

Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia

*Carlos Fabian Betancourt Rodríguez
y María Yaneth Pinilla Alfonso*

Presentamos algunas percepciones en torno a aspectos socioculturales de la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas piaroas, curripacos, piapocos, paeces, guambianos y tikunas de Colombia. Los autores organizaron talleres orientados a la prevención del VIH-Sida y observaron que en estas comunidades se registran problemas de salud relacionados con el estado de pobreza, el desplazamiento forzado y el conflicto armado. Encontraron que los mitos, las creencias y las tradiciones dificultan la inclusión de las estrategias de prevención del VIH-Sida e identificaron situaciones como homofobia e inequidad de género, las cuales incrementan la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y de las mujeres frente al VIH-Sida e infecciones de transmisión sexual (ITS), todo enmarcado en el carácter étnico que hace complejo el panorama.

PALABRAS CLAVE: VIH-Sida, indígenas, salud sexual, salud reproductiva, vulnerabilidad

► 75

Perceptions about the Social and Cultural Context of HIV/AIDS in the Indigenous Peoples of Colombia

This paper introduces some perceptions around social and cultural aspects involved in the sexual and reproductive health of Piaroa, Curripaco, Piapoco, Paez, Guambiano and Tikuna indigenous communities in Colombia. The researchers made workshops to prevent HIV/AIDS and observed that the communities suffer illness related with poverty, forced displacement and armed conflict. They found that myths, beliefs and traditions make the inclusion of prevention strategies to HIV/AIDS more difficult. There are situations like gender inequality and homophobia which increase the vulnerability of men having sex with men and of women to HIV/AIDS and sexually transmitted disease (STD). All this, inside of the frame of the ethnic panorama.

KEYWORDS: HIV/AIDS, natives, sexual health, reproductive health, vulnerability

CARLOS FABIAN BETANCOURT RODRÍGUEZ: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
fabian.betancourt@gmail.com

MARÍA YANETH PINILLA ALFONSO: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
hialina1@yahoo.com

Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 75-86
Recepción: 9 de marzo de 2009 / Aceptación: 22 de octubre de 2009

INTRODUCCIÓN

Las reflexiones presentadas en este documento surgieron en el marco de los proyectos “Prevención del VIH-Sida en comunidades indígenas del oriente colombiano” (2003), llevado a cabo con miembros de las comunidades piapoco, piaroa y curripaco; “Reducción del Riesgo en VIH-Sida en comunidades indígenas del departamento del Cauca” (2004), en el que participaron miembros de las comunidades paez y guambiana, y “Realización de Campañas para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental de Amazonas” (2006), donde se trabajó con la comunidad tikuna. Estas estrategias fueron lideradas por los autores y, aunque no fueron metodológicamente homogéneas, se centraron en intercambios dialógicos con las comunidades, orientados a la comprensión de sus realidades frente al VIH-Sida. Las reflexiones surgen frente a las inquietudes que se generaron en el proceso, así que en este documento se buscó relacionarlas con un contexto explicativo. La pretensión no es hacer un trabajo científico, sino elaborar una descripción etnográfica en el marco de la realidad colombiana.

76 ◀

El contexto diverso de las comunidades indígenas en Colombia

Aproximarse al problema del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en el entorno cultural indígena en Colombia es entrar en un mundo matizado por la tensión evidente entre la tradición ancestral y el cambio cultural. La historia del país, durante más de 500 años, da cuenta de choques constantes entre las formas en que los colombianos hemos construido, bajo diferentes circunstancias, nuestros cuerpos y sexualidades de maneras abruptas que pasan por el tamiz de la violencia política y la manipulación cultural.

En el encuentro de dos mundos, donde colisionaron irreversiblemente las identidades y corporeidades

de unos y otros, por un lado la tradición judeocristiana —que expresa una doctrina segmentadora del cuerpo y del espíritu a partir de la mediación del pecado— y del otro un mundo inimaginado y desconocido del que los ojos cronistas describieron:

tienen costumbres desabrochadísimas. Cuando se les despierta la libidine son bestiales. Son lujuriosos, muy carnales e incestuosos. Todo un seminario de lascivia. Entre los vicios de los andinos está la sensualidad (Martínez, 1995).

No obstante lo tormentoso del encuentro, esas apreciaciones que se hicieron desde las crónicas permitieron percibir que los habitantes de estas zonas tenían organizaciones sociales complejas y que sus cuerpos e interacciones sexuales se construían desde cosmovisiones mediadas por elementos disímiles a la cultura ibérica, pero no por ello menos válidos.

En este contexto de encuentros y desencuentros, 87 etnias indígenas se localizan en Colombia, además de otavaleños y personas de otros pueblos indígenas de Ecuador, Bolivia, Brasil, México, Panamá y Perú. A éstos se suman tres grupos diferenciados de población afrocolombiana y el pueblo rom o gitano. Se hablan 64 lenguas amerindias, el bandé —lengua de los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina—, el palenquero —lengua criolla de las comunidades de San Basilio de Palenque, primer pueblo libre de América— y el romaní o romanés (DANE, 2007). Según el censo de 2005, en Colombia residen 1 392 623 indígenas, que corresponden a 3.43% de la población del país. La mayoría de las comunidades reside en uno de los 710 resguardos titulados¹ ubicados en 27 de los 32 departamentos del país y en 228 municipios. Se concentran en las regiones de la selva tropical, la sabana, la zona andina y en las zonas de frontera.

¹ Es un territorio con límites establecidos por la ley, ocupado por uno o más pueblos indígenas, con organización social propia y con títulos de propiedad colectiva, inembargable e intransferible. La titulación la lleva a cabo el Instituto Colombiano para el Desarrollo Rural.



International AIDS Society / Mondaphoto

Marcha *Universal Action Now* del Monumento a la Revolución al Zócalo, 2008.

Aspectos legales en la construcción de lo indígena en Colombia

En 1991 tuvo lugar la reforma constitucional en Colombia, proceso que incluyó por primera vez en la historia de la nación la participación de diferentes sectores sociales, como las mujeres y las comunidades étnicas. El mismo año, Colombia ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1989), que reconoce como ciudadanos a las y los indígenas, que hasta el momento habían sido considerados como menores de edad, y por tanto sin mayores derechos ciudadanos.

El proceso de reconocimiento quedó planteado en la Constitución, en el artículo séptimo, que incluye y protege la diversidad étnica y cultural, y concibe a la nación como una realidad multicultural. La realización de este proyecto de país implica abandonar antiguos prejuicios y prácticas fuertemente arraigadas en sus instituciones, en su noción de ciudadanía, en la ideología de sus funcionarios, así como en las acciones de las

colectividades que se reivindican como diferentes. Implica construir nuevas formas de gobierno, de autonomía y procesos interculturales inéditos. Supone comprender que las culturas son dinámicas, relacionales, polifónicas, abiertas, que se tejen permanentemente como un verdadero *collage* en la vida cotidiana y a lo largo de su historia (Serje, Suaza y Pineda, 2002).

Esta nueva Constitución promueve relaciones de interculturalidad y mutualidad, al reconocer el derecho de los pueblos indígenas a una educación de acuerdo con sus propias cosmovisiones, el respeto por la identidad cultural, por la propiedad colectiva de la tierra (resguardos) y por la perspectiva de sus valores culturales. Se reconocen también los derechos a la autonomía (en lo referente al gobierno, la justicia y la salud), al territorio, a la consulta, al propio desarrollo y al ejercicio de sus derechos políticos, puesto que se promueve la participación de los pueblos indígenas en los escenarios de toma de decisión de la nación. A pesar de lo interesante y valioso de estos logros, la práctica dista diametralmente de la posibilidad de llevar a cabo verdaderos desarrollos y

avances en estos temas. La complejidad del escenario de interacción indígena-Estado está mediada por una enmarañada red de situaciones en la que se generan tensiones, no sólo fuera del espacio indígena, sino al interior del mismo, desde actores internacionales, nacionales, regionales y locales.

La salud de la población indígena colombiana

De acuerdo con Par (2004), la pirámide poblacional indígena colombiana presenta una base muy amplia y una fuerte reducción progresiva: un segmento juvenil de poco menos de la mitad (45 %) son menores de 15 años. En esta población la tasa de fecundidad es de 6.5 nacimientos por mujer, es decir, más del doble de la tasa nacional de 2.6 (Profamilia, 2005). La tasa bruta de natalidad —26 nacimientos por cada 1 000 habitantes— indica también una superioridad en este sector: 41 por cada 1 000.

78 ◀ Paradjicamente, la esperanza de vida —que en promedio para Colombia es de 73 años en mujeres y 64.3 en hombres— es mucho menor para los indígenas: 57.8 años en mujeres y 55.4 años en hombres (Par, 2004). Así, entre los indígenas nacen muchos más que en cualquier familia colombiana, pero también mueren muchos más y viven menos años. Aunque esta situación deja en claro la necesidad inminente de contar con protección especial para la población indígena, la prestación de los servicios públicos, específicamente, de salud, educación y saneamiento ambiental, siguen siendo un hecho que escapa a la esfera del ejercicio de sus derechos fundamentales y que se complica con situaciones como el conflicto armado, la presencia de cultivos ilícitos, las fumigaciones y el desplazamiento, a las que habría que sumar los procesos de explotación de recursos petroleros, ambientales, de desarrollo vial e hidroeléctrico en zonas de habitación indígena (Be-tancourt y Pinilla, 2006).

Estas realidades han generado procesos de desplazamiento de las comunidades indígenas y su consecuente empobrecimiento, de modo que han forjado un contexto propicio para la presencia de enfermedades asociadas

a la pobreza, como la tuberculosis (TBC), el poliparasitismo intestinal (PPI), la enfermedad diarreica aguda (EDA), la infección respiratoria aguda (IRA) y la desnutrición, sobre todo entre la población infantil (OPS, 2007).

En las últimas cuatro décadas las situaciones sociales que circundan las realidades indígenas en el país han incrementado las interacciones de esta población con otras comunidades, exponiéndolas a enfermedades virales desconocidas y al VIH-Sida, frente a las cuales priman escasas posibilidades biológicas para hacer frente como individuos o comunidades. Además de un amplio desconocimiento sobre las mismas y su posible prevención:

la violencia y el desplazamiento forzado han sido generadores de cambios notables en el perfil epidemiológico de muchas comunidades y un agravamiento generalizado de la situación de salud, que en algunos casos ha sido dramático, como el de los Nukak Makú quienes en 1988 abandonaron su aislamiento en lo profundo de la selva y comenzaron un proceso de interacción con comunidades colonas que a la fecha ha venido impactando negativamente su bienestar (Riaño, 2009).

A este panorama se suma de manera relevante el nuevo sistema de salud colombiano que fue aprobado a través de la Ley 100. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creó un nuevo orden en la forma de entender la salud en el país y afectó el proceso de atención a las comunidades indígenas.

Antes de 1993 los servicios de salud eran prestados a las comunidades indígenas de forma gratuita a través de la red de hospitales públicos. Las actividades de salud pública eran llevadas a cabo por las secretarías departamentales de salud, los hospitales públicos y algunas direcciones de Asuntos Indígenas (Puerta, 2004). Con la implementación de la Ley 100, las comunidades indígenas son beneficiarias del régimen subsidiado,² los municipios y departamentos son los

² El acceso a la salud en Colombia está mediado por tres regímenes: contributivo, al cual cotizan los trabajadores; subsidiado, para personas sin capacidad de pago, y vinculado, que abarca a la población que no está en ninguna de las categorías anteriores.

responsables de la afiliación de las comunidades a partir de censos actualizados que deben presentar los cabildos reconocidos por estas mismas instancias, así como por el Estado a través de la Oficina de Asuntos Étnicos. En teoría, los municipios y los gobiernos indígenas contratan aseguradoras —hoy entidades promotoras de salud subsidiada, EPSS—, que a su vez contratan servicios de atención con instituciones prestadoras de salud (IPS). Esta lógica de atención acarrea serios desencuentros de diversa índole que afectan particularmente a los grupos indígenas más pequeños, alejados o diseminados en una amplia región geográfica, así como a aquellas comunidades que viven procesos de reetnización.

INDÍGENAS Y VIH

La comprensión de la pobreza, el etnocentrismo, la violencia, la religión, las desigualdades sociales, el estigma social, la homofobia y las diferencias culturales son elementos fundamentales para abordar la epidemia de VIH en los grupos étnicos y raciales. En este sentido, entender el género, la edad, la geografía y el estatus que ocupan los individuos al interior de las comunidades y, en el caso colombiano particularmente, los recientes procesos de reetnización son factores determinantes al momento de estimar la vulnerabilidad de estas poblaciones y diseñar acciones de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

De la información anecdótica (durante mucho tiempo no han existido en el país los datos étnicos en las fichas epidemiológicas) se ha establecido que cada vez más se incrementa el número de integrantes de comunidades étnicas que viven con VIH-Sida.³ Este hecho plantea una alerta importante para que las investigaciones en el área de las ciencias humanas y de la salud asuman la epidemia como un fenómeno social parti-

³ Referencia de acuerdo con acciones de prevención en el área de salud sexual y reproductiva en las que han participado los autores con comunidades étnicas y colonas, auspiciadas por las secretarías de Salud de los departamentos del Cauca, Amazonas, Putumayo, Vichada y Guainía.

cularizado al interior de las comunidades indígenas. Frente a la situación del VIH y las ITS en estas poblaciones se cuenta con poca información. Si bien existen estudios etnográficos sobre diversas comunidades indígenas del país, muy pocos examinan la construcción particular de sexualidad que viven (prácticas e interacciones sexuales, relaciones de cuerpo y género, erotismo, entre otras) y su posible correspondencia con el parentesco, que en muchas ocasiones es el determinante del orden social. Asimismo, en los territorios de habitación indígena del país no se han llevado a cabo estudios que exploren a profundidad y de manera explícita y sistemática la situación del VIH en las comunidades. Se han desarrollado intervenciones puntuales orientadas a la prevención de la comunidad en general, en jóvenes o en trabajadoras sexuales, pero sin incluir categorías como el género o la etnia, involucrando eventualmente a población indígena sin tenerla en cuenta de manera diferencial.⁴

⁴ A este respecto pueden citarse: “Intervenciones comportamentales para la reducción de riesgo ante las enfermedades de transmisión sexual (ETS)-Sida, dirigidas a grupos específicos de población en la región fronteriza del trapecio amazónico” (2000-2001), desarrollado por la Gobernación, la Secretaría Departamental de Salud del Amazonas y Onusida. Este proyecto tuvo como objetivo implementar un programa de prevención y control de ETS-VIH-Sida dentro del marco de acciones de cooperación multilateral entre Colombia, Brasil y Perú. Destacó el comportamiento y tendencias epidemiológicas de las ETS en la región y se implementó un proyecto de intervención comportamental para la reducción del riesgo de adquirir ITS dirigido a grupos específicos de alta vulnerabilidad. Se exploraron variables epidemiológicas respecto de prácticas sexuales, riesgo, utilización del condón, uso de sustancias psicoactivas y alcohol. El proyecto abarcó a la población de trabajadoras sexuales del trapecio amazónico, zona con fuerte presencia de grupos indígenas, pero no enfatizó el componente étnico, ni incluyó a esta población como vulnerable a pesar de que en el listado de participantes se hallaron varios apellidos indígenas. El informe no menciona qué programa se puso en marcha.

El proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-Sida con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”, del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en Colombia y el Proyecto del Fondo Mundial Colombia, ha sido concebido como una oportunidad de desarrollo integral para 600 000 jóvenes y adolescentes, en respuesta al panorama de las ITS por el VIH y el Sida y la relación de éste con el desplazamiento forzado en el país. Esta iniciativa se aplicó en 48 municipios del



International AIDS Society / Mondaphoto

80 ◀ Marcha *Universal Action Now* del Monumento a la Revolución al Zócalo, 2008.

Algunas experiencias (CRIC y Onusida, 2004) que han enfatizado el abordaje diferencial de los temas indígenas en salud sexual y reproductiva señalan que es preciso analizar los procesos de influencia cultural a los que han estado expuestas las comunidades en Colombia para comprender el contexto del VIH-Sida, ya que éstos han incrementado la vulnerabilidad de la población. Como se muestra a continuación, algunas

país seleccionados mediante dos criterios: alta concentración de población desplazada y alta prevalencia de casos reportados de VIH y Sida. Al finalizar el proyecto y después de haber impactado el número de jóvenes mencionado, a 480 entidades integrantes de los mecanismos coordinadores municipales y locales, a 960 funcionarios del sector salud y a la comunidad educativa a nivel municipal, distrital y local, no se cuenta hoy con capacidad instalada que pueda dar sostenibilidad a la iniciativa frente a estas poblaciones. De igual manera, a pesar de que las comunidades indígenas, como se mencionó al inicio de este documento, se hallan inmersas en complejas dinámicas sociales que implican su desplazamiento constante o la invasión de sus territorios ancestrales, no fueron incluidas de manera diferencial en este proyecto.

de las situaciones socioculturales que se han percibido en las interacciones reflejan el complejo panorama de la sexualidad en la categoría de lo étnico y evidencian la necesidad de investigaciones que permitan abordajes más acordes con las realidades cambiantes de las comunidades.

Malinterpretación de las prácticas sociales

Las comunidades colonas (blancas) que circundan comunidades indígenas han interpretado como ofrecimiento sexual la desnudez de las mujeres —es el caso de los nukak makú—, lo que ha causado violencia sexual de hombres colonos hacia mujeres indígenas (ONU, 2003). La inserción del condón como elemento de protección y prevención, y su correspondiente demanda por parte de las comunidades es una situación difícil debido a que:

- Las propuestas sobre población emanadas de las comunidades indígenas han planteado la necesidad del incremento poblacional como una estrategia para el rescate de la cultura, de los territorios ancestrales y el aumento de las transferencias económicas, lo cual implica una negación del uso del preservativo y de los métodos de planificación. Esta actitud se mantiene en las relaciones fuera del grupo étnico y afecta con mayor fuerza a las mujeres, quienes al desplazarse voluntaria o involuntariamente de su lugar de origen se vinculan con frecuencia a redes de prostitución como una alternativa económica.
 - Los conceptos ancestrales de protección y prevención se relacionan con frecuencia con “acciones positivas”⁵ para evitar la enfermedad y promover la salud, tales como los bautizos que realizan los arhuaco tanto de personas, como de viviendas y objetos. En ese contexto, la enfermedad no aparece directamente como consecuencia de una acción incorrecta o de concurrir a eventos negativos, sino que ésta se explica por la carencia de un factor positivo y por ello es necesario realizar el bautizo a la cosecha para que a los niños no les “den granos” (arhuaco) o colocar “el chumbe” para que no se asusten (paez).
 - Este tipo de percepciones de la realidad frente a la salud y la enfermedad en el caso particular de las ITS y el VIH-Sida se encuentra aún en proceso de construcción. En éste confluyen además las formas, ideas, percepciones y tradiciones de una manera más fuerte que el discurso biomédico alopático, occidental y no tradicional.
 - Estos procederes culturales que tradicionalmente se han constituido como respuestas de prevención se contraponen a la idea foránea del uso del condón como una alternativa de prevención y protección, planteando la necesidad de un diálogo inminente entre los saberes, las posturas tradiciona-
- les y los discursos clínicos occidentales. Este diálogo debe partir del innegable hecho de que desconocemos las características de las construcciones en torno a conceptos como prevención, protección, hábitos saludables, salud sexual, sexualidad, ITS-VIH-Sida, género *versus* complementariedad en las cosmovisiones indígenas, tan presentes en el discurso de la salud occidental contemporánea y seguramente tan incompatibles con otros discursos.
- En diferentes contextos indígenas, las intervenciones de los colonos son vistas con desconfianza y amenaza contra la salud por parte de las comunidades: “los procesos de aculturación, el intercambio cultural ha causado un desequilibrio que ha traído enfermedades de ‘los blancos’ que antes no existían, enfermedades raras que no puede manejar el chamán, cacique o médico tradicional indígena” (FHA y SSDA, 2002). En algunas comunidades amazónicas el condón ha sido relacionado como un elemento generador de enfermedades (FHA y SSDA, 2004).
 - En cuanto a quién debe proponer su uso, en algunas comunidades indígenas del departamento del Cauca existe una contradicción: las mujeres creen que deben ser los hombres quienes lo deben proponer por cuanto es en el cuerpo de ellos donde se coloca;⁶ los hombres consideran que son las mujeres las que deben planear “que no pase nada”, y por tanto se deberían encargar de sugerir su uso. Finalmente la falta de comunicación y otros tabúes terminan minando aún más la posibilidad de usar el preservativo.

UN PANORAMA COMPLEJO

La mayoría de las comunidades indígenas colombianas son tradicionalmente endogámicas, es decir, las uniones conyugales ocurren entre personas del mismo

⁵ Características del cuidado a las personas en los procesos de salud y enfermedad. Comunidades indígenas y afroamericanas visitadas por la Gran Expedición Humana.

⁶ En el mercado colombiano actual se comercializa y promueve el preservativo masculino, mientras que el femenino no cuenta con producción, promoción ni distribución tan masiva.



Activistas. XVII Conferencia Internacional sobre Sida, 2008.

grupo y en algunos casos existen presiones sociales para que los integrantes de una comunidad, en particular las mujeres, no adquieran pareja de otras comunidades indígenas, colonas o blancas. En este sentido, la presencia de casos de VIH o ITS al interior de las comunidades genera una gran preocupación, ya que a la endogamia se suma la rotación interna de parejas sexuales y en este caso las infecciones pueden ser rápidamente diseminadas en toda la comunidad, lo que afectaría a hombres, mujeres y niños.

Las decisiones sobre el uso de métodos de planificación, incluido el condón, son determinadas por los hombres e incluso por las autoridades (cabildo, chamán, taita, etcétera) mediante un ejercicio de poder sobre las mujeres debido al machismo y la inequidad de género. Por esta razón ellas difícilmente ejercen la autonomía sobre sus cuerpos y mucho menos toman decisiones sobre la protección y la prevención. En algunas situaciones esta desigualdad de género se fun-

damenta en la idea de “complementariedad”, que es uno de los rasgos esencialistas que tanto las comunidades como algunos funcionarios le otorgan a las comunidades como elemento de identidad, frente a la presión del Estado por saber quién es o no indígena. Estas relaciones, a la luz de la identidad y el ajuste estructural, deben ser analizadas de manera profunda.

A causa de la pobreza en la que se hallan inmersas varias comunidades indígenas, mujeres y hombres se ven obligados a desplazarse de sus lugares de origen para buscar oportunidades laborales. Si bien las mujeres encuentran trabajo más fácilmente, en general es en labores domésticas y en algunos casos en la prostitución, situaciones que acrecientan su vulnerabilidad frente al VIH y las ITS. Las comunidades indígenas que habitan zonas fronterizas tienen amplias oportunidades de llevar a cabo intercambios sexuales con foráneos, turistas y personas de otras comunidades, exponiéndose también al VIH y a las ITS. En muchos



Activistas. XVII Conferencia Internacional sobre Sida, 2008.

contextos, dada la situación de orden público del país, estas zonas tienen más presencia de fuerzas militares, entonces ocurre un particular fenómeno en el que las adolescentes indígenas son atraídas por el personal militar y comienzan su vida sexual en contactos desprotegidos con hombres mayores, lo cual incrementa su exposición al riesgo y su vulnerabilidad. De igual manera, como parte de la presión social ejercida por la pobreza y la presencia de extranjeros, en ciertas comunidades indígenas amazónicas los hombres han reportado el inicio de su vida sexual con otros hombres a partir de contactos sexuales sin protección.

Asimismo, prevalecen en las comunidades situaciones de homofobia que obligan a los hombres que tienen relaciones con otros hombres a migrar de sus lugares de origen hacia cabeceras municipales y ciudades, para no ser víctimas de discriminación y poder construir su identidad sexual de manera más explícita y tranquila. Si bien en estos sitios corren el riesgo de

ser discriminados de nuevo, sobrellevan su situación con más facilidad al crear o recibir apoyo de diversas redes sociales. Este hecho implica para muchos la pérdida de sus lazos familiares, de pertenencia a la comunidad y al territorio, o la posibilidad de identificarse como indígena fuera de su comunidad de origen.

En muchas comunidades indígenas las relaciones sexuales son vistas únicamente desde su función biológica de reproducción y no es integrado un abordaje desde el placer, en especial para las mujeres. Esta situación se traduce en la negación de un cuerpo sexuado y en una serie de mitos que ocultan o niegan los órganos genitales, los senos o partes del cuerpo asociadas con lo sexual para Occidente. En esta medida no se atienden las enfermedades que pueden atacarlo o estar relacionadas, lo que vulnera el bienestar y la salud sobre todo de las mujeres, pero también nos hablan de otras formas de entender, construir y vivir la sexualidad.



Activistas. XVII Conferencia Internacional sobre Sida, 2008.

Vale la pena mencionar a este respecto que desde hace un par de años la prensa nacional ha socializado casos de ablación (cercenamiento de clítoris) a niñas de la comunidad emberá (*El Tiempo*, 28 de abril de 2007). Si bien las explicaciones que surgieron fueron de diferente índole, una de las más fuertes refería que es una práctica ancestral. Aun así, la discusión quedó abierta y planteó la necesidad de hablar de la sexualidad en contextos étnicos y reconocer las tensiones generadas entre la tradición, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la integridad, la autonomía y el disfrute, entre otros aspectos desencadenantes de problemas que atentan contra la autodeterminación de hombres y mujeres indígenas.

Otra situación social que atraviesa las interacciones entre hombres y mujeres indígenas durante una buena parte de su ciclo de vida es el consumo de alcohol, más frecuente entre hombres que entre mujeres. Esta situación es generadora de violencia intrafamiliar, abu-

so sexual, inhibición de las capacidades de decidir sobre el propio cuerpo o sobre el sexo protegido. En muchos contextos estas circunstancias se naturalizan, tanto como para indígenas como para colonos, en la medida en que no se cuestiona la embriaguez y se asume como un rasgo masculino validado socialmente.

De otro lado, la desinformación respecto del cuerpo, la genitalidad, las enfermedades y la prevención, así como en torno a las condiciones actuales en las que se están llevando a cabo las interacciones sexuales de los jóvenes, entre otros aspectos, generan problemas crecientes en la salud sexual y reproductiva. En muchos contextos, estas situaciones no son desconocidas por las mujeres adultas y mayores, quienes plantean una queja constante debido a que no son escuchadas por las autoridades indígenas. Sin embargo, estas mujeres no logran subvertir el orden, la tradición, y siguen regidas por un principio de falsa complementariedad que las calla y las obliga a mantenerse al margen.

Estas tensiones entre el género y el poder son indicativas de la urgencia de profundizar en la comprensión de las interacciones entre lo masculino y lo femenino como construcciones emanadas de culturas tradicionales que se instrumentalizan de manera diferencial en las sociedades indígenas y que impactan sensiblemente la salud sexual y reproductiva al constituirse en manifestaciones incuestionables por parte de los mismos integrantes de la comunidad, al tiempo que minimizan la posibilidad de construir conjuntamente respuestas integrales en prevención y promoción.

Cabe resaltar que los promotores y promotoras de salud a lo largo de las interacciones en algunos departamentos del país han expresado una sentida necesidad en torno a la recepción de más información y de mejor calidad sobre el VIH-Sida, las ITS, la transmisión de las enfermedades y su prevención, el uso del preservativo y los métodos anticonceptivos, entre otros (CRIC y Onusida, 2004). Este hecho contradice un imaginario que sugiere que por ser indígenas no requieren información o no se encuentran en capacidad de comprenderla.

CONCLUSIONES

La situación de las comunidades indígenas en el país frente al VIH es compleja y de difícil diagnóstico debido a la diversidad de factores que la atraviesan y por no haberse concebido las relaciones ITS-VIH-Sida-comunidades indígenas como un fenómeno relevante en el panorama de la epidemia en el país, más cuando no se cuenta con informaciones y datos completos.

Se requiere abrir de inmediato un diálogo que permita entender las formas particulares en que las comunidades indígenas en Colombia han construido conceptos como los de salud, enfermedad, prevención, sexualidad, reproducción y género, entre otros temas, impulsar la comprensión frente a enfermedades que antes no existían en las comunidades y que hoy son parte de su realidad, y debe contribuir a reconocer que muchas cosas han cambiado, que los roles de mujeres y

hombres también lo han hecho y que es indispensable replantear las ideas respecto de “lo indígena” en el contexto de país y mirar la tradición en perspectiva.

En el contexto sociocultural de las comunidades indígenas en Colombia afloran evidencias de una epidemia que amenaza con ser más profunda y dramática de lo que a simple vista parece y en la que confluyen la vulnerabilidad étnica, de género, el estigma, la discriminación, la pobreza, el conflicto armado, la falta de oportunidades, el desconocimiento, los crecientes procesos de aculturación, el choque con una cultura occidental intolerante y un sistema de salud que aún no reconoce las particularidades ni las necesidades étnicas.

Bibliografía

- Betancourt, Carlos y María Pinilla, 2006, *¿Por qué incluir las minorías étnicas en el proyecto del Fondo Global?*, documentos de trabajo, Colombia.
- Bodnar, Yolanda, 2007, *Pueblos indígenas de Colombia. Apuntes sobre la diversidad cultural y la información demográfica disponible*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2007, *Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Consejo Regional Indígena del Cauca y Programa de Naciones Unidas sobre Sida, 2004, *Reducción del riesgo del VIH-Sida en comunidades indígenas del Cauca*, Consejo Regional Indígena del Cauca y Programa de Naciones Unidas sobre Sida, Colombia.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2007, *Colombia, una nación multicultural. Su diversidad étnica*, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia.
- El Tiempo*, 2007, “Por sufrir la cortadura o quemadura de sus clítoris al nacer, las emberá no hacen el amor por placer”, 28 de abril, Colombia.
- Escobar, José Pablo, Dora Alba Corrales C., Margarita Escobar, Luz Estella Ríos y Andrés José Álvarez, 2002, “Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca, Colombia, 1999-2000”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 20, núm. 2, pp. 35-49.

Fundación Henry Ardila (FHA) y Secretaría de Salud Departamental del Amazonas (SSDA), 2002, "Estudio de casos de infección por VIH e intervención educativa en la comunidad indígena de los corregimientos de la Chorrera, Tarapacá y Puerto Nariño en el departamento del Amazonas. Informe final", Fundación Henry Ardila, Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, Colombia.

—, 2004, "Estrategia de capacitación a docentes. Amazonas 2004. Informe de actividades", Fundación Henry Ardila, Secretaría de Salud Departamental del Amazonas, Colombia.

Galvez Abadía, Aída Cecilia, Gloria Margarita Alcaraz López, María Mercedes Arias Valencia, Sandra Yudy Gutiérrez R. y Alba Doris López Restrepo, 2002, *El mañana que ya entró*, Universidad de Antioquia, Medellín.

Martínez, Abel, 1995, "Arqueología sexual colombiana: cómo eran y por qué fueron desaparecidas las desabrochadísimas costumbres sexuales de nuestros muy lúbricos antepasados", en J. Guerrero (comp.), *Etnias, educación y archivos en la historia de Colombia*, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, Colombia.

Mora Torres, Elizabeth, Haymeth Cecilia Páez Molina, Wellington Quiñónez Daza y Miguel Leonardo López, 2007, "Mujer, salud y tradición en los u'wa de Colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas", en *Feminismo/s*, núm. 10, diciembre, pp. 49-68.

Organización de las Naciones Unidas, 2005, *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, Organización de las Naciones Unidas, Chile.

Organización Internacional del Trabajo, 1989, *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, 2002, *Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. Evaluación de mediano plazo BPB 02-03. Informe de progreso*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.

—, 2000, *Marco estratégico y plan de trabajo 1999-2002. Salud de los pueblos indígenas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.

Profamilia, 2005, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, Profamilia, Colombia.

Programa de Naciones Unidas sobre el Sida, 2000-2001, *Gobernación del Amazonas. Implementación y evaluación de intervenciones comportamentales para la reducción de riesgo de las ETS-Sida, dirigidas a grupos específicos de población en la región fronteriza del trapecio amazónico*, Programa de Naciones Unidas sobre Sida, Colombia.

Puerta Silva, Claudia, 2004, "Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud", en *Revista Colombiana de Antropología e Historia*, vol. 40, Bogotá.

Restrepo, Olga Luz y Fundación Hemera, 2004, "Ciudadanía, género y conflicto en pueblos indígenas", ponencia, Seminario Internacional en ciudadanía y conflicto, Bogotá.

Serje, Margarita, María Suaza y Roberto Pineda, 2002, *Palabras para desarmar. Una aproximación crítica al vocabulario del reconocimiento cultural en Colombia*, Ministerio de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Colombia.

Páginas de internet

Cabildo Wayúu Wepiapaa, Fuerza de Mujeres Wayúu, Sutsiin Jieyuu Wayúu, en <<http://www.etniasdecolumbia.org/actualidadetnica/detalle.asp?cid=4561>>.

"Características del cuidado a las personas en los procesos de salud y enfermedad. Comunidades indígenas y afroamericanas visitadas por la Gran Expedición Humana", Facultad de Enfermería Universidad Javeriana, en <<http://www.banrep.gov.co/blaavirtual/letra-g/geofrafl/caracte1.htm>>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2002, "Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio", en <http://www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=5640>.

Organización de las Naciones Unidas, 2003, "Situación de los pueblos indígenas en Colombia. Pronunciamento en el Día Internacional de las Poblaciones Indígenas", en <<http://www.hchr.org.co/default.php3>>, consultado en febrero de 2006.

Organización Nacional de Indígenas de Colombia, 2006, "Mujeres indígenas de la región andina se reencuentran en Bogotá", en <<http://colombia.indymedia.org/news/2006/07/46012.php>>.

Organización Internacional para las Migraciones, "Programa VIH-Sida OIM", en <<http://www.oim.org.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=76>>.

"Para frenar VIH entre indígenas se requieren estrategias diferenciadas", en <<http://www.alainet.org/active/11775-&lang=es>>.

Par, Rosa C., 2004, "Salud: equilibrio, armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza", en <<http://www.cepis.ops-oms.org>>, consultado en febrero de 2006.

Riño, Alberto, 2009, "La cultura de los nukak maku se extingue en el olvido", en <<http://actualidad.hemeracomunicar.org>>, consultado en junio.