puede curarse únicamente con tratamientos antirretrovirales; requiere otras consultas y tratamientos dados por especialistas *tunchi* de comunidades próximas y mediante la toma de plantas maestras (ayahuasca y toé) con espíritus que diagnostican, atienden y curan a la persona awajún.

...

En el caso de los esposos Lorenzo y Valeria, la preocupación por el incremento de casos de VIH y sida en su comunidad se hizo mayor cuando su hijo Marcelo fue diagnosticado con “sida” en el

71 Brujos con la capacidad de identificar, curar y/o causar daño en las personas awajún.

año 2014:

A mi hijo Marcelo, que estudiaba en tercer ciclo [de universidad] en la ciudad, le sacaron sangre y le dijeron que era positivo. Le dijeron que de repente podía tener sida. Mi hermano me dijo que había una pastilla que no curaba, que solo era calmante. Así también, mi sobrino Carlos le dijo que de repente eso se puede curar con plantas medicinales en un curandero.

Cuando le dimos las plantas, él vomitó, tuvo diarrea. Le hicieron enema y la planta le dijo que eso era daño. Si fuera sida, no botaría todas esas arenas y animales. ¡Eso es daño! (Lorenzo, 2014).

Luego de los diagnósticos de sida en el puesto de salud y de daño por la ingesta de una planta maestra, Marcelo y su familia decidieron iniciar un tratamiento con la ayuda de un especialista en plantas que lo trató con catahua (*hura crepitans*). La catahua es un árbol cuya savia era utilizada por las familias awajún para pescar⁷² en el río y como brebaje para aliviar determinadas afecciones⁷³. Marcelo consumía el preparado⁷⁴ de catahua junto a dietas recetadas por el especialista de plantas. Para su familia, la catahua tenía la capacidad de hacerlo sudar y, por ello, lo ayudaba a eliminar los síntomas asociados al sida. La capacidad tóxica de la catahua que permitía eliminar las enfermedades en el cuerpo awajún era una concepción compartida por otras familia de la comunidad: “Yo creo que así la enfermedad no resiste. Cuando

72 El uso de la catahua es similar al de la plata del barbasco (*lonchocarpus utilis*).

73 La savia de la catahua ha sido clasificada por estudios etnobotánicos como un elemento altamente venenoso, sin embargo, esta planta es utilizada en contextos indígenas como analgésico, antiasmático, antidiarreico, purgante, antihelmíntico, entre otros (Neyra, 2010, p. 5). Las semillas y hojas también son utilizadas como purgante y para aliviar la sarna (Mejía & Rengifo, 1995).

74 Durante el trabajo de campo no se pudo identificar los componentes de este preparado ni el proceso exacto en el que se elabora. Muchos especialista de plantas awajún procuran no compartir detalladamente estos procedimientos para proteger su conocimiento.

echas catahua al río, los peces se envenenan; cuando se detecta sida, la catahua ¡te mejora!”⁷⁵. El uso de plantas con capacidades tóxicas, pero a la vez medicinales, es una práctica que se repite en la farmacopea de distintos pueblos amazónicos (Langdon, 2014; Shepard 1999, 2019). Para los especialistas awajún del distrito de El Cenepa, ello se debe a la capacidad de determinadas plantas de amargar el cuerpo de una personas y, de esa manera, eliminar cualquier tipo de enfermedad que pueda alojarse en él, dando así fuerza vital a la persona awajún. “La planta tiene más potencia y el virus se pone débil. ¡El virus se esconde!”, refería un especialista awajún de plantas.

Para agosto de 2014, luego del consumo de la planta de catahua, Marcelo comenzó a mejorar. Su padre Lorenzo resaltaban que ahora su hijo ganado peso y tenía nuevamente vitalidad para ir a pescar. La disposición y capacidad de realizar sus actividades diarias era una señal de que la enfermedad estaba dejando su cuerpo. Marcelo inició el tratamiento con catahua cuando aún no había llegado los tratamientos antirretrovirales (TAR)⁷⁶ a ninguna comunidad awajún del distrito de El Cenepa. El sistema de salud público ofrecía el TAR en el Hospital de Santa María de Nieva, ubicado entre cuatro a seis horas de su comunidad (Pintado, 2016). Frente a ello, la familia de Marcelo decidió utilizar los tratamientos con plantas. “Si es que el Estado no nos otorga una salida, si no hay TARGA, hay que tratar de hacer algo para que se salve. Si es que no sale bien, nosotros al menos hicimos todo lo que pudimos”, comentaba un primo suyo. Es importante resaltar

75 Padre awajún del distrito de El Cenepa, 2018.

76 El tratamientos antirretroviral o TAR es un tratamiento gratuito brindado por el sistema público de salud del Perú. El esquema de primera línea es una tableta diaria de tenofovir 300 miligramos/lamivudina 300 miligramos/dolutegravir 50 miligramos. Las modificaciones de esquema están normados en la “Norma Técnica de Salud de Atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) N°. 169-MINSA/ 2020/DGIEDP”. El personal de salud del distrito de El Cenepa adoptó en su servicio la Norma Técnica de Salud N° 129, por ello, promueve la entrega inmediata del tratamiento antirretroviral (TAR) a toda persona con resultado reactivo en una prueba rápida de VIH, sin necesidad de esperar la prueba ELISA.

que para las familias awajún, la existencia del TAR no excluye el uso de las plantas medicinales. Como veremos a continuación, ambos tratamientos se pueden combinar dentro de los diagnósticos de enfermedad y/o de daño que tiene cada persona.

El TAR llegó al distrito de El Cenepa en año 2015. A partir de entonces, el personal encargado de la Microred de Salud Huampami gestionó que la entrega de los tratamientos antirretrovirales se de en los puestos de salud de las comunidades awajún con casos seropositivos. Esta gestión acercó el tratamiento antirretroviral a las familias awajún. Sin embargo, para el 2018, algunas familias aún tenían dudas en torno al consumo de estos fármacos. En el caso de Marcelo, sus padres recordaban que los medicamentos le causaban reacciones adversa y, por ello, no los consumía continuamente:

Los que están trabajando en el puesto de salud le dijeron: “Esta pastilla tomas cada día”. Mi hijo tomó unos tres meses, pero ¡no quedó bien! Por eso dejó la pastilla. Estaba cansado, se sentía mal, tenía dolor de cabeza y mareos. Cuando llega el día marcado, él va a recoger su pastilla. Va al puesto y las lleva a la casa, pero no la come (Lorenzo, 2018).

Esta percepción fue recurrente en otras familias awajún que luego del inicio de los esquemas de TAR identificaban reacciones adversas como mareos, heridas en la piel, dolor de estómago, vómitos, debilidad, fiebre, pesadillas, entre otros (Flores, 2020). Cuando estos síntomas agravaban, el abandono temporal de los antirretrovirales era suplido por la toma de plantas maestras —tales como el toé (*brugmasia suaveolens*) o ayahuasca (*banisteriopsis caapi*)— o la visita a otros especialistas no biomédicos. El objetivo era buscar nuevamente un diagnóstico y tratamientos posibles para el miembro enfermo.

En el 2018, cuando Marcelo enfermó gravemente, su padre decidió buscar algún tipo de tratamiento. Él recuerda que, aunque no creía en los brujos, llamados en awajún *tunchis*, fue en busca de un pariente que era brujo y que vivía cerca de la frontera con Ecuador:

Como yo no creo en tunchis, no le llevaba [a Marcelo para atenderse en estos espacios]. Pero algunos me dijeron: “¿Por qué no te preocupas de tu hijo? ¿Qué vas a hacer?”. Como no tengo plata, [no podía sacar a Marcelo de la comunidad y, por ello,] llevé su foto hasta donde mi tío que vive cerca de Ecuador. Es un hechicero. [Cuando llegué,] le entregué la foto [de Marcelo] a mi tío. Tomamos ayahuasca juntos y la ayahuasca me dijo: “Hay enfermedad, pero no es sida. Le das este medicamento y yo voy a ayudar”. No sé qué enfermedad era o si espiritualmente le ayudé. Pero regresé a mi casa, traje su foto de mi hijo y la puse en su pecho.

No puedo saber si ayudó o no ayudó. También le pusimos ampolla y de ahí, poco a poco, se está recuperando. De ahí le paro la fiebre, la diarrea y se recuperó (Lorenzo, 2018).

Según su padre, Marcelo luego de ese episodio volvió a estar “gordo, va a pescar, caza y viaja”. Él tomaba el TAR por periodos y lo acompañaba con preparados de catahua (*hura crepitans*) y sacha jergón (*dracontium lorentense krause*). Junto a esas combinaciones, el señor Lorenzo veía al espíritu del ayahuasca como protagonista de esa vitalidad. “Yo creo que le sanó el ayahuasca. Cuando hay daño cura, cuando hay enfermedad también le sana”. La mejora de Marcelo, para su familia, no se logró solo por una acción, sino de todo el esfuerzo y cuidado que le dieron diferentes actores durante el tiempo de enfermedad. Los medicamentos, ampollas, plantas y espíritus influenciaron en el cuerpo de Marcelo, como líneas que se cruzaron y generaron vitalidad.

El breve itinerario terapéutico narrado por el señor Lorenzo en el caso de Marcelo es un ejemplo del protagonismo de las familias awajún durante el diagnóstico, tratamientos y cuidado de las enfermedades y daños. En los momentos de mayor debilidad (cuando los hijos e hijas awajún desarrollan síntomas tan graves que les impiden ingerir alimentos, limitan su movilidad o incluso les hacen perder la noción de lo que sucede a su alrededor), los progenitores, en especial las madres, hacen una lectura detallada de los síntomas, excretas, sensaciones, sueños y visiones que experimentaban las personas enfermas para buscar, a través de estos indicios, el mejor camino que pueda darles nuevamente vida.

En este contexto, la persona se trata con medicamentos, plantas medicinales y alimentos dentro de la esfera familiar y, en caso de requerirlo, recurre a especialistas humanos (biomédicos y no-biomédicos) y especialistas no humanos (plantas maestras).

En el 2018, mis interlocutores awajún identificaron seis tipos de especialistas de salud a los que algunas personas awajún recurrían:

- 1) los profesionales awajún y no awajún de los establecimientos de salud como doctores, técnicos en enfermería, obstetras, técnicos sanitarios, entre otros;
- 2) los promotores de salud y técnicos sanitarios awajún no ligados al puesto de salud, algunos de ellos formados en la década de 1980, que podían atender las afecciones awajún con la combinación de fármacos, plantas medicinales y/o dietas;
- 3) los *tunchis* o brujos que tenían la capacidad de diagnosticar los casos de daño, de mandar daño a otra persona y de curar daños causados por otros *tunchis* mediante rituales chamánicos;
- 4) los curanderos o brujos “buenos” que decían no ser *tunchis*, es decir, no causaban daño pero sí podían curarlo mediante prácticas chamánicas;
- 5) los especialistas en plantas, personas awajún que poseían amplio conocimiento en el cultivo, preparado, dietado y toma de las plantas para curar diversas afecciones;
- 6) y los “doctorcitos” o espíritus de las plantas maestras, seres como humanos asociados a las plantas del toé (*brugmasia suaveolens*) y del ayahuasca (*banisteriopsis caapi*). Estas plantas son administradas por algún pariente⁷⁷ conocedor o un *tunchi* o curandero. Las personas enfermas, luego de consumir el brebaje de una de estas plantas, se adentraba en un ámbito de visión alterno donde seres similares a doctores (vestidos con ropas de

⁷⁷ En algunas familias awajún existen miembros con conocimiento de cómo sembrar, cuidar y preparar las plantas maestras. En el distrito de El Cenepa, este conocimiento se ha identificado particularmente en las mujeres madres de familia; ellas administraban plantas medicinales y maestras, en especial el toé, a sus hijas e hijos enfermos (Flores, 2021).

personal médico) diagnosticaban, operaban y trataban las afecciones que afectaban a la persona awajún.

Como nos mostró el caso de Marcelo, un diagnóstico de VIH o de sida en el puesto de salud de una comunidad awajún del distrito de El Cenepa no excluye la visita a otros especialistas en plantas o a brujos (*tunchis*), que a su vez pueden reafirmar el diagnóstico de VIH o de sida como enfermedad o pueden indicar que se trata de un daño. Por tanto, la diversidad de diagnósticos que recibe una persona awajún, hace que los especialistas y tratamientos se superpongan.

Más que una dicotomía entre el VIH como enfermedad o como brujería, el caso awajún nos presenta una experiencia propia que puede fluctuar entre ambas concepciones y que, por ello, necesita ser atendida de forma particular en cada persona. La vitalidad awajún se asocia a las estrategias que cada persona y su familia despliega para encontrar una combinación de tratamientos que sea útil en cada caso. El señor Lorenzo era claro en afirmar este punto: “Cada familia tiene su modo de cómo sanar. Yo prácticamente a mi hijo lo he sanado, pero no puedo decir de los demás. ¡Cada uno debe hacer su tratamiento!”. Lo que funciona para unos, no funciona para otros, porque la atención de un miembro enfermo moviliza toda una red de relaciones de plantas, espíritus, especialistas y familiares.

La atención del VIH/sida desde la perspectiva del personal de salud del distrito de El Cenepa

En 1983, la atención de un hombre de 41 años venido de Nueva York con signos de un cuerpo debilitado y huellas de muchas enfermedades causó preocupación en el Perú (UNICEF, 2005). La muestra de sangre enviada a EE. UU. confirmó⁷⁸ la llegada del primer caso de sida⁷⁹ (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)

78 El Sida en el Perú fue diagnosticado por Raúl Patrucco profesor e investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Cueto, 2002: UNICEF, 2005).

79 El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la fase más gra-

al Perú y, con ella, el estigma a lo que los periódicos denominaron como la “peste rosa” o el “cáncer gay” (Cueto, 2002). Para 1986, dieciocho personas (dieciséis varones y dos mujeres) fueron diagnosticadas con VIH y, en 1987, nació la primera recién nacida VIH positiva. A partir de la década de 1990, los casos de VIH y sida han sido identificados en todas las regiones del Perú (UNICEF, 2005; Defensoría del Pueblo, 2009).

En el caso del pueblo awajún, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2022) del Ministerio de Salud, los primeros casos de VIH en el distrito de El Cenepa se reportaron en el año 2003. Para el personal de salud, que trabaja en este territorio entre el 2010 y 2012, se inició el diagnóstico creciente de casos seropositivos:

En el año 2012 hubo alarma porque de pronto se tamiza y aparecen 12 a 13 casos de VIH, cosa que años anteriores no había habido. Fue alarmante porque calcularon estadísticamente. Si se ha tamizado un poco [de la población] y salen 12 casos, imagínese que se tamice al resto de la población (Evelio Paz en PAHO s/d).

Para los profesionales de salud del distrito de El Cenepa, la llegada del VIH a este territorio se asocia directamente a la migración de jóvenes y adultos a las ciudades por motivos de estudios y/o trabajo. El retorno de esta población marcó el inicio de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana en distintas comunidades. Así lo recordaba un técnico sanitario awajún:

Yo pienso que los que viajaron a la ciudad, algunos se amistarón [tuvieron relaciones sexuales] con personas en Chiclayo o en Lima y [así] se llevaron cosas [virus] en su sangre. Esas personas vinieron acá y empezaron a hacer relaciones, a amistararse con

ve de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); un virus que ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas contra infecciones y determinados tipos de cáncer (OMS, 2021). El desarrollo de los tratamientos antirretrovirales (TAR) han permitido que una persona portadora de VIH pueda reducir la carga viral, e incluso hacerla indetectable, no llegando a la fase sida.

varones. Unas personas murieron, otros no murieron. Hasta que instalaron el laboratorio y comenzaron a detectar [los casos seropositivos] en el año 2010 (Técnico sanitario awajún, 2018).

Para el 2018, quince de los veinte establecimientos de salud que conforman la Microred Huampami registraron casos de personas viviendo con VIH en su jurisdicción. El principal mecanismo para hacer frente a este contexto, ha sido la entrega de tratamientos antirretrovirales (TAR) en los puestos de salud del distrito de El Cenepa. Sin embargo, para el personal de salud de este territorio, el pueblo awajún ha tenido poca adherencia al TAR debido a los efectos adversos que algunas personas experimentan luego de tomar estos medicamentos y debido a la “cultura” de las personas awajún.

La noción de “cultura awajún” a la que hace referencia el personal de salud comprende: las percepciones sobre la sexualidad awajún (homoerotismo e inicio sexual precoz), el uso de plantas medicinales, la desconfianza hacia el personal de salud y algunos procesos de referencia⁸⁰ y , en especial, las “creencias” de la brujería como causante de las enfermedades:

Aquí la sexualidad es bastante alta. Basta que una [persona] esté infectada y se calcula que tiene diez parejas cada uno (Obstetra no indígena, 2018).

Lo primero que hay son creencias de la cultura awajún. [Se cree] que la enfermedad es producida por alguien dañino, ¡que es brujería! A veces el medicamento no responde y van con los brujos. A veces cuando las plantas no pueden [aliviar los síntomas] van con brujos y él les dice si los han dañado (Técnico sanitario awajún, 2018).

Su cultura es lo más difícil. Sus pensamientos, sus creencias que es todo basado en brujería. Si ya te soñó a ti, ya no es enfermedad es brujería. ¡Todo es en base a la brujería! Si no puede dar parto es brujería. Si un niño está mal es brujería. Todo lo asemejan a eso. Están acostumbrados a decir que no es VIH, que es brujería. [Las familias] van más a su cultura. Lo llevan al brujo,

80 La referencia consiste en derivar las emergencias a establecimientos de salud con mayor capacidad de atención.

a sus plantas, luego regresan a nosotros. Tenía un paciente que sí tomaba TAR pero abandonó todo.

Cuando hay emergencia ellos no quieren ser derivados. A veces se les explica. Se llama al Apu [jefe de la comunidad], a los de seguridad [ronda de la comunidad], para exigirles que acepten ser derivados [a establecimientos de salud de la ciudad] porque está en riesgo su vida. Pero a veces encuentras respuesta de: 'si ya me toco, que me muera'. Nosotros les decimos que podemos salvarlos, pero no quieren (Obstetra no indígena, 2018).

La noción de “cultura awajún” entendida como un limitante de la atención pública de salud nos presenta la concepción de cultura como un modo de ser estático, inherente a los indígenas que determina sus acciones y pensamientos. Esta percepción nubla otras posibles discusiones sobre los problemas estructurales que limitan la atención del sistema público de salud en contextos indígenas; los equívocos no controlados que surgen en la relación entre el personal de salud y las personas indígenas quienes, como lo propone Viveiros de Castro (2004), pueden estar utilizando nociones homónimas que entran en tensión, y las reflexiones sobre la continua invención y reinención de los sistemas de conocimientos indígenas. A continuación, presentaré brevemente los problemas estructurales que el personal de salud identificó del sistema público de salud y desarrollaré los siguientes dos puntos restantes en la próxima sección.

Para el 2018, el personal de salud del distrito de El Cenepa identificó entre los problemas estructurales que afectan su labor a: la categorización I-1⁸¹ de la mayoría de los puestos de salud de este distrito que condiciona los recursos humanos y la infraestructura presente en cada comunidad; la falta de servicios básicos en los establecimientos de salud; la escasez de medicamentos; la dispersión geográfica de las comunidades; el limitado presupuesto para desplazar especialistas a las comunidades y sacar de las comunida-

81 La categoría I-1 corresponde a los establecimientos de salud (puestos de salud o consultorios) que poseen profesionales de salud, más no médicos cirujanos. Su servicio está dedicado a la salud familiar y comunitaria, atención de medicamentos, nutrición, pruebas rápidas y parto inminente (MINSA 2011).

des los casos de emergencia; el subregistro de la población que es atendida y la sobrecarga de trabajo administrativo⁸².

En este contexto, la llegada del VIH/sida al distrito de El Cenepa implicó nuevos retos al ya precarizado sistema de salud. Hasta el 2018, el tamizaje, la confirmación de casos y la adherencia al TAR de personas awajún seropositivas eran algunos de los mayores problemas de los puestos de salud de este territorio. En la mayoría de los puestos de salud del distrito de El Cenepa, las pruebas rápidas de VIH se hacían en espacios reducidos y con poca privacidad para los pacientes. Si luego de realizar dos pruebas rápidas a un paciente el resultado era reactivo, el personal de salud solicitaba una muestra de sangre, ahora de la vena, para enviar el suero al laboratorio del Instituto Nacional de Salud en Lima, donde realizan la prueba ELISA⁸³. La toma de la muestra de sangre era un reto en las comunidades indígenas que no contaban con especialistas de laboratorio. En este contexto, pese a no contar con presupuesto, el personal de laboratorio programaba visitas mensuales a diferentes comunidades. Ello podía significar que la persona con diagnóstico positivo en una prueba rápida tenga que esperar días o semanas para dar la muestra que confirme oficialmente si portaba o no el VIH. Si pese a estos retos, el personal de laboratorio lograba obtener la muestra de sangre para realizar la prueba ELISA, el traslado de esta muestra a Lima también implicaba una demora burocrática. Las muestras de sangre eran rotuladas y almacenadas por cada puesto de salud para luego ser enviadas en bloque a la Microred de salud Huampami, establecimiento de salud encargado de los veinte puestos de salud ubicados en el distrito de El Cenepa. El jefe de laboratorio del Centro de Salud Huampami recibía estas muestras y las remitía a la Red de Salud Condorcanqui (entidad

82 El Ministerio de Salud exige el cumplimiento periódico de metas con índices determinados de atenciones en las estrategias de salud prioritizadas, vistas extramurales, registro de referencias y el llenado de fichas de atención e historias clínicas.

83 La prueba Elisa (Enzime Linked ImmunoSorbent Assay o Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) identifica partículas de antígenos en la sangre. Es decir, muestra la presencia de anticuerpos del VIH en la sangre.

encargada de los tres distritos de la provincia de Condorcanqui), que a su vez enviaba las muestras a la Dirección Regional de Salud de Amazonas. Esta entidad, finalmente, mandaba las muestras de sangre de toda la región Amazonas al Instituto Nacional de Salud en Lima. Esta cadena logística para el envío y recepción de resultados confirmatorios de la prueba ELISA significaba una demora de tres a cuatro meses en el diagnóstico de cada persona. Esta situación cambió con el ingreso de las Brigadas Móviles Amazónicas (BMA) a cargo de PATHFINDER, que brindaron a las comunidades awajún de la provincia de Condorcanqui un paquete de servicios de prevención de VIH (pruebas rápidas, condones y consejería), así como los servicios de diagnóstico temprano, tratamiento, seguimiento, evaluación y adherencia de las personas que viven con VIH (PATHFINDER, El Fondo Mundial & CONAMUSA, 2016). Para el 2021, la prueba ELISA ya estaba realizándose en la misma región Amazonas.

Sumado a estos problemas identificados por el personal de salud del distrito de El Cenepa, las familias awajún notaban como problemas adicionales en la atención del VIH y el sida: el desconocimiento del idioma awajún del personal apách, los problemas de confidencialidad en los resultados de laboratorio, la pérdida de muestras o demora de los resultados confirmatorios de VIH, el desabastecimiento de los tratamientos antirretrovirales (TAR) y la falta de “comprensión” del daño con síntomas de sida como parte del diagnóstico de sus miembros.

(Con)viviendo con equívocos

Para entender las relaciones de tensión que surgen entre el sistema de conocimientos del personal de salud y las personas awajún en torno al VIH, considero que es útil el concepto de equívoco propuesto por Viveiros de Castro (2004) y recuperado por Kelly (2010). El equívoco no se trata de un error de comprensión. El equívoco es partir del presupuesto que dos actores de distintos grupos se comunican utilizando los mismos conceptos. El perspectivismo indígena está plagado de conceptos homónimos, por ello, la comunicación entre perspectivas se da siempre por medio

de una traducción que demuestra la existencia de los diferentes sistemas de referencia. En el distrito de El Cenepa se puede notar la presencia de estos “equivocos” en las nociones de “VIH/sida” y de “salud” que poseen el personal de salud y algunas personas awajún.

El VIH y el sida desde el punto de vista biomédico son dos condiciones serológicas diferenciadas por la carga viral. La persona como portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede desarrollar o no la fase más grave de esta condición que es el sida. Por otro lado, desde el punto de vista awajún, la diferencia serológica entre los términos de VIH y sida no es lo central, incluso ambos términos se utilizan de forma indistinta en las conversaciones cotidianas. Lo central para la población awajún es la capacidad que ha adquirido el VIH y el sida traído de las ciudades, que dentro del territorio awajún se ha transformado y ha generado nuevas experiencias de VIH o sida asociadas a una enfermedad (*jata*) o a un tipo de daño (*waweamu*). Por tanto, lo que para el punto de vista biomédico es una epidemia causada por la propagación de un virus, para la mayoría de familias awajún del distrito de El Cenepa es parte de un movimiento de descontrol de las prácticas sexuales y de las actividades de brujería entre personas awajún. Estamos, en consecuencia, frente a dos nociones diferentes de experiencias que han sido llamadas de VIH y de sida, que muchas veces se entrecruzan pero a veces también colisionan.

La noción de brujería asociada al VIH y al sida también nos ofrece un ejemplo de los homónimos presentes en las relaciones entre el personal de salud (influenciados por la biomedicina como sistema de referencia) y de las personas awajún (influenciadas por la cosmología awajún). Para muchos profesionales de salud, en especial los no indígenas, la brujería se asocia a una “creencia indígena” o a la falta de conocimiento de un grupo que no ha llegado aún a comprender la base científica de determinado fenómeno. Sin embargo, más que una falta de conocimiento, la brujería awajún es un aspecto inherente de las relaciones entre indígenas desde el pasado; pues toda persona awajún puede ser afectada por seres humanos y no humanos capaces de introducir dardos de daño en los pliegues materiales y espirituales del cuerpo awajún.

Otro ejemplo de equívoco que encontramos en la relación entre el personal de salud y las personas awajún seropositivas es la noción de salud y las prácticas terapéuticas que se asocian a la misma. Para el personal médico del sistema público de salud, la vitalidad de una persona seropositiva se construye gracias a la toma diaria de antirretrovirales; si la persona awajún no sigue diariamente su tratamiento, se considera que no tienen la convicción⁸⁴ de estar bien. Sin embargo, para las personas awajún y sus familias, la toma de antirretrovirales es una de las distintas fuentes en las que una persona seropositiva busca salud. La toma de platas maestras, el consumo de brebajes de plantas medicinales, la búsqueda de otros especialistas y el cuidado diario de los parientes son también parte de esa búsqueda de bienestar. Los equívocos, en consecuencia, nos muestran que existen otros modos de existir en el mundo que deben ser tomados en cuenta para establecer relaciones y diálogos posibles.

Palabras finales

Los sistemas de conocimientos no son estructuras fijas que determinan a las personas y sus grupos, por el contrario, como muestra el caso awajún, son sistemas en continua invención y reinención. Lejos de una noción de cultura como algo fijo que estructura y delimita las acciones de las personas, el pueblo awajún nos muestra una cultura, en los términos de Wagner (2019), que se crea, actualiza y reinventa a sí misma mediante la relación con otros. El pueblo awajún incluso ha usado parte del sistema de conocimientos de otros grupos para poder experimentar las transformaciones que surgen en su propio mundo. Un ejemplo de ello es que una enfermedad no indígena como el VIH, al incorporarse en el cotidiano awajún, creó nuevos repertorios terapéuticos (con tratamientos biomédicos y no biomédicos como lo mostro el caso de Marcelo) y se generó como parte del repertorio de los especialistas

84 Así lo comentaba un técnico sanitario awajún (2018): “!Esa medicina [el TAR] es fuerte! No se acostumbra en su cuerpo. Tiene alergia, dolor, pero ¡se tiene que acostumbrar! ¡El que quiere vivir toma y el que quiere morir no toma!”.

brujos (*tunchis*) que aprendieron a causar el VIH mediante dardos de daño.

Las palabras de David Kopenawa, *pajé* yanomami, al inicio de este artículo, son otro ejemplo de ese proceso de transformación de los pueblos indígenas que van incorporando los conocimientos y/o fenómenos biomédicos dentro de sus propios sistemas de conocimientos:

Nosotros aún no sabemos leer los papeles de los blancos, no sabemos aún usar sus remedios. Es necesario que ustedes nos enseñen a usar sus remedios contra la malaria, la tuberculosis y contra todas sus enfermedades. Cuando nuestros jóvenes sepan todo eso, entonces nosotros podremos curarnos solos, como antes (Davi Kopenawa en Albert & Goodwing 1997).

Por el contrario, los sistemas de conocimientos de biomedicina siguen sin incorporar saberes indígenas. Algunos profesionales de salud indígenas hacen un llamando para que se dé ese “encuentro de saberes”. Mari Fasabi, sabia del pueblo Shipibo-Konibo y miembro del Comando Matico⁸⁵, propone un “encuentro de saberes”, en especial para la atención de enfermedades no indígenas en territorios indígenas:

Nosotros en realidad estamos luchando con las plantas medicinales, a lo que a nosotros nos han enseñado nuestras abuelas, nuestras mamás. También estamos utilizando las medicinas convencionales. Nosotros vamos a hacer un encuentro de saberes, tanto la medicina occidental tanto la medicina ancestral que nosotros tenemos. Sí o sí tiene que haber un encuentro de saberes. (Fasabi, 2020 en Pesantes & Gianella, 2020:99).

Un técnico sanitario awajún del distrito de El Cenepa también consideraba necesario este encuentro de saberes en los establecimientos de salud. Su propuesta era contar en cada puesto de

85 Grupo de sabias y jóvenes del pueblo Shipibo-Konibo que se reunió, el año 2020, para atender los casos de COVID-19 en la región Ucayali.

salud con “un médico profesional, un especialista en plantas y un brujo. Si uno no puede curar, el otro lo haría”.

Edwin Montenegro, líder awajún responsable del área de salud de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), coincide en la necesidad de incorporar los conocimientos indígenas en la atención en salud e “involucrar a las organizaciones indígenas en el diseño de programas de salud para complementar la propuesta del Estado” (Laura, 2018). Como sugieren Pesantes & Gianella (2020, p. 103), “no basta con reconocer la articulación entre la Medicina Tradicional y la Medicina Convencional como uno de los cuatro pilares de la Política Sectorial de Salud intercultural”, se requiere implementar prácticas concretas en base a la diversidad de los pueblos indígenas. Entendiendo que esta diversidad parte de un sistema de conocimientos y nociones construidas que, en todo momento, estarán inventándose y reinventándose.

La llegada del COVID-19 al territorio awajún puso nuevamente en evidencia las limitaciones del sistema público de salud para atender a esta población y demostró la capacidad creativa de los pueblos indígenas para seguir generando vida en contextos de epidemia (Belaunde, Mendes & Bolívar-Urueta, 2020; Marubo, 2020; Lagrou, 2020; Vilaca, 2020).

Bibliografía

ALBERT, Bruce & Rita ALCIDA. 2002. *Pacificando o blanco: cosmologías do contato no norte-amazônico*. São Paulo: UNESP.

ALBERT, Bruce & GOODWIN Gale. 1997. *Saude Yanomami*. Um manual etnolinguístico. Belem: Museu Paraense Emílio Goeldi.

BELAUNDE, Luisa; Gilton MENDES & BOLÍVAR-URUETA Edgar. 2020. Presentación: Reflexiones y perspectivas entorno a la pandemia del COVID-19. *Mundo Amazónico*. 11(2) 2020. 10-16.

BARLETTA EC et al. 2008. “Expansión of HIV and syphilis

into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group”. *Infection Diseases*. 2008.

BROWN, Michael. 1984. Una paz incierta. *Historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal*. Lima: CAAAP.

CÁRCAMO CP et al. 2012. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(10).

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. 2002. *Casos de infección por VIH notificados, según año de diagnóstico y departamento*. MINSA. https://www.dge.gob.pe/VIH/sala/index/fig1_CurvaVIH/22.

CUETO, Marcos. 2002. El rastro del SIDA en el Perú. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. Vol. 9.

CHÁVEZ Giannina. 2019. Diálogos médicos: la negociación de los modelos explicativos y narrativas sobre el VIH/SIDA entre la población Awajún de comunidades intervenidas en el marco de la estrategia contra el VIH/SIDA. *Tesis para optar el título de licenciada en Antropología*. Lima: PUCP.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2009. *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida*. Lima: Defensoría del pueblo.

DESCOLA, Philippe. 2005. *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros*. Alta Amazonía. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FAUSTO-STERLING, A. 2006. “Duelo de dualismos”. En: *Cuerpos Sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.

FLORES, Ximena. 2020. “VIH/sida Awajún”: nociones y ex-

perencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía peruana. *Anthropologica*. XXXVIII. 235-266.

FLORES, Ximena & Rodrigo LAZO. 2020. Veinticinco pruebas rápidas y una ambulancia fluvial son las armas del Estado contra el Covid-19 en El Cenepa. *La mula*. Consultado: 18/10/2020. <<https://redaccion.lamula.pe/2020/06/11/veinticinco-pruebas-rapidas-y-una-ambulancia-fluvial-son-las-armas-del-estado-contra-la-covid-19-en-el-cenepa/redaccionmulera/>>

GRÁNDEZ-URBINA JA & FERNÁNDEZ-LUQUE JL. 2012. “Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país”. *Revista Médica Heredia*. 23(1):70-6.

HUAMÁN Byelca, GUSHIKEN Alfonso, BENITES Carlos, QUIROZ Fabiola & GARCÍA, Lisset. 2017. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres Awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 34 (4): 627-632.

KELLY, José. 2010. “Os Encontros de Saberes? equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela”. *Ilha*. 11(2): 265-302.

KELLY, José. 2015. “Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela”. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina / organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso*. – Florianópolis: Ed. da UFS.

KRENAK, Ailton. 2019. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.

LAGROU, Els. 2020. Nisun: La venganza del pueblo murciélagos y lo que nos puede enseñar sobre el nuevo coronavirus. El caminero. Consultado: 01/10/2020. <<https://caminero1320.wordpress.com/2020/04/14/nisun-la-venganza-del-pueblo-murcielago-y-lo-que-nos-puede-ensenar-sobre-el-nuevo-coronavirus->

por-els-lagrou/?fbclid=IwAR3-wittsen6uPY9JPSbc73ePIjRhbs-du2FIA9is5fMxT96UksN1AFgbIk4>

LANGDON, Esther Jean. La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo. Popayan: Universidad del Cauca, 2014.

LAURA, Rosa. 2018. La epidemia invisible. ¿Cómo vive una persona con VIH en la Amazonía peruana? IDL- reporteros. Consultado: 18/10/2020. <<https://www.idl-reporteros.pe/VIH-Amazonia/>>

LUNA, Nelly. Los infiernos de la mujer Awajún. Ojo Público. Consultado: 18/10/2020. <<https://ojo-publico.com/sites/apps/los-infiernos-de-la-mujer-awajun/>>

MARUBO, Nely. 2020. Mesa inaugural: Em memoria de quienes partieron y por las luchas que continúan. XVIII Semana Amazónica PUCP. 30/11/2020.

MEDINA, Armando (2019). Representaciones sociales sobre sexualidades y VIH en poblaciones Awajún provincia de Condorcanqui – Amazonas. (Tesis de doctorado en Humanidades). Universidad Federal Nacional Federico Villareal.

MEJIA, Kember & RENGIFO, Elsa. 1995. Plantas Medicinales de Uso Popular en la Amazonía Peruana. Lima: Agencia Española de Cooperación Internacional.

MINISTERIO DE SALUD & FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 2009. Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-SIDA en dos comunidades nativas de Ucayali. Lima: IES.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). 2011. Norma Técnica de Salud de Categorías de Establecimientos del Sector Salud. (NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA). 2020. Norma Técnica de Salud de Atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>

NEYRA, Diana. 2010. Estudio in vitro y en campo de la acción biácida del extracto acuoso de la corteza de catahua sobre los fitopatógenos de mayor incidencia del algodónero. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM.

ORELLANA, Roberto; ALVA, Isaac; CÁRCAMO Cesar & GARCIA, Patricia. 2013. “Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon”. *Health*. .23(9):1240-50.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2021. VIH/sida. Datos y cifras. Visitado en 15 de abril de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

ORMAECHE M, WHITTEMBURY A, PUN M, SUAREZ-OGNIO L. 2012. “Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007–2008”. *International Journal of Infectious Diseases* 16. pp. 724–730.

PAHO. s/d. Perú: Superando Barreras - VIH en comunidades Awajún-Wampis Condorcanqui. <https://www.youtube.com/watch?v=G2XgnWkam84&t=87s>

PALMA, Helen & Mary REYES (2018). Barreras identificadas por el personal de salud para el tamizaje del virus de inmunodeficiencia humana en población indígena de la Amazonía peruana. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*.

PATFINDER INTERNACIONAL; EL FONDO MUNDIAL & CONAMUSA. 2016. Informe Semestral: Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables

de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú. Documento de trabajo.

PESANTES, María Amalia & GIANELLA, Camila. 2020. ¿Y la salud intercultural?: lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico*. 11(2) 2020. 93-110.

PINTADO, Isaías (2016). La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-sida y el enfoque intercultural (tesis de maestría en Ciencia Política y Género). Pontificia Universidad Católica del Perú.

PONCE, Patricia; Rubén MUÑOZ & Matías STIVAL, 2017. 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*. Vol 13 (3). Jul-Sep 2017.

PORTOCARRERO, Julio. 2015. “VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana”. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Vol. 32(3).

RAMÍREZ, Susana. 2020. Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas. Lima: Ayuda en Acción / Municipalidad provincial de Condorcanqui, CEPLAN, Plan Binacional.

RED DE SALUD CONDORCANQUI. 2018. Reporte de casos de VIH entre 2010 - 2018. [Base de datos]. Informe del Área de Estadística.

ROJAS, Ximena Flores (2019). Entre játa y waweamu: VIH/sida en las comunidades Awajún de la Amazonía peruana. *MANA*, 25(3), 777-808.

SILVA, Juliana. A Covid-19 na Terra Indígena Vale do Javari: entaves e equívocos na comunicação com os Korubo.

SECRETARÍA INTERNACIONAL DE PUEBLOS INDÍ-

GENAS FRENTE AL VIH, LA SEXUALIDAD Y LOS DERECHOS HUMANOS - SIPIA & ONUSIDA. 2016. “Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en América Latina”. Informe.

SHEPARD, Glenn. 2019. Toé (Brugmansia suaveolens): o caminho do dia e o caminho da noite. Em Caiuby & Goulard Ed. O uso de plantas psicoativas nas américas. p. 118-134.

SHEPARD, Glenn. 1999. Pharmacognosy and the Senses in two Amazonian societies. Doctoral dissertation. University of California, Berkeley.

TOBÓN, Marco. 2016. Reírse ante la guerra. Las bromas como actuación política entre los muina, Amazonia colombiana. Revista Mexicana de Sociología 78. Núm 2 (abril-junio): 179-202.

UNICEF. 2005. Para tener em cuenta: en los próximos diez minutos en el mundo... 50 jóvenes se infectarán con el VIH. Cuarenta niños quedarán huérfanos a causa del SIDA. Diez fallecerán por la misma enfermedad. Documento de trabajo. UNICEF Perú.

UNICEF & IWGIA. 2012. Suicidio Adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Lima: IWGIA.

UNICEF. 2014. Informe etnográfico para propuestas de modificatoria a la NTS de VIH y sida para población Awajún de Condorcanqui-Amazonas. Documento de trabajo.

VILAÇA, Aparecida. 2020. A dupla ameaça aos povos indígenas. Revista serrote. Consultado: 08/07/2020. <<https://www.revistaserrote.com.br/2020/04/a-dupla-ameaca-aos-povos-indigenas-por-aparecida-vilaca/>

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2004. “Perspectival anthropology and the method of controlled equivocation”. Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South

America. 2 (1):3-22.

WAGNER, Roy. 2019. La invención de la cultura. España: Nola Editores.

ZAVALETA C (et al). 2007. “Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en comunidades nativas de la Amazonía peruana: consideraciones culturales”. Rev Peru Med Exp Salud Publica.

6 - Hipertensión arterial y diabetes entre indígenas kaingang, Tierra Indígena de Xapecó, Santa Catarina: entrecruzamientos entre religiosidad, “cultura” y tradición

*Sandra Carolina Portela García*⁸⁶

Introducción

En 2009, comencé una trayectoria de investigación con los indígenas kaingang de la Tierra Indígena de Xapecó (TIX), oeste del estado de Santa Catarina, en Brasil, buscando describir las prácticas de autoatención (Menéndez, 2003) que ellos y ellas efectuaban para el control y tratamiento de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial (HTA). La investigación dio origen a mi tesis de maestría en Antropología Social (Portela, 2010), y es precisamente a partir de la elaboración de ella, así como a través de la experiencia de investigación con esta comunidad en proyectos y momentos diversos hasta el año de 2015, y al constante diálogo a lo largo de ese tiempo con un grupo de colegas asociados al INCT Brasil Plural y al Núcleo de Estudios sobre Saberes y Salud indígena (NESSI - UFSC), que se ha tornado evidente la necesidad de enfatizar en la relación entre salud y religiosidad para comprender de manera amplia la manera en que estas enfermedades son significadas y tratadas, considerando que dicha relación ha mostrado ser un componente esencial para pensar la salud indígena y la vida cotidiana en la localidad donde se desarrolló la pesquisa.

Así, la pretensión de este trabajo es discutir, a partir de las prácticas de autoatención relacionadas a dichas enfermedades —y haciendo énfasis en aquellas que devienen de la religiosidad—, las

86 Doctora en Antropología Social – UFSC; investigadora asociada – Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural; docente investigadora – Programa de Antropología – Universidad Externado de Colombia; sandra.portela@uexternado.edu.co

discusiones sobre cultura y medicina tradicional que se viven cotidianamente en la aldea y que se hacen tangibles en alianzas y riñas con el equipo de salud y entre la propia comunidad; así como en reinterpretaciones cosmológicas, entre otros aspectos. Para ello, y a través de una serie de notas etnográficas, contextualizo al lector rápidamente en relación al pueblo y la localidad en la que se centró mi ejercicio reflexivo, así como las prácticas de autoatención empleadas por la población para lidiar con enfermedades previamente citadas. Posteriormente, profundizaremos en cómo las prácticas de autoatención ligadas a la religiosidad generan y suscitan situaciones en las que “salud”, “tradición”, “cura” y “religión” son accionadas, teniendo implicación directa en los procesos de salud y cura individual y en la vida colectiva de la aldea.

Como punto de partida, considero importante mencionar que para el desarrollo del eje analítico de este artículo, utilizo el concepto de prácticas de autoatención en el sentido propuesto por Menéndez (2003); es decir, como aquellas prácticas que buscan prevenir, tratar, controlar, aliviar o curar una enfermedad o una condición determinada, sin perder de vista el hecho de que la autoatención está relacionada tanto a las condiciones técnicas y científicas, como a las religiosas, étnicas y políticas de una sociedad. La ventaja de este concepto es que contempla el contexto a partir de donde se producen las prácticas escogidas por los pacientes, permitiendo observar los usos articulados que surgen entre ellos (Menéndez, 2003; Garnelo y Wright, 2001).

La perspectiva de Menéndez (2003) se torna interesante en la medida que reconoce la diversidad de recursos terapéuticos que coexisten en América del Sur, y el dinamismo de los grupos sociales que reapropian y resignifican elementos exógenos o disponibles en su contexto y de los que se hace uso cotidianamente. Igualmente, este concepto se vuelve importante en el análisis propuesto, pues permite el reconocimiento de la existencia de espacios de relativa autonomía de los pacientes, quienes al utilizar determinada práctica de autoatención, no pasan necesariamente por la consulta y aprobación del especialista, sino que se permiten combinar prácticas que pueden parecer incompatibles o radicalmente

contradictorias, si son observadas a la luz del conocimiento que las “origina” (Menéndez, 2003).

Considerando que la localidad, y particularmente el pueblo con el que se trabajó, ha desarrollado históricamente una serie de contactos o relacionamientos interétnicos, la TIX es entendida en el contexto de esta investigación como una zona de “intermedicalidad” (Greene, 1998; Follér, 2004), es decir, un lugar donde coexisten diferentes tradiciones médicas, entre las cuales ocurren enfrentamientos, oposiciones y conflictos, así como reapropiaciones y resignificaciones de elementos, técnicas, etc., que devienen de esas tradiciones diversas. En este caso en particular, el área geográfica fue equiparada a una “zona de intermedicalidad”, esto con el fin de establecer un recorte metodológico, un contexto situacional para el desarrollo de la investigación y, finalmente, para afirmar que en ella existe un *continuum* de relaciones entre diferentes prácticas médicas. Importante mencionar, también, que el artículo propone la noción de tradición, en términos de dinamismo, transformación y cambio que responden a los procesos históricos y cosmológicos a los que los pueblos se han visto enfrentados en su devenir, y cuya transformación no deslegitima, de manera alguna, la “autenticidad” de su praxis.

En ese sentido, en esta investigación hablamos en términos de medicina tradicional kaingang, haciendo referencia a los saberes sobre salud, cuerpo y enfermedad existentes entre los kaingang de la TIX, pues este es el concepto con el que se nomina más comúnmente aquello que, aunque no sea necesariamente “propio” en términos de “invención” o “procedencia”, hace parte del repertorio de lo que compone lo “propio” cultural, cosmológica y simbólicamente.

Tránsitos en campo

La investigación que da fruto a este artículo fue realizada con indígenas kaingang de la aldea “sede”⁸⁷ (TIX) diagnosticados como hipertensos o diabéticos en algún momento de su vida por el sistema biomédico, esto independientemente de su autorreconocimiento,

87 La aldea “base” o la aldea principal de la Tierra Indígena de Xapecó.

o no, como portadores de estas enfermedades en el momento del encuentro etnográfico. El abordaje etnográfico y el entendimiento del trabajo de campo como disposición epistemológica fueron centrales en la convivencia cotidiana, por lo que el reconocimiento de las personas hipertensas y diabéticas de la localidad, se dio a partir de las relaciones establecidas a través de los miembros de la familia pertenecientes a la casa donde fui acogida junto a mi hija⁸⁸ y un colega de investigación del NESSI —quien también hacía trabajo de campo en ese momento—, así como por medio de los familiares, amigos y vecinos que, permanentemente, frecuentaban el lugar, y con el personal del puesto de salud que, gentilmente, nos abrió sus puertas para que pudieramos participar de las reuniones en salud que realizaban con personas diagnosticadas con estas enfermedades.

Es importante mencionar, también, que durante el trabajo de campo hice énfasis en lo que las personas hacen y usan para atender la diabetes y la hipertensión arterial, y, aunque hubieron conversaciones y diálogos frecuentes con el personal del Equipo Multiprofesional de Salud Indígena (EMSI), “remedieras”⁸⁹ reconocidas en la aldea y algunos líderes de iglesias pentecostales, el trabajo no tenía como objetivo realizar la reflexión a partir de la perspectiva de los “especialistas en salud” frente a las enfermedades, sino que buscó privilegiar la voz de los “pacientes”⁹⁰. Particularmente, centré la atención en los casos de diez kaingang —siete mujeres y tres hombres—, todos diagnosticados como hipertensos, tres de ellos (dos hombres y una mujer) también tenían diagnóstico de diabetes.

88 Quien además fue sumamente importante en la realización de este trabajo, pues su interacción y familiaridad con las personas nos abrió la posibilidad de compartir experiencias y mantener conversaciones amplias y generosas con las familias kaingang de la localidad.

89 Sabedoras kaingang (en su mayoría mujeres) que poseen un gran conocimiento sobre remedios de monte, conocimiento que se encuentra asociado a la medicina tradicional kaingang.

90 Quienes, a pesar de la categoría en la que son enmarcados, se muestran “agentes” de su propia salud, como veremos a lo largo del artículo.

En los encuentros realizados en el puesto de salud, a los que asistían en promedio unas veinticinco personas, el número de interlocutores variaba de manera sensible. Las familias y las redes de apoyo de los pacientes, fueron importantes para comprender las opciones terapéuticas escogidas, así como los significados y las articulaciones tejidas en torno a la hipertensión arterial y la diabetes en este contexto.

Breves notas de contexto: el pueblo kaingang y la Tierra Indígena Xaçepó

Los indígenas kaingang se encuentran localizados en la región sur del Brasil, en los estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul y Paraná. Pertenecen a la familia lingüística jê (Maybury; Lewis, 1979) y suman alrededor de 37 400 personas en el país (IBGE, 2010). La TIX se encuentra localizada al oeste del estado de Santa Catarina, entre los municipios de Entre Ríos e Ipuçu. La organización social de los kaingang se encuentra asociada a la existencia de mitades clánicas patriarcales denominadas “kaimé” y “kairu” (Almeida, 1998; Oliveira, 1996; Veiga, 1994; entre otros), basada en la uroxilocalidad y en la patrilinealidad. Dicha organización se mantiene de manera más explícita y vital en algunas comunidades más que en otras. Los animales y las plantas, o más generalmente, los seres de la naturaleza también suelen ser categorizados de acuerdo con el dualismo kaingang (Haverroth, 1997).

La persona kaingang es entendida de manera general por este pueblo como “el fruto de la relación entre la naturaleza y la sociedad [...]. El cuerpo [...] es una extensión del dominio cosmológico de la naturaleza”⁹¹ (Carvalho, 2008, p. 19). La persona estaría constituida por el cuerpo, y más específicamente, por la relación cuerpo-espíritu. El espíritu (*kuprig*) puede salir del cuerpo (*hã*), por lo que este se debilita y se enferma (Carvalho, 2008), el cuerpo y el espíritu deben ser cuidados, y ante la presencia de una enfermedad, el tratamiento debe ser orientado a la restitución de la fortaleza corporal (Veiga, 1994; Oliveira, 1996). Según Car-

91 Las traducciones que se encuentran en este texto son libres y de mi autoría.

valho, entre los kaingang, así como entre otros pueblos indígenas brasileiros,

[...] el cuerpo no es una totalidad [...]. El uso del concepto de corporalidad, se adecua en la medida en que revela que hay en esas sociedades una dialéctica para la comprensión de la constitución de un sujeto social [...] al mismo tiempo en que se tiene una matriz individual (semen, sangre, espacio en la aldea (casa)), hay un colectivo social (alma, nombre, función) (Carvalho, 2018, p. 21).

De la misma forma, y citando a Terence Turner (1995), Carvalho (2008) sugiere que el cuerpo kaingang deber “ser entendido como un conjunto de sentidos que congrega los aspectos sociales, biológicos y culturales, constituyendo una identidad social de la cual él es producto y productor de la estructura y de la cosmología” (Turner apud Carvalho, 2008, pp. 31-32). Para el tratamiento de la salud y la enfermedad, existirían en la “medicina tradicional” kaingang, una serie de especialistas nativos cuyos saberes estarían dirigidos al restablecimiento de la salud⁹². Entre ellos, se destacan el *kujá* —o chamán—, los curanderos, las remedieras y las benzedieras. Según Crepeau (2002), los chamanes kaingang distinguen dos tipos de saber: los “guiados” y los “no guiados”. Los saberes “guiados” corresponderían a las prácticas asistidas por auxiliares de no humanos, y los guías por excelencia son los animales, pero, también, santos del catolicismo popular.

Catolicismo y pentecostalismo en la localidad: una brevísima contextualización

De acuerdo con Almeida (2004), los primeros contactos oficiales de los que hay registro con grupos identificados como kaingang, nos remiten a 1771. Sin embargo, antes de esa fecha, existen datos sobre la existencia de una serie de misiones jesuitas donde fueron

92 Como sugiere Diehl (2001), la clasificación de los especialistas curadores kaingang varía en algunos de los trabajos etnográficos realizados con este pueblo.

catequizados miembros de esta comunidad⁹³. Pero, además de las misiones, la actuación de monjes peregrinos en la región fue fundamental para establecer una relación entre el catolicismo y los pueblos kaingang (Almeida, 1998; Ghiggi, 2006a; Veiga, 2004), relación que no se realizó necesariamente dentro de los patrones “oficiales” de la religión, y que permitió, según Veiga (2004), que el catolicismo popular “bebiera” de la cosmología indígena y fuera “fuertemente influenciado por ella, de la misma forma que los indígenas absorbieron elementos del catolicismo en sus prácticas rituales” (Veiga, 2004), evidenciando, como sugiere Almeida (1998), un reordenamiento de ciertas estructuras internas en consecuencia del contacto y la cristianización, así como la diversidad de relaciones establecidas entre los indígenas y católicos en esos primeros momentos. Sobre estas cuestiones volveremos más adelante.

En relación a la presencia de los mencionados monjes peregrinos, para el pueblo kaingang, el monje São João Maria D'Agostini se ha tornado una figura fundamental, lo que se expresa en el calendario religioso y en la cotidianidad, asociado a prácticas de autoatención, como el uso de las aguas santas que a él se afilian y que tienen efectos sobre los procesos de salud, enfermedad y atención. De hecho, en la TIX, anualmente se realiza una fiesta en su conmemoración, en la que se le ofrece una “reza” en la casa de los fiesteros, donde llama la atención la disposición de una mesa del tipo “mesa de trabajo” como es descrita por Oliveira (1996) y que está asociada a la práctica “tradicional” de los curanderos kaingang. Después de servido el almuerzo y el pastel de la fiesta, las aguas santas de São João María son recogidas y preservadas para ser utilizadas en casos de enfermedad.

93 Según los datos compilados por Almeida (2004), los pueblos guarani y kaingang habrían sido blanco de intensos procesos de catequización en cinco de las catorce reducciones jesuitas establecidas en la región de Guairá: Nossa Senhora da Encarnação (1625), Santo Antônio (1627), São Miguel (1627) y São Pedro (1627). La última de estas cinco reducciones sería la de Nossa Senhora dos Guanhanhos, fundada al final del año de 1627 y principios de 1628, por el padre Antonio Díaz de Montoya en el municipio de Pitanga (Paraná).

Reconocidos a partir de esas dinámicas de contacto como “católicos”, los kaingang de la región reciben la primera iglesia Bautista al final de la década de 1940 e inicios de la de 1950 (Almeida, 2004). Las actividades de iglesias asociadas al pentecostalismo se intensificaron en la década de 1970, época en la se estableció una de las iglesias pentecostales de mayor renombre en la localidad: “Asamblea de Dios”.

En 2004, Almeida registra la presencia de nueve iglesias: Asamblea de Dios, Pentecostal de Brasil, Iglesia Batista, Cadena de Oración, Dios es Amor, Cuadrangular, Solo el Señor es Dios, Unidad de Jesús y Visión Misionaria. Por su parte, en 2010, Portela apunta a la presencia de otras iglesias: Rosa de Sarón, El rey de la Gloria, Brasil para Cristo y Novia de Jesús. La expansión y la presencia de estas iglesias es constante en esta región, por lo que es posible observar que los cultos se realizan varias veces por semana en las diferentes iglesias en la TIX, y son la principal actividad que convoca fieles, aunque no es la única: la realización de campañas de oración, asados para obtener fondos para la realización de obras, grupos de oración, entre otros, hacen parte de la intensa agenda de los devotos alrededor de las iglesias pentecostales. En contraposición, podemos observar en la región solamente una iglesia católica que, al momento de mi trabajo, se encontraba en estado precario, y en la que la eucaristía era realizada una vez por mes.

Generalmente, podemos observar una fuerte presencia histórica del catolicismo en la localidad y, más recientemente, de iglesias que pertenecen principalmente al pentecostalismo. Estas — como en su momento lo hizo la iglesia católica—, han impactado la vida social, la cosmología y la noción sobre el cuidado y la salud entre los kaingang de la localidad, situación que pretendemos ir desarrollando a lo largo del texto. Por ahora, y una vez descrito de forma general el panorama en el que se desarrolló la investigación en campo, comenzaremos a indagar sobre la presencia de las enfermedades que motivan la discusión del presente artículo.

Diabetes e hipertensión arterial: perspectivas kaingang

La diabetes y la hipertensión arterial (HTA) son enfermedades ca-

tegorizadas como crónicas y no transmisibles al interior de la biomedicina, y es a partir de esta última que se realiza el diagnóstico a los kaingang de la TIX. El EMSI comenzó a registrar, desde la década de 1990, la presencia de estas enfermedades entre los kaingang, y desde entonces, su incidencia continúa en aumento (Bresan; Bastos; Leite, 2015). En el acompañamiento diario ofrecido a los kaingang, fue posible observar que ellos asocian la aparición de estas enfermedades a dificultades que surgen en el núcleo familiar, especialmente en lo que se refiere al ámbito doméstico, situaciones que, por su vez, reflejan la falta de recursos, de redes de solidaridad y de acceso a derechos fundamentales a lo largo de la vida. Esas percepciones dan a entender la enfermedad como un fenómeno que va más allá de las causas biológicas que lo desencadenan, permitiendo que observemos que el cuerpo kaingang no es diferente al colectivo, reafirmando la multidimensionalidad que afecta la salud indígena (Portela, 2010).

En general, los “síntomas” asociados a la HTA y a la diabetes reconocidos por la comunidad son dolor de cabeza y “tontura”, que sería un estado en que las personas no tienen la capacidad de “hacer las cosas bien”, sus facultades físicas se alteran y colocan al individuo en un estado de “debilidad” corporal⁹⁴. En un primer momento, las personas que comenzaron a experimentar esos síntomas tomaron alguna iniciativa para controlarlos: en casi todos los casos registrados, e independientemente de la afiliación religiosa, las personas afectadas intentaron primero tratar la enfermedad en casa con oraciones o pastillas para el dolor de cabeza, mientras que, la consulta con el médico del puesto de salud como alternativa terapéutica, fue escogida después de agotar otros recursos. El diagnóstico de la enfermedad, en la totalidad de los casos conocidos, fue realizado a través de la biomedicina.

En otros casos, el diagnóstico sorprendió a las personas que lo recibieron, ya que el motivo de consulta era algún malestar, en principio, sin conexión con la enfermedad tal como “dolor de espalda” o “dolor de estómago”, por ejemplo. La misma sensación

94 Es importante recordar que la debilidad puede llevar a que el espíritu abandone el cuerpo causando enfermedad. Para el restablecimiento de la salud, las decisiones tomadas deben estar dirigidas a recuperar la fuerza.

de sorpresa invadió a las personas que recibieron el diagnóstico durante su participación en las jornadas llamadas “Semana de la Salud”, ofrecidas por el EMSI local, durante las cuales, al obtener el resultado de la toma de presión arterial, fueron informadas por los profesionales de la “anormalidad” de los resultados y, por tanto, eran convidadas a volver al puesto de salud para reafirmar o descartar el diagnóstico. En este último caso, la aceptación de la enfermedad por parte del “paciente” causaba, además de asombro, duda, pues las personas manifestaban sentirse bien y no presentar ninguna sintomatología.

El diagnóstico realizado por el médico trae consigo una serie de indicaciones que deberían ser seguidas idealmente por el “paciente”⁹⁵, entre las que destaco el uso de medicamentos y prácticas de autocuidado que buscan cambios en el “estilo de vida” de las personas, tales como regulaciones en la alimentación y la realización frecuente de ejercicio físico. En relación al uso de medicamentos, hay que mencionar que, para los católicos y los “creyentes”⁹⁶, este uso se encuentra mediado por la experiencia corporal que les indica el cómo, cuándo y cuánto medicamento tomar. Esa regulación también se entrelaza con la noción kaingang de que el uso continuo de “medicamento de farmacia” debilita el cuerpo (Almeida, 2004; Diehl, 2001), exponiendo al individuo al desarrollo de serios problemas de salud. Esta dinámica frente al uso de medicamento es, de manera general, uno de los aspectos fundamentales del conflicto entre el equipo de salud y los pacientes hipertensos o diabéticos, lo que se convierte en el argumento principal que explica los pocos progresos en el control efectivo de la enfermedad en la localidad desde el punto de vista biomédico.

95 El concepto de paciente será siempre señalado entre comillas, debido a que supone la idea de que el individuo no participa del proceso de restablecimiento de la salud. En este caso, observamos que estas personas usan sus conocimientos y los conocimientos relativos a los cuidados de la salud disponibles en su contexto social para atender a sus enfermedades de forma relativamente autónoma y articulada.

96 Término ampliamente usado para reconocer al otro o para autorreconocerse como pertenecientes a alguna iglesia pentecostal. El mismo término puede asumir matices peyorativos o conflictivos dependiendo del contexto de enunciación.

Las prácticas alimenticias que la biomedicina sugiere que sean adoptadas, así como la práctica de ejercicios físicos, también entran en contradicción con algunos preceptos que siguen algunos kaingang pertenecientes a las iglesias protestantes: muchas de las mujeres “creyentes” e hipertensas convidadas a practicar más ejercicios por parte del personal de la EMSI, por ejemplo, encontraron dificultad para aceptar poner en práctica dicha recomendación, pues la práctica deportiva podía venir a ser leída en su contexto religioso como sinónimo de vanidad, una cualidad mal vista a los ojos de Dios y de los miembros de la iglesia, razón por la que era evitada a toda costa.

Los cambios sugeridos en materia de alimentación también se mostraban problemáticos, pues atentan contra la noción de comida “fuerte” y “débil”⁹⁷, propia de la cosmología kaingang (Oliveira, 2009), y, por tanto, contra la noción de mantenimiento y restablecimiento de la salud, y también porque su adopción implica la restricción en la participación de eventos colectivos, pues la comida ofrecida en los ambientes rituales, festivos y de ocio no “obedecen” a la idea de una “alimentación saludable” desde la perspectiva biomédica. En este punto, es importante mencionar que, durante la investigación, los y las kaingang con quienes tuve la posibilidad de interactuar no consideraron que su alimentación cotidiana tuviera relación con la diabetes y la HTA, pues, por el contrario, ella está enmarcada dentro de las prácticas que presuponen la manutención de la buena salud y que llevan a construir cuerpos fuertes. Los profesionales de la EMSI, al contrario, manifestaron continuamente su preocupación con la alimentación de la comunidad (por considerarla excesiva en el consumo de carbohidratos, grasas y azúcares), que, desde su perspectiva, sería la causa principal del aumento de estas enfermedades en la localidad.

Retomando la cuestión del diagnóstico, como veremos más adelante, no implica necesariamente que el “paciente” pase a asumirse como una persona “enferma” (en este caso, como diabético o hipertenso), o, por otra parte, tal aceptación puede ser cuestionada en la medida que, diferente de la biomedicina, para los

97 *Fraca* en su versión original en portugués.

kaingang, la HTA y diabetes no necesaria o únicamente son enfermedades crónicas.

Hipertensión arterial y diabetes como enfermedades crónicas, episódicas y curables

En el apartado anterior de este artículo fue posible evidenciar que la sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades foco de este trabajo, tal como es entendido por la biomedicina, no necesariamente establecen conversaciones con la experiencia de enfermedad vivida por los kaingang, llevando a estos últimos a interpelar el saber biomédico que los diagnostica, las estrategias de “cura” que la EMSI les propone y, también, la “naturaleza” de las enfermedades diagnosticadas, como veremos a continuación:

Yo era hipertenso y, como no me gusta tomar medicamentos, lo controlé solo con té, bebía el té todos los días y ya me comencé a sentir mejor. Una mujer que trabajaba en el puesto de salud hacía el remedio para mí [...]. Me tomé el té “cumplidamente” por un año, después ya comencé a tomar menos té porque me sentía bastante mejor y me di cuenta de que ya no sentía esa “tontura” ni dolor de cabeza, me sentí bien, me curé, entonces dejé de tomar el té (Fernando, comunicación personal, noviembre de 2009).

Doña Vera, cuando fue diagnosticada como hipertensa, decidió no hacer el tratamiento, porque, en sus propias palabras, Dios era el único que la podía ayudar a superar su situación. Perteneciente a una iglesia pentecostal, decidió pedir alivio para su enfermedad a través de los cultos y las oraciones realizadas por algunos de los líderes de su iglesia y el pastor: “El espíritu santo me mandó la cura porque el señor es todo poderoso, y si es su voluntad, la gente se cura [...]. Hasta hoy, gracias a Dios, tengo buena salud, nunca volví a tener problemas de presión alta” (Vera, comunicación personal, agosto de 2009).

Rafael fue diagnosticado con diabetes. En la actualidad, no se reconoce como diabético y no sigue ningún tratamiento: “Yo

era diabético y lo controlaba con té⁹⁸, pero eso ya fue hace mucho tiempo [...], el remedio acabó con eso” (Rafael, comunicación personal, 2009). Sin embargo, la afirmación de Rafael es refutada por el personal del EMSI, que constantemente le advierte que necesita, urgentemente, reiniciar el tratamiento.

Curiosamente, en algunos casos, a pesar de asumir que la enfermedad haya podido ser superada, esta regresa “repentinamente”. Doña Luciana, por ejemplo, comenta que sabe cuándo la presión arterial se le va a subir, porque su ritmo cardíaco aumenta. Las razones argumentadas están asociadas a un llamado de atención de Dios cuando ella no cumple con todas las responsabilidades que él le exige, y para no permitir que la presión aumente, prepara un “té”, un remedio (sobre el que ella posee un gran conocimiento) y evalúa cuales son las cosas que ha descuidado e intenta retomarlas para atender al llamado de Dios. Este ejercicio reflexivo–correctivo sería suficiente para controlar la enfermedad (Luciana, comunicación personal, octubre 2009).

Claudette también consiguió controlar su presión. Según ella, generalmente se siente bien, y los episodios de presión alta se manifiestan en momentos problemáticos, de tensión:

La última vez que estuve con esa sensación que la presión iba a subir fue cuando mi hijo decidió ir a trabajar a Curitiba, allí comencé con esa preocupación, con esa tristeza, y el corazón comenzó a batir fuerte, muy rápido, y por eso mandé a buscar las hojas para hacer el té y con eso quedé bien [...]. Siempre es así, cuando siento que la presión está mal, bebo el té, es lo mejor para la presión alta (Claudette, comunicación personal, octubre de 2009).

Por su parte, Olivia nos dice:

Ya tuve varias experiencias, ya sé, cuando me da esa tontura es la presión que se va a poner mal, entonces voy al puesto y pido las

98 Al hacer alusión al “té”, Rafael nos habla del consumo de medicina tradicional, ampliamente asociada a la realización de aromáticas, infusiones y remedios elaborados a base de plantas.

pastillas, me tomo toda la caja al pie de la letra, tal como manda el doctor y ya quedo bien [...]. El personal del puesto dice que tengo que seguir tomando el remedio pero no lo hago, porque así ya estoy bien, para qué [...] tomar tanto remedio, es malo (Olivia, comunicación personal, noviembre de 2009).

Finalmente, contamos con un tercer grupo de personas que se reconocen a sí mismas y son reconocidas por su medio social como diabéticas o hipertensas. Estas personas se adhirieron al tratamiento de la enfermedad. Para ellas, la diabetes y la hipertensión son enfermedades no curables, y, para llegar a esa conclusión, pasaron por un proceso de experimentación en el que sus cuerpos les permitieron establecer la efectividad, o no, de los tratamientos usados en diferentes momentos.

De acuerdo con doña Larissa, diagnosticada como hipertensa hace nueve años, ella estuvo aproximadamente tres años controlando la enfermedad únicamente con té; como mejoró, no hizo uso de los medicamentos que le ofrecieron en la droguería ni buscó otras alternativas terapéuticas. Después de algunos años y a pesar de continuar usando el “té”, comenzó nuevamente a sentir dolores de cabeza muy fuertes, así que decidió pedir oración a una de las hermanas de la iglesia y encomendó su salud al pastor; nuevamente, notó que el malestar había desaparecido, por lo que continuó tomando el remedio tradicional y asistiendo fervorosamente a los cultos en la iglesia para controlar su problema de salud. A pesar de haber controlado su HTA con estas estrategias durante tres años, después de ese periodo, el dolor de cabeza y la “tontura” reaparecieron; frente a esta situación, decidió consultar con el médico del puesto de salud para pedir algunos medicamentos que la ayudaran a soportar los síntomas. En un inicio, tomaba las pastillas dos o tres veces por semana, cuando se sentía enferma, y después paraba. A partir de su experiencia con los medicamentos, descubrió que, efectivamente, cuando tomaba las pastillas a diario, la tontura y el dolor de cabeza desaparecían, por eso, las usa hasta el día de hoy, sin dejar de lado el té y de encomendar su salud a la iglesia a la que pertenece.

Como podemos observar, existen diferentes formas de percibir la diabetes y la HTA entre los kaingang de la TIX. Es interesan-

te observar que estas percepciones están directamente relacionadas con la vivencia individual de la enfermedad, que se organiza como proceso y como experiencia (Langdon, 2005), y que es solamente a partir de ese proceso y experiencia que los individuos consiguen dar sentido y significado a su malestar, explorar y escoger las formas de autoatención que, finalmente, les ofrecen la posibilidad de cura, control o alivio de sus padecimientos. Percibimos, entonces, que, si para la biomedicina, la HTA y la diabetes son enfermedades crónicas, para estas personas, pueden ser “crónicas”, “episódicas” o “curables”, y en los relatos presentados es posible observar claramente una articulación entre prácticas de autoatención que provienen de diferentes conocimientos, saberes y tradiciones médicas como la biomedicina, la religiosidad y la medicina tradicional kaingang, entre las que se destacan el uso de tés o remedios tradicionales, medicamentos, oraciones y *benzimentos*⁹⁹.

A continuación, pretendemos profundizar el análisis de los conflictos y tensiones que el uso articulador de las prácticas de autoatención desencadena, no en la perspectiva del paciente, sino en los saberes médicos que confluyen en el contexto de intermedicidad que viven los y las kaingang de la localidad y que trascienden la noción de cuerpo individual por el que aboga el saber biomédico, tensionando, en primer lugar, las relaciones entre biomedicina, “medicina tradicional kaingang” y saber pentecostal, como saber legítimo sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo, y, en un segundo momento, la relación entre “creyentes” y “no creyentes” como poseedores de la “cultura”¹⁰⁰ kaingang.

99 Palabra cuya traducción literal es “bendiciones”, pero que me gustaría mantener en su versión original en portugués, debido a que estas bendiciones no hacen referencia solamente a aquellas dadas por Dios, a través de la carga ritual y simbólica, sino también a los espíritus guía de la tradición. El uso de la palabra en portugués, espero, permitirá a las y los lectores tener presente la multiplicidad que contiene, y que puede singularizarse por el uso de ella que hacemos en español.

100 Al referirnos a la cultura kaingang en este artículo, hacemos referencia a la forma por la cual los kaingang de la localidad denominan el conjunto de saberes que entienden como propios de su pueblo. La grafía del concepto en comillas es también una referencia a la reflexión a la que incita Manuela Carneiro da Cunha (2009), para que pensemos como las

Legitimidad de los saberes: “católicos”, “creyentes” y “médicos” en escenarios de articulación y disputa

Algunos de los kaingang de la TIX diagnosticados como diabéticos y/o hipertensos, nos permitieron observar la injerencia de Dios en el proceso de cura o atención de estas enfermedades: en diferentes momentos de la vida y a través del culto, el espíritu santo, enviado de Dios, los tocó con su gracia y los sanó, o les otorgó una mejora en sus condiciones de salud. A pesar de la manifestación del espíritu santo y la reiterada afirmación de estas personas de estar curadas y de sentirse muy bien, en el puesto de salud —y, especialmente, por parte del personal del EMSI—, esta verdad es cuestionada.

Según manifestaban algunos profesionales del EMSI, el fanatismo religioso no permite que el “paciente” pueda observar “objetivamente” lo que le está sucediendo a su cuerpo y su salud. Cuando estas personas manifiestan sentirse bien, a pesar de que el tensiómetro o los exámenes de sangre indiquen la presencia de la enfermedad, la disyuntiva que los y las profesionales encuentran es directamente adjudicada a Dios y al espíritu santo, o en otras palabras, a la iglesia: la “gracia de Dios” es reconocida, entonces, no por su eficacia terapéutica en el cuerpo del paciente, sino porque, gracias a su presencia en la vida de los y las “pacientes” kaingang, estos deciden no adherirse al tratamiento e insisten en afirmar su buena salud, a pesar de que la “evidencias” médicas y científicas declaren que están “enfermos”.

En este sentido, se observa una primera tensión debido a la autoridad y a la legitimidad del cuerpo y de la salud: para el EMSI, los resultados de los exámenes, cuando es posible hacerlos, son evidencia incontestable de la presencia de las enfermedades que aquí nos convocan. Cuando no hay posibilidad efectiva de comprobación con estos análisis, de todas formas, se asume que la enfermedad continúa, puesto que se entiende que si la enfermedad no es tratada medicamente, no puede ser controlada. En el caso específico de la HTA y la diabetes, esto queda aún más claro si re-

comunidades y grupos sociales operan los conceptos que solemos asociar a la vida académica.

cordamos que la biomedicina entiende estas enfermedades como crónicas y, por tanto, incurables. Tras bastidores, algunos profesionales calificaban como “irresponsable” el actuar de la iglesia y sus miembros, que “estimulaba” la idea de que Dios puede curar, llevando a los pacientes a descuidar su salud. Se establece, entonces, una afronta, pues los profesionales consideran que la iglesia no es un saber legítimo sobre el cuidado del cuerpo y de la salud, que el verdadero saber que atiende a estas cuestiones es aquel que ellos y ellas detentan: el de la biomedicina, el de la ciencia.

En este punto, es importante mencionar que, a pesar de haber notado esta incomodidad inicial al interior del EMSI, vi con curiosidad que, cuando la “enfermedad” tratada por ellos era otra, la percepción del equipo podía cambiar. En el caso del “alcoholismo”¹⁰¹, por ejemplo, había una opinión casi homogénea sobre las bondades de la iglesia pentecostal en relación a la salud de los indígenas: conversando con el personal del EMSI, estos manifestaban que desde que la iglesia intensificó su presencia en el área, el número de peleas y problemas de salud asociados al consumo de alcohol habían disminuido dramáticamente¹⁰². Una de ellas declaró: “Antes, usted llegaba aquí por la mañana y veía personas tiradas en el suelo, borrachas. Ahora no, ahora podemos decir que aquí es tranquilo, la iglesia ha sido fundamental y muy importante en la recuperación de la salud de las personas. Ya no-

101 El “alcoholismo” es un concepto de origen biomédico que asocia el uso abusivo del alcohol como enfermedad crónica, concepto que ha sido ampliamente problematizado por las ciencias sociales y, especialmente, la antropología, que entiende el alcohol, el alcoholismo y el proceso de alcoholización como conceptos asociados que deben ser diferenciados y contextualizados para permitir un abordaje más analítico sobre el uso abusivo de alcohol en comunidades indígenas. Sobre el tema, ver, por ejemplo, Souza (2013).

102 De hecho, para los y las profesionales, el consumo de alcohol como factor desencadenante de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial era secundario. El artículo de Portela (2020) detalla, por ejemplo, como la asociación entre consumo de alcohol y otras bebidas, tales como el café, son comprendidas como razones fundamentales para la aparición de estas enfermedades.

sotros tenemos muchas dificultades de tratar el alcoholismo aquí en el área indígena”¹⁰³.

Este escenario nos aproxima a una cierta ambigüedad que se establece en el discurso del EMSI: en el caso de la diabetes y la HTA, la biomedicina detenta su papel de autoridad y, por tanto, es ella quien debe atenderlas rigurosamente para conseguir su control. En el caso del “alcoholismo”, que se reconoce como una enfermedad desde el saber biomédico y que el EMSI reconoce, tiene “dificultad” para tratar, esta puede ser “delegada” a la iglesia pentecostal, debido a que muestra una “eficacia” que se hace evidente a los ojos de los profesionales que consiguen “observar” una disminución del consumo a través de las prácticas de autoatención que los kaingang ejercen para su atención y que son “propias” del contexto de estas iglesias. Los creyentes, por su parte, manifiestan su disgusto con la interpretación dada por profesionales del EMSI que, según su punto de vista, no consiguen reconocer el efecto del espíritu santo y de Dios en la salud. Efecto que ellos experimentan en carne propia y que es testimonio de su poder sanador.

En contrapartida, observamos que la Iglesia (como institución) alerta continuamente a las personas para que busquen al servicio médico y hagan uso de medicamentos para el tratamiento de varias enfermedades. Diversos tramos de las narrativas presentadas al interior de este artículo, revelan como el espíritu santo y los medicamentos son usados articuladamente para potenciar sus efectos en la salud. De manera general, en la experiencia con los kaingang, se ha notado que las iglesias mantienen un relativo incentivo en el uso de otras prácticas¹⁰⁴, tal como el uso de medicamentos y el saber biomédico, por un lado, y el uso de plantas medicinales preparadas en té e infusiones que hacen parte de la medicina tradicional kaingang, por otro lado¹⁰⁵, aunque, en esta última instancia,

103 Para comprender mejor los procesos de alcoholización entre los kaingang da TIX, ver Gigghi (2010).

104 Ver, por ejemplo, Almeida (2004) y Ghiggi (2006a, 2010).

105 Importante mencionar que, en lo que se refiere al uso de “remedios” y “té”, ya fuera en relación al contexto de la iglesia pentecostal o de la medicina “tradicional”, los profesionales no encontraron en su uso una práctica problemática, no porque consideraran que tenía alguna efectividad en

sea posible observar algunas tensiones importantes, sobre las que volveremos más adelante.

Retomando la discusión, durante el trabajo en la aldea nos encontramos con un grupo de creyentes kaingang también diagnosticados como diabéticos e hipertensos, que todavía no habían conseguido restablecer su salud y que entendían esto como un proceso, una “prueba” impuesta por Dios para tornarse personas mejores, para expiar culpas y entrar en su gracia. Estos indígenas comúnmente usan el medicamento y consumen el té o “remedios de monte”, considerados remedios “tradicionales”, propios de la “cultura” kaingang, para potencializar el tratamiento, demostrando, también, una tendencia a permitir la articulación de prácticas de autoatención.

Observamos, entonces, que la disputa por la legitimidad de la salud y el cuerpo, en relación a las enfermedades foco de esta investigación, es latente en la biomedicina por medio de la EMSI, la desautorización que cuestiona el papel de la Iglesia en el campo de la salud, de alguna manera, subestima el uso de “remedios” tradicionales por dudar de su efectividad. El saber biomédico es, entonces, legitimado por sus practicantes, como autorizados para hablar de estas enfermedades. Diferente de la Iglesia o de la “medicina tradicional” kaingang, este es un conocimiento que no necesariamente estimula la articulación de prácticas por parte de sus pacientes, a pesar de que, en casos específicos, vea con alguna benevolencia su uso, tal como sucede con el uso de plantas. Como sistema, observamos que la intención de “articular” prácticas de autoatención locales en reconocimiento a la diversidad cultural, compromiso de la Política Nacional de Atención a la Salud (PNASPI), no es considerada¹⁰⁶.

Hasta el momento, vimos también como los sujetos que, efectivamente, experimentan la(s) enfermedad(es) tienen un relativo espacio de autonomía para usar y articular prácticas de autoaten-

el estado de salud de sus “pacientes”, sino por considerar que si el uso de plantas medicinales “no ayuda, tampoco hace mal” (Portela, 2010).

106 El poco estímulo para el desarrollo de un proceso de articulación entre la EMSI y la población indígena, que no es propio ni exclusivo de la TIX, es ampliamente analizado por Langdon (2004).

ción, independientemente de los saberes a los cuales estas prácticas están relacionados (Menéndez, 2003). Ya el discurso biomédico estaría menos propenso a esa dinámica, y las iglesias pentecostales tendrían cierta flexibilidad en el uso de tales prácticas, siempre que se organicen en sus propios términos, y en la medida en que no alteren los preceptos de sus doctrinas.

“Cultura” y religiosidad: algunos campos de tensión

El uso de “remedios de monte” o de plantas medicinales por parte de indígenas kaingang en el tratamiento de la HTA y diabetes, ofrece una sutileza que denota una tensión estructurante en la comunidad: el de la “cultura” kaingang y la religiosidad. Al lanzar una mirada despreocupada sobre el té, “remedios” y hierbas consumidos por los kaingang para el tratamiento de estas enfermedades, podemos entenderlos como si fueran “la misma cosa”, ya que, en términos materiales, son infusiones y preparaciones elaboradas con una serie de plantas más o menos establecidas.

Sin embargo, este tipo de mirada nos hace perder de vista la diferencia fundamental que existe entre los “remedios tradicionales” kaingang y los “remedios” elaborados por las remedieras creyentes y que radican en la potencia que ellas aplican a las preparaciones. El “remedio” kaingang, es decir, aquel que viene de la medicina tradicional, es rezado, ya que el “remedio” que hacen las creyentes, es orado. Quien da potencia al remedio del monte o tradicional es el “guía”, que, como fue mencionado anteriormente, es un bicho de monte como el mico, el jaguar, la lechuza, etc., o algún miembro del santoral católico. En el caso del “remedio” asociado a las iglesias, su potencia viene del espíritu santo.

Conversando con una remediera creyente y otra católica o tradicional, las dos mujeres ancianas y ligadas por lazos de consanguinidad (sobrina y tía, respectivamente), observamos que hay algunas tensiones que permean tanto su relacionamiento familiar como la evaluación sobre su desempeño como remedieras y conocedoras de plantas. Tales tensiones, que parecen íntimas y del ámbito familiar, reflejan la tensión social que surge al interior del

contexto de la aldea sobre la presencia de iglesias pentecostales y la “cultura” kaingang.

Para doña María, tía de Luciana, católica, gran conocedora de los remedios de monte y de la tradición kaingang, la efectividad del té proveniente de las personas que no aplican la tradición, y afirma que los problemas con enfermedades de cualquier tipo entre los kaingang se debe al privilegio que se le ha dado al uso del medicamento de farmacia, en relación a los remedios de monte, propios de la tradición: “Si todo mundo aquí supiera hacer remedio, ningún indígena estaría enfermo”¹⁰⁷.

Doña Luciana pertenece a la iglesia pentecostal hace veinte años. Es la hija de un kaingang muy conocido por haber sido un hombre que dedicó gran parte de su vida a mantener y preservar la “cultura” kaingang. Fue con él que Luciana aprendió todo sobre plantas, y después, al convertirse al pentecostalismo, llevó con ella su saber para la iglesia, dando remedio para sus hermanos y para quien los solicite.

Cuestionada sobre la influencia de las iglesias pentecostales en la vida de los kaingang, la tradición y la medicina tradicional del grupo, basada en la elaboración de remedios a partir de plantas, se puede observar como su práctica y su discurso incorporan una serie de elementos y explicaciones que le dan validez para su continuación como forma de autoatención vigente entre los kaingang de la TIX. Ella dice:

Antes, el *kujá* hablaba con los animales, con los bichitos del monte, con el mico, la lechuza y otros, pero ahora que nuestra tierra fue talada, no hay más bichos para hablar con los *kujá*, entonces, tenemos al espíritu santo que nos habla, que muestra la enfermedad en las personas y el remedio para nosotros. Es Dios que me muestra todo correctamente, me muestra el remedio en el monte. Lo único diferente con la tradición kaingang, es que nosotros (protestantes) no bebemos, fumamos ni vamos a bailes, por lo demás, es todo igual (Luciana, comunicación personal, octubre 2009).

107 En este sentido, podríamos, también, evidenciar una tensión en la que el saber médico tradicional kaingang entraría en la disputa del saber legítimo sobre la salud del pueblo kaingang.

En ese sentido, es importante resaltar nuevamente cómo el conocimiento kaingang sobre la salud es altamente dinámico, y permite articular y repropiciar conocimientos que son articulados y resignificados constantemente. Un ejemplo de eso puede ser observado en el trabajo de Oliveira (1996), quien analizó y describió la presencia de una iglesia llamada “iglesia de la salud” entre los kaingang de esta región, en donde tres curadores, por medio del entrelazamiento de la cosmología chamánica, del catolicismo popular, del mesianismo de João Maria con el uso de hierbas medicinales, de dieta y cirugía espiritual, se erigieron como una fuerte alternativa terapéutica para el personal de para los kaingang, demostrando la “existencia de síntesis de diversas praxis que reflejan el contexto histórico específico de sus agentes” (1996, p. 191). Esta iglesia, que acabó disolviéndose, muestra también como estos procesos tienen su vigencia, y se articulan y desarticulan de acuerdo a las particularidades de los contextos en los que surgen y se desmanchan¹⁰⁸.

Haciendo el movimiento contrario, y trayendo de nuevo la explicación de Luciana sobre la inclusión del espíritu santo en su práctica como “remediera”, podríamos observar otra síntesis de prácticas: en esta nueva síntesis, las figuras católicas habrían sido sustituidas por una figura única, Dios, y su manifestación por el espíritu santo cumpliría las mismas funciones que antes eran atribuidas a los “animales guía” o a los “auxiliares” (Oliveira, 1996; Crepeau, 2002) en el proceso de diagnóstico y cura. Aunque de forma más general, lo que se encuentra de trasfondo es también una disputa por la cultura indígena en la aldea: algunos kaingang católicos referían, frecuentemente, que las iglesias pentecostales no contribuían efectivamente para la vitalidad de la cultura kaingang. Gracias a su influencia, decían ellos, muchas personas no se interesaban más en participar o revitalizar el ritual más importante de su cosmología: el ritual del *kiki* o ritual de los muertos, descrito por Almeida (2004), Oliveira (1996), entre otros, donde la danza y el consumo de bebidas alcohólicas producidas artesanalmente

108 Para explorar de manera más amplia los procesos dinámicos de atención a la salud en relación a lo tradicional, ver Diehl (2001), Haverroth (1997), Oliveira (1996), Ghiggi (2006), Portela (2010), entre otros.

son la parte central del ritual (prácticas prohibidas por la iglesia pentecostal a sus fieles). Si pensamos en la declaración de María, la presencia de las iglesias “debilita” también el remedio tradicional, que, por los cambios de su preparación, pierde potencia y, por tanto, eficacia en la atención de la salud del pueblo kaingang.

La búsqueda de la iglesia pentecostal en los procesos de salud y cura, y en relación a las enfermedades que son nuestro foco en este artículo, es polémica para algunos segmentos de la población kaingang de la aldea principal y alrededores. De ahí que, en este grupo, es frecuente escuchar que “kaingang que es kaingang es católico”, y percibir que la adopción de otra religión por parte de sus parientes, acaba volviéndose incómoda para ellos en algunos momentos. En este sentido, es importante reforzar que, como bien sitúa Ghiggi (2006), los kaingang afirman que su primera religión es la católica, no solamente por el hecho de que las primeras inmersiones catequísticas hubieran sido por iniciativa de esta religión, sino, también, por la actitud de los padres, que no consideraron como religión las relaciones indígenas con lo sagrado; y, por eso, solamente cuando fueron bautizados católicos, consideraron que pasaron a tener una religión.

Evidentemente, y como se indicó al inicio del artículo, la entrada del catolicismo en la vida kaingang no se dio únicamente por medio de la práctica misional y de la praxis oficial de la iglesia católica (Almeida, 1998), lo que les permitió un reordenamiento de estructuras hacia la praxis de un catolicismo particular, donde su cosmovisión resignifica los elementos y rituales católicos. De esta manera, ellos usan signos cristianos dándoles significados kaingang, lo que termina no proporcionando incompatibilidad entre la condición de católico y el apego a prácticas culturales “propias”, sean estas fiestas, curas chamanísticas, o sus relaciones con los espíritus de los muertos y de los animales (Veiga, 2004). Así como afirma Oliveira (1996), algunos indios más viejos de Xapécó, empeñados en preservar la cultura, cuando hablan sobre “tradición y costumbre” son unánimes en afirmar que el “ritual del *kiki* es la religión de los kaingang” y que participar del *kiki* y ser “catolicista” es la misma cosa (Ghiggi, 2006, p. 218).

Entendemos, entonces, partiendo de dicha observación, que al hablar en tradición y costumbres entre los kaingang, no se hace referencia únicamente a lo que es “propio” en términos de cultura, sino, también, de religiosidad, en este caso, asociada al catolicismo, y que no hay una aparente contradicción entre estas dos cuestiones. En relación a la medicina “tradicional”, eso refiere también que los especialistas en salud como los *kujá*, las benzederas y las “remedieras”, serían también tradicionales y, por tanto, católicos. De hecho, en la TIX, una figura importante como doña María, la remediera católica, ha sido también, durante muchos años, la anfitriona de la celebración de Nossa Senhora Aparecida, reafirmando, de alguna forma, la tradición asociada al catolicismo.

En este contexto, donde tradición y catolicismo se condensan en la máxima que “kaingang que es kaingang es católico”, los creyentes también disputan su espacio y su identidad, afirmando que ellos son tan kaingang como los católicos, pero con pequeñas “diferencias” de actitud y comportamiento en la vida cotidiana, como nos explica Luciana. Pero estas “pequeñeces” entran en tensión con el concepto de tradicional —y, por tanto, católico— en la medida que, por ejemplo, los creyentes no usan los remedios tradicionales que cargan la potencia de santos populares o de bichos de monte, porque la iglesia no reconoce esas entidades, o no participan de las fiestas de los santos que son importantes para un número elevado de kaingang, o poco contribuyen en las iniciativas de revitalización del ritual del *kiki*, que, discursivamente, es reconocido, tanto por los creyentes como por los católicos, como un ritual fundamental a la identidad y cultura de su pueblo, y que generan discusiones acaloradas, acusaciones y distancias entre creyentes y no católicos. Algunas con mayor capacidad de resolución que otras.

Independiente de estas tensiones, que en mi criterio necesitan ser revisadas en relación al parentesco y las facciones políticas de la comunidad, lo que termina siendo interesante para nosotros es el hecho de que hay también en esa relación entre kaingang tradicionales-católicos y las iglesias pentecostales, muestras de resignificación y apropiación, de posibilidad de apertura a nuevas síntesis o nuevos reordenamientos, demostrando, una vez más, la dinamicidad de la “tradición” y de la “cultura” kaingang para arti-

cularse con los diferentes contactos a los que han sido sometidos históricamente.

Consideración final

Hasta ahora, conseguimos evidenciar la existencia de tres formas de autoatención que son utilizadas por los kaingang de la aldea principal de la TIX para el atendimiento de la diabetes y la HTA: el uso de medicamentos, el uso de “remedio de monte” o de “té” y las “oraciones”. Estas formas de atención provienen de diferentes prácticas: de la biomedicina, de la “medicina tradicional” (íntimamente asociada al catolicismo) y de la doctrina de las iglesias pentecostales.

Las diferentes formas de atención son usadas articuladamente sin necesidad de intervención central, directa e intencional de curanderos profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2003, p. 198), es decir, los tratamientos escogidos, a pesar de ser parte de una tradición particular y reconocidos socialmente, son escogidos de manera relativamente autónoma. Observamos que son los “pacientes” los que deciden cómo y de qué forma tratar la enfermedad. Por ejemplo, en el caso del uso de medicamentos, notamos que, así como hay quien decida usarlo según la orientación del médico, otros hacen uso de ellos en determinadas cantidades y en determinados momentos, sin tener necesariamente “coherencia” con el uso “ideal” del medicamento indicado por la biomedicina. La trayectoria de algunos(as) kaingang lidiando con estas enfermedades, nos muestra, también, qué pastillas, tés, oraciones y “rezos” pueden tener el mismo estatus como alternativas terapéuticas, rompiendo la idea de que solo un conocimiento posee autoridad para hablar sobre salud y corporalidad.

Los procesos articulatorios de diversas prácticas de autoatención aparecen en un primer momento como procesos tranquilos y positivos, donde las personas gerencian y lidian con sus problemas de salud con una relativa autonomía, pero esa sensación de aparente tranquilidad desaparece cuando ampliamos el complejo contexto de intermedicalidad en el que estas personas viven, y los especialistas en salud entran en escena de manera más clara, reafir-

mando sus papeles, injerencias y legitimidades sobre las prácticas de atención a la salud que los y las kaingang accionan para lidiar, controlar, atender la hipertensión arterial y la diabetes, en este caso. Observamos, también, que el proceso de enfermedad, salud y cura termina siendo solo un elemento más de una compleja red de relaciones, cuya legitimidad de conocimiento sobre salud, cuerpo, política, identidad, cultura y religiosidad entra en disputa.

Finalmente, es posible decir que, tanto desde la perspectiva tradicional como desde la perspectiva de los creyentes, la religiosidad se vuelve vital en los itinerarios terapéuticos, sea a partir de oraciones, campañas y remedios recogidos y orados a través de Dios y del espíritu santo, o de los rezos hechos en los remedios de monte o en el uso de la tradición kaingang: Dios y Dios, en escenarios del catolicismo y de la iglesia pentecostal, aparecen de varias formas y en diversas articulaciones junto con bichos de monte, médicos, oraciones, rezas y medicamentos de farmacia para atender la salud de los kaingang, dando cuenta de la plasticidad de la cultura kaingang, de su capacidad para discutir con las condiciones sociales del presente, siempre en relación a la tradición y la cultura.

Bibliografía

ALMEIDA, Ledson Kurtz. 1998. Dinâmica religiosa entre os Kaingang do Posto de Saúde indígena de Xapecó – SC. Dissertação de Maestría – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.

_____. 2004. Análise antropológica das Igrejas Cristãs entre os Kaingang baseada na etnografia, na cosmologia e no dualismo. Tesis de Doctorado – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.

BRESAN, Deise; BASTOS João Luiz; SOARES LEITE Maurício. 2015. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil 2013. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 2, pp. 331-344.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. 2009. Cultura e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (Org.). Cultura com aspas. São Paulo: Cosac-Naify.

CARVALHO, Rosa. 2008. A noção de pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade. *Espacio Amerindio*, Porto Alegre, v. 2, n.1.

CREPEAU, Robert. 2002. A prática do xamanismo entre os Kaingang do Brasil meridional: uma breve comparação com o xamanismo Bororo. *Horizontes antropológicos* [online], v. 8, n.18, pp. 113-129.

DIEHL, Eliana. 2001. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang (Terra indígena de Xapecó, Santa Catarina, Brasil). 2001. Tesis de Doctorado (Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Follér, May- Lis. 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, pp. 129-148.

GARNELO, Luiza; WRIGHT, Robin. 2001. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, pp. 273-284.

GHIGGI, Ari. 2006a. Representações e práticas no tratamento de infortúnios entre os Kaingang crentes da Aldeia Sede da Terra Indígena de Xapecó. Trabajo de pregrado (Graduação em Ciências Sociais) – UFSC, Florianópolis. 131.

_____. 2006b. Representações e práticas no tratamento de infortúnios entre os kaingang crentes da Aldeia-Sede da Terra Indígena Xapecó. *Mosaico Social*, v. 3, p. 215-235.

_____. 2010 estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios kaingang da Terra Indígena Xaçecó: das dimensões construtivas à perturbação. *Disertación de maestría – UFSC, Florianópolis.*

GREENE, Shane. 1998. The shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*. Washington D.C, v. 25, n. 4, pp. 634-658. 122

HANNA DE OLIVEIRA, Philippe. 2009. Comida forte e comida fraca: Fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xaçecó. Florianópolis. 2009. *Disertación de Maestría – Programa de pós-graduação em Antropologia Social, UFSC.*

HAVERROTH, Moacir. 1997. Kaingang, um estudo etnobotânico: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xaçecó. Florianópolis. *Disertación de Maestría – Programa de pós-graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.*

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. O Brasil indígena. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/imagem/pdf/ndigenas/folder_indigenas_web.pdf>. Acesso em: 6 de mayo de 2018.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (Org.). 2013. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

LANGDON, Esther Jean. 2004. Uma avaliação crítica do conceito de atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais da saúde. In: GARNELO, Luiza; LANGDON, Esther Jean (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Contracapa Livraria. pp. 33-35.

_____. 2005. A construção social da doença e o seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, Roberto y Carmen Junqueira (Org.). *Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história,*

Terra Virgem. São Paulo, pp. 115-131.

MAYBURY LEWIS, David (org.). 1979. *Dialectical Societies: The Gé and Bororo of Central Brazil*, Harvard University Press, Cambridge.

MENENDEZ, Eduardo. 2003. Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, pp. 185-208.

OLIVEIRA, Maria Conceição. 1996. *Os Curadores Kaingang e a recriação de suas praticas: estudo de caso na aldeia Xapecó (oeste de SC)*. Disertación de Maestría PPGAS/UFSC, Florianópolis.

PORTELA, Sandra Carolina. 2010. *Diabetes e hipertensão arterial entre indígenas kaingang de Terra Indígena Xapecó (SC): práticas de autoatenção em um contexto de intermedialidade*. Disertación de Maestría (Antropología Social) Universidad Federal Santa Catarina (UFSC), Florianópolis.

_____. 2020. Entre caníbales y antropófagos: nociones del otro, y del sí mismo a través de metáforas eróticas y cosméticas –farmacológicas. Capítulo en libro colectivo “Cuerpo, Derecho y Cultura”. Libro en proceso de publicación.

TURNER, Terence. 2008. *Social Body and embodied subject. Bodiliness subjectivity and sociality, and the Kayapó*. *Cultural Anthropology*, New York, v. 10, n. 3, pp. 54-61, 1995.

VEIGA, Juracilda. 1994. *Cosmologia e praticas rituais Kaingang*. 1994. Tesis de Doctorado. Unicamp, Campinas.

7 - Protagonismo de las mujeres kaingang en itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil

Ari Ghiggi Jr.¹⁰⁹

Traducción: *Juana Valentina Nieto Moreno*

Introducción

En este capítulo, discuto etnográficamente algunos casos de salud y enfermedad vividos entre los kaingang de la Tierra Indígena Xapecó, al oeste del estado de Santa Catarina, con el objetivo de demostrar que las mujeres indígenas son las principales impulsoras de los itinerarios terapéuticos originados en esta localidad. Esto significa que, cuando nos centramos en las acciones a nivel de los grupos domésticos, ellas son las responsables de desempeñar un papel activo en la (re)evaluación constante de los procesos de salud, enfermedad y atención, así como de desarrollar estrategias para posibilitar los tratamientos para los más diversos tipos de enfermedades. En un contexto marcado por la hegemonía de la biomedicina, los tránsitos, agenciamientos y la articulación de los diferentes recursos terapéuticos tomados localmente como referentes, permiten ver los procesos de autoatención como esferas de expresión del empoderamiento de las mujeres y resaltar su protagonismo en el campo local de la atención a la salud.

Los indígenas kaingang pertenecen al tronco lingüístico macro-jê y, junto con los xokleng, forman el grupo jê-meridional. Hoy en día, representan la tercera población indígena más grande de Brasil, con más de 37 000 individuos (Ibge, 2012). Se encuentran desde el estado de São Paulo hasta Rio Grande do Sul y se distribuyen en 32 áreas indígenas, 7 de ellas en el oeste del esta-

109 Posdoctorando PPGAS/UFSC e investigador del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural (INCT-IBP).

do de Santa Catarina. Las diversas presiones fomentadas desde el siglo XIX por los diferentes frentes económicos de exploración, ocupación y colonización de la región, resultaron en la reducción de la Tierra Indígena Xapecó de 50 000 hectáreas —decretada a principios del siglo XX (D'angelis y Fokâe, 1994)— a 16 283 hectáreas (Isa, 2020). Su configuración interna actual se establece en 13 aldeas, con una población total de unos 6000 habitantes (Funai apud Isa, 2020). La aldea sede es la más poblada, cuenta con unos 1500 habitantes y representa el centro de la TIX. Aquí se concentran algunas instituciones burocráticas, como el puesto de la FUNAI, una escuela primaria completa, un gimnasio deportivo con forma de armadillo, la casa de la cultura, un jardín de infancia, un campo de fútbol y un puesto de salud relativamente bien equipado. Otras instituciones que llaman la atención en la aldea sede son las iglesias, de las cuales al menos 10 son de denominación evangélica y solo una es católica —casi todas situadas en la calle principal, a pocos metros de distancia unas de otras—.

La TIX está localizada al interior de los municipios de Ipuauçu y Entre Rios, a unos 30 kilómetros de la ciudad de Xanxerê, a 70 kilómetros de la ciudad de Chapecó y a unos 540 kilómetros de Florianópolis, la capital del estado. La proximidad de los centros urbanos regionales está asociada a la dinámica de los desplazamientos de los indígenas a través de los municipios vecinos y de los no indígenas dentro de la reserva con fines muy diversos. Vendedores de productos alimenticios y utensilios domésticos, profesionales de la educación y la salud, líderes de iglesias evangélicas e incluso familiares no indígenas que viven en los alrededores forman parte de la vida cotidiana de las aldeas. Por parte de los indígenas de la TIX, además de los desplazamientos rutinarios por el sector público de la salud y, en casos más esporádicos, por la educación superior privada, existen intereses por los servicios básicos ofrecidos en las ciudades, como el corte de pelo, la compra de productos de higiene, juguetes, ropa u otros utensilios domésticos y electrónicos.

La circulación de los indígenas por la región está asociada a estrategias de subsistencia ante la precaria situación socioeconómica en la que viven. Una gran parte de la población recibe ayudas

gubernamentales como la bolsa familia; otros pocos, se alimentan con lo que consiguen plantar en huertos y cultivos de pequeña escala; pero, para la mayoría de las familias, los alimentos básicos como la carne de pollo, los frijoles y el arroz todavía tienen que ser adquiridos fuera de la aldea a través de recursos privados (Bloemer y Nacke, 2009; Oliveira, 2009). Así, la búsqueda de empleo es uno de los motivos principales para su presencia en las ciudades aledañas. La mayoría de las veces, realizan trabajos subalternos como albañiles o jornaleros en los cultivos de los alrededores del TIX, en el caso de los hombres, y trabajadoras domésticas o niñas, en el caso de las mujeres. Dado que esta región es un centro nacional de producción de carne de cerdo y aves, ha aumentado el número de indígenas que optan por vender su fuerza de trabajo en los frigoríficos de la región que requieren una producción a gran escala (Primi, 2013). Los indígenas también son contratados temporalmente para trabajar en plantaciones estacionales de manzanas o maíz en otros lugares del estado. Algunas personas todavía se aventuran a realizar viajes más largos, instalándose en las afueras de las grandes ciudades como Chapecó, Florianópolis o Curitiba, trabajando en empleos que requieren poca o ninguna escolaridad. Unos pocos indígenas buscan su sustento administrando tiendas dentro de los TIX, las llamadas bodegas, donde venden dulces, helados, gaseosas o alimentos más urgentes que también se compran en las ciudades vecinas. La artesanía es una fuente de ingresos solo para una minoría de familias de la TIX, que venden diariamente canastos, arcos y flechas en las ciudades cercanas. Salvo los funcionarios de los frigoríficos que utilizan el transporte de las empresas y los pocos que tienen carro propio, la mayoría de los desplazamientos de los habitantes de TIX a las ciudades cercanas se realizan en buses de transporte público que pasan diariamente por el interior de algunas aldeas.

La presencia indígena en los municipios de Ipuacu y Entre Ríos afecta directamente al universo de la política local e indica una intensa participación de los kaingang en los sectores administrativos vinculados a las alcaldías de estas ciudades. En cada elección municipal hay un número razonable de indígenas kaingang que se presentan a los puestos electivos del legislativo y el ejecutivo de la ciudad local. Por lo tanto, existe una gran tolerancia por

parte de la población no indígena frente a la participación de los kaingang en estos espacios políticos, en parte porque hay un gran número de electores indígenas.

En el contexto regional, los kaingang lidian a diario con los prejuicios que marcan sus relaciones con los habitantes del entorno. Es habitual que los blancos califiquen a los indígenas de socios, borrachos o vagabundos. Los indígenas son llamados *bugres*, una categoría altamente peyorativa, que refuerza las representaciones externas sobre un supuesto proceso de aculturación, al fin y al cabo, “no son indios, son *bugres*”. Por el otro lado, los indígenas se quejan de los blancos, diciendo, por ejemplo, que cuando están en el TIX “no comen la comida, no entran en las casas y no beben agua”. Para los indios, la tacañería de los blancos es una norma, ya que “nunca quieren compartir nada y cobran por todo lo que hacen”.

Esta breve descripción ayuda a comprender parte del proceso de exclusión de los kaingang a lo largo de la historia del contacto, además de situar las enfermedades en las condiciones de pobreza y la lucha por la supervivencia. Son aspectos como estos los que, en términos generales, justifican la consideración de los pueblos indígenas como poblaciones epidemiológicamente vulnerables en Brasil. En términos constitucionales e ideales, el Estado debería actuar para desarrollar acciones que respondan a sus problemas sociales y de salud, lo que definitivamente no es el caso, especialmente frente al actual contexto de atraso en el campo de las políticas públicas brasileñas. Las actitudes gubernamentales de desmantelamiento deliberado del Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹⁰

110 El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores y más complejos sistemas de salud pública del mundo. Fue creado a partir de la Constitución Federal brasileña de 1988 (Brasil, 1988) y se financia íntegramente con recursos estatales. Se define a partir de un conjunto de elementos doctrinales basados en los principios de universalidad, equidad e integridad, así como de una gestión descentralizada y apoyada en la participación popular. En todo el país, tiene la misma forma de organización, constituyendo una red nacional de servicios que van desde la atención primaria, centrada en la atención básica en unidades y puestos de salud y cercana a las comunidades, hasta los niveles de atención secundaria y terciaria, que se refieren a servicios progresivamente complejos en relación con exámenes o cirugías. Para más información, véase Paim (2009 y

(Castro et al., 2019), asociadas al creciente volumen de discursos de odio difundidos deliberadamente contra los pueblos indígenas, fomentan el abandono y socavan los derechos y el acceso de estas poblaciones a las actividades terapéuticas oficiales, esencialmente biomédicas, llevando a la reproducción continuada de las condiciones de subalternidad.

La visión crítica de la atención a la salud que se pretende aquí, por tanto, evita una lectura coleccionista que esencialice los sistemas médicos como sistemas culturales estancos, sino que los toma como marcados por una estratificación social donde la biomedicina ocupa un estatus dominante sobre las prácticas no científicas (Frankenberg, 1980; Singer, 1990; Baer et al., 1986; Menéndez, 2009). Considerar las relaciones de hegemonía y subalternidad es fundamental para entender los contextos indígenas brasileños y latinoamericanos, ya que la agudización de las contradicciones en el campo de la salud actúa como motor para el florecimiento de prácticas heterodoxas como forma de resistencia contrahegemónica. Las alternativas que proliferan entre las poblaciones subalternas se refieren a la recuperación de las prácticas tradicionales como forma de construir su propia identidad de grupo, especialmente entre las poblaciones indígenas. Además, el pluralismo médico prospera para medicalizar lo que la medicina capitalista no puede lograr (Singer, 1990). En este sentido, se trata de enfrentar la heterogeneidad de contextos y prácticas terapéuticas como emergentes en un campo de disputas, sin perder de vista una actitud cautelosa hacia la ahistoricidad de los procesos de salud/enfermedad/atención y la valorización de la posibilidad de autonomía indígena (Menéndez, 2009; Langdon y Cardoso, 2015; Langdon y Ghiggi Jr., 2018).

Por lo tanto, las condiciones de exclusión que estimulan el surgimiento de terapéuticas diversificadas, relegan al contexto *kaingang* una importante positividad dada en la capacidad de la elaboración de estrategias para abordar los procesos de salud/enfermedad/atención, en el ejercicio del diálogo con los diferentes actores y recursos terapéuticos disponibles localmente. Las formas de resistencia, las acciones creativas y transformadoras de los

agentes subalternos nos devuelven a la noción de agencia como la “capacidad de actuar” de los sujetos. Para Ortner (2007), la cultura construye actores sociales particulares y la experiencia práctica reproduce y transforma sus valores, una relación dinámica entre las prácticas de las personas reales y las estructuras de la sociedad, la cultura y la historia. La noción de proyecto califica a la agencia como una acción activa intencional que, de alguna manera se diferencia de las prácticas rutinarias. La agencia se sitúa en diferentes regímenes de poder, es decir, tiene que ver con la resistencia o la dominación, la estabilización o la desestabilización de las relaciones de poder. Es decir, el agente no es libre, juega con otros agentes y, a menudo, de forma desigual. Los objetivos no se dan en un vacío social y no hay forma de controlar totalmente los contextos para lograr los fines proyectados. Donde el poder deja vacíos, hay posibilidades de agencia, que pueden ser consideradas como acciones emergentes para la resistencia.

Una forma de iluminar esta dimensión en los procesos de salud/enfermedad/cuidado, en términos metodológicos, es a partir de los estudios de los itinerarios terapéuticos. Estos han ocupado en la última década, en Brasil, un lugar destacado en los enfoques de la antropología y áreas afines que consideran los aspectos socioculturales del campo de la salud (Maluf et al., 2020). Según Buchillet (1991), estos se refieren a la secuencia de pasos recorridos por los sujetos enfermos y sus familias, a las comprensiones y acciones que articulan los registros de causa y efecto de las enfermedades, desde la preocupación del diagnóstico primario basado en la experiencia del grupo doméstico, pasando por la elección de los tratamientos utilizados y las constantes (re)evaluaciones de los síntomas y las eficacias terapéuticas utilizadas. Langdon (1994) refuerza que los aspectos socioculturales y las visiones del mundo guían los procesos de padecimiento y los intentos de revertirlos, subrayando que los itinerarios terapéuticos están marcados por diferentes intenciones y negociaciones entre los actores involucrados.

La comprensión de los procesos de salud/enfermedad/cuidado considerando las relaciones entre las condiciones estructurales, las dinámicas de las culturas y la agencia social nos hace desplegar el concepto de itinerario terapéutico a través del concepto de auto-

cuidado de Menéndez (2005, 2009). Su aproximación a los contextos de la atención en salud valora la autonomía de los sujetos y grupos domésticos a partir de la descripción de lo que hacen, usan y dicen sobre el cuidado de sus enfermedades:

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa (Menéndez, 2005, p. 54).

La autoatención es la primera actividad que realiza el microgrupo. Es a partir de lo que ocurre en la autoatención, en la evolución del padecimiento, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar, o no, a los sanadores profesionales. El itinerario terapéutico implica en la posibilidad de una reevaluación constante del proceso de la enfermedad y de los cambios en el tratamiento. Los miembros del grupo doméstico actúan en torno al problema diagnosticando y evaluando la enfermedad, gestionando su desarrollo, los recursos económicos y culturales del grupo, así como la infraestructura de servicios, entre otros. La autoatención es un proceso estructural porque implica una acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia e incluso de costo/beneficio no solo económico, sino, también, de tiempo por parte del grupo. En este sentido, son las actividades de los sujetos y grupos domésticos las que generan la mayor parte de las arti-

culaciones entre las diversas formas y saberes a través de sus usos, superando supuestas incompatibilidades y antagonismos a partir de la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas. La autoatención es siempre parte de un proceso amplio que incluye no solo los actos de los sujetos y microgrupos, sino que también tiene en cuenta los referentes terapéuticos, los diferentes sanadores y recursos que intervienen en el proceso de salud/enfermedad/atención como actores relevantes. La autoatención puede entenderse como una esfera de empoderamiento a través de la cual los sujetos y los grupos domésticos destacan su capacidad de acción, de creatividad, para encontrar soluciones. Es un mecanismo con la potencia para la afirmación de micropoderes y la validación de saberes.

El análisis que aquí se presenta es el resultado de mi experiencia de trabajo de campo con los kaingang de la TIX desde 2003 (Ghiggi Jr., 2006 y 2010; Ghiggi Jr. y Langdon, 2013 y 2014), especialmente, a partir de la investigación para mi tesis doctoral en Antropología Social realizada entre agosto de 2013 y febrero de 2015 (Ghiggi Jr., 2015)¹¹¹. En términos metodológicos, se trata de una etnografía que pretendía, entre otras cosas, mapear los recursos terapéuticos como actores relevantes para los habitantes kaingang del TIX, a partir de los itinerarios terapéuticos recorridos y referenciados por los sujetos y grupos domésticos en el transcurso de los procesos de salud/enfermedad/atención. Así, fue posible percibir un contexto regional plural y heterogéneo marcado por la presencia de varias tradiciones médicas y terapéuticas emergentes (Ghiggi Jr., 2018).

La comprensión de los itinerarios terapéuticos recorridos por los kaingang de la Tierra Indígena Xapécó se da, por tanto, en contextos de disparidades, conflictos, discontinuidades y, principalmente, relaciones de poder propias de los procesos interétnicos. Del mismo modo, se refiere a la aparición de prácticas terapéuticas creativas y transformadoras, utilizadas como forma de resistencia

111 Agradezco al Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural, a Capes y al CNPq por su apoyo para la realización de mi doctorado y la investigación de campo, que cuenta con el dictamen favorable del Comité Nacional de Ética en Investigación (CONEP) nº 256.216.

e incluso de supervivencia de la población local. No interesa aquí describir exhaustivamente las representaciones de las enfermedades experimentadas para entender cómo opera la dicotomía causa-efecto en cada diagnóstico o en cada problema de salud enfrentado por los kaingang de la TIX. Lo que quiero destacar es que las situaciones aquí presentadas permiten dilucidar aspectos sociológicos del campo de la salud local, identificando actores relevantes y demostrando la articulación de los recursos terapéuticos por parte de los sujetos y grupos domésticos que los utilizan. En este sentido, la idea central de este texto es argumentar el empoderamiento expresado por las mujeres kaingang en la conducción activa de los procesos de autoatención, cuando despliegan su protagonismo a partir de sus decisiones y la articulación de diferentes recursos terapéuticos referenciales.

A continuación, exploraré el desarrollo de dos eventos de enfermedad vividos por un mismo grupo doméstico, es decir, por miembros de una misma familia, que vivían en un mismo terreno, y compartían discusiones, negociaciones y decisiones más inmediatas sobre diversos aspectos cotidianos que afectaban al grupo. Componiendo este grupo tenemos a la matriarca Roberta¹¹², una señora de unos noventa años, viuda, que vivía sola en una casa muy pequeña junto a las casas de sus dos hijos adultos Nena y Nédio. Nena estaba casada con Peri, tenían entre cuarenta y cincuenta años y vivían en una casa de dos habitaciones con sus cuatro hijos (una niña de once años y tres varones mayores de dieciocho). Nédio estaba casado con Rejane, eran un poco más jóvenes que la otra pareja y vivían en una casa más grande de tres habitaciones, con sus tres hijos (uno de ellos de aproximadamente dos años y los otros dos de nueve y once años, respectivamente).

Enfermedades biomédicas de alta complejidad

Es un hecho que la biomedicina y, más concretamente, los servicios oficiales de salud ocupan un lugar privilegiado entre las op-

112 Para preservar la identidad de los interlocutores indígenas, en este texto utilizo seudónimos en las descripciones de los procesos de salud y enfermedad.

ciones de atención a la salud consultadas por los kaingang de la TIX. Sin embargo, es difícil hacer una lista completa de las motivaciones que llevan a los indígenas al puesto de salud o a otras instituciones.

Cuando los indígenas acuden al puesto de salud en casos de enfermedad aguda, las soluciones que dan los profesionales suelen ser rápidas para remediar los síntomas. Por otro lado, algunos programas de salud son ofrecidos en el puesto de salud de la aldea sede y cuentan con cierta adhesión de los indígenas, por ejemplo, las campañas de vacunación, el control prenatal de las mujeres embarazadas y la distribución de leche en polvo, son referencias para la población local. También hay programas para enfrentar enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, dados en el control y distribución de medicamentos y en la elaboración de grupos de discusión para la educación del estilo de vida de los indígenas.

Otra motivación que impulsa la demanda del puesto de salud por parte de los indígenas es la oferta de consultas con el médico y el dentista. Estas citas se realizan en determinados días de la semana, agendando horarios específicos, ya que estos profesionales no están presentes a diario. Esta ausencia del médico, sobre todo en situaciones de emergencia, hace que una de las principales funciones de los profesionales, enfermeros y técnicos de enfermería, sea mediar en el desplazamiento de los indígenas al hospital regional de São Paulo, en Xanxerê, para evaluaciones más profundas.

Aquí, sin embargo, me gustaría describir con más detalle otro tipo de situaciones que se dan bajo la intermediación de los servicios oficiales, es decir, las ocasiones más esporádicas en las que los indígenas necesitan tratamiento para enfermedades calificadas como de alta complejidad. Enfermedades que requieren cirugía mayor, o incluso tratamientos radio y quimioterapéuticos, están en la lista de indicaciones que hacen que los indígenas tengan una relación más duradera con la biomedicina y circulen por la red del SUS de forma más amplia e intensa. Así, desde el punto de vista de los sujetos, estas enfermedades suelen ser de larga duración y suelen remitir a reflexiones sobre aspectos existenciales, así como a la consideración de cuestiones cosmológicas subyacentes para

comprender y actuar sobre los problemas experimentados. También implican la participación de un mayor número de actores significativos en la resolución de problemas.

Presento, a continuación, el caso de Nena y su hijo Betinho, quienes necesitaban una operación de corazón, para mostrar una situación de búsqueda de procedimientos de alta complejidad por parte de los habitantes del TIX. Durante el periodo de gestación de Betinho, Nena ya era madre de dos niños. Afirma que, durante el embarazo, tuvo todos los cuidados prenatales en el puesto de salud del centro del municipio de Ipuacu y que también recibió ayuda de las hermanas de la Pastoral de la Salud/Infancia¹¹³, quienes hacían un seguimiento de los embarazos en todas las aldeas de TIX como forma de controlar los nacimientos. Al mismo tiempo, por indicación de doña Roberta, su madre, Nena afirma haber seguido una dieta específica utilizada por los “indios antiguos” para que las mujeres embarazadas tuvieran una buena gestación y garantizaran el buen desarrollo del bebé, como comer todos los alimentos que la madre deseaba —para que el niño no naciera con manchas en la piel con la forma de los alimentos deseados y no consumidos—.

Como los procesos de embarazo y parto han sido altamente medicalizados entre los kaingang de la TIX, todos los niños de la localidad acaban naciendo en el Hospital Regional de São Paulo, en el municipio de Xanxerê. La situación de Nena no fue diferente, ella dio a luz allí a todos sus hijos. Por eso, el día en que comenzó el trabajo de parto para dar a luz a Betinho, llamó al conductor indígena que manejaba uno de los vehículos del servicio de salud para que la llevara al puesto de salud de Ipuacu, donde las enfermeras comprobarían la necesidad de ir al hospital. Nena cuenta que ese día sintió que comenzaría el trabajo de parto y, tras la evaluación positiva del equipo de salud, fue enviada a Xanxerê, donde sería remitida para el parto. Esta dinámica es habitual en la TIX, estableciendo una especie de control por parte de los servi-

113 La Pastoral da Saúde es una organización de acción social vinculada a los sectores asistenciales de la Iglesia Católica. Inició sus actividades en la TIX, hacia 1993, y desarrolla algunas actividades como la plantación de huertos comunitarios y el fomento del uso de hierbas medicinales. La pastoral produce la “farmacia de las fitoterapias”, elaborando tinturas, jabones, ungüentos y jarabes para enfermedades menores.

cios sanitarios oficiales sobre el nacimiento de los niños y el acompañamiento a la madre. También se sabe, por los relatos de otras mujeres indígenas, que la mayoría de los partos allí son cesáreas.

Nena no me contó cómo fue su parto, pero enfatizó que no pudo volver a casa porque los médicos se dieron cuenta de que la niña tenía un problema cardíaco cuando comprobaron sus latidos. Nena dice que Betinho le parecía sano, pero los médicos habrían considerado necesario ingresarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal para que estuviera en observación durante unos días. Como Nena no podía permanecer allí por el tipo de internación, fue acogida en la Casa do Oeste, una institución no gubernamental que recibe a los familiares de las personas que son hospitalizadas.

Al cabo de unos días, Nena regresó a su casa con el bebé, ya que su estado fue considerado estable por los médicos. En el TIX, retomó sus actividades domésticas habituales. Ante la insistencia de su madre, comenzó un resguardo, en el que durante cuarenta días se le “prohibió poner un pie fuera de casa”. A pesar de ello, no se libró de otras tareas domésticas como preparar la comida, lavar la ropa o limpiar la casa, además de cuidar a los niños.

El caso de la enfermedad del bebé seguía abierto. Como medida paliativa, le indicaron un medicamento alopatíco (no tuve acceso a su nombre), una inyección que debía aplicarse en el puesto de salud de Ipuauçu dos veces al mes hasta que se resolviera el problema. Nena tuvo que acompañar al niño durante mucho tiempo hasta que se completaron los trámites burocráticos para el tratamiento en otro hospital especializado.

Unos seis meses después del nacimiento del niño, Nena y Betinho fueron enviados a Florianópolis para ser evaluados en el Hospital Infantil Joana de Gusmão. Allí se hicieron nuevos exámenes y se reforzó la necesidad de operar al niño en sus primeros años de vida. Como el estado del niño era estable, no había razón para que se mantuvieran lejos casa por más tiempo. Aún faltaba encontrar un lugar que pudiera ofrecer la cirugía a través del SUS, por lo que permanecerían “en la fila” para programar el procedimiento. Deberían, por orientación médica, seguir usando la medicina alopatíca hasta que se programara la cirugía. Al volver al TIX, el niño

sería acompañado por un médico del centro de salud de Ipuauçu y, eventualmente, por médicos del hospital de São Paulo.

El crecimiento del niño en los primeros meses de vida también fue acompañado por la Pastoral da Saúde/Criança junto con las enfermeras del puesto de salud de la aldea sede de la TIX. Básicamente, este seguimiento se refería al control del peso y la vacunación, que se realizaba por igual con todos los niños de la TIX. Según Nena, en esos controles de peso, Betinho se desarrolló excepcionalmente bien.

Al mismo tiempo, la madre de Nena, doña Roberta, una importante *remedeira*¹¹⁴ de referencia local, hizo una promesa¹¹⁵ en favor de Nossa Senhora Aparecida para promover la recuperación de la niña. A cambio de su mejora, la anciana habría ofrecido recursos para celebrar una fiesta en honor al santo en la casa familiar de doña Marisa, una *curandiera*¹¹⁶ de la aldea Cerro Doce de la TIX. La familia de doña Marisa era muy conocida por celebrar fiestas de santos durante el calendario católico, además de ser una familia con la que doña Roberta mantenía un estrecho contacto,

114 *Remedeira* es una categoría de terapeuta que tiene conocimiento sobre preparación de infusiones de hiervas con *remédios do mato* (plantas medicinales), saben evaluar correctamente los síntomas y así tener una mayor eficacia.

115 *Promessa* es una práctica popular católica utilizada para tratar alguna adversidad que afecte a los sujetos o, simplemente, para mantener la buena salud. La promesa se refiere a una ofrenda a algún santo del panteón católico a cambio del tratamiento deseado. Se establece una relación de obligación de retribución por parte del devoto. Si la petición se cumple, el hecho se interpreta como una gracia conseguida, reforzando la fe en ese santo como dotado de poderes terapéuticos. Es habitual, en la TIX, que se ofrezca una fiesta en honor al santo al que se recurre. La fiesta es el momento de compartir la comida y exacerbar la fe en las prácticas del catolicismo popular.

116 Los *curendeiros* son terapeutas vinculados al catolicismo popular, que cuentan con guías espirituales, que pueden incorporarse voluntariamente en rituales llamados *trabalhos*. En estos rituales, los guías recetan infusiones de hierbas, realizan bendiciones o practican cirurgías espirituales. Por lo general, los curanderos viven episodios dramáticos, en un determinado período de su vida, que marcan el momento en que comenzaron a asumir tal condición.

ya que eran originarios de esa localidad y participaban en actividades religiosas comunes.

En el proceso de espera e incertidumbre sobre lo que ocurriría con su hijo, intermediado por el SUS, Nena comenzó a asistir a una iglesia evangélica en la aldea de Baixo Samburá. Allí comenzó a orar con vehemencia para pedir a Dios que intercediera y eligiera el mejor camino para su hijo. Al cabo de unas semanas, aunque con la oposición de su marido e hijos, Nena se convirtió a esta religión y empezó a seguir los preceptos de la doctrina evangélica¹¹⁷.

Cuando el niño cumplió un año y medio, Nena fue llamada al centro de salud de Ipuaçú. Allí le explicaron que, por fin, habían conseguido, a través de la Secretaría Municipal de Salud, programar la operación de corazón que él necesitaba. Esto tendría lugar en un plazo de seis meses, en la ciudad de Pato Branco, en el vecino estado de Paraná, a unos noventa kilómetros de Ipuaçú. Este hecho fue bastante conmemorado por la familia. Nena lo interpretó como una obra de Dios después de unirse a la iglesia evangélica. Roberta lo interpretó como una obra de Nossa Senhora Aparecida.

Cuando Betinho tenía dos años de edad, su madre lo llevó a la ciudad de Pato Branco para la cirugía. Nena dice que la operación habría tenido éxito gracias a su devoción por la religión evangélica. Durante la estadía en la ciudad de Paraná, Nena recibió ayuda de la asistencia social del hospital local para encontrar un lugar donde dormir mientras el niño se recuperaba en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal. Se alojó en un hogar de apoyo, gestionado por una ONG, que recibía a familiares de pacientes del hospital. Dos semanas después de la intervención quirúrgica, y a criterio del médico, pudieron volver a casa.

Una de las principales preocupaciones de la abuela de Betinho después de su regreso fue pagar la promesa que había hecho para

117 La doctrina evangélica se refiere a una serie de reglas. En torno a la corporalidad se refiere al uso de una vestimenta específica (pantalones y camisa para los hombres, y faldas para las mujeres) y un corte de pelo (largo y atado en una “cola de caballo” para las mujeres, y corto con barba bien hecha para los hombres). En cuanto a los aspectos de comportamiento, prohíbe la participación en juegos, bailes y el consumo de bebidas alcohólicas.

que el niño mejorara. Al llegar al 12 de octubre de ese año, doña Roberta financió la fiesta para Nossa Senhora Aparecida. A pesar de practicar la religión evangélica en aquella época, Nena asistió a la fiesta católica para agradecer la gracia conseguida con el resto de su familia.

Incluso después de la recuperación del niño, Nena siguió asistiendo a la iglesia evangélica por voluntad propia y por entender que la situación se había materializado por intervención divina. Este episodio comenzó a ser recordado públicamente en los cultos evangélicos como un testimonio del poder de Dios. Nena trataba de que otros miembros de la familia la acompañaran en el camino de la conversión religiosa, pero, en realidad, lo que sucedía era una crítica de su madre por haber dejado de lado la tradición católica.

Durante el crecimiento del niño, se hicieron controles regulares en el puesto de salud de Ipuçu y en el hospital San Pablo de Xanxerê. También fueron necesarias algunas visitas a Florianópolis para nuevas evaluaciones, realizadas con la ayuda financiera y logística de la Secretaría de Salud de Ipuçu.

Según Nena, el desarrollo de su hijo fue excelente y no se encontró nada irregular en el niño. A pesar de esta dramática experiencia, Nena dice que Betinho es un joven muy sano y, aparentemente, no habría presentado secuelas hasta los dieciocho años. Tuve la misma impresión cuando viví con él durante el trabajo de campo.

Nena señala que, hasta ese momento, los médicos del Hospital de São Paulo no habían interrumpido el tratamiento, aparentemente preventivo, con la inyección mencionada (de la que no tuve acceso al nombre y de la que ni siquiera los indígenas tenían mayor información). En aquella época, la orientación médica era que la sustancia debía aplicarse cada mes en el puesto de salud de Ipuçu. Como era una práctica que requería constancia por parte de Betinho y su madre, no siempre se seguía con regularidad. Mientras Nena hacía todo lo posible para que el niño fuera al centro de salud en los días indicados por el equipo médico, Betinho no parecía tener tanta preocupación, alegando que no sentía nada malo en el funcionamiento de su corazón. Así, cuando su madre no podía acompañarlo, él no insistía en ir a aquel lugar solo. Decía

que sentía vergüenza ante los que atendían en el centro de salud y que solo iba cuando tenía otro tipo de interés que le llevaba al centro de la ciudad.

Este caso demuestra que la esfera de los servicios públicos hace inevitable el tránsito a ciudades más grandes según el tipo de problema que enfrentan los indígenas. La intermediación de la Secretaría Municipal de Salud, que autoriza el desplazamiento y se encarga de conseguir cupos en la red SUS para los usuarios indígenas, es esencial en los procedimientos de alta complejidad. En este sentido, a semejanza de otras pequeñas ciudades del interior de Santa Catarina y, especialmente, de la región oeste, las secretarías de salud invierten en una estructura específica para tratar los desplazamientos de los pacientes. Aunque existen carros, combis, ambulancias y conductores que trabajan en estos desplazamientos, los pacientes tienen que pagar otros gastos como el alojamiento y la comida. En este sentido, los indígenas que no tienen las condiciones mínimas deben contar con más ayuda de la secretaría de salud, de otras entidades de asistencia social o de organizaciones no gubernamentales que apoyan a las poblaciones de bajos ingresos.

Las condiciones precarias de algunas familias chocan con problemas estructurales más amplios, demostrando que la atención sanitaria no se refiere solo a la experiencia corporal individual, expresada por los profesionales de la salud en su justificación de la necesidad de formas invasivas para la recuperación de los pacientes. Los profesionales reconocen las limitaciones del sistema, como los impedimentos burocráticos característicos para el acceso de la población vulnerable al SUS, pero no se cansan de alegar la falta de responsabilidad de los sujetos al no practicar adecuadamente las pautas previstas para la continuidad de los tratamientos.

Estas condiciones, asociadas a aspectos socioculturales locales, fomentan la búsqueda de otras salidas a los problemas y, en consecuencia, la experimentación de otras interpretaciones sobre los estados de la enfermedad. El punto de vista religioso está muy presente en la búsqueda de las causas últimas de las enfermedades, que no acaba cuando finaliza la experiencia secular. Las interpretaciones divergentes retoman, en cierto modo, la discusión sobre la eficacia de los tratamientos y ponen en jaque la evaluación me-

ramente instrumental. En este contexto, marcado por la especulación y las actitudes aparentemente contradictorias, las familias kaingang valoran la actuación de la biomedicina como importante, incluso cuando la utilizan junto a otras estrategias para resolver los problemas.

Enfermedades popularmente reconocidas

Los resfriados y la gripa podrían entrar en esta amplia categoría. Sin embargo, no se consideran enfermedades graves y, en sentido estricto, no remiten a un itinerario terapéutico. La población, en general, conoce la preparación de infusiones, hierbas y otras prácticas que pueden actuar sobre estas enfermedades, lo que permite a los individuos y a los grupos domésticos actuar de forma bastante autónoma. Por ello, es normal recurrir a los berros para combatir la gripa, así como a una infusión de boldo para hacer frente a algún dolor de estómago, problemas hepáticos o incluso una resaca provocada por bebidas alcohólicas.

Sin embargo, aquí me refiero a las enfermedades reconocidas por los kaingang que no son reconocidas por la biomedicina o que generalmente los diagnósticos generan polémica cuando los indígenas buscan los servicios oficiales de salud. Estas enfermedades, de naturaleza heterogénea, según los kaingang, solo pueden ser tratadas a partir de un diagnóstico correcto, ya que, de lo contrario, una situación simple puede agravarse y nunca resolverse de manera definitiva.

La lista de enfermedades popularmente reconocidas puede ser extensa en la TIX. La *míngua* y el *amarelão* son ejemplos interesantes que afectan comúnmente a los niños y tienen características similares. Los indígenas señalan que es habitual que “los médicos confundan *amarelão* con la hepatitis o la anemia” y la “*míngua* con desnutrición”. Para los *benzedores*¹¹⁸, reconocidos por la población

118 *Benzedor* es una categoría de agente terapeuta asociada al catolicismo popular. Tiene conocimientos sobre las plantas asociadas a las oraciones transmitidas por otra persona, sin que sea necesaria una experiencia dramática individual para adquirir el conocimiento. Sus prácticas incluyen la prescripción y elaboración de algunas infusiones y la aplicación de

local para diagnosticar y tratar correctamente estas enfermedades, existen diferencias corporales cruciales en el curso de las mismas que permiten identificarlas y tratarlas. Para ellos, la anemia afecta a la sangre, mientras que el *amarelão* afecta al hígado. El *amarelão* ataca al sujeto cuando hay un cambio de temperatura o hay una ruptura en la dieta, lo que genera debilidad, dolor en las piernas y en el estómago y se extiende por el cuerpo. La característica más visible de esta enfermedad es la palidez o el aspecto amarillo del paciente, y puede convertirse en hepatitis si no se trata adecuadamente. La *míngua*, al igual que el *amarelão*, no es contagiosa. Es como una debilidad que afecta al cuerpo del sujeto impidiéndole desarrollarse o crecer adecuadamente. Por lo general, tiene que ver con romper la dieta y no específicamente con la falta de nutrientes, como quieren los profesionales de la salud.

A continuación, analizo el caso de doña Roberta, diagnosticada con *amarelão*, que seguí durante el mes que antecedió a su muerte. En ese momento, pude ver claramente que estaba muy enferma, ya que tenía los ojos amarillentos, una palidez extrema, un cansancio frecuente y se pasaba gran parte del día durmiendo.

En la época en que estuve en contacto, la señora era atendida por familiares, hijos y nietos, que vivían bastante cerca de su casa y la ayudaban en las actividades rutinarias. Además del hogar de Nena, junto a su casa también vivía la familia de Nédio, el hijo mayor de la señora Roberta. Los hijos de Nédio circulaban a diario por la casa de Roberta para llevar comida, charlar o turnarse para dormir junto a la señora. Roberta también recibía visitas de familiares de otras aldeas que acostumbraban a pasar la noche con ella. Esta circulación de personas, en cierto modo, permitió una observación constante de su estado de salud.

Al preguntar a los hijos sobre el problema de su madre, parecían no querer conversar, o bien no estaban muy seguros, o bien no querían revelar exactamente cuál era el diagnóstico. Dijeron

técnicas para la curación de enfermedades, como el uso de masajes, oraciones e imposición de manos al enfermo. Los tratamientos son rápidos y puntuales, y no requieren una reflexión existencial más profunda por parte del paciente. Los poderes curativos de los *benzedores*, en última instancia, se atribuyen a los santos patronos de los que son devotos.

que cuando comenzó esta situación, hace aproximadamente un año, la llevaron al puesto de salud y al hospital de Xanxerê, pero los médicos no pudieron entender bien lo que le estaba pasando. Los análisis de sangre realizados apuntaron a la aparición de un tipo de anemia grave. Para el tratamiento, dieron a la familia un suplemento vitamínico a base de hierro que debía administrarse junto con los alimentos durante un período de quince días. Dicho tratamiento fue abandonado después de este período, así como cualquier referencial biomédico, por la evaluación de su ineficacia en el caso.

Después de intentar encontrar una solución a través del sistema de salud, Nena comenzó a decir que su madre sufría de *amarelão preto* o *amarelão bravo*. La llevaron hasta la aldea sede de la TIX y una indígena *benzedeira* local, doña Ilione, confirmó el diagnóstico. Nena dijo que utilizaron el tratamiento propuesto por la mujer, una infusión específica, preparada y distribuida por la propia *benzedeira*. Una vez al día, se le daba un vaso de infusión, mientras la persona que administraba la sustancia rezaba tres avemarías. Nena me explicó que, aunque doña Roberta era reconocida localmente como especialista en el tratamiento de *amarelão*, había algún impedimento para su autotratamiento. Según Nena: “Esta gente que hace infusiones y medicinas de plantas naturales solo sabe cuidar a los demás, cuando se enferman no pueden tratarse a sí mismos, tiene que ser otra persona la que los trate”.

Nena dice que, durante un tiempo, la medicina de la señora Idione funcionó bien. Pero que, con el tiempo, dejó de funcionar porque “es como un remedio de farmacia, la enfermedad se acostumbra al remedio, entonces hay que tomar uno más fuerte”. Así que Nena buscó un *benzedor* que viviera fuera de la zona indígena. Era un viejo italiano, como decían los indígenas, que vivía en una comunidad rural vecina, no indígena, situada entre la casa de Roberta y el centro del municipio de Ipuaçú. Este *benzedor* confirmó el diagnóstico de *amarelão* y preparó su propia infusión. Pidió a Nena que administrara la sustancia siguiendo, de manera estricta, un procedimiento similar al utilizado anteriormente. Los días que acompañé a Roberta, me di cuenta de su asiduidad, pues cuando

no iba a ver a la señora en persona, mandaba a uno de sus hijos a traer un vaso de infusión puntualmente, a las horas indicadas.

Como indiqué, la anciana murió aproximadamente un mes después de que acompañé el caso. Hasta ese momento, y desde el diagnóstico del *benzedor* italiano, el único medicamento utilizado fue la infusión mencionada. En la tarde del día anterior a su muerte, sus hijos la lograron llevar al hospital de Xanxeré, luego de darse cuenta de que ella no estaba bien. Solicitaron una ambulancia al Departamento de Salud del Municipio de Ipuauçu, que rápidamente llegó a la casa para llevarla junto con Nena a la ciudad. Sin embargo, al amanecer del día siguiente, Nena regresó con el cuerpo de la señora en un carro fúnebre para ser velado.

Las familias de Nena y Nédio prepararon rápidamente la casa de la señora para el velorio. Al principio solo estaban presentes los vecinos cercanos, ya que todavía era muy temprano y la noticia no se había difundido ampliamente. En cuanto amaneció, la escena empezó a cambiar y hubo un intenso movimiento en el lugar, con la circulación de mucha gente de otros pueblos.

Además de los habitantes de la TIX, que tuvieron algún tipo de aprecio por la señora, también estuvieron presentes en el velatorio tres jóvenes indígenas (todos hermanos), quienes vivían y trabajaban en la ciudad de Curitiba, estado de Paraná, desde hacía tiempo. Ellos eran cercanos a Nena y Nédio, ya que habían vivido en la casa de Roberta durante algún tiempo, cuando eran niños y adolescentes, para poder ir a la escuela más fácilmente. También llegó, desde Xanxerê, una joven indígena de nombre Sara, quien desde la adolescencia invertía en la carrera eclesiástica en la iglesia católica oficial. Al igual que los tres hermanos mencionados anteriormente, ella también había vivido por un tiempo con doña Roberta, cuando era más joven, para poder estudiar.

Nena y Nédio se esmeraron en recibir a las personas que llegaban allí. Recuerdo haber visto a Nena preparando pasteles fritos desde muy temprano para recibir a la gente. Nédio preparó un lugar para que quienes venían de fuera pasaran la noche. Pero, tal vez, la principal preocupación de los dos hijos de Roberta era el desarrollo ritual del velorio. Era necesario decidir cómo serían los procedimientos antes de llevar el cuerpo al cementerio. Nena, a pesar de asistir a una iglesia evangélica de la aldea Baixo Samburá,

propuso llamar a unos rezadores tradicionales para su madre que se decía católica. Nedio no estuvo de acuerdo, pese a que también era católico. Comentó que “los rezadores se emborrachan cuando tienen que rezar y solo hacen desastres, [...], estos días casi incendian una casa durante un velorio”. Finalmente, de mutuo acuerdo, Nena y Nédio decidieron llamar al pastor de la iglesia evangélica donde se congregaba Nena para que realizara el ritual.

Al final del día, después de que un centenar de personas pasaron por la casa de doña Roberta, el pastor hizo una oración al estilo evangélico y pronunció unas palabras destacando la importancia de doña Roberta para la comunidad, por su calidad de anciana y su función de *remedeira* que la hacía digna de respeto. Tras el discurso del pastor, se dio espacio a la joven Sara como representante de la Iglesia católica oficial. Ella se pronunció encomendando el alma de la señora y pidió a los presentes que rezaran el padre nuestro.

Después de estos procedimientos, el carro fúnebre transportó el féretro al cementerio de la aldea sede, a unos siete kilómetros de la casa de Roberta. Peri, el marido de Nena, se encargó de que un minibús escolar, propiedad de su vecino, transportara a las personas que estaban en el velorio para acompañar el entierro. La funeraria de la ciudad vecina de Bom Jesus ya había preparado la tumba, según el encargo de Nena y Peri. En el cementerio, todos los que llegaron se reunieron alrededor de la tumba. Los empleados de la funeraria transportaron el féretro y lo colocaron para que todos pudieran despedirse de la señora. Nédio y Nena se quedaron cerca del ataúd. Sara dijo unas palabras, echó agua bendita sobre el ataúd y pidió de nuevo que se rezara el padre nuestro mientras se sellaba la tumba. Poco después, el minibús regresó con todos los presentes a su pueblo de origen. Esa noche, tras el entierro, las familias de Nena y Nédio volvieron a su rutina normal.

Al día siguiente, se inició una especie de limpieza en la casa de doña Roberta. Esta vivienda estaría ahora habitada por el hijo mayor de Nena y Peri, en quien la anciana había delegado, en vida, la ocupación de la casa y la posesión de parte de sus animales. Con la ayuda de sus hijos, Nena comenzó la tarea de separar la ropa de Roberta que aún estaba en buen estado para donarla. La puso en

bolsas de plástico que guardó en una habitación de la casa. Separó algunos utensilios domésticos y muebles rotos que añadió a una enorme pila de ropa que ya estaba deteriorada. En el patio trasero, uno de los nietos prendió fuego a la montaña de descartes. Desde el balcón de la casa, que estaba a gran altura, Nena y sus hijos lanzaron otros objetos para que ardieran en el fuego. Al final, se barrió la casa, se lavó con agua corriente y se ordenó brevemente. Este proceso duró toda la tarde. Por la noche, la casa ya estaba transformada y lista para ser ocupada por el nuevo habitante.

Es habitual que los indígenas actúen autónomamente en relación con diversas enfermedades reconocidas popularmente. Incluso en los casos en los que hay complicaciones en el cuadro de salud, es evidente que, para este tipo de enfermedades, los conocimientos biomédicos están en un segundo plano, ya que ni siquiera son correctamente reconocidos por los profesionales de la salud. En este sentido, la agencia de las familias en la gestión del proceso de salud y enfermedad gana relieve, y la actuación de los parientes cercanos indica que la experiencia de los sujetos y grupos domésticos es fundamental en la evaluación adecuada de los problemas, en la elección del tratamiento y en la búsqueda de especialistas reconocidos como cualificados para emplear terapias correctas y eficaces.

El caso de doña Roberta es ilustrativo para una ampliación de la noción de terapéutica, ya que muestra que la preparación y el despliegue del evento de la muerte es tan importante como el mantenimiento de la vida. A pesar de no ser un discurso abierto, en el caso relatado era notable que los familiares cercanos ya esperaban este desenlace, y fue, en este sentido, que Nédio y Nena, así como sus respectivas familias, se comprometieron a emplear una serie de cuidados para que esto ocurriera de la manera más adecuada posible. El fortalecimiento del ritual del evento funerario, por la presencia de familiares que habitan en localidades lejanas, era muy estimulada y reconocida, pues era importante tener “un buen entierro”. Como no todo fue un consenso entre los presentes, el ámbito de la agencia también se puso de manifiesto en la negociación entre los hijos sobre los pasos adecuados a dar. Sin embargo, la evaluación de estas decisiones por parte de los hijos

seguía guiándose por los deseos y recomendaciones de doña Roberta, lo que denotaba su presencia incluso después de su muerte.

Consideraciones finales

La lista de enfermedades puede ser muy amplia si partimos de los itinerarios terapéuticos entre los kaingang de la TIX. No era mi intención hacer un inventario de enfermedades, sino explorar las trayectorias de los grupos domésticos a partir de algunos ejes que nos permitan percibir los actores relevantes en los procesos de salud/enfermedad/atención sanitaria vividos localmente. Para ello, tenemos en cuenta que las experiencias singulares de cualquier enfermedad están inmersas en procesos más amplios y duraderos de construcción de la exclusión de los kaingang en el escenario regional, que marcan el campo de la atención a la salud y traen serias implicaciones para la vida cotidiana de los indígenas. En este sentido, es cierto que los años de contacto, negociación, fricción o interacción entre las poblaciones que se asentaron en el oeste de Santa Catarina han confluído para las actuales posibilidades terapéuticas utilizadas por los kaingang, entre ellas, la medicina del Estado y una serie de conocimientos populares asociados a diferentes saberes y tradiciones médicas.

Dado el importante abanico de posibilidades terapéuticas y de explicaciones sobre los procesos de salud y enfermedad, la etnografía de los itinerarios en la TIX muestra que, desde el punto de vista de los sujetos, la lógica del proceso de salud y enfermedad está más ligada a la reevaluación, reorganización, reformulación y resignificación de las experiencias de enfermedad —y a la negociación constante de significados— que al mantenimiento de una noción unívoca de salud o curación. Por lo tanto, en este contexto emergente, es improductivo clasificar las formas de atención sanitaria basándose en dicotomías como indígena/no indígena o tradicional/biomédica.

En la TIX, los procesos de salud/enfermedad/atención, además de ser heterogéneos, se refieren a un nivel pragmático desde el punto de vista de los sujetos y de los grupos domésticos, donde los modelos de atención a la salud se entienden mejor como mapas para orientar la acción que como dogmas a seguir ciegamente.

La evaluación constante de los recursos disponibles y del estado de salud de los enfermos hace fundamental el proceso estructural asociado al ejercicio de la autonomía denominado autoatención. Este tránsito por los distintos recursos terapéuticos supone una agencia que articula modelos de atención, incorporando o negando las distintas prácticas médicas disponibles, donde el objetivo es la propia supervivencia o, como pretende Menéndez, la reproducción biosocial del grupo. En este sentido, desde el punto de vista de la demanda terapéutica, este trabajo corrobora varios datos ya planteados por otros en la TIX y la región (Haverroth, 1997; Diehl, 2001; Portela-García, 2010; Oliveira, 2012).

En una lectura mecánica de la relación hegemonía/subalternidad entre los modelos de atención a la salud, la autoatención podría pensarse como una posibilidad de subversión al papel de los servicios oficiales de salud, que buscan coartar la autonomía, por la impersonalidad del aparato burocrático y el control de las acciones y procesos terapéuticos desde la biomedicina. Sin embargo, al ser un proceso estructural, el autocuidado se refiere a una observación holística por parte de los sujetos en la consideración de diversos aspectos socioculturales relevantes para ajustar constantemente la evaluación de lo que debe ser subvertido o apropiado. En otras palabras, en la relación entre sujetos y grupos domésticos y otros actores relevantes, los itinerarios terapéuticos acompañados en la TIX dejan claro que la autonomía adquiere varias facetas y se basa en otro tipo de relaciones más allá de la resistencia a la formalidad de los servicios médicos oficiales. La autoatención en un contexto emergente debe considerar también la influencia e intervención de otros agentes cercanos a los sujetos y grupos domésticos propiciando también relaciones de intercambio y reciprocidad.

Superando la idea de que los recursos terapéuticos se dan en un mapa de opciones bien determinadas, el compromiso de familiares o vecinos desde la autoatención hace interesante una aproximación de los itinerarios terapéuticos a una idea general de redes sociales. Emirbayer y Goodwin (1994) formulan que las redes sociales no son estructuras formales y permanentes, sino que surgen de procesos de interacción culturalmente mediados. Los procesos de (re)producción de redes sociales se basan en aspectos de intencionalidad, elaboración de proyectos y relaciones de poder y, por

tanto, se rearticulan y transforman constantemente a partir de la agencia de los sujetos. De este modo, y desde el punto de vista de los sujetos y grupos domésticos, la red podría entenderse como un campo de posibilidades emergentes y en retroalimentación directamente proporcional a la inversión en agencia.

Corroborando con algunos estudios recientes en América Latina, que se han centrado en el tema del empoderamiento de las mujeres indígenas en diversas esferas de la acción política (Schild, 2016; Rocha, 2014; Gibram, 2012), y destacando la centralidad de las mujeres indígenas en las dinámicas de circulación y movilidad que articulan las aldeas a las ciudades (Portela-García, 2015; Nieto-Moreno, 2017 y 2021), notamos que la autoatención se asocia fundamentalmente con el papel de las mujeres kaingang orientado hacia la articulación de redes terapéuticas. En los casos observados, las mujeres son las principales agentes a la hora de tomar decisiones y controlar los caminos a seguir en los procesos de salud/enfermedad/atención. De forma similar a lo que Bott (1976) nota en su trabajo sobre la familia y la red social, el papel de la mujer es aquí fundamental en la mediación entre el grupo doméstico y los procesos en los que intervienen actores externos. Por lo tanto, son las actuaciones de las mujeres para obtener buenos resultados, entremezcladas por las relaciones de poder, el intercambio y la reciprocidad, las que establecen las formas de acceso y circulación por los distintos recursos terapéuticos.

No se trata de argumentar que los hombres kaingang escogen caminos diferentes a los de las mujeres en los itinerarios terapéuticos. La experiencia etnográfica en la TIX enseña que, aunque participen en algunas de las negociaciones inherentes a los procesos de salud y enfermedad, los hombres rara vez asumen un papel activo en el acompañamiento de los enfermos o en las decisiones que, efectivamente, interfieren en el desplazamiento de los recursos referenciales. La esfera de autoatención es la clave para dilucidar el papel de la mujer, porque se refiere al ámbito del grupo doméstico, que ha sido históricamente el ámbito de acumulación de conocimientos, luchas y resistencias femeninas que sostienen y gestionan la vida (Federici, 2017). El protagonismo que ellas asumen a partir de elecciones activas y creativas en el ámbito local

de la atención a la salud y al cuidado da vida, diseñando una determinada ruta terapéutica en un contexto marcado por la oferta biomédica hegemónica, expresa empoderamiento y autonomía.

El tema de la salud como motivo para el análisis de la participación de los indígenas en las dinámicas de circulación amplias también puede relacionarse con la consideración de los procesos de salud/enfermedad/atención, así como con situaciones de liminalidad que denotan zonas fronterizas fértiles para la dialogicidad. Aquí, el papel de la mujer asume total relevancia en la actuación dirigida a la gestión de los flujos de comunicación y la negociación de las estrategias de atención a la salud. Hannerz (1997) sugiere que los flujos de información son organizadores de composiciones sociales marcadas por la movilidad constante, donde los actores sociales trabajan para su gestión en un complejo multivocal, polifónico y distributivo en relación con la información. El poder, el prestigio y la autoridad están relacionados con agencias sociales que elaboran estrategias de gestión en redes de interacción sociocultural con límites fluidos, reordenados procesalmente desde los propios contextos interactivos.

Tomar el agenciamiento de las mujeres en el campo de la atención a la salud, gestionando los flujos comunicativos en las zonas fronterizas, apunta a lo que Shane Greene (1998) ha conceptualizado como intermediación, es decir, el contexto del pluralismo médico visto como el fruto de las negociaciones entre agentes en el despliegue de proyectos inmersos en regímenes de poder. Desde esta perspectiva, los sistemas médicos son híbridos, de carácter dinámico y forma emergente que actúan sintetizando e incorporando diversos elementos, prácticas y cosmologías. Follér (2004) va más allá y denomina “zonas de contacto” a los espacios en los que se producen procesos de diálogo entre los distintos modos de conocimiento sobre la salud y la enfermedad presentes en un determinado contexto sociocultural. De esta manera, la intermedialidad puede ser tomada como una zona fronteriza dada en la coexistencia de diferentes tradiciones médicas, entre las cuales hay confrontaciones, oposiciones, conflictos, reapropiaciones, resignificaciones y fusiones de elementos y técnicas a partir de la agencia. Ferreira (2015) hace una interesante síntesis al señalar que la inter-

medicalidad “constituye la forma que asume la interculturalidad en el campo de la salud indígena” (p. 228).

En definitiva, la apertura a la diversidad de lenguajes y voces que constituyen el contexto intermédico que interrelaciona los itinerarios terapéuticos seguidos por los kaingang, que posibilita el movimiento y la circulación de los sujetos a través de los recursos disponibles y la articulación de prácticas y saberes terapéuticos, refuerza la centralidad del papel de la mujer y señala la presencia de procesos más profundos de construcción de la persona orientados al desarrollo de este tipo de capacidades. Estos tránsitos por diversos lenguajes y espacios terapéuticos no representan, sin embargo, ningún problema con respecto a los criterios relacionados con la pertenencia étnica desde una perspectiva indígena. Considerando que la búsqueda de recursos, en este contexto, involucra diversos conocimientos, prácticas y actores, podemos pensar en la emergencia de redes terapéuticas que permean la TIX como una problematización de la circunscripción étnica y cultural como base metodológica para los estudios en el campo de la salud indígena.

Recorrer los itinerarios terapéuticos me permitió demostrar que la articulación de los diversos recursos terapéuticos por parte de los indígenas en el despliegue de los procesos de salud/enfermedad/atención no es una mera consecuencia del contacto interétnico que relega a los indígenas kaingang al polo pasivo, pues, a partir del proceso estructural de autoatención, se hace evidente la emergencia del protagonismo de las mujeres en la búsqueda de soluciones pragmáticas. En favor de una evaluación mucho más amplia y autónoma de los problemas de salud, intenté argumentar que la autoatención es un mecanismo básico de empoderamiento que debe tomarse en serio. Esto significa que, además de comprender las formas en que estas articulaciones se producen en el contexto en cuestión, es necesario tratar dicho mecanismo como un elemento clave para las reflexiones sobre una política de atención de la salud que respete efectivamente los deseos y las decisiones de los pueblos indígenas para no limitarlos a directrices que refuercen los esencialismos étnicos o culturales.

Bibliografía

BAER, Hans; SINGER, Merrill; JOHNSEN, John. Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Sciences and Medicine*, Vol. 23, No. 2, pp. 95-98, 1986.

BLOEMER, Neusa Maria Sens e NACKE, Aneliese. A precarização de políticas públicas e suas repercussões na auto-sustentação dos Kaingang do oeste catarinense. In: *Ilha – Revista de Antropologia*. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. v 10, nº 1, Florianópolis, 2009.

BOTT, Elizabeth. *Família e rede social*. Rio de Janeiro (RJ): F. Alves, 1976.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (org). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi: Edições CEJUP, 1991.

CASTRO, Márcia C; Adriano Massuda; Gisele Almeida; Naercio Aquino Menezes-Filho; Monica Viegas Andrade; Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha; Rudi Rocha; James Macinko; Thomas Hone; Renato Tasca; Ligia Giovanella; Ana Maria Malik; Heitor Werneck; Prof Luiz Augusto Fachini; Rifat Atun. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. In: *The Lancet*. Volume 394, ISSUE 10195, pp. 345-356, July 27, 2019.

D'ANGELIS, V. R. & FOKÂE, V. F. Série Documento: Toldo Imbú. In: *Cadernos do Centro de organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de Santa Catarina – Ceom*. Chapecó, SC, 1994.

DIEHL, Eliana. E. Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Tesis de Doctorado,

Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

EMIRBAYER, M e Jeff Goodwin. Network Analysis, Culture and the problem of Agency. *The American Journal of Sociology*, Vol. 99, Nº 6, May 1994, pp. 1411-1454.

FEDERICI, Silvia. Calibá e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, L. O. Interculturalidade e Saúde Indígena no Contexto das Políticas Públicas Brasileiras. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

FOLLÉR. Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J, GARNELO, L. (org) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, 2004.

FRANKENBERG, R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science & Medicine. Medical Anthropology*, v. 14B, n. 4. 1980.

GHIGGI JR, Ari. Representações e Práticas no Tratamento de Infortúnios entre os Kaingang Crentes da Aldeia Sede da Terra Indígena Xapecó. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais. UFSC. 2006.

_____. Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra Indígena Xapecó: das dimensões construtivas à perturbação. Tesis de Maestria. - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010.

_____. Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xapecó. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

_____. Trayectorias y articulaciones de una sanadora kaingang en Santa Catarina, Sur de Brasil. In: Desacatos - Revista de Ciencias Sociales. n 58, pp. 34-49, 2018.

GHIGGI JR, Ari; LANGDON, Esther Jean. Controle Social como Autoatenção: Estratégias Kaingang diante os abusos das Bebidas Alcoólicas. In Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, org. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2013.

_____. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. Cad. de Saúde Pública, vol.30, n.6, pp. 1250-1258, 2014.

GIBRAM, Paola Andrade. Política, parentesco e outras histórias kaingang: uma etnografia em Penhkar. Florianópolis. 201 p. Tesis de Maestria - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 2012.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. American Ethnologist. Washington D.C, v.25 n.4 pp. 634-658, 1998.

HANNERZ, Ulf. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da Antropologia Transnacional. In: Mana, 3, pp. 7-39. 1997.

HAVERROTH, Moacir. Kaingang: um estudo etnobotânico: O uso e a classificação das plantas na área indígena Xaçecó (oeste de SC). 1997.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2012. On-line: <https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf>. Acesso en: agosto de 2020.

ISA – Instituto Socioambiental. Terra Indígena Xapecó: Povos e Demografia. On-line: <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/3906>>. Acesso em: agosto de 2020.

LANGDON, E. J. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.) Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

LANGDON, E. J.; GHIGGI JR, Ari. Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. In: Rosana Castro; Cíntia Engel; Raysa Martins. (Org.). Antropologias, Saúde e Contextos de Crise. 1ed. Brasília: Sobrescrita, pp. 109-125, 2018.

MALUF, Sonia Weidner, Érica Quinágua Silva, Marcos Aurélio da Silva. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. In: BIB, São Paulo, n. 91, pp. 1-38, 2020.

MENÉNDEZ, Eduardo L M. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Revista de Antropología Social, v. 14, pp. 33-69. 2005.

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

NIETO-MORENO, Juana Valentina. Uno de mujer es andariego: palabras e circulações de mulheres uitoto, entre a selva e a cidade. Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2017.

_____. “Andarilhas”: agência, mobilidade e rebeldia na experiência colonial das mulheres Murui. Cadernos De Campo,

30(2), 2021.

OLIVEIRA, Philippe Hanna de Almeida. Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da terra indígena Xaçecó (Santa Catarina, Brasil). Florianópolis, SC, 2009. 142 p. Tesis de Maestria - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2009.

OLIVEIRA, Ewerton Aires de. Saberes, espaços e recursos em saúde: práticas de autoatenção frente aos adoecimentos em crianças Kaingáng da terra indígena Xaçecó, Santa Catarina. 2012. 158 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2012.

ORTNER, Sherry. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (Org.). Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. Thirty years of the Unified Health System (SUS). Ciênc. saúde coletiva, vol.23, n.6, pp. 1723-1728, 2018.

PORTELA-GARCIA, Sandra Carolina. Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas kaingang da aldeia sede, Terra Indígena Xaçecó Santa Catarina: práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade. 133 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010.

_____. Circulação e permanência de indígenas Kaingang e Guarani na cidade de Florianópolis, Santa Catarina: desafiando ausências, paradoxos e outras imagens. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2011.

cias Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2015.

PRIMI, Lilian. Índios na Linha de Produção: Frigoríficos buscam mão de obra em aldeias para trabalho com alto índice de doenças. In: Caros Amigos, Ano 17, nº 197, 2013.

ROCHA, Cinthia Creatini da. 'Bora vê quem pode mais': uma etnografia sobre o fazer política entre os Tupinambá de Olivença (Ilhéus, Bahia). 2014. 303 p. Tesis de Doctorado - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2014.

SCHILD, Joziléia Daniza Jagso Inacio Jacobsen. Mulheres Kaingang, seus caminhos, políticas e redes na TI Serrinha. 2016. 195 p. Tesis de Maestria - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2016.

SINGER, Merrill. Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. Social Science and Medicine. Vol. 30, Nº2, 1990.

IV - POLÍTICAS DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS

8 - Articulaciones en Salud Indígena: problematizando la política de “atención diferenciada” en Brasil

Esther Jean Langdon¹¹⁹

Introducción

Desde la década de 1990, el término “interculturalidad” se propagó en América Latina como un concepto clave en las nuevas políticas de educación y salud, con tendencia a garantizar los derechos indígenas tal como son establecidos por la Convención 169 de la Organización Mundial del Trabajo, y también a reconocer la naturaleza pluriétnica del Estado. Diferentes países han establecido políticas orientadas a brindar servicios en contextos interculturales que exigen respeto y articulación con las prácticas de salud tradicionales presentes en todo el continente (Fernández Juárez, 2006; Langdon y Cardoso, 2015; Piñones et al., 2017; Ramírez Hita, 2011). A diferencia de los países hispanohablantes que adoptaron el concepto “intercultural” para orientar sus políticas, la política de salud indígena brasileña se ha construido bajo el concepto de “atención diferenciada”. Este concepto ha estado guiado por los principios de acceso universal, participación comunitaria y articulación con las tradiciones culturales de las colectividades atendidas, respetando sus prácticas e incorporándolas, en la medida de lo posible, a los servicios ofrecidos por los centros de salud.

Para garantizar el acceso universal, fue creado el Subsistema de Salud Indígena con servicios de atención primaria organizados de acuerdo con los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) y con su gestión central localizada en Brasilia, a través de la Secretaría Especial de Salud Indígena, ligada al Ministerio del Trabajo. Es

119 Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural (IBP)/UFSC e investigadora CNPq 1B.

decir, en su gestión misma, el subsistema es “diferenciado”. Mientras que el Sistema Único de Salud (SUS) es organizado y financiado por los municipios, el subsistema es dirigido por el gobierno federal¹²⁰. Según la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas/PNASPI (Brasil, 2002), los servicios también deben ser “diferenciados” en el sentido de prestar atención y articularse con las especificidades culturales y epidemiológicas de los grupos atendidos. A más de veinte años de la implementación del subsistema, pretendo aquí examinar críticamente la atención diferenciada, a partir de las investigaciones que el Núcleo de Saberes y Salud Indígena viene realizando entre los pueblos originarios del sur de Brasil, buscando evaluar, específicamente, los principios de participación y articulación.

Como antropóloga especializada en salud indígena, tuve el privilegio de acompañar la construcción de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas desde sus inicios, con la 1ª Conferencia Nacional de Protección a la Salud Indígena, realizada en 1986. Esta conferencia, así como varias otras que le siguieron, tuvo el objetivo de discutir la atención a la salud indígena a raíz de la reforma sanitaria y de la municipalización de la salud, asuntos que integraban la pauta de la reforma constitucional en Brasil. La década de 1980 fue importante para el reconocimiento de las culturas y prácticas indígenas, que culminó con el capítulo sobre Derechos Indígenas en la Constitución Federal de 1988. En la década siguiente, acompañé el trabajo de la Comisión Intersectorial de Salud Indígena (CISI), así como de diferentes organizaciones no gubernamentales indígenas y no indígenas, en sus esfuerzos para crear el Subsistema de Salud Indígena.

En esta misma década, se fundó, en la UFSC, el Núcleo de Estudios sobre Salud y Saberes Indígenas (NESSI), compuesto por investigadores de las áreas de antropología y ciencias de la salud, con la misión de estudiar los aspectos sociales, culturales y políticos de la salud de los pueblos originarios. Este núcleo pro-

120 El Subsistema de Salud indígena organiza los servicios primarios solamente para las poblaciones que habitan las Tierras Indígenas, territorios jurídica y oficialmente reconocidos. Los que viven en áreas urbanas o fuera de las Tierras Indígenas no reciben servicios del subsistema.

duce investigaciones que tienden a concentrarse en comunidades del sur de Brasil (kaingang, xokleng y guaraní), pero no se limitan a estas. La misión del NESSI se vio fortalecida con la creación, en 2009, del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural (IBP)¹²¹, que busca —a través de la perspectiva antropológica y del uso de métodos cualitativos— contribuir con las políticas públicas y también con las comunidades que son objeto de tales políticas. El IBP es una red de académicos de varias universidades comprometidos con investigaciones que buscan ir más allá de la instrumentalización de la antropología con el fin de su aplicación en políticas públicas, buscando una mejor respuesta de tales políticas a las demandas y necesidades de las comunidades implicadas. Las investigaciones realizadas en el ámbito del IBP pretenden contribuir con la construcción de instrumentos teóricos y etnográficos que posibiliten transformaciones en la lógica misma de las políticas públicas (Maluf y Andrade, 2017). Fortalecidos por los recursos del IBP, mis colegas del NESSI y yo hemos realizado investigaciones etnográficas sobre chamanismo, cosmología, prácticas de salud, itinerarios terapéuticos, políticas públicas, Agentes Indígenas de Salud, diabetes, salud mental, consejos de salud, entre varios otros tópicos ligados tanto al tema de la salud indígena, en sentido amplio, como a las políticas de atención a la salud, en sentido estricto.

Hago esta introducción sobre mi experiencia y las investigaciones del NESSI para contextualizar las reflexiones que elaboraré en este artículo. Los temas de la participación política y de la articulación entre saberes serán explorados a través de los resultados de nuestras investigaciones sobre los consejos de salud, los Agentes Indígenas de Salud, el Programa de Medicina Tradicional del VI-GISUS y la gestión de las organizaciones indígenas en los servicios de salud. Participación y articulación son dimensiones interrelacionadas, particularmente si consideramos que los derechos de los indígenas no pueden ser separados de la garantía de su autonomía, tanto en la actuación política como en las prácticas de cuidados con la salud. Esta relación se torna aún más evidente en las políticas públicas que profesan ser “interculturales”, como es el caso de

121 Llamada Pública MCTI/CNPq/FAPS N° 16/2014 - Programa INCT.

las políticas de salud en varios países de América Latina, incluso Brasil. En un esfuerzo por examinar la cuestión de la autonomía, en relación a la participación de los pueblos indígenas brasileños en las políticas de salud y a la articulación de sus conocimientos con las prácticas de asistencia prestadas por los servicios de salud, parto del pensamiento del antropólogo chileno Felipe Hasen Narvaez sobre interculturalidad:

Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe, necesariamente, reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se puede negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganando espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales (Hasen Narvaez, 2012, p. 19).

Los derechos de los pueblos indígenas, incluyendo el reconocimiento de sus saberes y prácticas, fueron establecidos por el capítulo VIII de la Constitución Federal de Brasil, promulgada en 1988. Sin embargo, pasó más de una década antes de la creación del Subsistema de Salud Indígena con el propósito de implantar la “atención diferenciada” basada en los principios de acceso universal, control local y respeto a las prácticas culturales. En 2001, fue divulgada la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), documento que establece los principios de la versión brasileña de la interculturalidad:

[...] modelo de atención diferenciada, basado en la estrategia de Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, como forma de garantizar a los pueblos indígenas el derecho al acceso universal e integral a la salud, atendiendo *las necesidades percibidas por las comunidades e involucrando a la población indígena en todas las etapas del proceso de planificación, ejecución y evaluación de las acciones* (Brasil, 2002, p. 8).

Destaqué en cursivas esta última parte de la cita de la PNASPI, enfatizando que el subsistema sigue los principios del Sistema

Único de Salud (SUS). Hay, sin embargo, una diferencia importante: el Subsistema de Salud Indígena es gestionado directamente por un órgano federal, desde Brasilia, mientras que el SUS fue ideado para tener una gestión descentralizada y municipalizada. A pesar de tratarse de una demanda de los propios indígenas desde la 1ª Conferencia Nacional de Protección a la Salud Indígena, la centralización de la política de salud indígena ha demostrado ser problemática para los principios de participación y articulación, particularmente cuando se considera que Brasil cuenta con más de doscientos pueblos originarios, con culturas y lenguas diferentes y en estados diversos de interacción con la sociedad envolvente. La temática indígena en Brasil abarca un contexto pluricultural y altamente diverso. Es necesario hablar en plural, no solamente de “culturas”, sino, también, de “medicinas” —reconociendo la diversidad sociocultural y las transformaciones continuas por las que vienen pasando estos pueblos y sus conocimientos—. El contexto de la salud indígena en Brasil está constituido por una multiplicidad de grupos, culturas, saberes y prácticas específicas y no es posible hablar de una “medicina indígena” o de “medicina tradicional”¹²² en general.

Participación

Consejos de salud

La participación de los pueblos originarios fue institucionalizada a través de la creación de consejos locales y distritales de salud indígena, siendo esta una de las estrategias principales para contemplar su intervención en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones. Los consejos de salud fueron pensados como espacios para garantizar el protagonismo de los consejeros indígenas en tanto que representantes de sus comunidades. No obstante, las investigaciones han demostrado que el accionar de estas figuras

122 Aunque los indígenas son una proporción relativamente pequeña de la población brasileña total (entre el 0,02% y el 0,04%), su presencia es prominente en el imaginario social, así como en las políticas públicas basadas en la garantía constitucional al territorio, la salud y la cultura (Langdon y Garnelo 2017, p. 458).

se depara con varios problemas que comprometen su autonomía, tales como cuestiones de representatividad, conflicto de intereses, falta de capacitación, centralización de las decisiones y burocratización, entre otros (Langdon y Diehl, 2007; Toledo et al., 2013). Durante la participación en el IV Taller de Salud Indígena del III Congreso Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud (Florianópolis, 2005), un representante indígena de la CISI destacó que:

Actualmente el movimiento indígena reivindica DSEI autónomos; realización de capacitaciones, selección de los profesionales de la salud por parte de los consejeros; el control de los recursos repasados y de los incentivos hospitalarios; y que el Foro Permanente de Presidentes de Consejos Distritales sea responsable por la capacitación de los consejeros, con vistas a la autonomía del Control Social. El Control Social es la base de la participación indígena, pero hay una contradicción aparente entre la institucionalización del Control Social y su libertad de actuación, hecho que resulta en un menor poder de control indígena sobre la gestión de la salud. ¿Qué capacitación es ofrecida a los Consejeros Locales? ¿Con base en qué necesidades? ¿Cómo enseñar protagonismo, ya que el protagonismo es lucha política, y eso queda fuera de las capacitaciones? Actualmente se enseña a recurrir a la burocracia, pero no a cuestionarla. En cuanto el movimiento indígena no tome para sí la responsabilidad por la capacitación de los consejeros, no habrá Control Social (Langdon y Diehl, 2007, p. 30).

Quince años después de la reflexión de este líder indígena, no hay indicaciones de que la situación del control social se haya modificado (Vieira, 2019). El Foro Permanente de Presidentes de Consejos Distritales fue creado para fortalecer la participación indígena, pero no hay evidencias de que esta instancia haya ocupado un papel central en el control social, o de que los indígenas fueran capaces de actuar independientemente del Secretario Especial de Salud Indígena (Toledo et al., 2013). Las decisiones sobre administración, programas de salud y recursos continuaron siendo tomadas por administradores de Brasilia y, el año pasado, el Foro

fue extinguido. Sin embargo, un análisis crítico de las fallas del sistema de Consejos Indígenas de Salud necesita reconocer una consecuencia significativa, a pesar de todas las limitaciones en la participación social y del mantenimiento del control estatal en la asistencia a la salud. La participación de los indígenas, posibilitada por las conferencias nacionales y otros foros, ha contribuido con el fortalecimiento de su actuación y con el aprendizaje de nuevas capacidades políticas, así como con la emergencia de nuevos liderazgos y resistencias indígenas (Cornwall y Shankland, 2008; Hanna, Langdon, Vanclay, 2016; Teixeira et al., 2013). Como actores políticos, los indígenas están emergiendo, en Brasil, de una posición histórica de marginalidad y tutela hacia lugares de protagonismo y visibilidad.

Organizaciones indígenas como administradoras

Otra estrategia con vistas a la creación de espacios de autonomía y protagonismo fue la contratación de organizaciones indígenas para la gestión y ejecución de los servicios de atención primaria en las comunidades indígenas. Según Garnelo (2012, p. 46), veintiséis organizaciones indígenas firmaron convenios con la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) para ejecutar acciones de atención primaria en los DSEI. Los líderes fueron motivados a ejercer protagonismo y llevar adelante acciones concretas junto a sus bases políticas, buscando superar el estigma de la tutela y conseguir recursos políticos. No obstante, en 2004, las resoluciones 69/2004 y 70/2004 redefinieron el proceso de gestión, centralizando aún más en Brasilia el desarrollo de las acciones de salud dirigidas a los pueblos originarios y rompiendo los convenios vigentes con las organizaciones indígenas.

En Santa Catarina, acompañamos el trabajo de una ONG kaingang entre 2004 y 2008. Al mismo tiempo que la FUNASA rompía con las otras organizaciones indígenas del país, el mismo órgano estimuló la creación de esta ONG con el fin de constituirse en modelo dentro de la nueva política de gestión (Diehl y Langdon, 2015). Observamos las dificultades que esta organización enfrentó durante sus cuatro años de existencia. Aun cuando los lí-

deres indígenas deseaban autonomía para gestionar los servicios de salud, así como la oportunidad de crear otros proyectos relacionados a la situación de la Tierra Indígena, obtuvieron poco poder de decisión y se vieron obligados a seguir las prioridades establecidas en Brasilia. Con la centralización de las decisiones en la FUNASA, las interrupciones en el financiamiento y la falta de comunicación, esta ONG se halló imposibilitada de construir servicios eficaces y que respondan a las necesidades de las comunidades, hasta que el convenio fue terminado, en 2008. A partir de la creación de la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), en 2010, las ONG que establecieron convenios con el gobierno federal para ofrecer asistencia a la salud se redujeron a tres, ninguna de ellas indígena.

Articulación de saberes

Agentes Indígenas de Salud

Con relación al tema de la articulación, el documento que establece los principios de la PNASPI también reconoce “la eficacia de su medicina y el derecho de esos pueblos a su cultura” (Brasil, 2002, p. 13). Una de las estrategias citadas para poner en práctica estos principios es la “preparación de recursos humanos para actuar en contextos interculturales” (Brasil, 2002, p. 13; Diehl y Pelligrini, 2014). Tal vez, el esfuerzo principal para llevar adelante esta “preparación” haya sido la formación y capacitación de “Agentes Indígenas de Salud” (AIS) antes que de los demás profesionales de la salud:

La formación y capacitación de indígenas como agentes de salud es una estrategia que busca favorecer la apropiación por parte de los pueblos indígenas de conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental, no con la intención de efectuar una sustitución, sino de sumarlos al acervo de terapias y otras prácticas culturales propias, tradicionales o no (Brasil, 2002, p. 15).

La contratación de AIS ha sido una estrategia importante, no solo para la inclusión y participación de los indígenas en la prestación de servicios en Tierras Indígenas, sino también para abrir un

canal de articulación entre saberes. El AIS es visto como el eslabón entre el Equipo Multidisciplinar de Salud Indígena (EMSI) y la comunidad, así como entre los saberes biomédicos y los saberes indígenas. Junto a los payés, los AIS son tenidos como fundamentales para asegurar el sistema “tradicional”:

El AIS debe ser, al lado de líderes religiosos y payés, el personaje fundamental para incentivar y asegurar el rescate del sistema de cura tradicional de estas poblaciones y no apenas un multiplicador de informaciones e incentivador de la participación de las comunidades en nuestro sistema de asistencia a la salud (Brasil, 2004, p. 33).

Visando evaluar la autonomía de los AIS y su potencial para la atención diferenciada, el grupo del NESSI realizó investigaciones sobre el tema en los estados de Santa Catarina y Amazonas. En el caso de Santa Catarina (Langdon et al., 2006), notamos que las actividades delegadas a los AIS son amplias y poco precisas. Los AIS que habían sido entrenados por la Pastoral de la Infancia para realizar algunas prácticas de atención básica se quejaron de haber sido prohibidos de aplicar estos procedimientos, pues eran responsabilidad del auxiliar de enfermería. De la misma forma, el seguimiento del crecimiento de los niños fue retirado de sus responsabilidades, tornando la función del AIS restringida a la distribución de medicamentos y la transmisión de avisos relacionados a las acciones y servicios de salud, como comunicar el día de vacunación, de exámenes o de consultas especializadas. Esta limitación en sus funciones frecuentemente generó focos de tensión y frustración para los AIS. En ese contexto, la lógica de las visitas domiciliarias se enfrentó a la lógica social y política de las comunidades, provocando malentendidos y el incumplimiento del objetivo principal de las visitas. Si, por un lado, las redes sociales indígenas locales implican sociabilidad, parentesco y relaciones políticas, por otro lado, el cumplimiento de las funciones y tareas asignadas —como la visita a todas las casas de la comunidad— exige que el AIS opere independientemente de esos procesos sociopolíticos locales.

En 2014, realizamos una comparación entre nuestros hallazgos y los de otras investigaciones, en un esfuerzo por evaluar el

protagonismo y la iniciativa de los AIS en las EMSI (Langdon et al., 2014). Encontramos que la contratación de AIS ha aumentado significativamente¹²³, pero que el papel que cumplen es heterogéneo y dinámico, variando con el contexto social y geográfico, la formación escolar y el grado de contacto del grupo con la sociedad envolvente. En las comunidades más aisladas, como es el caso de los mundurukú, en el estado de Amazonas, los AIS tienen más autonomía para realizar cuidados primarios, incorporando sus prácticas indígenas cuando son adecuadas y sirviendo como intérpretes cuando un profesional de la EMSI está presente. Por el contrario, en el caso de las comunidades indígenas que mantienen contacto continuo con la sociedad envolvente, como las de Santa Catarina, las tareas delegadas a los AIS son limitadas y mal definidas, sirviendo más como mensajeros o asistentes sin reconocimiento profesional.

Sumado a la multiplicidad de contextos y actividades de los AIS en los diferentes locales, nuestra revisión de la bibliografía sobre el estado de la cuestión identificó ciertas tendencias generales, así como dificultades y avances en la institucionalización de los AIS como protagonistas con autonomía dentro de la EMSI. Dos problemas generales han sido la alta rotación de personal y la falta de formación y capacitación. Nuestro análisis indica que, cuando hubo cursos de capacitación, su orientación ha sido primariamente biomédica. Con base en la lógica jerárquica de los equipos médicos, también encontramos que en situaciones de presencia continua de otros profesionales más especializados, el papel de los AIS presenta ambigüedades, al igual que la relación que guardan con los otros miembros de la EMSI. Las investigaciones han demostrado que el Agente Indígena de Salud es miembro de un equipo jerarquizado según conocimientos y funciones y que los cuidados de atención primaria se delegan al auxiliar o técnico de enfermería, no al AIS.

En resumen, el papel de los AIS es reconocido y deseable como una estrategia para garantizar la participación en la ejecución de los servicios de salud en las Tierras Indígenas. No obstan-

123 Actualmente, hay aproximadamente 6000 AIS contratados en Brasil (Garnelo et al., 2019).

te, el potencial de este papel viene enfrentando varias dificultades. Algunas tratan de cuestiones burocráticas de contratación y falta de cursos de capacitación. Sin embargo, el mayor obstáculo para la plena realización de sus atribuciones es la lógica organizacional de los servicios biomédicos, que no solamente jerarquiza los profesionales de los equipos según su formación sino, también, los saberes mismos, impidiendo que los AIS asuman protagonismo en la articulación entre prácticas médicas.

Por otro lado, el aumento en el número de AIS y de Agentes Indígenas de Sanidad (AISAN) corresponde a una valorización importante de las oportunidades de empleo para los indígenas en sus comunidades¹²⁴. Investigaciones muestran una mayor participación política de los AIS en los consejos locales y distritales de salud. Adicionalmente, la contratación de AIS —aún con la rotación de personal e inestabilidad de los contratos— ha estimulado a varios a ellos a buscar cursos técnicos por propia iniciativa, a fin de avanzar en la jerarquía de los equipos médicos y obtener mayor estabilidad en la actuación profesional, a partir de la experiencia de ser miembros de la EMSI. Además de lo que apuntan las investigaciones específicas sobre AIS, otros estudios demuestran que hoy hay muchos más indígenas con formación superior trabajando en salud o en campos relacionados (Amaral et al., 2014). En el Alto Río Negro, antropólogos y médicos diseñaron un curso técnico de agentes comunitarios indígenas de salud con la idea de contribuir con la legitimación y reconocimiento de este papel frente a los profesionales de la EMSI, así como con la construcción de respuestas más adecuadas al desafío de la interculturalidad, mediante espacios más profesionales para los AIS en los equipos multidisciplinares (Garnelo et al., 2019). Sin embargo, como argumentan Ferreira y Pereira (2013), la descolonización del saber

124 Según la página web del Ministerio de Salud, en diciembre de 2018, 7051 AIS y AISAN estaban en actividad en los 34 DSEI, siendo 4656 AIS y 2395 AISAN. Ese año, también se inició un nuevo programa de capacitación para los AIS y AISAN con la participación de la Universidade Federal do Amazonas/UFAM, la Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP y la Universidade Federal da Grande Dourados. <https://www.saude.gov.br/noticias/sesai/44891-educacao-permanente-qualificacoes-de-saude-aos-indigenas>.

aún es un desafío para la educación indígena, en la tentativa de crear un diálogo verdadero entre los saberes y medicinas.

Articulación de las prácticas terapéuticas

La directriz de articulación de las prácticas terapéuticas nunca estuvo sujeta a una reflexión profunda por parte de los dirigentes del Subsistema de Salud Indígena, en el sentido de crear una orientación clara o cursos de capacitación para los miembros de las EMSI. A pesar de la importancia que la PNASPI da a la capacitación de los profesionales de salud para trabajar en situaciones interculturales, tal preparación nunca se hizo efectiva. Durante los primeros años de la implantación del subsistema, los esfuerzos del entonces Departamento de Salud Indígena (DESAI), en la FUNASA, se centraron en cuestiones organizacionales para la creación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), la contratación de gestores y expansión de las prestaciones. Frente a los esfuerzos para crear los DSEI y ampliar el acceso a los servicios de salud a todos los pueblos indígenas del país, el tema de la articulación de saberes quedó en segundo plano (comunicación personal con Ubiratan Pedroso Moreira, coordinador del Departamento de Salud Indígena, 2003; Garnelo et al., 2003).

En 2004, la Resolución 70/GM de 20/01 —que trata sobre las directrices de gestión de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena— reafirma que “la implantación de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas debe respetar las culturas y valores de cada etnia, así como integrar las acciones de la medicina tradicional con las prácticas de salud adoptadas por las comunidades indígenas” (Artículo 1, IX). La misma resolución delega a los DSEI la responsabilidad de “articular las prácticas de Salud Indígena con la medicina tradicional, respetando las características culturales indígenas” (Artículo 6, VIII). Quiero explorar aquí la incoherencia de los dos conceptos empleados para definir la relación entre saberes. Integrar y articular se refieren a estrategias con implicaciones culturales y políticas diferentes, considerando el hecho de que no hay equivalencia entre la salud en el campo de la biomedicina y las representaciones y prácticas de

salud tal como se constituyen en las culturas indígenas. El primer término, integrar, trae varios problemas oriundos de la hegemonía del saber biomédico. Además de jerarquizar los saberes, la ciencia médica se ve como responsable por la validación de las prácticas indígenas, eligiendo lo que es adecuado para ser integrado a la atención primaria. El segundo, articular, abre más posibilidades de autonomía para los indígenas, pero requiere una metodología adecuada para que los diferentes discursos y prácticas en salud puedan entrar en diálogo de manera horizontal.

Para explorar las contradicciones entre integrar y articular, es necesario examinar la complejidad de la circulación de nociones relativas a la medicina tradicional y los saberes tradicionales en el discurso de las políticas públicas. Incorporar las prácticas de los pueblos indígenas implica una instrumentalización o un uso técnico de saberes otros. Sin embargo, el campo de la salud entre los pueblos indígenas no es análogo a la biomedicina. La biomedicina es un conjunto de saberes basado en el estudio de procesos biológicos del cuerpo humano. Trátase de una epistemología con base materialista, de observaciones de procesos biológicos limitados a desarrollos o funciones corporales individuales. Como expresa Eduardo Menéndez (2003), la medicina es universalista y ahistórica, es decir, el contexto social o histórico no resulta relevante para el diagnóstico ni para la cura. El diagnóstico de las enfermedades se basa en síntomas corporales y la cura trata de su eliminación. Este no es el caso de las medicinas indígenas, en las que eventos exteriores al cuerpo pueden, en muchas ocasiones, contribuir para causar o curar las enfermedades.

A través de la experiencia de conocer el sistema chamánico de los indígenas siona de Colombia y la relación de sus rituales con el bienestar de la comunidad, se tornó claro que la identificación de la presencia, o no, de síntomas corporales como evidencia de enfermedad en individuos, como ocurre en el diagnóstico biomédico, limita bastante el campo de lo que es considerado relevante para la salud. Esta es solamente una entre las varias preocupaciones y actividades que componen el campo de la salud para los pueblos originarios. La salud indígena como un campo ontológico, ritual y terapéutico abarca preocupaciones y acciones que van más allá del cuerpo físico individual. Los cuidados con la salud entre estos

pueblos comprenden el mantenimiento del bienestar del cuerpo social y sus relaciones con el mundo humano y no humano. Son estas relaciones con la territorialidad, en su sentido más amplio, que garantizan la salud. En efecto, reflexionar sobre qué es la salud para un pueblo indígena remite a un campo semántico que se aproxima del concepto de buen vivir, que hoy está asociado a la descolonización del pensamiento y al reconocimiento de epistemologías plurales (Silva y Guedes, 2017).

Así, en los sistemas médicos indígenas o tradicionales, la salud está relacionada a cuestiones existenciales y colectivas que van mucho más allá de los síntomas corporales de los individuos y de la cura individual de enfermedades. Los saberes sobre salud representan diferencias entre epistemologías, en las maneras de reconocer el mundo y de transmitir ese conocimiento. Vale recordar que estos pueblos fueron, originalmente, sociedades orales y que en ellos el aprendizaje tiene una dimensión poética, relacionada al desarrollo de la memoria en las sociedades ágrafas. Allí, el aprendizaje se da a través de la performance, de la experiencia, de la participación y del hacer (Harris, 2005; 2007; Ingold, 2000).

Enfocando específicamente las prácticas de salud y su relación con la biomedicina, es necesario entender que las llamadas “medicinas tradicionales” son dinámicas. Están en continua transformación, particularmente en contextos de intermedicalidad (Greene, 1998), a través de la praxis, que expresa la relación dinámica entre los principios de entendimiento y acción. Las medicinas tradicionales no son vestigios estáticos del pasado que representan un conocimiento primordial, como piensan algunos profesionales de salud. Las prácticas de salud están en constante transformación y se apropian de elementos provenientes de otros sistemas presentes en las zonas de contacto entre las diferentes medicinas. Esta característica, dinámica e híbrida, de los sistemas médicos es ignorada en las percepciones de los profesionales sanitarios cuando procuran incorporar las prácticas indígenas a los servicios oficiales de salud. Integrar remite a la intención de instrumentalizar la medicina tradicional, no de articularla con otros saberes.

La instrumentalización de los saberes indígenas como técnicas análogas a las de la biomedicina forma parte de una visión que se aplica, también, a las representaciones que los profesionales de

salud tienen sobre los sanadores indígenas. Los papeles y funciones de estos especialistas son considerados equivalentes a los de los médicos, enfermeros y otros técnicos en salud. Esta homogeneización se expresa frecuentemente en la reducción de los especialistas indígenas a dos categorías —partera y payé—, tornando homogénea y estereotipada una gran variedad de actores que trabajan para mantener el bienestar de la comunidad y de los individuos. En el caso del payé, o chamán, muchos estudiosos han demostrado que tal papel es una invención de los antropólogos y que no es posible generalizar sobre este tipo de practicante sagrado (Langdon, 2013). Además, no siempre es posible identificar, o distinguir con claridad, las fronteras entre las prácticas de los diferentes actores que desempeñan diferentes papeles rituales en grupos específicos.

Este reduccionismo ignora, también, que los conocimientos y prácticas de salud no se restringen a los especialistas, como en el caso de nuestra biomedicina. Por ejemplo, la investigación sobre partos de Laura Pérez Gil (2007) entre las diecisiete etnias que viven en Acre mostró que cada grupo tiene sus especificidades y que no siempre hay un especialista para asistir el parto. Como en el caso de los siona y otros tucanos occidentales (Belaúnde, 2005), las mujeres de algunos pueblos de Acre dan a luz solas, en los campos o en la selva (Pérez Gil, 2007, p. 28). No existe una “partera tradicional”, pues se trata de un conocimiento que circula entre todas las mujeres. Raquel Dias-Scopel (2018), que estaba embarazada durante su investigación sobre los saberes y prácticas de las mujeres mundurukú, demuestra que estas son detentoras de profundos conocimientos y capacidades sobre el cuerpo de la madre y del bebé durante todo el período de gestación y posparto.

Estas prácticas, definidas como “prácticas de autoatención”, raramente son reconocidas o aceptadas por la medicina oficial. El concepto de “prácticas de autoatención” no equivale al término “autocuidado” utilizado por los profesionales de salud cuando orientan al paciente sobre lo que debe hacer. Las prácticas de autoatención ponen el foco en la autonomía de los usuarios para decidir y escoger entre los posibles modelos de tratamiento accesibles, no se refieren a la obediencia del paciente al seguir las indicaciones dadas por los profesionales de salud. El autocuidado trata de una evaluación moral del comportamiento del paciente,

mientras que la autoatención remite al conocimiento y experiencia que orienta sus decisiones sobre la elección de acciones terapéuticas. Se define como “las representaciones y prácticas que la población utiliza al nivel del sujeto y del grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2003). Estas tratan de un conjunto amplio de conocimientos y prácticas, incluyendo el uso de plantas y otras sustancias, manipulaciones corporales, dietas y restricciones alimentarias, así como rituales y oraciones sagradas. Son prácticas que forman parte de la vida cotidiana y que no son legitimadas por los profesionales de salud, al punto que la mayor parte de las veces no son siquiera percibidas o reconocidas.

Para resumir, la idea de “incorporar” las prácticas de la medicina tradicional levanta varios problemas de verticalidad entre la medicina oficial y las prácticas y conocimientos de los pueblos indígenas. La incorporación de estas prácticas representa un desplazamiento de su contexto original y de sus significados, para introducirse, en tanto que técnica, en otro contexto, implicando la homogeneización y pérdida de saberes, de significados y de otras prácticas asociadas. En el esfuerzo por tornar estas prácticas pasibles de ser integradas a los servicios de atención, la Organización Mundial de la Salud y la legislación brasileña demandan que la eficacia de estas sean validadas por la ciencia médica. Las prácticas tradicionales/indígenas no siguen los métodos y padrones de la ciencia occidental y las tentativas de incorporación siguen la lógica de la jerarquía de saberes, relegando los conocimientos y prácticas indígenas que no se conforman a una instrumentalidad comprobada. En este sentido, incorporación significa incorporación técnica, los saberes son despojados de sus significados como prácticas ligadas a un contexto sociocultural específico. Incorporar representa una práctica colonial y una continuación de la tutela de los pueblos originarios, es no reconocer los saberes y prácticas indígenas tal como preconizado por la Constitución Federal y la PNASPI.

La directriz de articular con las prácticas indígenas tendría mucho más potencial de dar lugar a servicios “interculturales”, pero para ello se requiere horizontalidad en las relaciones entre los profesionales de salud y los pueblos a los que sirven. Como observamos en el caso de los AIS, la articulación raramente se realiza cuando la presencia de los profesionales sanitarios es permanente en la comunidad, pues dejan poco espacio de autonomía a los indígenas. El problema no es la falta de capacitación técnica de los profesionales ni la falta de comprensión de la “cultura” del grupo con el que trabajan. Se trata, mucho más, de un cambio de perspectiva sobre el trabajo en situaciones multiculturales, del reconocimiento de los límites de la biomedicina y de la voluntad de ceder espacios de hegemonía. Para explorar las implicaciones de todo esto, quiero presentar lo que considero es una de las pocas experiencias institucionales apoyada por el subsistema para el desarrollo de un programa dirigido a la articulación de la biomedicina con las prácticas de las comunidades indígenas.

Entre 2004 y 2008, un programa de investigación innovador denominado Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI) fue implementado como parte del subcomponente II - Acciones Innovadoras en Salud Indígena, del Proyecto VIGISUS II (Ferreira, 2012, 2013a, 2013b). El programa fue desarrollado por la antropóloga Luciana Ferreira, que ya venía conduciendo una experiencia de investigación-acción con los guaraníes sobre el abuso de alcohol¹²⁵, articulada al sistema comunicativo tradicional del grupo. Con base en el diagnóstico participativo realizado junto a los líderes indígenas y sus preocupaciones sobre el abuso de alcohol (Ferreira, 2004; 2017), se organizó un circuito de reuniones con los *xondaro marãngatu* o “guardianes del espíritu” en las comunidades guaraníes de Rio Grande do Sul. Es decir, la metodología de las reuniones se aprovechó del sistema tradicional de orientación

125 Las actividades de investigación fueron realizadas en conjunto con líderes guaraníes, la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y el Centro de Intervención e Investigación en Salud Indígena (CIPSI, por sus siglas en portugués), siendo financiadas por el Proyecto VIGI-SUS - Ministerio de la Salud y acompañadas por el Ministerio Público Federal/Procuraduría de la República.

por medio del discurso de los xondaro marángatu. Estos anunciaban las “buenas palabras”, llevando a las comunidades las preocupaciones y el mensaje de los líderes sobre los problemas causados por el abuso de bebidas alcohólicas.

A partir de esta experiencia con los guaraníes y del compromiso con una metodología participativa, el programa AMTI fue creado para desarrollar estrategias de articulación entre sistemas médicos indígenas y el sistema oficial de salud, de acuerdo con los principios de la PNASPI (Ferreira y Osório, 2007). Sus objetivos, además, incluían: contribuir a la valorización, fortalecimiento, mantenimiento y actualización de los saberes y prácticas tradicionales de cuidado con la salud; producir recursos para la construcción de políticas públicas de salud indígena y colaborar con la consolidación del derecho indígena a la atención diferenciada en salud.

En el marco de este programa, fueron organizados ocho proyectos de investigación-acción en tres ejes temáticos: sistemas de atención al parto y atención a la salud materno-infantil, plantas medicinales y remedios tradicionales y chamanismo e intermediariedad. Visando la creación de estrategias para el mantenimiento, actualización y fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales, las investigaciones se transformaron en acciones de intervención. Investigadores indígenas participaron de las actividades junto con antropólogos. Organizaciones indígenas, payés, especialistas tradicionales en salud y AIS fueron incluidos en las decisiones sobre los temas a ser tratados en las investigaciones y en las asambleas para desarrollar las acciones. Otro aspecto innovador del programa —considerando que se trataba de un proyecto gubernamental— fue la realización de dos reuniones de seguimiento y evaluación, siendo que los resultados de la primera fueron publicados posteriormente (Ferreira y Osório, 2007). Reconociendo las diversidades culturales, sociales y económicas de los grupos, así como la diversidad de sistemas médicos, el programa estaba enfocado en la articulación con los deseos específicos expresados por las comunidades y su participación en el desarrollo de las acciones.

El progreso de los proyectos no siempre sucedió sin conflictos y posturas divergentes. Sin duda, pueden ser pensados como

zonas de contacto: fueron lugares mixtos, de negociación entre varias voces y poderes. Los resultados no buscaron diseñar un programa nacional único sobre medicina tradicional a ser implantado en todos los DSEI, pero fueron altamente exitosos al apuntar un camino metodológico basado en la participación, el diálogo y la horizontalidad para lograr la articulación entre los servicios de salud y los conocimientos de las comunidades. En 2008, el programa fue finalizado y, si bien entiendo, la metodología participativa —base de esta experiencia orientada a la articulación con y el fortalecimiento de las prácticas tradicionales— no fue adoptada por la Fundación Nacional de Salud ni, después, por la Secretaría Especial de Salud Indígena. Las relaciones y decisiones en el Subsistema de Salud Indígena continúan caracterizadas por la centralización administrativa y la hegemonía médica.

Reflexiones finales

El logro de una articulación auténtica entre los saberes tradicionales y los servicios de salud, según las directivas de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, no presenta solución simple. Lo que las investigaciones vienen mostrando, en general, y los trabajos del NESSI, en particular, es que la expansión de los servicios de la biomedicina a los pueblos indígenas constituye una continuación de la tutela indígena en el campo de la salud. Los profesionales sanitarios continúan careciendo de la orientación necesaria para reflexionar sobre estrategias de trabajo caracterizadas por la horizontalidad y el diálogo, en lugar de la asimetría y el monólogo médico. El desarrollo de programas de salud y el ejercicio de la práctica médica en equipos multidisciplinares operan según la lógica de la jerarquía de la biomedicina, sin espacio para la participación indígena. A pesar de la importancia de su presencia en las EMSI, el potencial del papel de los AIS queda reducido a ocupar la posición más baja en la jerarquía del equipo, por falta de reconocimiento de su competencia profesional y por la limitación de sus responsabilidades. Algunas investigaciones demuestran que, aun cuando los AIS cuentan con soluciones innovadoras para la inclusión de prácticas tradicionales, sus ideas no son escuchadas (Pontes et al., 2014). Las relaciones de los profe-

sionales con los pacientes también son asimétricas y las directivas e instrucciones que se les dan no tienen en cuenta sus contextos y modos de vida, sino que buscan modificar su comportamiento. Las investigaciones demuestran que las recomendaciones médicas imponen un orden moral a los indígenas, al juzgar sus fallas al “cuidarse” y adherir a las recomendaciones médicas. Es frecuente escuchar opiniones de que sus prácticas de autoatención están equivocadas o se basan en la ignorancia y la superstición. La hegemonía de las prácticas y conocimientos biomédicos se perpetúa sin que haya un reconocimiento pleno de los conocimientos y la autonomía de los indígenas.

Creo que existen profesionales dedicados, comprometidos y con voluntad de trabajar con los pueblos indígenas según las directrices de la PNASPI. No obstante, la SESAI, en el Ministerio de la Salud, en Brasilia, viene fallando al no estimular una reflexión verdadera sobre las estrategias metodológicas adecuadas para trabajar en contextos interculturales. La solución no debe estar orientada a desarrollar programas de capacitación de procedimientos o técnicas médicas, sino a promover la conciencia sobre las limitaciones de la actuación médica y reflexionar sobre la relación estrecha que existe entre articulación y participación en contextos interculturales. Es necesario enseñarle a los profesionales de salud estrategias metodológicas para trabajar con relaciones horizontales y dialógicas, para promover la salud y la calidad de vida de estas poblaciones que, históricamente, han sido dominadas, marginalizadas y tuteladas. Es necesario capacitarlos en metodologías participativas que posibiliten la quiebra con la hegemonía médica para crear espacios de encuentro entre culturas dinámicas, con negociación y coexistencia de tradiciones diferentes. Como lo puso en evidencia la experiencia del Área de Medicina Tradicional Indígena, este tipo de capacitación no se fundamenta en la medicina, sino que está dirigido a la formación de estrategias participativas inspiradas en la metodología antropológica, a fin de convertir las zonas de intermedicalidad marcadas por conflictos y jerarquías (Follér, 2004) en encuentros interculturales caracterizados por la horizontalidad¹²⁶.

126 Ver Piñones et al. (2017) para un análisis similar de la Política de Salud de Pueblos Indígenas chilena, que también subraya el problema de la

Solo así las acciones en salud podrán propiciar el establecimiento de relaciones de cooperación y de corresponsabilidad entre los servicios de salud y los pueblos indígenas, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que se les presta y liberándolos de los vínculos de tutela.

Bibliografía

Amaral, W.R. do; Rodrigues, M.A.; Bilar, J.A.B. 2014. Os circuitos de trabalho indígena: Possibilidades e Desafios para Acadêmicos e Profissionais Kaingang na Gestão das Políticas Públicas. Dossiê – Estudos sobre as Sociedades Jê (Kaingang e Xokleng) no Sul do Brasil. *Mediações* 19(2), pp. 129-145.

Belaúnde; L.E. 2005. El Recuerdo de la Luna: Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos. Lima, Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales/UNMSM.

Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. 2004. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Renato Minoru Yamamoto (organizador). - Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Cornwall, A.; Shankland, A. 2008. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Social Science and Medicine*. 66 (2008), pp. 2173-2184.

Dias-Scopel, R.P. 2018. A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Diehl, E.E.; Langdon, E.J. 2015. Transformações na Atenção

horizontalidad en las relaciones entre los profesionales de la salud y los pueblos indígenas.

á Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. *Revista Universitas Humanística*. 80: 213-236. Doi. 10.11144/Javeriana.UH80.tasi

Diehl, E.E.; Pelligrini, M.A. 2014. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública* 30, pp. 367-874.

Fernández Juárez, G., ed. 2006. *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala.

Ferreira, L. O. 2004. As “boas palavras” dos Xondaro Mará-gatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani – RS. *Tellus*. 4(7, Part 2), pp. 121-136.

Ferreira, L. O. 2012. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/FUNASA. *Saúde e Sociedade*, 21, pp. 265-277.

Ferreira, L.O. 2013a. A Emergência da Medicina tradicional Indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 20(1), pp. 2002-2019.

Ferreira, L.O. 2013b. *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

Ferreira, L.O. 2017. Relações de substância e consumo de álcool entre os Mbyá-Guarani. *Ilha*. *Revista de Antropologia*, 19, pp. 137-162,

Ferreira, L.O.; Osório, P.S. (org.). 2007. *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento*. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Ferreira, L. O.; Pereira, M. F. 2013. Interculturalidad y Formación Superior en Salud Indígena: aportes para un proyecto político pedagógico emancipatorio. ISEES Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior, 13, pp. 109-125.

Follér, M-L. 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. (Langdon, E.J.; Garnelo L., orgs.). Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA. Pp. 129-148.

Garnelo, L. 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In Saúde Indígena: uma introdução ao tema. (Garnelo, L.; Pontes, A.L., org.). Brasil, Ministério da educação. Pp. 1-59

Garnelo, L.; Macedo, G.; Brandão, L.C. 2003. Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde.

Garnelo, L.; Pontes, A.L.; Sampaio, S. de S. 2019. Atenção Diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Greene, S. 1998. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 25(4), pp. 634-658

Hanna, P.; Langdon, E.J.; Vanclay, F. 2016. Indigenous Rights, Performativity and Protest. *Land Use Policy*. 50, pp. 490-506.

Harris, M. 2005. Riding a Wave: embodied Skills and Colonial History on the Amazon Floodplain. *Ethnos*, 70(2), pp. 197-219.

Harris, M. (org). 2007. *Ways of Knowing: New Approaches in the Anthropology of Experience and Learning*. New York,

Oxford.

Hasen Narvaez, F.N. 2012. Interculturalidad en Salud: Competencias en Prácticas de Salud con Población Indígena. *Ciencia y Enfermería* XVIII 3, pp. 17-24. 2012.

Ingold, T., 2000. *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London, Routledge.

Langdon, E.J. 2013. New Perspectives of Shamanism in Brazil: Shamanisms and Neo-Shamanisms as Dialogical Categories. *Civilizations: Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines* 61(2), pp. 19-35.

Langdon, E.J., Cardoso, M.D. 2015. *Saúde indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora EDUFSC/IBP.

Langdon, E.J., Diehl, E.E. 2007. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: Reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*. 16(2), pp. 19-36

Langdon, E.J., Diehl, E.E.; Dias-Scopel R.P. 2014. O papel e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros In: *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas* (Teixeira, C.; Garnelo L., orgs.). Rio de Janeiro, FIOCRUZ. Pp. 213-240.

Langdon, E.J.; Diehl, E.E.; Wiik, F.B.; Dias-Scopel, R.P. 2006. A Participação dos agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde: A Experiência em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul). *Cadernos de Saúde Pública*. 22(12), pp. 2637-2646.

Langdon, E.J.; Garnelo, L. 2017 *Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidade em Brasil*. *Salud Colectiva* 13(3), pp. 457-470.

Maluf, S.W.; Andrade, A.P.M. de. 2017. *Entre políticas pú-*

blicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saude e Sociedade* 26(1), pp. 171-182.

Menéndez, E.L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207.

Pérez Gil, L. 2007. Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais Indígenas e o Sistema Oficial de Saúde no Alto Juruá. In: *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento* (Ferreira, L.O.; Osório, P.S. (org.)). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Pp. 23-36.

Piñones Rivera, C.; Mansilla Agüero, M.; Arancibia Campos, R. 2017. El imaginário de la horizontalidade como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas em el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade* 26(3), pp. 751-763.

Pontes, AL, Garnelo, L, Rego, S. 2014. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Revista de Bioético*, 22 (2), pp. 337-46.

Ramírez Hita, S. 2011. Salud intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT, 2011.

Silva, K.P. da; Guedes, A.L. 2017. Buen Vivir Andino: Resistência e/ou alternativa ao modelo hegemônico de desenvolvimento. *Cadernos EBAPE* 14(3), pp. 691-693.

Teixeira, C.C.; Simas, D. de H.; Costa, N.M.A. de. 2013. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 7(4). Pp. 97-115.

Toledo, M.B.; Shankland, A.; Barbin Jr., H.; 2013. Olhar das representações indígenas sobre a sua saúde e a interface com o

subsistema de saúde indígena. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva.7(4), pp. 117-130

Vieira, N.B.S. 2019. Tem que ser do nosso jeito? Participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. São Paulo: Doutorado em Saúde Pública, USP.

9 – Atención diferenciada en el encuentro entre enfermos crónicos xerente y los profesionales de la salud¹²⁷

*Ariel Ferreira*¹²⁸

Traducción: *Juana Valentina Nieto Moreno*

Introducción

En los últimos años, los pueblos indígenas brasileños han pasado por una transición epidemiológica (Coimbra Jr., Flowers, Salzano y Santos, 2004). Los esfuerzos para construir marcos epidemiológicos y nutricionales más amplios de esta población muestran que, a pesar de un aumento en las tasas de fertilidad y de un crecimiento sustancial de la población en las últimas décadas (Brasil, 2010), resultado en parte de un mejor acceso a los servicios básicos de salud, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las principales causas de muerte. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otros segmentos de la sociedad nacional, en las poblaciones indígenas esta configuración está asociada a la creciente incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Brasil, 2002; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Coimbra Jr. et al., 2005; Coimbra Jr. 2014; Leite et al., 2007; CIMI, 2017).

La primera encuesta nacional sobre salud y nutrición de los pueblos indígenas (2009) buscó recoger datos más consistentes sobre este grupo de población. Lidió con una disponibilidad limi-

127 Trabajo presentado en el 32º Encuentro Brasileiro de Antropología (RBA), realizado entre el 30 de octubre y el 06 de noviembre de 2020. Versión ampliada del artículo “Atenção diferenciada em saúde indígena: das garantias legais ao encontro entre doentes crônicos Xerente e profissionais de saúde” (2020).

128 Estudiante de doctorado en antropología social de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC).

tada y superficial de datos cuantitativos sobre las condiciones de salud, nutrición, alimentación y demografía de los pueblos indígenas brasileños. Los trabajos disponibles, centrados temáticamente en algunos grupos, mostraron lo complejo y no homogéneo de este escenario.

Mientras que en algunas regiones del país y grupos étnicos indígenas es posible encontrar numerosos casos de desnutrición y anemia, en otras hay una rápida aparición de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus. La actual Política Nacional de Atención a la Salud Indígena (PNASPI) ha buscado mejores resultados ante el reto de atender las necesidades de una población cada vez más numerosa e históricamente desasistida por el Estado. A diferencia de otras políticas de salud pública del país, esta busca tener en cuenta la sociodiversidad característica de las poblaciones indígenas del país, articulando la atención biomédica con las concepciones propias de los indígenas sobre la salud y la enfermedad.

El punto de partida en este trabajo es la obligación formal del Estado en ofrecer, de forma integral, un cuidado en salud a las poblaciones indígenas brasileñas. Abordaré las garantías legales de la atención en salud diferenciada, que respetan la diversidad étnica y las especificidades de las poblaciones indígenas brasileñas, pero también de los contextos de aplicación de esta política.

En primer lugar, mi objetivo es mostrar cómo, en la práctica, esta política choca con la tendencia del modelo médico hegemónico a marginar otras concepciones de la salud y la enfermedad, utilizando para este estudio los aportes de Michel Foucault sobre la biopolítica, analizando la medicina como una forma de control y disciplina de las poblaciones. A continuación, abordaremos las particularidades de este modelo en el contexto poscolonial, utilizando las reflexiones de Pacheco de Oliveira, Eduardo Menéndez y el concepto de interculturalidad crítica de Catherine Walsh.

Mi reflexión principal es sobre la potencia que el “cuidado diferenciado” tiene para motivar nuestra investigación hacia las producciones que los diversos sujetos involucrados en la atención a la salud indígena hacen de sí, tanto en las reproducciones de la violencia y las desigualdades del modelo biomédico de atención, como en las formas particulares de resistir y de construir otras for-

mas de cuidado. Para ello, utilizo relatos de interlocutores xerente sobre su encuentro con profesionales de la salud.

A lo anterior se suman las luchas y negociaciones del movimiento indígena por sus derechos sociales. A pesar de las críticas al actual subsistema de salud, considero que, en un momento en que las poblaciones indígenas tienen amenazados sus derechos más fundamentales, como la gestión y el acceso al territorio, es imprescindible investigar este asunto desde la perspectiva teórica y metodológica de la agencia de estas poblaciones. Reconociendo que el subsistema de salud indígena es un avance importante, producto de décadas de negociación entre las poblaciones indígenas y la sociedad nacional.

Conflictos en la aplicación de la atención diferenciada: biopoder e interculturalidad

La Constitución Federal brasileña de 1988 es el primer recurso de garantía de una atención diferenciada para las poblaciones indígenas. En el primer párrafo del artículo 231 se defiende el respeto a la organización social, las costumbres, las lenguas, las creencias, las tradiciones y los territorios ocupados por los pueblos indígenas de Brasil.

Fruto de un gran movimiento social, la Constitución también aseguró la atención a la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas. En cuanto a la salud como derecho, es el resultado directo de la articulación de los profesionales de la salud, los intelectuales y el movimiento indígena. Un hito de esta reunión fue la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986 y la 1ª Conferencia Nacional sobre la Protección de la Salud de los Indígenas. Fue en ese momento cuando se empezaron a plantear los lineamientos de un sistema de salud unificado y la necesidad de un subsistema de salud indígena.

Sin embargo, la acción más consistente hacia un sistema de salud preocupado por la atención especial a los grupos indígenas solo se produjo en 1991, cuando bajo la presión del movimiento indígena —tras la interrupción de actividades como la vacunación

por parte de la FUNAI y sus equipos móviles—, la responsabilidad de la coordinación de las acciones de salud para las poblaciones indígenas pasó al Ministerio de Salud y poco después a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA). Ese mismo año se creó la primera propuesta de distrito sanitario especial indígena (DSEI) en tierra yanomami, en respuesta a la presión de los indígenas y de las organizaciones internacionales ante la violencia resultante de la invasión masiva del territorio yanomami por parte de mineros.

En 1993, se realizó la II Conferencia Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. El foco fue la defensa del modelo de distritos especiales de salud indígena (DSEI). Bajo la responsabilidad de FUNASA en la gestión de los recursos financieros y la contratación de personal, los DSEI estarían vinculados directamente al Ministerio de Salud y administrados por Consejos de Salud con participación indígena.

También se definió que, en el ámbito del gobierno federal, habría un organismo responsable de la salud indígena en el país, en un momento en que el movimiento indígena exigía una secretaría especial para la salud indígena. De ese modo, se crearon los distritos de Roraima Oriental y Xingu. Una de sus prioridades fue la incorporación de Agentes de Salud Indígena (AIS) como forma de garantizar, aunque sea mínimamente, la autogestión de la salud por parte de esta población.

En 1999, la ley 9836 añadió disposiciones a la ley 8080, que trataba de las obligaciones del Estado brasileño de promover, proteger, recuperar y organizar el funcionamiento de los servicios de salud para sus ciudadanos. Esta ley creó los subsistemas de salud en su configuración actual de los DSEI, responsables por la atención primaria en salud para las poblaciones indígenas. También en 1999, el decreto 3156 reguló la atención a la salud indígena, atribuyendo a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) la responsabilidad de la gestión y ejecución de esta política pública.

Además de garantizar políticas adecuadas al perfil epidemiológico de esas poblaciones, la ley 9836 se comprometió con las especificidades culturales de los diversos pueblos indígenas. El capítulo V, artículo 19-F, explica que el SUS, en su articulación con el subsistema de salud indígena debe:

[...] tomar obligatoriamente en consideración la realidad local y las especificidades de la cultura de los pueblos indígenas y el modelo a ser adoptado para la atención de la salud indígena, que debe ser guiado por un enfoque diferenciado y global, contemplando los aspectos de la atención de la salud, el saneamiento básico, la nutrición, la vivienda, el medio ambiente, la demarcación de la tierra, la educación en salud y la integración institucional. (Brasil, ley 9836, 1999).

Finalmente, en 2002, con el objetivo de unificar y compatibilizar las directrices, las responsabilidades institucionales y la financiación de políticas específicas para las poblaciones indígenas brasileñas, la Fundación Nacional de Salud lanzó la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI). Destaco en ella la formalización de la necesidad de articular los sistemas de salud tradicionales indígenas con el sistema biomédico como elemento fundamental para mejorar el estado de salud de esta población. Según la política:

[...] la mejora del estado de salud de los pueblos indígenas no se produce mediante la simple transferencia de conocimientos y tecnologías de la biomedicina, considerándolos como receptores pasivos, desprovistos de conocimientos y prácticas vinculadas al proceso salud-enfermedad. El reconocimiento de la diversidad social y cultural de los pueblos indígenas, la consideración y el respeto de sus sistemas tradicionales de salud son esenciales para la implementación de acciones y proyectos de salud y para la elaboración de propuestas de prevención/promoción y educación en salud, adecuadas al contexto local (Brasil, 2002).

En el 2010, el gobierno creó la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), que sustituyó a la FUNASA en la gestión de la atención a la salud de las poblaciones indígenas mediante el decreto n° 7336/2010. Inicialmente, hubo una gestión compartida entre SESAI y FUNASA, una situación que debería haber sido temporal pero que se mantuvo durante tres años (Cardoso; Santos; Garnelo; Coimbra Jr.; Chaves, 2012).

Contemporáneamente, la SESAI es responsable de la gestión de las políticas de evaluación de la salud indígena, de la administración de los recursos y de los contratos, de la ejecución de los proyectos de saneamiento básico, de la oferta de atención primaria a las poblaciones indígenas por medio de la estructura de atención a la salud centrada en las treinta y cuatro DSEI, en las casas de salud indígena (CASAI), en los polos de atención básica y en las unidades básicas de salud indígena, además de ofrecer el transporte y la remisión de los casos más complejos hacia las unidades de referencia vinculadas al Sistema Único de Salud (SUS).

El problema clave para reflexionar aquí es que, a pesar del discurso institucional que exalta el principio de la atención diferenciada, en los distritos sanitarios especiales indígenas prevalece el sistema de salud biomédico que margina a los sistemas de salud indígenas y a las concepciones particulares del cuerpo de estas poblaciones (Langdon, Diehl, Wiik, Dias-Scopel, 2006).

Un camino para investigar este “fenómeno” es el de la construcción de estos cuerpos y sujetos por los discursos oficiales y por el modelo biomédico hegemónico, utilizando la literatura de Michel Foucault. En *O nascimento da clínica* (2011), el autor presenta el desarrollo de una tecnología del cuerpo vinculada a la producción del conocimiento y, más concretamente, a la producción de un conocimiento legítimo, sobre el cuerpo del individuo, reconocido por el Estado, todavía en una anatomo-política del cuerpo humano.

En su ejemplo, el desarrollo de la clínica médica en Francia debe gran parte de sus características contemporáneas, como “la modestia de su atención y el cuidado con el que permite que las cosas se presenten silenciosamente a la vista sin molestarlas” (2011, p. XVIII), no solo a la reorganización en profundidad del conocimiento médico, sino también a la transformación y adopción de discursos específicos sobre el cuerpo y la enfermedad.

En el texto “Clase del 17 de marzo de 1976”, inscrita en la obra *Defender la sociedad* (2000), Foucault aborda cómo a lo largo de los siglos el poder del soberano de “dejar vivir” y “hacer morir” se convierte, en el moderno Estado liberal burgués, en el poder de utilizar un referencial de conocimiento biológico para “dejar

morir” y “hacer vivir”. Sin embargo, Foucault señala que a partir del siglo XVIII aparece un importante añadido en los dispositivos, técnicas y tecnologías del poder. Aparece otro nivel de técnica de poder, centrado en otro “objeto”. Su interés no está en la producción adecuada del cuerpo individual, de la disciplina, del trabajo especializado, entrenado, dócil y productivo, sino al conjunto de individuos, dirigido a una población:

[...] la nueva tecnología introducida está destinada a la multiplicidad de los hombres, pero no en cuanto se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera (Foucault, 2000, p. 220).

La enfermedad no aparece en este contexto como una preocupación de los individuos, sino como un fenómeno poblacional. El biopoder, esta reunión de técnicas de control de la población, es la base de la ciencia epidemiológica. En la población, el conocimiento basado en la biomedicina se preocupa por la higiene pública, la coordinación de los tratamientos médicos, la normalización de los saberes en las instituciones. Se trata de la emergencia de una “biopolítica” de la especie humana, superpuesta a las tecnologías disciplinarias. Las poblaciones se convierten al mismo tiempo en un problema científico y de poder, biológico y político.

Según Foucault, para entender el racismo en la modernidad es necesario asociarlo al biopoder, a las tecnologías disciplinarias de los individuos y a las regulaciones de las poblaciones asociadas a los regímenes de producción de sujetos. Él emerge con la función de asegurar el antiguo derecho del soberano, ahora el Estado, sobre el derecho de vivir o de excluir para la muerte. Él justifica “el corte entre lo que debe vivir y lo que debe morir”, de afirmar biológicamente la superioridad de unos grupos sobre otros. En la economía del biopoder, el racismo asegura la función de la muerte “de acuerdo con el principio de que la muerte de los otros significa el fortalecimiento biológico de uno mismo en tanto miembro de una raza o una población, en tanto elemento en una pluralidad unitaria y viviente” (Foucault, 2000, p. 233).

Carolyn Smith-Morris (2006), en su trabajo con los pima, un grupo indígena de Estados Unidos, muestra cómo, a lo largo de los años, la construcción de series de datos epidemiológicos y diagnósticos médicos ha afectado sustancialmente a la identidad de esta población.

Esta autora explica que, tras los primeros estudios sobre la diabetes en el grupo, en los años sesenta, los pimas fueron progresivamente asociados, tanto por la academia como por los medios de comunicación, especialmente los sensacionalistas, con una “crisis de la diabetes”. La caracterización de la prevalencia de la diabetes como una epidemia, unida a la hipótesis de la susceptibilidad genética, marcó negativamente a esta población. Empezaron a llamar más la atención por la enfermedad que por la ocupación milenaria del territorio o su desarrollada agricultura. El grupo fue reducido a una interpretación biomédica de la enfermedad.

Una consecuencia directa de esta asociación fue la responsabilización de la cultura pima por las enfermedades crónicas, en particular la diabetes, la obesidad y la hipertensión. Una moralidad que produjo tanto una profunda irritación, por parte de los hombres y mujeres pima, ante los temas que apelaban a este vínculo, por ejemplo, las nuevas investigaciones y proyectos científicos sobre el tema, como una identificación fatalista de la diabetes, por parte de las mujeres pima, como un destino ineludible para todo el grupo. El diagnóstico de una enfermedad que debería discutirse en las alteraciones ambientales, territoriales y sociales, en las disputas políticas entre grupos hegemónicos y subalternos, ha pasado a habitar la producción que muchos pima hacen de sí mismos.

Por supuesto, mi objetivo no es ignorar los aportes de los diagnósticos médicos y los datos epidemiológicos para esta población. Pero sí llamar la atención sobre sus impactos en los sujetos, sobre todo cuando estos están vinculados a un tipo de conocimiento también moral y sesgado. Según Taussig (1986), la clínica médica “cosifica” los síntomas y signos de la enfermedad al separarlos de las relaciones sociales, de las trayectorias y subjetividades de las personas. Lo hace cuando ignora las particularidades históricas, las desigualdades económicas y sociales, el acceso desproporcionado

a las políticas públicas y, sobre todo, la participación desigual en su construcción.

El trabajo de Eduardo Menéndez (1994) se preocupa en mostrar cómo el conocimiento de base biomédica margina las concepciones y narrativas indígenas sobre el cuerpo y la enfermedad. Reconocido y legitimado como una verdad por el Estado, el modelo médico hegemónico (MMH) empuja a otros tipos de modelos de atención de salud a la subordinación. Incluso, en ocasiones, los “exorciza”, captando algunos de sus elementos, generalmente bajo el tamiz de la técnica, la sustancia y bajo controles y regulaciones extremas. Al ser incapaz de convivir con la riqueza de los itinerarios terapéuticos, esos complejos y múltiples caminos y especialistas a los que los afectados acuden cuando no se sienten bien, el modelo médico hegemónico saca de sus contextos locales a las terapias y a los especialistas en curar las enfermedades, sometiéndolos a su régimen de trabajo, monetarización y jerarquía colonial.

En la misma dirección, Pereira y Almeida (2005) discuten la experiencia de padecimiento de los pacientes en su relación con los médicos y curanderos, evidenciando el malestar y la violencia hacia los cuerpos y discursos, resultantes de un enfoque exclusivamente biomédico. Cuando las personas son cohibidas, no suelen compartir sus experiencias sobre la salud y la enfermedad. De ahí que los profesionales de la salud se priven “de conocer una parte importante de significación cultural y existencial de la población, así como de una dimensión de resistencia y crítica a la medicina hegemónica” (Pereira y Almeida, 2005, p. 94). Los autores señalan que el proyecto moderno negó la alteridad para promover un proyecto único de humanidad para todos los pueblos y grupos. Superarlo implica entender la noción de salud más allá de la ausencia de enfermedad y de la dimensión orgánica.

Lejos de una perspectiva que pretenda adaptar las diferentes poblaciones al modelo médico hegemónico, los autores critican fuertemente la exclusividad del enfoque organicista y fisiológico de la enfermedad, que excluye las experiencias singulares de dolor que pasan por variables como las situaciones sociales de riesgo, los procesos de eliminación de las diferencias, la dificultad de acceso a los servicios públicos, etc. Estas estrategias hegemónicas no serían capaces de responder a las cuestiones éticas y políticas planteadas

por los grupos en los márgenes; por el contrario, harían más drásticas las desigualdades y distancias económicas y sociales a través del acceso desigual a los recursos tecnológicos médicos y de la exclusión de las experiencias particulares, no hegemónicas de salud y enfermedad.

Trabajos contemporáneos de investigadores brasileños se han centrado en presentar críticamente datos epidemiológico, así como en pensar las prácticas sanitarias de las poblaciones indígenas como resultado de procesos socio-históricos y no solo de procesos biológicos. Una aproximación entre la antropología y las ciencias de la salud surgió de campos de estudio como la salud colectiva y las asociaciones científicas, críticas con los límites de las disciplinas y favorables a las agendas de aproximación entre científicos, profesionales de la salud y sujetos de investigación.

En esta tradición, el estudio de Coimbra Jr., Flowers, Salzano y Santos (2004), sobre enfermedades crónicas no contagiosas en las aldeas xavantes, buscó conciliar los análisis bioantropológicos, ecológicos y demográficos con la intensificación del contacto indígena con la sociedad nacional a partir del siglo XX.

Motivados por la progresiva inclusión de los xavante en el sistema de salud ofrecido por el Estado brasileño, especialmente después de la creación, en la década de 1990, de los Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena (DSEI's), de la transmisión de la responsabilidad de la gestión y ejecución de esta política a FUNASA (Fundación Nacional de Salud) y de mayores garantías legales para la atención diferenciada, buscaron construir un modelo de transición que se preocupara por el largo proceso histórico de interacción entre los sistemas locales y los amplios procesos sociales, económicos e instituciones políticas.

De este modo, se analizan tanto las enfermedades crónicas como las infecciosas y parasitarias como resultado de las tensiones y agenciamientos de los xavante frente a los grandes proyectos de desarrollo como las represas hidroeléctricas, la expansión de la industria agropecuaria, los proyectos de desarrollo, las luchas por la defensa de los territorios y las configuraciones específicas de las situaciones y contextos locales, expresadas en las diferentes

incidencias de las enfermedades crónicas en las distintas aldeas y localidades del mismo grupo.

La publicación de João Pacheco de Oliveira, *O nascimento do Brasil* (2016), así como toda la trayectoria del autor, nos lleva a pensar que, además del esfuerzo por construir análisis que no sean exclusivamente biológicos, conciliando aspectos históricos, por ejemplo, también es necesario lidiar con la aparente “objetividad absoluta” de estos instrumentos. Se trata, según el autor, de hacer etnografía de las fuentes históricas, los documentos oficiales y los datos epidemiológicos buscando, al recorrerlos, quitar el velo que encubre intencionalmente la agencia de las poblaciones indígenas brasileñas en las negociaciones y conflictos que consolidaron los intereses de la construcción de la nación. Al desnaturalizar la participación de los indígenas en la historia del país, el autor entrelaza las reglas, las normas, los dispositivos de poder, a las acciones de estas poblaciones. En definitiva, se trata de investigar las estrategias de resistencia de las poblaciones indígenas frente a la violencia y el genocidio de un Estado colonial.

En el sexto capítulo, “Mensurando alteridades, estabelecendo direitos” (2016), al analizar los datos cuantitativos producidos desde el imperio en Brasil, en particular los datos censales, económicos y de ocupación territorial, el autor destaca tanto los usos intencionales como la construcción de herramientas, normas y regulaciones de control de la población, así como la agencia para nada pasiva de las poblaciones indígenas frente a los intereses del Estado. Él nos llama la atención hacia los cambios en las relaciones y representaciones entre los indígenas y el Estado cuando, primero, el interés principal era implantar un sólido imperio y, después, con el surgimiento de la República, el objetivo se desplazó hacia la constitución de un gobierno “moderno” y soberano.

Sostengo que el esfuerzo de Pacheco de Oliveira también puede aplicarse a las luchas del movimiento indígena por una política pública de salud indígena, así como a los intentos de construir un perfil epidemiológico de las poblaciones brasileñas. El autor puede servirnos, por lo tanto, como enlace a los procesos que parecen actuar “sobre” los sujetos a través de regulaciones, restricciones, disciplinas, censos y datos epidemiológicos, y que, en una inves-

tigación preocupada por los modos de subjetivación, solo tienen lugar en la participación, negociación y agencia de los indígenas a lo largo de la historia en el contexto poscolonial.

Volviendo al contexto de la salud indígena, Langdon y Diehl (2007) señalan que incluso la formación de agentes de salud indígena (AIS) en Brasil tiene una fuerte orientación biomédica que ignora los conocimientos tradicionales de salud de las poblaciones indígenas y va en contra de la autonomía de estas poblaciones para negociar y decidir los itinerarios terapéuticos.

Para las autoras, se admite una oposición *a priori* entre el sistema sanitario “tradicional” y el biomédico, ignorando la posibilidad de una “medicina híbrida”. El autocuidado —una serie de orientaciones de base biomédica sobre hábitos de higiene, alimentación, uso adecuado de medicamentos, etc.—, por ejemplo, en lugar de ser presentado de manera casi inflexible a los individuos por los profesionales de la salud, necesita ser tratado como resultado de negociaciones interculturales, entre indígenas y no indígenas, de la agencia de estas poblaciones, en los espacios internos, locales y en las relaciones interétnicas.

Luciane Ouriques Ferreira (2015) identifica la dificultad de operacionalizar la atención diferenciada dentro de los límites de los propios conceptos utilizados. Para la autora, la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNAS-PI) falla al no explicar en detalle lo que define y espera de una “salud intercultural” y cómo debe ocurrir la articulación de los diferentes sistemas socio-médicos. El resultado de esta limitación es una perspectiva “integracionista”, de un Estado “tutelar” con las mencionadas tendencias del modelo biomédico o modelo médico hegemónico (MMH).

Una versión descriptiva del concepto de interculturalidad ha circulado hace mucho tiempo en la literatura antropológica como sinónimo de interetnicidad. Viciada en una perspectiva de “aculturación” sería, sin embargo, inapropiada para el proyecto de una salud negociada, comprometida en cambiar los desequilibrios de poder y decisión en los que se inscribe una atención a la salud indígena. Su propuesta es la utilización de un concepto prescriptivo de interculturalidad en el que aparece “como un proyecto de transformación social orientado a la construcción de relaciones

simétricas y dialógicas, basadas en el reconocimiento mutuo y el respeto a la diferencia” (Ferreira, 2015, p. 226).

La autora ve en los espacios de intermedicalidad, aquellos en los que se produce la negociación de las medicinas híbridas por parte de agentes con conciencia sociomédica en contextos interétnicos (Greene, 1988; Follér, 2004), la realización de una “interculturalidad crítica”. Esto es gracias al énfasis que el concepto de intermedicalidad da a los pueblos indígenas como agentes de cambio, articulando sentidos y prácticas de salud desde diversos horizontes socioculturales (Ferreira, 2015).

Su apuesta por una “interculturalidad crítica”, a su vez, retoma el uso del término de Catherine Walsh (2009), que propone una interculturalidad más allá de los usos funcionales. Producto del contexto neoliberal, una interculturalidad funcional es un dispositivo de poder que, a pesar de distribuir posiciones a través de políticas públicas, disfrazándose bajo la rúbrica de “diversidad cultural”, mantienen y fortalecen las desigualdades e injusticias de las estructuras sociales establecidas y su matriz colonial.

Situación descrita por Susana Ramírez Hita (2014) al investigar en pueblos indígenas de Bolivia y Argentina la relación entre proyectos de salud intercultural y grandes proyectos de desarrollo, como actividades mineras, extracción de gas, represas hidroeléctricas y carreteras, cerca o dentro del territorio indígena.

Para esta autora, la interculturalidad es propuesta por el Estado en articulación con los organismos internacionales como una forma de conformar y asimilar a las poblaciones indígenas, insertándolas en los proyectos de desarrollo en la región. Sus efectos son la reducción de la autonomía indígena en diversos ámbitos, político, social, económico y de los cuidados de la salud. El Estado pasa a intermediar, regular y legitimar las acciones de los grupos y pueblos indígenas, al tiempo que desplaza el foco de atención de las cuestiones estructurales, con un impacto mayor y más duradero en las condiciones de salud.

El concepto crítico de interculturalidad de Walsh (2009) se opone a esta versión funcional al defender una perspectiva decolonial, una pedagogía que no proviene de la “academia”, de los intelectuales, sino “desde abajo”, de los movimientos sociales. Inspirados en las obras de Paulo Freire y Frantz Fanon, son:

[...] pedagogías que permiten un “pensar desde” la condición ontológico-existencial-racializada del colonizado, sustentando nuevas comprensiones de la colonialidad del poder, del saber y del ser y de aquello que atraviesa el campo cosmogónico-territorial-mágico-espiritual de la propia vida —lo que llamé al principio de este texto como la colonialidad de la madre naturaleza—. Son estas pedagogías las que estimulan la autoconciencia y provocan la acción para la existencia, la humanización individual y colectiva y la liberación (Walsh, 2009, p. 25).

Pensar la operacionalización de la salud indígena en espacios de “intermedicalidad” y en una pedagogía decolonial de “interculturalidad crítica” se puede, tal vez, al superar la crítica que Eduardo Menéndez (2016) hace a los proyectos de salud intercultural surgidos a partir de los años setenta. Según dicho autor, estos prestaron poca atención a las “interculturalidades ya existentes”, a las especificidades y desigualdades locales, a los conflictos y disputas de poder internas, o admitieron a las poblaciones indígenas con las que trabajaron como grupos monolíticos, ignorando las agencias de los sujetos en los contextos micro y macropolíticos de disputa y conflicto.

Reproducciones y resistencias en el encuentro entre los profesionales de la salud y los indígenas

Aunque hasta aquí hemos prestado más atención a las formas verticalizadas de control que el modelo médico hegemónico dirige a diversos grupos y poblaciones, la preocupación por los modos de subjetivación debe ir más allá de los grupos indígenas como unidades poblacionales. Ya sea asociado a la idea de grupo social cohesionado o de cultura homogénea, o incluso en el recorte de intereses para la aplicación de políticas de salud pública por parte del Estado, bajo la rúbrica de población, nuestra preocupación implica percibir a los sujetos como algo más que “sometidos” o pasivos frente a los dispositivos de poder.

Retomando a Foucault, es necesario ir más allá de las regulaciones y disciplinas que surgen de los instrumentos jurídico-discursivos para llegar a las irradiaciones difusas del poder en la

clínica médica, en los hospitales, en las escuelas. Avanzando en esta inspiración para investigar los interiores de las casas, los patios traseros, los patios de los pueblos, sin dejar de lado las diferencias socioculturales. Es importante llegar a los sujetos, sus especificidades, reproducciones y resistencias, así como a lo que las narrativas de indígenas, profesionales de la salud, investigadores, etc., tienen para ofrecer.

Según Frederik Gros (2004), el avance de una genealogía del sujeto moderno por parte de Foucault radica en la atención prestada al modo en que el sujeto se constituye a través de las “técnicas de sí” y no solo a través de las técnicas de dominación del poder o de las técnicas discursivas del conocimiento. Definiendo las “técnicas de sí” como “procedimientos que sin duda existen en toda civilización, propuestos o prescritos a los individuos para fijar su identidad, mantenerla o transformarla en función de determinados fines, y ello gracias a relaciones de dominación de sí sobre sí o de conocimiento de sí por sí” (Foucault, 1981, p. 213).

Al investigar la diabetes gestacional en el grupo, Smith Morris (2006) evitó caracterizar a esta población únicamente por construcciones epidemiológicas. Cuando esos datos son utilizados, se presentan sin “aspavientos”. Su objetivo es llegar a lo que se les escapa a las mujeres pima, que no está en el orden de las regulaciones, los datos objetivos, los diagnósticos y los datos epidemiológicos. Su atención se centra en los “puntos controversiales de la producción de sí”, que implican tanto la necesidad de atendimento a la salud por parte de la tradición biomédica, incluyendo su característica de control, restricción, moralización; así como la resistencia directa a la propia biomedicina y el uso de otras terapias e itinerarios incluso especialistas en cura y enfermedad, no inscritos en el modelo médico hegemónico.

Los pima, al igual que las poblaciones indígenas de Brasil, están inmersos en un sistema de salud que da muy poco espacio a consideraciones y negociaciones de cuidado diferentes a la biomedicina. Gran parte de los cuidados ofrecidos por los profesionales de la salud invierte en una perspectiva individualista de la experiencia de la salud y la enfermedad que choca con la importancia que tienen las experiencias colectivas de la enfermedad sobre la

diabetes para las mujeres pima. Una de las formas de resistirse a este escenario, aunque sea de forma sutil, es no compartir todos los datos sobre la salud, utilizar los medicamentos de forma distinta a la prescrita, etc. Según la autora:

Las presiones ideológicas de la biomedicina asumen un carácter moral, describiendo lo que es ser una buena madre y una buena paciente. Al hacerlo, nuevas experiencias subjetivas se valoran por encima de las antiguas y tradicionales. Los pacientes desempeñan su papel de enfermos con una nueva conciencia de su cuerpo, informada por la tecnología más que por la experiencia de los síntomas. En cierto sentido, la diabetes es algo por lo que el valor moral puede ser juzgado. En la perspectiva biomédica, las enfermedades que pueden ser manejadas por el paciente deben ser manejadas por el paciente, y los pacientes que no siguen las pautas de dieta y ejercicio son considerados “incumplidores” y moralmente culpables por contribuir al proceso de la enfermedad (Smith-Morris, 2006, p. 156).

La misma analogía puede establecerse con los akwe xerente, una población indígena de 3152 personas (Brasil, 2010) que vive en la región central del estado de Tocantins, en el norte de Brasil. Al igual que la mayoría de las poblaciones indígenas brasileñas, los xerente recurren a especialistas en cura y enfermedad, tanto dentro como fuera de la tradición biomédica. Utilizan el sustantivo *hâze*, que puede traducirse al español como enfermedad, para designar una serie de síntomas, malestares y dolores que puede experimentar un xerente. Esta categoría engloba tanto las enfermedades, malestares, padecimientos inscritos en el repertorio biomédico, pero también enfermedades que se sitúan al margen de esta concepción de la enfermedad.

Al igual que otros pueblos indígenas brasileños, los xerente han pasado por una transición epidemiológica en la que hay una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente diabetes, hipertensión y cánceres, que coexiste con la prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, resultantes de las precarias condiciones sanitarias y las nuevas configuraciones ambientales, a pesar de las recientes mejoras en estos

indicadores, como la reducción de la mortalidad infantil por desnutrición.

Un evidente escenario compuesto por siglos de tensas negociaciones políticas por los recursos económicos y los derechos sociales con la sociedad nacional y el Estado. A partir de la década de 1970 (De Paula, 2000), los xerente intensificaron la presión sobre las élites locales por su derecho al territorio. Durante veinte años resistieron a los intentos de líderes políticos, religiosos, así como de los ganaderos de expulsarlos de la región que habían ocupado durante siglos (Nimuendajú, 1942). Esto ocurrió durante un período en el que la capital del estado de Tocantins, emancipado en la década de 1980, era el municipio de Miracema do Tocantins, que estaba dentro de sus tierras.

Tras la demarcación de las Tierras Indígenas Xerente y Funil en los años noventa, así como del traslado de la capital de Miracema a Palmas, surgieron nuevas disputas. A principios del siglo XXI, se produjo la financiación de grandes proyectos público-privados en sus fronteras, que tuvieron un impacto considerable en la subsistencia del grupo al alterar el medio ambiente que rodea el territorio, con consecuencias como la reducción de los peces, de los animales salvajes, la contaminación y la alteración del nivel de los ríos, además de una mayor vulnerabilidad social del grupo gracias al gran y rápido flujo de trabajadores en los municipios cercanos a la tierra indígena.

La construcción y operación de la central hidroeléctrica Luiz Eduardo Magalhães o UHE de Lajeado, inaugurada en el 2001 en el río Tocantins, un proyecto con graves consecuencias, tanto por su instalación como por el programa de compensación por daños ambientales a los xerente (PROCAMBIX), acusado de distribuir mal el recurso millonario, que se aplicó en actividades que no se sostenían o tenían efectos colaterales como la piscicultura, la ganadería extensiva y el monocultivo mecanizado de arroz.

En mi tesis de maestría (Ferreira, 2016), al entrevistar a mujeres xerente, identificadas por el sistema de salud como diabéticas e hipertensas, y a profesionales de la salud vinculados al subsistema de salud indígena, aparecieron relatos en los que ambos culpaban a la cultura xerente, especialmente a los ancianos, por el creciente

número de enfermedades crónicas no transmisibles, así como a los individuos por su indisciplina y falta de autocuidado. En el trabajo de campo, por ejemplo, fue notable el relato de las mujeres indígenas criticando las orientaciones dadas por los profesionales de la salud que implican restricciones dietéticas al consumo de la harina de yuca *puba*, que es para estos pueblos sinónimo de alimento fuerte y saludable.

En el hospital de referencia de la región, el relato más fuerte sobre la tensa relación entre los profesionales de la salud y las mujeres indígenas, tuvo que ver con el conflicto entre una mujer indígena de edad avanzada y diabética que tenía una lesión en el dedo gordo del pie, para la que se recomendaba una amputación. Según un interlocutor:

El año antepasado estaba con una tía mía, casada con mi tío, que tenía diabetes. La hormiga le mordió el dedo y ella no se lo cuidó, así que se fue inflamando y su dedo se puso negrito. El médico quería quitárselo. Entonces, se acercó a ella y le dijo que le iba a arrancar todos los dedos, que ella no se cuidó y que si era necesario le arrancaría el pie y si era necesario incluso hasta la rodilla. Ella ya estaba nerviosa y no lo aceptó. Solo había un médico, que era especialista y venía de Palmas, por lo que no quiso aceptar (Aldea Salto, 2015).

El primer ejemplo, el más común y menos grave, pone de manifiesto cómo las características problemáticas del modelo médico hegemónico son utilizadas por los profesionales de la salud cuando ignoran las concepciones de la nutrición, consideradas adecuadas para estos sujetos. El segundo caso, a pesar de ser un relato grave y no generalizable para la mayoría de los profesionales de la salud, es el punto más alto de la responsabilización de los pacientes por su estado de enfermedad, en particular, por no seguir las recomendaciones de autocuidado.

Ambos ejemplos van en la dirección contraria de lo que debería ser una atención diferenciada para las poblaciones indígenas, preocupada, por ejemplo, por la construcción de la persona xerente a través de las restricciones alimentarias y sexuales, de los rituales de nominación, de las pinturas y marcas corporales y, por

supuesto, de las particularidades de los sujetos en sus relaciones familiares, en las actividades de preparación y obtención de alimentos, en el acceso a los productos industrializados, en las funciones sociales de género y edad, etc.

Otra narrativa recoge la creatividad de los sujetos en su “producción de sí”, cuando la interlocutora se resiste más directamente al diagnóstico biomédico y a las pautas de cuidado que de él se derivan, y se inscribe en otra tradición de cuidado a la salud. Identificada como hipertensa, una señora de xerente, de más de sesenta años, explica los riesgos del uso del medicamento prescrito por los profesionales de la salud. Articulada a esta narrativa, está su habilidad y conocimiento para preparar garrafadas¹²⁹ y otros remedios caseros, así como para realizar oraciones y bendiciones. En definitiva, contiene tanto otra forma de cuidado y atención a los síntomas y diagnósticos que la biomedicina identifica como hipertensión arterial sistémica, como una crítica a la capacidad de la biomedicina de “tratar” sin riesgos. Sobre los medicamentos industrializados “para la presión”, explica:

[...] si lo tomamos todos los días, todos los días ese no sale. Se queda ese polvo aquí, y ahí da enfermedad. Pero no se lo digo [al profesional de la salud]. A ellos no les importa quién se muera, no. Entonces tienes que tomártelo [pero] la gente de la ciudad se muere y bebe todos los días. Y siguen muriéndose (Aldea Salto, 2015).

Se trata, por supuesto, de una forma de resistencia común entre poblaciones no indígenas, que contribuye de manera significativa a episodios agudos o más graves de ciertas enfermedades. Sin embargo, este efecto no debe servir, como he señalado anteriormente, para culpar a las víctimas de las enfermedades, como

129 En general, se trata de combinaciones de hojas, cortezas, raíces y otras partes de plantas medicinales vehiculadas en agua, miel o bebidas alcohólicas como el vino blanco, el vino tinto o la cachaza. Su variedad es inmensa y puede incluir partes de animales y otros vehículos. Son utilizados con fines terapéuticos por poblaciones indígenas y no indígenas y pueden ser administrados por vía oral, tópica o por inhalación (Passos et al., 2018).

hace el modelo médico hegemónico. Es imposible pensar en los relatos mencionados y en la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles entre los xerente, ignorando las transformaciones ambientales como las producidas por la instalación de la hidroeléctrica de Lajeado; la disminución de los animales para la caza; los cambios en los hábitos alimentarios por el acceso a los alimentos procesados y la “herencia problemática” de los arrozales mecanizados. En definitiva, las conexiones con las políticas depredadoras del “desarrollo económico” regional, de los asedios del agronegocio, del consumo y de muchas otras fuerzas con las que lidian los sujetos en la contemporaneidad.

En la misma dirección, es importante reflexionar sobre las condiciones y los límites de actuación de los profesionales de la salud que trabajan en el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI). Langdon y Diehl (2007) notan que entre los obstáculos para la correcta aplicación de una política de atención a la salud diferenciada para las poblaciones indígenas brasileñas, está la alta rotación de personal, la falta de cursos de formación para la mayoría de los cargos, la fuerte burocratización y la gran jerarquización de los procedimientos y atribuciones de los equipos, así como la reducida o deslegitimada participación de los indígenas con relación a los equipos médicos en las principales discusiones de los consejos de salud.

En un escenario tan complejo, el trabajo de Nádia Silveira (2004) propone la cooperación entre los profesionales de la salud y los usuarios indígenas del subsistema de salud mediante acciones y prácticas orientadas a los contextos locales y, por lo tanto, dispuestas a adaptarse y ajustarse a las necesidades de los grupos. Esas acciones deben incluir activamente a todas las partes interesadas, reconociendo la autonomía de las poblaciones indígenas en la elección de los distintos itinerarios terapéuticos que utilizan, inscritos o no, en el modelo biomédico de atención.

Consideraciones finales

Las narrativas mencionadas y otras evaluaciones de la aplicación de la atención diferenciada para las poblaciones indígenas brasi-

leñas pueden llevarnos a un análisis fatalista de esta política de salud. Mi motivo, sin embargo, para partir de ella a la hora de discutir la biopolítica y las formas en que los sujetos resisten y reproducen los embates de las tecnologías disciplinares del modelo médico hegemónico, radica en su potencia para reunir a profesionales de la salud, usuarios indígenas del sistema de salud, intelectuales y gestores de políticas públicas en un espacio democrático de negociación.

Tanto el subsistema de salud indígena como la garantía, al menos formal, de una atención diferenciada para las poblaciones indígenas son conquistas de décadas de acción y presión del movimiento indígena. Estas son pruebas de resistencia y negociación frente a los intereses de las élites económicas y el ideal avasallador del progreso impulsado por el Estado nacional.

En un momento en que el subsistema de salud indígena se ve amenazado por la municipalización de la atención a la salud de las poblaciones indígenas, que en la práctica retira la mayor parte de la financiación y la responsabilidad de esta población al gobierno federal, la atención diferenciada cobra aún más importancia. Su asociación con los mecanismos de participación o control social, que garantizan la participación de la sociedad en la fiscalización y evaluación de las políticas de salud indígena, es crucial, pero también puede terminar ante los intentos del gobierno de dejar a los usuarios del sistema de salud fuera de los consejos.

La contingentación de recursos para la investigación en salud también forma parte de este escenario. Las condiciones de salud de las poblaciones indígenas se han investigado muy recientemente y de forma discontinuada. El riesgo, dado el desmantelamiento de la financiación de la educación y la investigación en Brasil, es que se interrumpan por completo. Resultado de los recortes que van desde los programas de iniciación científica hasta los grandes proyectos de investigación y desarrollo tecnológico.

A pesar de abordar la epidemiología en su dimensión coercitiva y normalizadora, buena parte de los investigadores en salud indígena del país, en la dirección de lo que defiende Menéndez (1994), no desvinculan sus investigaciones del compromiso teórico y metodológico de contribuir a una “reducción de daños” y a

una mejora de las condiciones de vida de estas personas. Situación evidente en los esfuerzos de actores como científicos, intelectuales, antropólogos, profesionales de la salud, poblaciones indígenas y asociaciones científicas como la ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva), la ABA (Asociación Brasileña de Antropología), en defensa de las vacunas contra el COVID-19 para las poblaciones indígenas en contextos urbanos y rurales.

La discontinuidad de las acciones para la salud indígena basadas en la atención diferenciada, asociada al fin de la participación de los usuarios en los consejos de salud, mientras aumentan las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial sistémica en buena parte de las poblaciones indígenas, de igual manera que ocurre en la población brasileña en general, parece implicar un cambio explícito de la biopolítica a la necropolítica, término acuñado por Mbembe (2016).

En esta misma línea teórica, Alvarenga y Júnior (2019) explican que el racismo de Estado (Foucault, 1999) aplicado al período dictatorial brasileño y la violencia resultante contra las poblaciones indígenas, se hacen en el poder soberano del Estado en conducir a la desaparición, cuando no a la eliminación explícita de segmentos no deseados de la sociedad nacional.

El informe Figueiredo (Brasil, 2013) es una prueba de esa violencia cuando expone las cacerías humanas con armas de guerra y la inoculación deliberada de viruela a los indígenas brasileños durante la dictadura militar de 1964. Contemporáneamente, esa necropolítica aparece desde la restricción intencional de recursos para la salud indígena, en el racismo institucional, en la degradación ambiental de las tierras indígenas y en el descuido del saneamiento básico, que los deja sustancialmente vulnerables a las epidemias.

En definitiva, la defensa de una atención diferenciada para las poblaciones indígenas implica partir de un compromiso democrático firmado entre profesionales de la salud, gestores de la salud, indígenas e intelectuales. Una pedagogía crítica, como la propuesta de interculturalidad presentada por Walsh (2009), aparece como una excelente contribución a este escenario. Primero, al tener como foco un cambio concreto de la realidad social, que

necesita ir más allá de las garantías legales, una contribución inspirada en el papel de la praxis en la obra de Paulo Freire, y, luego, porque es una crítica inseparable de la relación entre el Estado y el racismo, especialmente su manifestación en el racismo institucional. Por último, porque implica un compromiso y una participación activa de diversos sectores de la sociedad. Un “pensar con” y un “actuar con” que debe ser respetado en sus términos, con discusión y participación informada de los pueblos indígenas y la sociedad civil.

Bibliografía

Alvarenga, R. e Junior, E. A. (2019, Mai/Ago). Da biopolítica a necropolítica contra os povos indígenas durante a ditadura militar brasileira (1964-1985). *Ciência Sociais Unisinos*, São Leopoldo, Vol. 55, N. 2, pp. 212-222.

Brasil. Constituição Federal. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo VIII: dos índios. Artigo 231. Brasília, DF.

Brasil. Lei 9836, de 23 de Setembro de 1999. (1999). Capítulo V: do subsistema de atenção à saúde indígena. Brasília, DF.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2002). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2.ed. Brasília, DF.

Brasil. (2009). I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Brasília, DF.

Brasil. IBGE. (2010). CENSO 2010. Rio de Janeiro, RJ.

Brasil. MPF - Ministério Público Federal. (2013). Relatório Figueiredo. Disponible en: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo>.

Cardoso, A.; Santos, R. V., Garnelo, L., Coimbra JR. C. E. A., Chaves, M. de B. G. (2012). Políticas Públicas de Saúde para

os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L., et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Coimbra JR. C. E. A., Flowers, N. M., Salzano, F. M., Santos, R. V. (2004). The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Coimbra JR. C. E. A. (2014, abril). Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso>. Acceso el 1 de febrero de 2020.

Coimbra Jr. C. E. A., Santos, R. V., Escobar, A. (Orgs). (2005). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ /ABRASCO.

Conselho indigenista missionário (CIMI). (2017). Relatório de Violência contra os Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: < https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf>. Acceso el 1 de febrero de 2020.

De Paula, L. R. (2000). A dinâmica faccional Xerente: esfera local e processos sociopolíticos nacionais e internacionais. Tesis (Maestría em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, FFLCH, USP, São Paulo.

Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON e CARDOSO (org). Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. pp. 217-246.

Ferreira, A. D. (2016). Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwe Xerente. Tesis (Maestría em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

Ferreira, A. D. (2020, julho). Atenção diferenciada em saúde indígena: das garantias legais ao encontro entre doentes crônicos Xerente e profissionais de saúde. *Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia*, v. 4, n. 11, pp. 119-132.

Follér, M. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, pp. 129-148.

Foucault, M. (2000) Curso de 17 de marzo de 1976. In: *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* Argentina: Fondo de Cultura Económica, São Paulo: Martins Fontes, pp. 217-238.

Foucault, M. (1981). *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France, 1980-1981*. Inédito. Disponible en cassette: C 63 (01-07). Arquivos IMEC, Paris.

Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Greene, Shane. (1988) “The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru”. *American Ethnologist*, 25(4), pp. 634-658.

Gros, Frédéric. (2004). Situação do curso. In: FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.

Langdon, E. J., Diehl, E. E., Wiik, F. B. e Dias-Scopel, R. P. (2006, dezembro). A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=pt&nrm=iso>. Acceso el 6 de febrero de 2020.

Langdon, E. J., Diehl, E. E. (2007, agosto). Participação

e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.2, p. 19-36. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>> Acesso el 9 de febrero de 2019.

Leite, M. S., Santos, R. V., Coimbra jr. C. E. A., Gugelmin, S. A. (2007). Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil. In: KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci (org). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, v.4, n.7, pp. 71-83.

Menéndez, E. (2016, janeiro). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lnq=en&nrm=iso>. Acesso el 20 de setiembre de 2020.

Nimuendajú, C. (1942). *The Serente*. Los Angeles: The Southwest Museum.

Pacheco de oliveira, J. (2016). Capítulo 6: mensurando alteridades, estabelecendo direitos. In: *O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Passos, M. M. B. dos, Albino, R. da C., Feitoza-Silva, M., Oliveira, D. R. de. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. *Saúde em debate*, v. 42, n. 116, Jan-Mar, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/248-262/> Acesso el 11 de octubre de 2022.

Pereira, O. P., Almeida, T. M. C. de. (2005, fevereiro). A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface*

(Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16. < Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100006>> Acceso el 11 de febrero de 2019.

Ramírez Hita, Susana. (2013). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência e saúde coletiva*, v.19, n.10, p.4061- 4069. Disponible en: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/DC4RqBmCjTHnYnhHQHnHYjB/?format=pdf>> Acceso el 14 de abril de 2022.

Silveira, N. H. (2004). O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Jean e GARNELO, Luiza. Reflexões sobre antropologia participativa.

Smith-morris, C. (2006 Hardcover/2008 e-book). *Diabetes among the Pima: stories of survival*. Tucson: University of Arizona Press.

Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial: apuestas (des) de el in-surgir, re-existir y re-vivir. *Revista (entre palabras)*, 3, pp. 1-29.

10 - Entre humanizar lo diferente y diferenciar a los humanos: apuntes sobre el programa Mais Médicos en la zona indígena del bajo río Oiapoque¹³⁰

*Karine Assumpção*¹³¹

Traducción: *Juana Valentina Nieto Moreno*

Introducción

Cuando llegamos al huerto, todo era maleza. Josué¹³², el agente sanitario indígena que me guió hasta el lugar, en medio de la aldea de Kumenê¹³³, me señaló una o dos plantas medicinales que aún se distinguen entre los arbustos, explicando que, tras la marcha del médico, la huerta desapareció. A principios de 2022, mencionar la huerta muerta fue la forma que encontré para revivir en las personas el recuerdo del médico cubano que trabajó allí en 2016 y que sabía —demasiado bien— cómo hacer medicinas del monte, lo que levantó algunas sospechas sobre cuáles eran sus intenciones

130 Trabajo presentado en el 6º Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología, realizado del 23 al 28 de noviembre de 2020, y forma parte de las reflexiones que estoy desarrollando en mi investigación doctoral titulada “Médicos cubanos en el bajo río Oiapoque: sobre políticas de salud pública en contextos multiétnicos”. Agradezco a Artionka Capi-beribe, mi supervisora, por sus comentarios sobre el texto, y a mis colegas Arianne Rayis Lovo y Rodrigo Arthuso A. Faria, por los constantes intercambios sobre el tema. Las inconsistencias son mi responsabilidad.

131 Estudiante de doctorado en la Universidad Estatal de Campinas, San Paulo.

132 Utilizo nombres ficticios para preservar el anonimato de los colaboradores en la investigación que estoy llevando a cabo para obtener mi título de doctora en Antropología Social.

133 Aldea del pueblo palikur-arukwayene, localizada en el río Urukawá, Oiapoque-AP.

al manipular todas esas poderosas plantas.

En 1999, se creó en Brasil el Subsistema de Salud Indígena (SASISUS), que forma parte del Sistema Único de Salud brasileño (SUS), y que tiene como una de sus directrices desarrollar una atención diferenciada a cada uno de los más de trescientos pueblos indígenas que viven en el país¹³⁴. Esta directriz implica que el subsistema debe considerar las situaciones relacionadas con (i) la evitación de un hospital por la presencia de “espíritus”¹³⁵ agresores; (ii) la “magia de las plantas” y su relación con el uso nocivo de medicamentos industrializados sin prescripción de los profesionales de la salud; y (iii) la agencia de otros humanos que pueden causar los más diversos males e infortunios —por mencionar solo las situaciones que serán abordadas en este texto—.

Una de las cuestiones que ha dificultado la construcción diferenciada de la atención a la salud de los indígenas ha sido la constante dificultad para cubrir las vacantes y retener a los profesionales médicos en los equipos (Athias & Machado, 2001; Garnelo & Sampaio, 2005; Langdon & Cardoso, 2015; Fontão & Pereira, 2019). Para mitigar la situación, hubo una provisión de emergencia de médicos a los Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI)¹³⁶ durante la vigencia del Programa Mais Médicos (PMM)¹³⁷. Esta política nacional, establecida en el 2013, abordó

134 Según el censo brasileño, hay 305 pueblos indígenas en Brasil (Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística [IBGE], 2010).

135 En este texto, utilizo el término genérico “espíritu” como sinónimo de otros seres humanos no visibles para la mayoría de nosotros, y también es el término comúnmente utilizado por los pueblos del bajo río Oiapoque cuando conversan en portugués con personas no indígenas.

136 Según la Ordenanza n° 1317, del 3 de agosto de 2017, artículo 3, §6: se entiende por Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) - Sede como un establecimiento que coordina las acciones de atención a la salud de los pueblos indígenas, desarrollando actividades de saneamiento básico, de gestión, de apoyo técnico y de apoyo al control social dirigido a la integralidad de la salud de los pueblos indígenas.

137 Instituido por la ley n° 12.871 del 22 de octubre de 2013. Elijo hablar del Programa en el pasado porque, aunque oficialmente no está extinguido, ha sido completamente reestructurado y está en proceso de ser sustituido por otra política más alineada con los intereses de las corporaciones médicas brasileñas, como ha quedado claro en mi investigación.

(i) la calificación de los cursos de medicina y la residencia médica, con base en las directrices y exigencias del SUS, (ii) la estructuración de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y (iii) la regulación de la entrada de médicos extranjeros, o brasileños formados en el extranjero, para trabajar en localidades prioritarias con historia de falta de servicio. En los primeros años del PMM, estos médicos eran en su mayoría cubanos, participantes de un acuerdo de cooperación entre Brasil y Cuba, intermediado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta fue la primera vez que todos los DSEI, simultáneamente, tuvieron médicos activos en sus equipos (Silva, 2017). También fue la primera vez que médicos formaron parte de los equipos de salud del bajo río Oiapoque, donde estoy realizando un estudio de caso sobre la actuación de los médicos cubanos en zonas indígenas. Constituida por las Tierras Indígenas (TI) Uaçá I y II, la Tierra Indígena Juminá y la Tierra Indígena Galibi de Oiapoque, en la región viven unos siete mil indígenas de cuatro etnias diferentes: palikur-arukwayene, galibi kali'na, galibi-marworno y karipuna. Estos pueblos conforman una red de relaciones que involucra matrimonios, bienes, políticas (Vidal, 1999) y, como veremos, relaciones suprasensibles (Capiberibe, 2017).

La coexistencia de las políticas estatales —SASISUS y PMM— al mitigar el déficit de médicos en actuación, así como al contratar profesionales cubanos formados en otra “economía política de la salud” (Kelly, 2009), como veremos a continuación, trajo nuevas complejidades a la organización y ejecución de la llamada “política especial” de servicios de salud para los pueblos indígenas. Una de estas complejidades es la intersección entre las concepciones de “atención humanizada” (Brasil, 2010) y “atención diferenciada” (Brasil, 2002), en la interacción con los agentes involucrados en el proceso salud/enfermedad, en la región amazónica, que incluye, entre los agentes, a “otros humanos”¹³⁸ (Lima, 1996; Viveiros de

138 “Otros humanos” será utilizado en este texto como sinónimo de “no humano”, y viceversa, no teniendo ningún significado en sí mismo, sino para ejemplificar nociones de otras personas humanas que serían inconcebibles para la ontología occidental moderna (Latour, 2008; Gonçalves, 2019).

Castro, 1996; Andrade, 2007; Capiberibe, 2007, 2017). Por lo tanto, es necesario un análisis crítico de estas intersecciones.

Así, en este capítulo, traigo como telón de fondo una breve contextualización de los aspectos político teóricos involucrados en la concepción de una atención diferenciada a los indígenas y de la humanización de los servicios de salud para, a partir de la experiencia del trabajo de los médicos cubanos en las zonas indígenas, y, más específicamente, en la región del bajo río Oiapoque, proponer una discusión sobre la coexistencia de ambos.

¿Qué tiene de diferente la salud indígena?

En líneas generales, durante el siglo XX, las acciones de salud estatales buscaban superar el obstáculo de las “enfermedades tropicales”¹³⁹ con el objetivo de promover el progreso civilizatorio del país (Arouca & Lima, 2014), que avanzaba precisamente hacia los lugares donde vivían varios pueblos indígenas. Sin embargo, estos pueblos continuaban siendo invisibles en las políticas nacionales de salud (Hochman & Silva, 2014). En el mismo período, la política estatal dirigida a los pueblos indígenas, que se inició con el Servicio de Protección al Indio (SPI), en 1910, y continuó con la Fundación Nacional del Indio (FUNAI), creada en 1967, desarrolló acciones de carácter asimilacionista y tutelar en colaboración con la agenda nacional de desarrollo y protección a las fronteras del país (Ramos, 1999; Souza Lima, 2014).

La salud de estos pueblos comenzó a abordarse de forma más específica a partir de los años cincuenta, lo que dio lugar a algunas campañas de salud verticales perpetradas hasta los años ochenta¹⁴⁰.

139 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta clasificación incluye las enfermedades infecciosas que proliferan en condiciones climáticas cálidas y húmedas. Sin embargo, como describe Camargo (2008), la definición existe desde el siglo XIX y es criticada por los científicos debido a las connotaciones implícitas que lleva a una determinada región, pese a que existen otros determinantes, como el subdesarrollo, para la proliferación de estas enfermedades, como se describe en el caso de la malaria.

140 Sobre las acciones de salud del período, encabezadas por Noel Nutels, ver Costa (1987).

En 1986, se realizó la Primera Conferencia de Salud Indígena (1ª CNSI), seguida de otras tres conferencias realizadas después de la Constitución Federal de 1988, a través de las cuales se discutió cómo se brindaría la atención a la salud de los pueblos indígenas, el diseño de la política, sus lineamientos y conceptos de fondo (Garnelo, 2014; Langdon, 2014). Así, en los intervalos entre estas conferencias, se publicaron las leyes de creación del subsistema SASISUS, en 1999, y la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), en 2002. Es importante destacar que estos hechos generaron subsidios para que estas legislaciones y directrices no reprodujeran aspectos asimilacionistas de políticas anteriores, criticadas por las poblaciones indígenas, y apuntaran al protagonismo y participación de estos pueblos en todas las acciones.

Por lo tanto, son un poco más de veinte años desde que existe una política pública de salud específica para los pueblos indígenas, fruto de la presencia constante del movimiento indígena en el escenario político de la asamblea constituyente, en la segunda mitad de la década de 1980, y en las instancias de discusión de la reforma sanitaria que se dieron durante la reapertura democrática del país. A partir de 1990, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS)¹⁴¹, que representó una victoria en la lucha por cambiar el rumbo del proyecto sanitario del país (Lima, Gerschman, Edler & Suárez, 2005), la atención sanitaria pasó a formar parte de una política de seguridad basada en el principio del acceso a los servicios de salud como derecho universal de los ciudadanos¹⁴². A esta directriz política se sumó una noción de “ciudadanía plural” que garantizaba a los indígenas el derecho a recibir una atención diferenciada (Garnelo, 2014, p. 112), resultante del derecho constitucional a vivir según sus “usos, costumbres y tradiciones”, según los artículos 231 y 232 de la Constitución Federal de 1988.

El logro de una política específica (plural) ocurrió en medio de la consolidación del sistema de salud brasileño, universal y descentralizado (único), aislando muchas veces ciertas prácticas

141 Ley nº 8080, de 19 de septiembre de 1990.

142 A diferencia de los modelos con cobertura de tipo focal, que restringen el acceso a los servicios a los grupos marginados (Garnelo, 2014, p. 111).

del funcionamiento del subsistema, como la gestión de recursos centrada en el nivel federal, mientras que la regla general de organización de la atención básica en el SUS es descentralizada a los municipios (Arruda et al., 2017). Esta disyuntiva entre la universalización del derecho a la salud y la focalización de las acciones estatales en los derechos indígenas estará presente a lo largo de la historia del subsistema y aporta pistas sobre las dificultades para la consolidación de las prácticas de atención diferenciada.

En definitiva, el Subsistema de Salud Indígena se instaló tardíamente en un SUS que ya había avanzado durante casi dos décadas hacia la municipalización, instituyó una política dirigida a las minorías en un contexto político de lucha contra la focalización de la política de salud y adoptó estrategias administrativo-financieras, como la firma de convenios, que el movimiento sanitario ya había repudiado y superado (Garnelo, 2014, p. 131)¹⁴³.

En estos veinte años de existencia del Subsistema de Salud Indígena (SASISUS), se ha materializado una red de atención primaria de salud en diversas aldeas y zonas aledañas, con puestos de salud, polos-base, Casas de Apoyo à Saúde Indígena - CASAI (Centros de Apoyo a la Salud Indígena) y sedes de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas - DSEI, aumentando los recursos presupuestales y humanos para la operatividad de estas estructuras, ya sea a nivel de gestión o de prestación de servicios a los usuarios. En datos cuantitativos:

- Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI): 34
- Indígenas: 760 350
- Etnias: 311
- Aldeas: 6238
- Casas de apoyo a la Salud Indígena (CASAI): 67

143 Para una profundización sobre los marcos históricos e ideológicos del Subsistema de Salud Indígena, ver la publicación organizada por Teixeira e Garnelo (2014). Y para una comprensión de su funcionamiento, ver Garnelo (2012).

- Unidades básicas de Salud Indígena (UBSI): 1199
- Recursos Humanos: 14,2 mil profesionales integrando 800 Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena¹⁴⁴

A modo de comparación, en 2008 había setecientos diecisiete UBSI¹⁴⁵ y cincuenta y siete CASAI, repartidos en los mismos treinta y cuatro distritos (Garnelo, 2012, p. 29). Luego, hubo una importante ampliación de los espacios gestionados por SASISUS. Esta materialización de los servicios, sin embargo, es solo una parte de los propósitos de existencia del subsistema.

Con la creación de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), se establecieron las directrices para la actuación del SASISUS. Como se mencionó anteriormente, además de proponer una determinada organización de los servicios, esta política reconoce la necesidad de que “la atención a la salud se ofrezca de forma diferenciada, teniendo en cuenta las especificidades culturales, epidemiológicas y operativas de estos pueblos” (Brasil, 2002, p. 6). En el texto oficial, la noción de diferenciado estaría relacionada con el respeto a los conocimientos y prácticas indígenas, la “valorización” de la llamada “medicina tradicional” (p. 12) y la articulación con estos conocimientos (p. 18).

Lo que muestra el PNASPI es que el día a día del servicio presupone ajustes debidos a las llamadas “especificidades culturales”, además de las particularidades operativas de llevar los servicios oficiales de salud a los indígenas. En otras palabras, es necesario considerar la existencia de los saberes sobre el cuidado y la cura que poseen y practican los pueblos indígenas para entender la prevista articulación de los servicios oficiales de salud con estas otras

144 Información disponible en: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=081c651446>. Consultado el 11 de octubre de 2022. Las otras informaciones estarán disponibles en el sitio web de la agencia hasta 2021.

145 En la bibliografía consultada aparecen 717 puestos de salud, que transcribí como UBSI utilizando la Ordenanza N° 1317, del 3 de agosto de 2017, que adapta la información de los establecimientos SASISUS.

agencias¹⁴⁶, creando un espacio para las concepciones de persona y cuerpo que subyacen a estos saberes¹⁴⁷.

Así como Ferreira (2015) argumenta sobre la imprecisión de la noción de interculturalidad, no hay una definición en el texto de la política sobre cómo realizar la atención diferenciada. ¿Atención diferenciada en qué? ¿Diferente de qué? ¿Practicado de qué manera? ¿Por quién?

La imprecisión señalada, según la autora, “contribuye al surgimiento de una multiplicidad de entendimientos sobre el tema —entendimientos muchas veces basados en imágenes estereotipadas sobre los pueblos indígenas y sus respectivas culturas” (Ferreira, 2015, p. 242). De la misma manera, percibo que la imprecisión genera un terreno fértil para el surgimiento de significados divergentes sobre lo que es diferenciado en las prácticas del subsistema, llevando muchas veces a entender la diferencia como algo meramente operativo —relacionado con las dificultades de hacer llegar los servicios a las personas y de que estos sean continuos—. Esta diferencia-dificultad sería compartida con cualquier otra población que deba ser atendida en lugares de difícil acceso.

En términos de calidad de los servicios prestados, los DSEI no se han mostrado muy [...] sensibles a las formas propias de cosmovisión y organización política de los grupos étnicos atendidos [...]. Los documentos normativos del subsistema de salud indígena son pródigos en la repetición de principios genéricos de actuación (como abogar, por ejemplo, por la articulación y el fortalecimiento de los sistemas de medicina tradicional) que

146 Utilizo aquí la noción de agencia como algo presente en todo aquello que hace que los otros hagan cosas (Latour, 2008).

147 La noción de persona es una categoría fundada en la experiencia social, una construcción colectiva que ofrece un significado a lo vivido (Mauss, 1973). Así, la idea de persona como fenómeno natural/biológico está incrustada en el imaginario occidental contemporáneo, apoyado en la ciencia y la biomedicina (Le Breton, 2011), tanto como la construcción de la persona amerindia se apoya en una fabricación/composición de los cuerpos, siendo su constitución como persona un proceso en constante construcción (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979; Strathern, 2014).

no se traducen en actividades concretas, ni en la programación anual de actividades del DSEI, ni en las prácticas de salud de los equipos (Garnelo, 2004, p. 13 citado por Ferreira, 2015, p. 221).

La cita anterior es de un texto de 2015, que reitera otro de 2004 sobre la poca adaptabilidad de los DSEI a las especificidades de los pueblos que atiende. El análisis de los treinta y cuatro Planes de Contingencia y Orientación para Afrontar el COVID-19¹⁴⁸ para la Salud Indígena, elaborados por los distritos¹⁴⁹, muestra que el problema persiste. A excepción de la parte en la que se presentan las características de infraestructura de los distritos y los datos demográficos y epidemiológicos de los pueblos atendidos, no hay adaptaciones en los documentos a las acciones y estrategias profesadas por el nivel central de la Secretaría Especial de Salud Indígena y el Ministerio de Salud que caminen hacia el encuentro de saberes de los pueblos indígenas atendidos por cada DSEI.

Por ejemplo, en el Plan de Contingencia para el Enfrentamiento del Coronavirus en la DSEI Amapá y Norte do Pará, un documento de cincuenta y ocho páginas, hay descripciones de (i) la concepción biomédica de la enfermedad COVID-19 y las medidas de prevención, (ii) datos sobre la estructura de la DSEI, y (iii) datos demográficos y epidemiológicos de los pueblos indígenas que viven en su área de influencia. En el documento se reproducen frases como “concienciar a la población indígena de la importancia de la prevención y el combate del nuevo coronavirus” y también

[...] se recomienda que la DIASI, el Control Social, los líderes y los cuidadores tradicionales elaboren conjuntamente estrategias para difundir los cuidados y acciones de prevención, según la Guía de la OMS, junto a las comunidades indígenas, de manera

148 Enfermedad causada por el nuevo coronavirus que, en 2020, generó una emergencia de salud pública de importancia internacional, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

149 Disponibles en: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>.

contextualizada, considerando las especificidades socioculturales de cada pueblo/etnia (Brasil, 2020, p. 25).

La orientación permanece en el documento como una ordenada por un agente externo, sin que se presente una planificación de cómo o cuales procedimientos y recursos serán utilizados por la DSEI para ejecutar la solicitada “elaboración conjunta de estrategias”. ¿Cómo pasar de estas advertencias sobre la necesidad de actuar “de forma contextualizada” a, de hecho, contextos de composición diferenciados de los desarrollados actualmente?

Es necesario que la noción diferenciada logre transversalidad en el subsistema, permeando las relaciones con cada pueblo indígena, entre los profesionales, y de estos con los gestores de los servicios oficiales de salud, y de los gestores con los indígenas que atienden. Por el momento, es sintomática la repetición de algunos descuidos que se dan en la oferta de estos servicios por desconocimiento o falta de memoria institucional sobre lo que piensan los indígenas atendidos sobre las acciones planeadas. Un gran líder de Xingu, por ejemplo, estaba con COVID-19 y se negó a ser trasladado al hospital de referencia en Cuiabá, una restricción compartida por algunos pueblos de Xingu por lo menos desde 2009 (Assumpção, 2014; Lourenço, 2021), relacionados con la brujería y la agencia de los espíritus agresores¹⁵⁰. Pero el mencionado hospital sigue siendo referencia del DSEI Xingu. ¿Por qué?

Las dificultades son numerosas, pero una de las cuestiones que llevan a este descuido es la no cobertura de algunos cargos, sumada a la rotación de profesionales, especialmente en la región amazónica (Fontão & Pereira, 2019, p. 172). Por tanto, es necesario reiniciar constantemente la cualificación de la fuerza laboral de los distritos y, en consecuencia, las relaciones y los entendimientos entre los equipos y los indígenas, lo que exige tiempo y vinculación (Langdon, 2005).

Existen dificultades similares que enfrenta el SUS en la efectivación de las directrices contenidas en su Política Nacional de

150 Sobre las concepciones indígenas, respecto a la nocividad de lugares como hospitales y CASAI, en los que circulan muchas personas, humanas y no humanas, ver Macedo, Martins & Troncarelli (2017).

Humanización, principalmente en lo que respecta a la formación y la actuación de los médicos (Vieira, Pierantoni, Magnago, Ney & Miranda, 2018).

¿Qué sería humanizar lo que hacen los humanos?

El programa Mais Médicos no fue concebido como una política de salud indígena. Aun así, los Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI) fueron una de sus prioridades, apareciendo como un perfil específico en las convocatorias y directrices del programa¹⁵¹. En el estudio sobre las localidades menos abastecidas por el personal médico, llamó la atención que los cupos de médicos en los Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI) eran rara vez ocupados¹⁵². En este caso, la dificultad de tener médicos actuantes en los servicios es compartida entre los DSEI y los municipios situados en los rincones del país, lo que los volvió una prioridad de la misma política, a pesar de sus numerosas diferencias.

En estos lugares, la llegada de los médicos cubanos a los equipos generó contrastes y nuevas relaciones, relaciones percibidas como “diferentes” por diversos motivos. Destaco tres: i) por ser médicos con formación y larga experiencia en ejecutar la Estrategia de Salud de la Familia¹⁵³ (Méndez, Rodríguez y Aneiros-Riba, 1991), utilizando tecnologías como la de colocar su silla junto a la mesa del consultorio (y no detrás) y la integración con la comunidad¹⁵⁴, algo menos común entre los brasileños (Vieira et al.,

151 “Perfil 8 - Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, contenida en la Resolución n° 1, de 2 de octubre de 2015, del Ministerio de Salud.

152 Fontão y Pereira (2019) mencionan que “según datos de la Sesai, en dos años se incorporaron 339 médicos a través del programa, en las 34 DSEI. Esto supone un crecimiento del 79% en relación al número de médicos que trabajaban en este cuerpo en agosto de 2013” (p. 172).

153 Actualmente, la recomendación prioritaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia que, en términos generales, se basa en el seguimiento rutinario de la salud de las personas de las familias de un determinado lugar por un equipo (Organización Panamericana de la Salud [OPAS], 1996; Mendes, 2012).

154 Los ejemplos aquí presentados, cuando no están asociados a bibliografía

2018); ii) debido a las gestiones municipales y distritales —en el caso de la salud indígena— y a que los equipos están acostumbrados al funcionamiento de los servicios sin este profesional, y su presencia alteró algunos procesos de decisión, como el de remitir pacientes a médicos especialistas, generando acceso a otros niveles de atención y nuevas exigencias y costos administrativos (Arruda et al., 2017); iii) y debido a un cierto humanismo presente en las prácticas de estos médicos. Con respecto a esto último:

Se constataron diferencias en los patrones de atención de los médicos cooperantes cubanos del programa *Más Médicos* con respecto a los médicos que ejercieron en las comunidades estudiadas antes de la implantación de ese programa. Entre los rasgos diferenciales de los médicos cubanos resaltados con mayor frecuencia por los entrevistados figuran el compromiso con la población —tanto en la consulta médica como en la solución de sus problemas—, la empatía, el respeto y, en general, el humanismo con el que tratan a los pacientes (Comes et al., 2017, p. 5).

A grandes rasgos, Cuba, con la reforma curricular en los cursos de medicina desde la década de 1980, basada en una “Educación en Valores” (Arruda et al., 2017, p. 1275), y la decisión política de crear un amplio sistema público de educación y salud —y mantenerlo, incluso con el bloqueo económico estadounidense y otras crisis— logra garantizar “el estado de bienestar más sólido del continente” (Santos, Vasconcelos & Dessotti, 2017, p. 217).

En Brasil, la noción de “humanización” en la atención sanitaria es portadora de las concepciones de humanidad que marcaron los movimientos sanitaristas a partir de los años sesenta, como la lucha antimanicomial y la lucha feminista contra las violencias presentes en los partos¹⁵⁵. En busca de respuestas a las tensiones,

específica, se basan en entrevistas realizadas a médicos cubanos que trabajan en la región del bajo Oiapoque en 2016 y 2020.

155 Sin embargo, cabe señalar que la misma variedad de interpretaciones sobre la “atención diferenciada” en salud indígena también existe en relación con los términos humanización y deshumanización. Son concepciones a veces antagónicas, dependiendo de los referentes filosófico-

insatisfacciones y sufrimientos que experimentaban pacientes y profesionales, estos movimientos reivindicaron la igualdad de derechos y el acceso a servicios sanitarios más dignos (Lima et al., 2005; Rios, 2009).

A finales de la década de 1990 y principios de la de 2000, el Ministerio de Salud propuso varias acciones y programas para lo que se estaba definiendo como el “campo de la humanización” (Benevides y Passos, 2005)¹⁵⁶. En 2003, la Política Nacional de Humanización (PNH), que luego se incorporó a la Política Nacional de Atención Primaria¹⁵⁷, estableció una propuesta metodológica para gestionar el cuidado en la prestación diaria de los servicios de salud que busca reforzar la imagen de los pacientes como “legítimos ciudadanos de derechos” y valorizar “los diferentes sujetos involucrados en el proceso de producción de la salud” (Brasil, 2010, p. 5).

Sin embargo, la incorporación de estas reivindicaciones en las políticas estatales se produjo junto con el avance de la agenda neoliberal en diversos contextos nacionales, con sus focalizaciones políticas y tasas de uso de los servicios públicos (Victoria et al., 2011, p. 3). Así, la masificación de los servicios de salud sin la debida financiación de la red pública brasileña (Paim, 2009; Gomes, 2017), y la contaminación de las acciones por una “ideología gerencialista de la organización del trabajo” (Chiavegato & Navarro, 2014)¹⁵⁸, generaron una precarización del trabajo en salud que es incompatible con su humanización.

epistemológicos a los que se asocian (Gomes, 2017). Opto aquí por la connotación hegemónica en Brasil, contenida en los documentos y sitios web oficiales brasileños.

156 No solo en las acciones estatales, ya que la XI Conferencia Nacional de Salud, celebrada en el año 2000, tuvo como tema principal “Acceso, calidad y humanización en la atención a la salud con control social”.

157 Ordenanza n° 2436, de 21 de septiembre de 2017.

158 La ideología gerencialista, según los autores, serían las nociones y principios administrativos de la gestión privada, como la competencia, la calidad total, el cliente, la excelencia, el producto, etc., insertados en diversas instituciones como escuelas, hospitales e incluso iglesias (Chiavegato & Navarro, 2014, p. 97).

Esta precarización del proceso de trabajo en la salud agrega nuevas presiones personales y sociales a los respectivos profesionales, incluidos los médicos. Se observan condiciones materiales y organizativas inadecuadas en los establecimientos sanitarios, que provocan cansancio, insatisfacción laboral creciente, falta de reconocimiento y problemas de salud mental, condiciones que se traducen en trastornos mentales comunes, debilitamiento de las instancias colectivas en los entornos laborales y empobrecimiento de la identidad profesional y del sentido del trabajo (p. 98).

Este contexto hace que Benevides y Passos (2005) afirmen que el movimiento de humanización de los servicios de salud brasileños llegue a “la década de 2000 encontrándose o chocándose con lo que, paradójicamente, resulta de él: formas instituidas, marcas o imágenes vacías, eslóganes ya sin la fuerza del movimiento instituyente” (p. 390). Según los autores, lo que se observa son acciones fragmentadas vinculadas con cierta imprecisión y fragilidad del concepto “humanización”, que se traducen en sus asociaciones al voluntarismo, asistencialismo, paternalismo o tecnicismo de una gestión de las cuestiones más pragmáticas vinculadas al tema (ibid.). De ahí el fuerte contraste de la “humanización” presente en el trabajo de los médicos cubanos, con la formación y el desempeño en otros contextos laborales (Méndez et al., 1991; Kirk, 2016).

Ahondando en las imprecisiones de la noción de humanismo en el trabajo en salud precarizado, y en consecuencia, de la humanización, Souza y Mendes (2009) ejemplifican cómo las concepciones asistencialistas y formalistas y las actualizaciones de lo que denominan “prácticas modernas de depuración”, desarrolladas más adelante, dificultan la eficacia de los objetivos y métodos establecidos en la política de humanización. El asistencialismo, por venir acompañado de nociones como piedad y caridad, genera la intención de “hacer por el otro” o “para el otro”, poco productiva para la agencia de los sujetos de derechos (p. 683). A su vez, las necesarias cuestiones materiales, relacionadas con las garantías administrativas que sustentan el acceso a los servicios (número de camas, profesionales, formación, máquinas y procedimientos,

por ejemplo), no garantizan el enfrentamiento al funcionamiento fragmentado y fragmentador de los servicios de salud.

Así, llegamos a la tercera dificultad mencionada por los autores, una interferencia más sutil, que se traduce en “concebir al hombre en sí mismo como una entidad aparte del entorno (natural y social) y de las condiciones que él crea y/o transforma” (p. 684). En este humanismo hay un deseo de purificación, que establece artificialmente la “partición entre un mundo natural que siempre ha estado aquí, una sociedad con intereses y asuntos predecibles y estables, y un discurso independiente tanto de la referencia como de la sociedad” (Latour, 1994, p. 16 citado por Souza & Mendes, 2009, p. 682).

Por lo tanto, según Benevides y Passos (2005), para que el proceso de cambio responda a esos anhelos del movimiento por la reforma sanitaria, la humanización necesita romper con “el hombre-figura-ideal, medida-patrón que no coincide con ninguna existencia concreta” y realizar cambios en los procesos de subjetivación, es decir, “los principios del SUS solo se encarnan en la experiencia concreta a partir de sujetos concretos que se transforman en consonancia con la transformación de las propias prácticas de salud” (p. 392).

Por consiguiente, para que haya una atención biomédica¹⁵⁹ mínimamente ajustada a las directrices de humanización mencionadas, es necesaria una interacción continua con las personas que, mientras estén en tratamiento, tendrían su “cuadro clínico” reevaluado con cierta periodicidad, con el objetivo de cambiar o finalizar el tratamiento de acuerdo con sus necesidades (Pinheiros & Mattos, 2006; Goulart, 2007). Con base en Gomes (2017), es posible argumentar que, además del tratamiento y la producción de cuidados basados en la valorización del sujeto y su entorno, la humanización pasa por la construcción de “proyectos y prácticas colectivas que buscan la transformación de los procesos que deter-

159 La opción por la denominación “biomedicina” a la medicina occidental se debe a que refleja el vínculo entre esta forma de racionalidad médica y el conocimiento producido por las disciplinas científicas en el campo de la biología (Camargo Jr., 2005).

minan las condiciones de vida y que ven la salud como expresión de modos de vida más ricos y significativos” (p. 255)¹⁶⁰.

En los municipios que enfrentan dificultades para garantizar profesionales de la salud en las UBS (Arruda et al., 2017) y en las comunidades indígenas atendidas por los distritos no ocurre ni siquiera el mínimo de lo mencionado anteriormente. Como ejemplo, cito las situaciones descritas por Rosalen (2017) al reflexionar críticamente sobre las prescripciones de medicamentos controlados (*tarja preta*) a los wajápi por parte de los profesionales médicos que atienden a los municipios cercanos al territorio indígena. Según la autora, ellos no parecen tener en cuenta las narrativas wajápi sobre los estados alterados que experimentan (p. 68)¹⁶¹. Así, hay prescripciones basadas en los relatos de los profesionales de la salud que acompañan a los wajápi en las consultas médicas (p. 201); wajápi medicados durante años sin diagnóstico en sus historias clínicas, incluso niños; así como casos de combinaciones de varios psicofármacos para una misma persona sin una explicación evidente para ello.

La falta de seguimiento de los pacientes en las aldeas por parte de los técnicos de enfermería está relacionada con la falta de acompañamiento médico. Hay casos de pacientes con prescripciones de psicotrópicos que pasaron meses o años sin monitoreo médico. El proceso de reducción de las dosis de los fármacos, generalmente recomendado para los psicotrópicos, también es bastante raro. Lo que sí se puede comprobar es que los médicos consultados en la ciudad, por regla general, mantienen las prescripciones, cambian los medicamentos o incluso aumentan sus cantidades (p. 159).

160 Lo que, en cierta medida, y resguardadas las condiciones materiales del país, fue experimentado por los cubanos después de la revolución de 1960 (Santos et al., 2017).

161 Según la explicación de la autora sobre los términos, “estado” proporciona la percepción de algo circunstancial y “alterado” se refiere a los cambios en los elementos que componen la persona wajápi (Rosalen, 2017, p. 68).

Fue con el Programa Mais Médicos que los equipos de salud indígenas de la región examinada por Rosalen comenzaron a tener médicos (p. 197). Asimismo, en la región del bajo río Oiapoque, los primeros profesionales que trabajaron con los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) fueron médicos cubanos becados por el PMM desde 2013 hasta diciembre de 2018, año en que finalizó la alianza Brasil-Cuba¹⁶². Uno de estos médicos se convirtió en noticia en la página web del Ministerio de Salud. Tras el titular: “Cubano de Mais Médicos reduce el uso de antibióticos en una aldea indígena rescatando plantas medicinales”, el texto describe cómo “a través de charlas y reuniones con los líderes y residentes locales, el profesional de la salud fue poco a poco desmitificando la creencia de que las plantas serían un tipo de ‘magia’”¹⁶³. Así, habría reducido el consumo de antibióticos sustituyéndolos por hierbas de una huerta que plantó en el pueblo, y su logro habría sido cambiar “los paradigmas de palikur”¹⁶⁴ relacionados con el uso de los medicamentos a través de repetidas conversaciones con la gente.

Como puede verse, la intensa relación del médico con la población le permitió percibir el uso nocivo de un determinado tipo de medicamento, con sus posibles causas, e intentar revertir la situación a través del diálogo con el grupo. Para hacer efectivo el uso de medicinas alternativas a los antibióticos, el médico cultivó un jardín con plantas medicinales en el pueblo, junto al puesto de salud. Aunque aparentemente la iniciativa se ha desvanecido con su salida del pueblo, y existen algunos palikur-arukwayene que, junto a otros agentes, siguen “mistificando” la magia de las plantas¹⁶⁵, este es un ejemplo de la actuación de médicos diferentes a

162 El acuerdo entre Cuba y Brasil, mediado por la Organización Panamericana de la Salud, se acabó en diciembre de 2018, y los médicos cubanos cooperantes que participaban en el programa regresaron a su país.

163 Trechos de la noticia del 16 de noviembre de 2016, disponible hasta 2021 en: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51986-cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais> (archivo personal).

164 Ibid.

165 En el caso de los palikur-arukwayene, la cuestión puede ser menos sobre

los descritos por Rosalen (2017), al menos en lo que se refiere a la actuación contra el consumo nocivo de medicamentos.

La publicación de las acciones del médico cubano en el sitio web del organismo gubernamental refuerza que estas prácticas son coherentes con lo que se espera de los médicos que trabajan en la atención primaria y, por extensión, en la salud indígena, si tenemos en cuenta la conocida reducción de las medicinas indígenas a plantas medicinales (Cunha, 2009, pp. 301-310). Pero, ¿la atención diferenciada a los indígenas se reduce a prácticas humanizadas?

En el apartado siguiente, el texto avanza hacia la comprensión de que la presencia constante y prolongada de los profesionales médicos en los equipos de salud indígenas, junto con los demás profesionales, y una dirección humanizada del trabajo en salud, se convierten en aspectos necesarios para la construcción diferenciada de la atención a la salud. Pero no son los únicos.

Sobre la humanización y otros posibles humanos

Un médico cubano que también ha trabajado en la región, principalmente en las aldeas karipunas, al ser preguntado¹⁶⁶ por sus impresiones sobre los indígenas que allí viven, respondió inmediatamente que lo que más le llamaba la atención era que estos llegaban “hablando de espíritus”. Cuando le pregunté qué pensaba de esto, qué hacía en base a estas declaraciones, se desconcertó. Luego, dijo que no decía que los espíritus no existían, ni nada por el estilo, les dejaba tomar “la medicina de ellos” y les recetaba la suya. ¿Qué enuncia esta expresión al médico?

Con base en las ontologías amerindias trabajadas por la teoría perspectivista (Lima, 1996; Viveiros de Castro, 1996, 2002, 2018), es posible ver que, en muchos pueblos indígenas, “los humanos y los no humanos (animales, espíritus de animales, héroes

la recuperación del conocimiento sobre las plantas y más sobre las prácticas de preparación, pensando en cómo se entiende el chamanismo entre los palikur-arukwayene “creyentes”, que, actualmente, experimentan lo que Capiberibe (2007) llama una “cosmología indígena-cristiana”.

166 Entrevista J.M.C., Oiapoque, 26 de febrero de 2020.

fundadores, muertos, etc.) tienen el mismo estatus de persona” (Capiberibe, 2017, p. 314). Así, la humanidad o no humanidad de los sujetos es relacional (Viveiros de Castro, 2002). Trayendo un ejemplo de la región del bajo río Oiapoque:

La mitología palikur, por ejemplo, está llena de narrativas sobre encuentros fortuitos interespecíficos en el monte, en los que un animal divisa a un humano como presa animal y acaba capturándolo y llevándolo a su mundo, donde ambos comienzan a vivir una vida según la cultura humana [...]. En un mundo en el que ser persona y poseer cultura no son prerrogativas exclusivas de hombres y mujeres, sino cualidades extendidas a los seres no humanos, ¿qué ocurre cuando entran en la relación otro tipo de seres? (Capiberibe, 2017, p. 314).

Si en la cosmología amerindia la noción de humano como persona puede extenderse, de manera relacional, a varios seres, es porque la humanidad no denota una especie natural, sino la condición social de persona —“la humanidad es la forma general del Sujeto”— (Viveiros de Castro, 2002, p. 374). La multiplicidad de los cuerpos es lo que mantiene, la mayor parte del tiempo, la perspectiva de la diversidad entre los seres y de la humanidad de sus semejantes (p. 380).

Algo diferente ocurre con la noción de humanidad en la sociedad occidental moderna¹⁶⁷. Lo que motivó las campañas de humanización de los servicios de salud biomédicos fue, como vimos, combatir la tendencia de la práctica tecnocientífica de desestimar a las personas involucradas en sus procedimientos. Esta deshumanización técnica produce un ahogo de las singularidades/diferencias de los sujetos, reduciendo a las personas a un ser humano genérico, titular de un cuerpo igual a todos los demás, al que hay que prevenir de enfermedades predefinidas (Le Breton, 2011, p. 285).

Con este humano (alma/subjetividad) desvinculado de su cuerpo (materia), la biomedicina ha dedicado gran parte de sus recursos y esfuerzos al conocimiento de la estructura y función

167 “Occidental” acompaña aquí a “sociedad moderna” para subrayar que no se trata de una cuestión de cronología, sino de fundamento ontológico.

del organismo humano, a las causas de las enfermedades, a los métodos de investigación científica y al análisis complementario del diagnóstico, así como a otros métodos de racionalización biológica (Camargo Jr., 2005), algo que se ha problematizado, entre otras formas, con las políticas de humanización vistas en el punto anterior. Por otro lado, la naturalización de la idea de lo humano, como señalan Souza y Mendes (2009), es un riesgo ligado al uso del término en políticas como el PNH. El revés de esta naturalización actualiza un cierto asimilacionismo presente en el cuestionamiento de muchos profesionales y gestores ante la demanda de diferenciación de la atención a los indígenas, dado que todos somos iguales —“hermanos brasileños”, como dijo un exsecretario del SESAI¹⁶⁸—.

En el apartado “*Nem todos os homens*”, Viveiros de Castro (2018) trabaja las metáforas occidentales de la hermandad, a partir de una anécdota en la que se tradujo *txai* como “hermano”, cuando el término estaría más cerca de “primo/cuñado” en las relaciones de afinidad trazadas por los kaxinawa y otros pueblos amazónicos (pp. 259-262). Según el autor, estas metáforas se relacionan con una noción de origen común, destacando la identidad entre los relacionados. Es decir, incluso las personas que no son parientes, son hermanas “hasta cierto punto, ya que la fraternidad es en sí misma la forma general de la relación” (p. 261). Así, para los “occidentales”, la “hermandad” refuerza el carácter de relación entre semejantes.

El modelo amazónico de relación no podría ser más diferente de esto. “Diferente” es la palabra adecuada, ya que las ontologías amazónicas plantean la diferencia y no la identidad como principio de relacionalidad. [...]. La palabra común para relación, en los mundos amazónicos, es el término traducido como “cuñado” o “primo cruzado”. [...]. En definitiva, “primo/cuñado” es el término que crea una relación donde no existía. Es la forma por la cual lo desconocido se vuelve conocido [...]. No es de

168 Página del Ministerio de Salud en Twitter: <https://twitter.com/minsaude/status/1273638179522953217?lang=gl>. Consultado el 23 de enero de 2021.

extrañar, entonces, que los animales sean frecuentemente concebidos como siendo afinalmente relacionados a los humanos en la Amazonia. La sangre está para los humanos como el caxiri para los jaguares, exactamente igual que una hermana para mí es una esposa para mi cuñado (p. 261).

Las relaciones con los “espíritus” serían, pues, relaciones que se producen a través de un lenguaje establecido en (y con) un plano suprasensible (Capiberibe, 2017). Estas relaciones constituirían cuerpos, pues son las que hacen a las personas “humanas y/o no humanas, que distinguen a los parientes consanguíneos de los afines” (pp. 313-314). Estas constituciones son transformaciones inherentes a las relaciones, que también pueden darse con los espíritus. Conviene, pues, preguntarse junto a Ailton Krenak (2019): “¿Somos realmente una humanidad?” (p. 8).

Volviendo a la salud indígena, mientras que el uso de la noción de humanización por parte de la mayoría de los profesionales de la salud no indígenas significa reforzar ideológicamente una mirada de similitud de alma entre hombres y mujeres diferentes, en una comprensión amerindia ver la humanidad de otros seres (como proceso en el que se llega a ver a un agente como humano) puede suponer la “captura” de la persona para la convivencia con estos seres —es decir, hay que ser constantemente consciente de la diferenciación entre humanos y tener cuidado con las “composiciones inadecuadas” (Rosalen, 2017)—, ya que es posible asumir “formas de existir” de otras gentes. Por ejemplo, se puede quedar embarazada de un “bicho”, o *karuãna*, tanto como tenerlo como espíritu auxiliar de un chamán (Andrade, 2007). Es necesario, sobre todo, considerar cómo este relato de que existe “la” humanidad hace que los no indígenas se enajenen y se vuelvan violentos con los que despersonalizan, ya sean ríos, montañas (Krenak, 2019) o enfermedades.

No es casualidad que los habitantes del bajo río Oiapoque adviertan a los profesionales sobre los espíritus y sus agencias, como me dijo aquel médico cubano que trabajó en la región, demostrando que hay más agentes de los que él consideraba al tratar la

salud, y destacando también otras prácticas terapéuticas que estarían actuando¹⁶⁹.

Así, por más “humanizada” que sea la atención médica, si esta no considera (en el sentido de tomar en serio) a los “otros humanos” involucrados en el proceso de salud/enfermedad/curación en la región amazónica del bajo Oiapoque, no será sinónimo de atención diferenciada.

Comentarios finales

El Subsistema de Salud Indígena se rige por los mismos principios de universalidad, equidad e integralidad que rigen el Sistema Único de Salud, siendo el principio de atención diferenciada su especificidad fundamental de existencia. En los textos oficiales, las justificaciones de esta diferenciación muestran que existen otras prácticas de salud/enfermedad/curación además del sistema sanitario oficial.

Si lo que hace posible otras prácticas de salud/enfermedad/cura es la viabilidad de las otras composiciones que hacen los diversos agentes/humanos, la atención a la salud diferenciada irá mucho más allá de tratar bien a los pacientes indígenas, no combatir sus “creencias”, o traducir al chamán como médico, incluirlo en las rutinas de los servicios de salud e incluso remunerarlo (Kelly, 2009). También implicaría mucho más que los distritos sanitarios de la Secretaría Especial del Ministerio de Salud, y más allá de este ministerio también. Excede la discusión sobre la tierra, el poder, el capitalismo, y llega a lo suprasensible (Capiberibe, 2017), enunciado por los indígenas que “llegan hablando de espíritu” en las unidades básicas de salud.

Por ello, hago hincapié en dos aspectos. La existencia del Subsistema de Salud Indígena y la comprensión de este como un derecho hace necesaria su estructuración, para reducir los riesgos asociados al acceso a un sistema biomédico precario, ofrecido de forma incompleta, sin especialistas y de manera poco dialogada

169 Sobre prácticas de autoatención de las personas y sus colectividades en la búsqueda del bienestar o la salud, ver Menéndez (2003).

—y esto no presupone ninguna sustitución de las prácticas amerindias de actuación—.

Existe una amplia literatura sobre la relación entre el sistema biomédico de salud y las prácticas indígenas de salud/enfermedad/cura que indican que lo que genéricamente llamamos cuidados a la salud, atravesados por la autonomía en la decisión del tratamiento, resguardos y la composición con otros humanos, no son amenazados por la interacción con los sistemas de cura biomédicos —por el contrario, la dificultad de articular con otras prácticas sería, generalmente, de la propia biomedicina (Langdon, 2005; Silveira, 2004)—. Por ello, hacer efectiva la humanización de los servicios, mínimamente experimentada en el desempeño de los médicos cubanos en el país (Lino, 2017), es una vía oportuna para cualificar los servicios ofrecidos a indígenas y no indígenas.

De manera que, y este es el segundo aspecto a destacar, criticar la ecuación entre atención diferenciada y atendimento humanizado no significa hacerlos incompatibles, sino mirar para la amplitud de la diferencia y de la humanización que presuponen. Si, como hemos visto, existen otras nociones de lo humano, la humanización de los servicios para los pueblos indígenas, tal como se describe en los documentos básicos de la Política Nacional de Humanización —es decir, valorizando a los diferentes sujetos— tendría que considerar las nociones de sujetos/humanos de estos pueblos. Por lo tanto, para humanizar lo diferente, habrá que considerar que existen humanos diferentes.

Surgida en el mismo período de redemocratización, y fruto de las disputas libradas por los movimientos sociales para la constitución de los servicios de salud en el país, la humanización de los servicios de salud brasileños y su diferenciación en las acciones dirigidas a los pueblos indígenas siguen siendo banderas para enfrentar las robustas instituciones que pretenden transformar.

Como intenté esbozar en este texto, la reducción inadvertida de la comprensión de la atención diferenciada a la atención humanizada interfiere en la calificación de los servicios ofrecidos por el subsistema y alimenta las cavilaciones acerca de que su existencia es innecesaria. Estas cavilaciones ocurren a través de la invocación de una igualdad/hermandad entre todos los que necesitan de ser-

vicios de salud humanizados, y se materializan en una disminución de los recursos y en una baja flexibilidad de las acciones estatales en la atención de los cientos de pueblos indígenas existentes en Brasil.

En este sentido, paradójicamente, el ser humano genérico, contenido en las políticas de humanización, seguiría siendo invocado: los cuerpos empezarían a diferenciarse, con sus almas e historias, donde antes solo había un “receptáculo de enfermedades”, pero este giro mantendría intacta la prerrogativa occidental moderna de la unicidad humana —o el humano universal—, en detrimento de todas las demás concepciones posibles de humanos/sujetos, cuerpos, universalidad y diferenciación presentes en las ontologías amerindias.

Así, es necesario que la atención diferenciada siga existiendo como política pública y, por tanto, en debate, para que sigan siendo posibles otras composiciones entre humanos, partiendo de la base de que la estabilización de una única humanidad es perjudicial para el objetivo final de garantizar la salud de los diferentes pueblos.

Bibliografía

Andrade, U. M. (2007). *O real que não é visto: xamanismo e relação no baixo Oiapoque (AP)*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de São Paulo, São Paulo, SP.

Arouca, C. & Lima, N. T. (2014) *Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)*. In C. C. Teixeira e L. Garnelo (Org.) *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Arruda, C. A. M., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. H., Carneiro, F. F., Comes, Y., Trindade, J. S. Santos, L. M. P. (2017) *Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(1), pp. 1269-1280. <https://doi.org/10.1590/1983-7541-20160112691280>

org/10.1590/1807-57622016.0235.

Assumpção, K. (2014). *Negociando curas: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu*. (Tesis de maestria). Programa de Posgrados en Ciencias Sociales de la Universidad Federal de São Paulo, Guarulhos, SP.

Athias, R., & Machado, M. (2001). A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2), pp. 425-431, mar-abr.

Benevides, R., & Passos, E.. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), pp. 389-394. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>

Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministerio de Salud/ FUNASA.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará. (2020). *Plano de Contingência para Enfrentamento ao Coronavírus*. Macapá-AP. Recuperado de https://drive.google.com/drive/folders/1ti4y0weLDsJYdL-R3r2FuxDf8XWDn2O_

Camargo, E. P. (2008) *Doenças tropicais*. *Estudos Avançados* [online]. v. 22, n. 64, pp. 95-110. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300007>

Camargo Jr., K. R. (2005) *A Biomedicina*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), pp. 177- 201.

Capiberibe, A. M. G. (2007). *Batismo de fogo: os Palikur e o cristianismo*. São Paulo: Annablume, Fapesp; Nuti.

Capiberibe, A. M. G. (2017). A língua franca do suprassensível: sobre xamanismo, cristianismo e transformação. *Mana*, 23(2), pp. 311-340

Carneiro da Cunha, M. (2009). Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico, In *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify.

Chiavegato, L. G. & Navarro, V L. (2014). A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS: a organização do trabalho de médicos. *Psicologia em Revista*, 20(1), pp. 96-115. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p96>

Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira LL, Oliveira FP, Caballero González JE, Shimizu HE, et al. (2017). Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Publica*; 41:e130. doi: 10.26633/RPSP.2017.130

Costa, D. C. (1987). Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de saúde pública*, R.J., 4(3), pp. 388-401.

Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In E. J. Langdon & M. D. Cardoso (Org.). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Fontão, M. A. B. & Pereira, É. L. (2019). Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil. In: H. Telles (org.) *Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde*. Belo Horizonte: UFMG.

Garnelo, L. (2012). Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do sub-

sistema de atenção à saúde. In: L. Garnelo e A. L. Pontes (Org.) Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Unesco.

Garnelo, L. (2014). O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena In C. C. Teixeira e L. Garnelo (Org.) Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Garnelo, L. & Sampaio, S. (2005). Organizações indígenas e distribuição sanitária – os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4), pp. 1217-1223, jul-ago.

Gomes, R. M. (2017). Humanização e desumanização no trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Gonçalves, F. R. (2019). Noção de pessoa: apontamentos sobre um alargamento teórico possível. INTRATEXTOS, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, pp. 1-17.

Goulart, F. A. A. (2007). Saúde da Família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos. Uberlândia: Ed. EDUFU

Hochman, G. & Silva, R. (2014). Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira In C. C. T. e L. Garnelo (Org.) Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE.

Kelly, J. A. L (2009). “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. ILHA, Florianópolis, vol. 11, n. 2, pp. 265-302.

Kirk, J. M. (2016) Salud pública sin fronteras: para entender la cooperación médica internacional cubana. Santiago de Cuba:

Editorial Oriente.

Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Cia. das Letras.

Langdon, E. J. (2005) A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: R.G. Baruzzi & C. Junqueira (org). *Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem.

Langdon, E. J. (2014). Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), pp. 1019-1029.

Langdon, E. J. & Cardoso, M. D. (2015). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Latour, B. (2008) *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Le Breton, D. (2011) *Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem*. In: *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes.

Lima, T. S. (1996). O dois e seu múltiplo: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia tupi. *Mana*, 2(2), pp. 21-48.

Lima, N., Gerschman, S., Edler, F. & Suárez, J. (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

Lino, A. (2017) *Branco Vivo*. São Paulo: Elefante.

Lourenço, D. (2021). Narrativas da floresta. *Maloca: Revista De Estudos Indígenas*, 4(00), e021004. <https://doi.org/10.20396/maloca.v4i00.13834>

Macedo, V., Martins, J., & Troncarelli, M. (2018). *Três linhas*

e alguns nós: serviço social, educação e Antropologia na CASAI-SP. *Amazônica - Revista de Antropologia*, 9(2), pp. 632-659. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5668>

Mauss, M. (1973) Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: *Sociologia e antropologia*. PUF, Paris.

Mendes, E. V. (2012) O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana de la Salud.

Méndez, J., Rodríguez, J. & Aneiros-Riba, R. (1991) La educación em ciencias de la salud em Cuba. *Educ Med Salud*, vol. 25, No. 4.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8 (1), pp. 185-208.

Organização Panamericana de Saúde. (1996) *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: OPAS. Publicación científica n. 557.

Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS?*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (org.). (2006) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora.

Ramos, A. R. (1999) *Projetos Indigenistas no Brasil Independente*. Série Antropologia 267. Brasília, DAN/UnB.

Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), pp. 253-261. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>

Rosalen, J. (2017). Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari. (Doutorado em Antropologia Social). Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de São Paulo, São Paulo, SP.

Santos, F. L. B., Vasconcelos, J. S. & Dessotti, F. R. (2017). Cuba no século XXI: dilemas da revolução. São Paulo: Elefante.

Seeger, A., Da Matta, R. & Viveiros de Castro, E. (1987). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In Pacheco de Oliveira F° J. (org.), Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil, p. 11-29. Rio de Janeiro, UFRJ/Marco Zero.

Silva, D. (2017). O programa mais médicos no Amazonas: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz.

Silveira, N. H. (2004). O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Esther J. e GARNELO, Luisa (orgs.). Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Souza, L A P & Mendes, V L F. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, pp. 681-688.

Souza Lima, A. C. (2014). Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas In C. C. T. e L. Garnelo (Org.) Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Strathern, M. (2014). “A pessoa como um todo e seus artefatos” e “Cortando a rede”. In: O efeito etnográfico e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify.

Victora, C. G., Aquino, E. M. L., Leal, M. C., Monteiro, C. A., Barros, F. C., Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges, *The Lancet*, Published online May 9, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

Vidal, L. B. (1999). O modelo e a marca, ou o estilo dos ‘mistrados’: cosmologia, história e estética entre os povos indígenas do Uaçá. *Revista de Antropologia*, 42(1/2), pp. 29-45.

Vieira, S. P., Pierantoni, C. R., Magnago, C., Ney, M. S. & Miranda, R. G. (2018). A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 189-207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s113>.

Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2 (2), pp. 115-44.

Viveiros de Castro, E. (2002). Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac Naify.

Viveiros de Castro, E. (2018). A Antropologia Perspectivista e o método da equivocação controlada. Tradução de Marcelo Giacomazzi Camargo e Rodrigo Amaro. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 5 (10): 247-264, agosto a dezembro de 2018. ISSN: 2358-5587.

SOBRE LOS AUTORES

Julio Portocarrero Gutiérrez

Candidato a doctor en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina. Docente TPA en la especialidad de antropología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y docente ordinario de antropología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Es investigador del Centro de Investigaciones Sociales, Económicas, Políticas y Antropológicas de la PUCP. Se ha desempeñado en el campo de la antropología de la salud y políticas públicas vinculadas a la salud indígena y salud intercultural.

Contacto: portocarrero.jc@pucp.edu.pe /
jcportocarrerog@unmsm.edu.pe

Nádia Heusi Silveira

Doctora en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina y graduada en Nutrición. Investigadora asociada al INCT Brasil Plural y al Núcleo de Saber y Salud Indígena (NES-SI/UFSC). Como antropóloga, ha trabajado con temáticas que articulan la etnología indígena, la alimentación y la salud. Trabaja en el Sistema Único de Salud (SUS) de Rio Grande do Sul.

Contacto: nheusi@yahoo.com.br

Veronica Grigio

Doctoranda de Antropología Médica por la Universidad de Toronto, Canadá, donde investiga los procesos de traducción de conocimientos científicos en contextos de salud pública durante

brotos de enfermedades. Grigio tiene un M.Sc. en Desarrollo Internacional y Comunitario por la Universidad de Padua, Italia. Sus intereses de investigación se enfocan en la interacción entre espiritualidad, economía neoliberal, así como en procesos fisiológicos conectados con el sistema inmunitario.

Contacto: veronica.grigio@mail.utoronto.ca

Helen Palma Pinedo

Candidata a doctora en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina. Se ha desempeñado en el campo de la antropología de la salud y políticas públicas vinculadas a la salud indígena y salud intercultural. En la actualidad, viene realizando una etnografía vinculada a la nutrición y políticas alimentarias entre los awajún de Amazonas (Perú) con el apoyo de la beca CAPES. Es miembro del Núcleo de Estudos sobre Saberes e Saúde Indígena (NESSI/PPGAS/UFSC).

Contacto: palmapedo.h@gmail.com

Ximena Flores Rojas

Magister y doctorado en Antropología Social por el Programa de Posgrado del Museo Nacional de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Es licenciada en Antropología por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Ha realizado investigaciones sobre etnología amazónica y antropología de la salud.

Contacto: ximeflores.r@gmail.com

Sandra Carolina Portela García

Antropóloga por la Universidad del Cauca (Colombia), magíster y doctora en Antropología Social por la Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil). Docente investigadora del programa de Antropología y del área de Cultura y Sociedad de la Universidad

Externado de Colombia. Pesquisadora asociada del Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – INCT Brasil Plural. Trabaja en temas relacionados con etnología indígena, antropología de la salud, políticas públicas, antropología y medio ambiente.

Contacto: sandra.portela@uexternado.edu.co

Ari Ghiggi Jr.

Máster y doctor en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC). Investigador del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología Brasil Plural (INCT IBP) y miembro del Núcleo de Estudios en Saber y Salud Indígena (NESSI/UFSC). Ha estado trabajando con investigaciones en las áreas de antropología de la salud, políticas públicas y salud indígena, con énfasis en el tema de las prácticas de atención a la salud entre los kaingang en el oeste de Santa Catarina.

Contacto: ari.ghiggi@gmail.com

Karine Assumpção

Estudiante de doctorado en Antropología Social en PPGAS/Unicamp. Realiza investigaciones sobre profesionales de la salud en áreas indígenas y, en la actualidad, ocupa el cargo de indigenista especializado en la Fundación Nacional del Indio. Trabaja principalmente con los siguientes temas: salud indígena, relaciones interétnicas, interacciones salud-enfermedad-cura, biomedicina y políticas públicas de salud.

Contacto: karine.assumpcao@gmail.com

Ariel David Ferreira

Bachiller y licenciado en Ciencias Sociales. Magister en Antropología Social por la UFG y estudiante de doctorado en Antropología Social por la UFSC. Trabaja en educación básica como profe-

sor de sociología y se ha dedicado a la investigación sobre salud y enfermedades crónicas en la población indígena akwe xerente, ubicada en la región norte de Brasil.

Contacto: davidf.ariel@gmail.com

Esther Jean Langdon

Graduada en el Departamento de Antropología y Sociología - Carleton College (1966), MA en el Departamento de Antropología - Universidad de Washington (1968) y Ph.D. por Tulane University (1974). Ha realizado estancias de Posdoctorado en la Indiana University y la Universidad de Massachussets Amherst. En la actualidad, es profesora en la Universidad Federal de Santa Catarina y coordinadora del Instituto Nacional de Investigación Brasil Plural. Tiene experiencia en el campo de la antropología, con énfasis en cosmología y salud, trabajando principalmente en los siguientes temas: antropología de la salud, salud indígena, política de salud indígena, narrativa y performance, chamanismo y cosmología.

Contacto: estherjeanbr@gmail.com

Más allá de lo terapéutico surge del seminario de Salud Indígena e Intermedicalidad, organizado en el marco del proyecto “Prácticas de autoatención, intermedicalidad y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el VIH/sida en cuatro pueblos indígenas de la Amazonía”. A partir del simposio “Más allá de lo terapéutico: espacios de intermedicalidad, salud indígena y salud pública en la Amazonía”, que formó parte del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología, se expandieron las área de interés inicial, antes restringido al contexto amazónico, hacia los aportes etnográficos de las tierras bajas de América del Sur.

Los temas centrales de estos artículos giran en torno al aporte de la etnografía de las tierras bajas sudamericanas para la comprensión de las ideas y prácticas indígenas vinculadas a la salud y enfermedad, así como al entendimiento de los espacios y zonas de contacto generados por la ampliación de la salud pública y la biomedicina en estos contextos. Los ensayos de este libro evidencian la diversidad y riqueza etnográfica que caracterizan las innumerables experiencias sobre salud y enfermedad de los pueblos y contextos indígenas de Perú y Brasil. Además, *Más allá de lo terapéutico* muestra la creciente inclinación de los investigadores por vincular aspectos económicos, sociales, históricos, culturales y políticos del análisis antropológico interesado en la salud de los pueblos indígenas.



ISBN: 978-612-4355-12-7



9 786124 355127