

**Tesis Doctoral**

**LA EXPANSIÓN DEL VIH Y SIDA:  
PERCEPCIONES Y RESPUESTAS SOCIALES  
EN LOS WAYUU DE COLOMBIA**



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Diana María Castro Arroyave**



**Tesis Doctoral**

**PROGRAMA DE DOCTORADO  
EN CIENCIAS SOCIALES**

**Granada, España. Febrero de 2017**

**Diana María Castro Arroyave**



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**



**PROGRAMA DE DOCTORADO  
EN CIENCIAS SOCIALES**

**Tesis Doctoral**

**LA EXPANSIÓN DEL VIH Y SIDA:  
PERCEPCIONES Y RESPUESTAS SOCIALES  
EN LOS WAYUU DE COLOMBIA**

Doctoranda:  
**Diana María Castro Arroyave**

Director:  
**Dr. Juan Francisco Gamella Mora**

Granada, España. Febrero de 2017

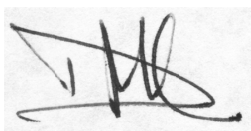
Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autora: Diana María Castro Arroyave  
ISBN: 978-84-9163-182-8  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/45883>



La doctoranda Diana María Castro Arroyave y el director de la tesis, el doctor Juan Francisco Gamella Mora, garantizamos al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 17 de febrero de 2017

Doctoranda

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. M. Castro Arroyave', written over a light-colored rectangular background.

Fdo.: Diana María Castro Arroyave

Director/es de la Tesis

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. F. Gamella Mora', with the name 'GAMELLA' printed in capital letters below the signature.

Fdo.: Juan Francisco Gamella Mora



## **DEDICATORIA**

A toda mi familia por su apoyo y confianza en mis búsquedas constantes.  
A mis hermanos por ser ese faro que orienta muchas de mis metas  
y a mis padres y sobrinos por volverse fuente de inspiración.

A mi equipo de trabajo en Colombia, porque con fuerza y  
entereza entregaron todo de sí para que pudiéramos alcanzar  
cada meta compartida. Especialmente a Carlos por mantenerse  
en pie haciendo que este fuera un reto más allá de lo personal.

A Gonzalo, mi esposo, porque como pasó en otros momentos,  
me impulsó siempre hacia la meta aunque tuviera  
que partir para que yo creciera con su ausencia †.





## AGRADECIMIENTOS

Mi profundo agradecimiento a las comunidades indígenas wayuu de Maicao que participaron directa e indirectamente en este estudio, a sus líderes y autoridades por la apertura y disposición permanente para dar a conocer sus realidades y formas de construir cotidianidad. Cada encuentro con ellos y su cultura potenció en mí la motivación y el interés por alcanzar un producto que permitiera dar a conocer la construcción compartida de conocimiento.

A las instituciones de salud de Maicao y a sus representantes, especialmente a la dra. Beda Margarita Suárez, por la entereza y compromiso con la salud y el bienestar en general del pueblo indígena wayuu. Sin su apoyo las acciones y contacto con las comunidades no habría sido el mismo. En esta misma línea a Lucía Epieyu, quien con compromiso y orgullosa de su etnia, iba compartiendo conmigo sin reparo, todo lo que como *alijuna* ignoro de su cultura.

Mi reconocimiento y muy sincero agradecimiento al doctor Juan Francisco Gamella Mora y a los doctores Francisco Jiménez Bautista, Javier Mignone, Carlos Alberto Rojas Arbeláez, Martha Chávez Torres y Matías Bedmar por la dirección en el primer caso y el acompañamiento incondicional en los otros cuatro. Las revisiones exhaustivas, aportes y devoluciones analíticas y críticas que hicieron durante el proceso de investigación, permitieron que se enriqueciera y potenciara no solo el producto final, sino también el paso a paso y la investigadora en los ámbitos personal y profesional.

A las doctoras Patricia Ponce Jiménez, Rocío Quintal López, Elizabeth Pettit, Hilda Vargas Cancino, al magister Daniel Bernal Méndez y al doctor Armando Haro por recibirme en sus instituciones durante mi estancia doctoral en México, abrirme las puertas de su casa y familia y por compartir sus conocimientos y pasión por el trabajo con

comunidades, pueblos indígenas y/o VIH. En esta misma línea y muy especialmente al doctor Guillermo Núñez Noriega por su incondicionalidad al momento de coordinar mi paso por su país, por sus críticas constructivas y retadoras que ahora dejan en mí un marcado compromiso con el abordaje de mis futuros estudios desde la perspectiva de género.

Mi gratitud y afecto al Instituto de la Paz y los Conflictos de la Universidad de Granada, a cada uno de sus integrantes, porque me recibieron en su casa y me hicieron sentir parte de ella sin importar la distancia entre los objetos de estudio. Allí tuve un espacio físico y afectivo para expresarme y aprender día a día.

Finalmente a la Universidad de Antioquia porque durante años ha sido uno de los más importantes escenarios para mi desempeño como investigadora y para el encuentro con interlocutores con los que abrimos camino para lo que hoy es la plataforma del trabajo con las comunidades indígenas: el Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con comunidades<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Las imágenes usadas en la portada fueron tomadas con autorización de las personas durante el trabajo de campo entre 2012 y 2015. Propiedad del *Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con comunidades*, Universidad de Antioquia, Colombia.

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>ACRÓNIMOS</b>	17
<b>GLOSARIO DE PALABRAS EN WAYUUNAIKI</b>	19
<b>RESUMEN</b>	23
<b>SUMMARY</b>	31
<b>INTRODUCCIÓN</b>	37
<b>1. OBJETO DE ESTUDIO</b>	37
<b>2. PROBLEMA A INVESTIGAR</b>	41
<b>3. PREGUNTAS Y OBJETIVOS</b>	47
<b>4. CONTEXTO DEL ESTUDIO</b>	49
<b>Capítulo I HISTORIA DE LAS VULNERABILIDADES</b>	59
<b>1. VULNERABILIDAD DE LOS INDÍGENAS EN LA ADQUISICIÓN DEL VIH</b>	61
<b>2. LOS PUEBLOS INDÍGENAS, DEVENIR HISTÓRICO EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA</b>	63
2.1. Poblamiento y época precolombina	64
2.2. Conquista y Colonia	67
2.3. Siglos XIX al XXI	72
<b>3. VIH Y SIDA EN PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA</b>	76
3.1. Contexto epidemiológico	77
3.2. Antecedentes de los espacios de discusión sobre el tema	79
3.3. Una aproximación al estado del arte	83

<b>Capítulo II</b>	<b>LOS WAYUU DE COLOMBIA</b>	87
<b>1.</b>	<b>LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA</b>	88
1.1.	Datos sociodemográficos en América Latina	91
1.2.	La salud indígena en la región	96
<b>2.</b>	<b>PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA</b>	100
2.1.	Datos sociodemográficos y realidad social de los indígenas en Colombia	101
2.2.	Salud indígena en Colombia	108
<b>3.</b>	<b>EL PUEBLO WAYUU</b>	112
3.1.	Espacio y territorio	113
3.2.	Datos sociodemográficos de los wayuu	114
3.3.	Organización social y familiar	116
3.3.1.	Figuras representativas y leyes wayuu	118
3.3.2.	Sociedad matrilineal y clánica	124
3.3.3.	Matrimonio y dote o <i>sujutü</i>	128
3.3.4.	Poligamia y patrones de residencia	131
3.4.	Economía y colonización	134
3.5.	Rito de paso: el encierro <i>asurrula majayut</i>	138
3.6.	Rituales funerarios: <i>ojoita</i> y <i>anajawa shimpse</i>	141
<b>Capítulo III</b>	<b>METODOLOGÍA Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN</b>	145
<b>1.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	152
<b>2.</b>	<b>MÉTODOS</b>	155
2.1.	Etnografía	156
2.2.	Estudio de caso	159
<b>3.</b>	<b>TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	162
3.1.	Técnicas	162
3.1.1.	Observación	163
3.1.2.	Entrevista semiestructurada	164
3.1.3.	Grupos focales de discusión	165
3.2.	Fuentes	167

<b>4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	169
4.1. Primer momento: preparación - diseño	171
4.2. Segundo momento: trabajo de campo y recolección de información	173
4.3. Tercer momento: análisis de la información y comunicación de resultados	175
4.3.1. Organización	176
4.3.2. Clasificación – Codificación	180
4.3.3. La Síntesis – Dar sentido	181
<b>5. POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	183
5.1. Población de referencia	183
5.2. Muestreo y muestra	184
5.3. Criterios de inclusión	185
5.4. Criterios de exclusión	185
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	186
<b>Capítulo IV PERCEPCIONES DEL VIH Y SIDA EN LOS WAYUU</b>	189
<b>1. LA ENFERMEDAD PARA LOS WAYUU</b>	191
1.1. <i>Talechee</i> : una condición que consume e inhabilita	191
1.2. El continuo entre la salud y la enfermedad	194
<b>2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES</b>	197
2.1. Enfermedades de tierra, lluvia y viento	197
2.2. Un origen no natural de las <i>talechee</i> : los <i>alijunas</i>	199
2.3. <i>Talechee</i> o <i>wanilu</i> , depende de la causa	201
2.4. Virus e infección, dos conceptos no wayuu en la comprensión de las enfermedades	206
<b>3. EL VIH Y SIDA: NI DE TIERRA, NI DE VIENTO</b>	208
3.1. Enfermedad desconocida que avergüenza	213
3.2. Enfermedad peligrosa, incurable y mortal	215
<b>4. EL VIH Y SIDA, UN REGALO DE LOS NO INDÍGENAS: TALECHEE ALIJUNA</b>	218
4.1. Movilidad fronteriza y comportamiento sexual de los hombres	219
4.2. La cadena de transmisión empieza en el mundo <i>alijuna</i>	222

<b>5. LA CONFLUENCIA DEL VIH Y SIDA CON OTRAS ENFERMEDADES</b>	225
5.1. Las confluencias en la transmisión	227
5.2. Confluencias desde las emociones que generan las enfermedades	229
<b>6. ENFERMEDAD MORAL, ENFERMEDAD DE MIEDO</b>	230
6.1. ¿La poligamia como factor de riesgo?	233
6.2. La dicotomía de lo bueno y lo malo en el paso a <i>Jepirra</i>	235
<b>7. LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y SIDA: UNA REALIDAD REVESTIDA DE IMAGINARIOS</b>	238
<b>8. UNA “ENFERMEDAD” DE HOMBRES Y MUJERES</b>	245
8.1. Género y transmisión	247
8.2. La prevención, ¿una tarea de hombres?	250
8.3. Las nuevas generaciones, culpables o inocentes	252
8.4. <i>Talechee</i> de homosexuales	253
8.5. Responsables: trabajadoras sexuales y hombres infieles	255
<b>Capítulo V DISCURSOS FRENTE AL VIH Y SIDA: ACCIONES VIVIDAS O ACCIONES DEBIDAS</b>	261
<b>1. ¿EXISTE INDIFERENCIA? QUE HAGAN LOS QUE SABEN</b>	263
1.1. Autoridades tradicionales y prevención	264
1.2. De VIH saben y hablan los <i>alijunas</i>	269
<b>2. RECHAZO Y EXCLUSIÓN. EL MIEDO TIENE LA PALABRA</b>	273
2.1. “¿Si quien se contagia es mi pareja...?”	275
2.2. Eliminar a las personas que viven con el VIH: “al que le da hay que quemarlo”	278
2.3. Ni homosexuales, ni prostitutas: vivir bajo las normas morales	281
<b>3. ACEPTACIÓN Y SOLIDARIDAD CON EL “AYUISHP”: OTRA CARA DE LA DUALIDAD</b>	287
3.1. “Somos familia”, una razón para dar apoyo a la persona que vive con el VIH	288
3.2. Aceptación a partir del aprendizaje	290
<b>4. HOMBRES Y MUJERES FRENTE AL CONDÓN</b>	292
4.1. “ <i>Maleiwa</i> nos hizo sin <i>coucha</i> ”	293
4.2. Un asunto de hombres, jóvenes y mujeres promiscuas	295

<b>Capítulo VI CONCLUSIONES FINALES</b>	305
<b>LIMITACIONES</b>	320
<b>CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO</b>	324
<b>SUGERENCIAS Y FUTUROS DESARROLLOS</b>	325
<b>SUMMARY RESULTS</b>	327
<b>SOCIAL PERCEPTION OF HIV/AIDS IN AN INDIGENOUS POPULATION IN COLOMBIA</b>	327
<b>1. METHODOLOGY</b>	330
<b>2. FINDINGS</b>	331
2.1. HIV/AIDS: “the illness”	331
2.2. Disease that is not of earth or wind	333
2.3. Dangerous, incurable and mortal disease	334
2.4. <i>Talechee alijuna</i> : a “gift” from the non-indigenous	336
<b>3. DISCUSSION</b>	337
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 341
 <b>ANEXOS</b>	 361
<b>A</b> Corpus Metodológico para la Recolección de Información en el Marco del Proyecto “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH/sida en Comunidades Wayuu de Maicao – La Guajira, 2012 -2014”.	CD
<b>B</b> Participantes en entrevistas	363
<b>C</b> Participantes Grupos Focales de Discusión	364
<b>D</b> Acta de Confidencialidad	366
<b>E</b> Cuadro: Codificación - Categorización	368
<b>F</b> Censo de las 55 comunidades participantes	371
<b>G</b> Información y Formato de Consentimiento (Entrevista)	373
<b>H</b> Información y Formato de Consentimiento (Grupo Focal)	376

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Esquema del Objeto de Estudio	38
Figura 2.1. Pueblos indígenas de América Latina	93
Figura 2.2. Mapas: Colombia y pueblos indígenas de Colombia	102
Figura 2.3. Clanes wayuu	125
Figura 3.1. Dimensiones en la investigación social	153
Figura 3.2. Síntesis del diseño del estudio	170
Figura 3.3 Pasos del proceso de análisis	176
Figura 3.4. Entrevistas almacenadas en Nvivo	178
Figura 3.5. GFD almacenados en Nvivo	179
Figura 3.6. Diarios de campo registrados en Nvivo	179
Figura 3.7. Mapa: La Guajira colombiana	183
Figura 3.8. Mapa general de comunidades participantes	184
Figura 4.1. Mapa de códigos y categorías	190
Figura 4.2. Mapa de códigos sobre percepciones de hombres y mujeres	247
Figura 5.1. Mapa de códigos y categorías sobre respuestas sociales	263
Figura 6.1. Dimensiones de la Enfermedad	308



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1. Población indígena y no indígena en 2005	106
---	-----

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 4.1. Enfermedades nombradas por los wayuu	203
Cuadro 4.2. Frecuencia de referencias por sexo	248
Cuadro 5.1. Correspondencia entre percepciones y respuestas sociales	300

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Número de pueblos indígenas por país	94
---	----



## ACRÓNIMOS

<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>ARS</b>	Administradoras de Régimen Subsidiado
<b>BACRIM</b>	Bandas Criminales
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>DANE</b>	Dirección Administrativo Nacional de Estadística
<b>EPS</b>	Entidad Promotora de Salud
<b>EPSi</b>	Entidad Promotora de Salud indígena
<b>GFD</b>	Grupo Focal de Discusión
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con Hombres
<b>ICBF</b>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
<b>ILA</b>	Indígenas Latinoamericanos
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>IPSi</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud indígena
<b>ITS</b>	Infección de Transmisión Sexual
<b>LGBT</b>	Comunidad conformada por Lesbianas, Gays, Bisexuales y personas Transgénero
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social

<b>ODPP</b>	Observatorio Del Programa Presidencial de Derechos Humanos
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONIC</b>	Organización Nacional Indígena de Colombia
<b>ONU</b>	Organización de Naciones Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>POT</b>	Plan de Ordenamiento Territorial
<b>PVV</b>	Persona Viviendo con el VIH
<b>RAE</b>	Real Academia de la Lengua Española
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SIPIA</b>	Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas frente al VIH/sida, las Sexualidades y los Derechos Humanos
<b>SIVIGILA</b>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>UdeA</b>	Universidad de Antioquia
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## GLOSARIO DE PALABRAS EN WAYUUNAIKY

Presentamos un listado de conceptos en *wayuunaiki* que sin duda presentará errores en la escritura. Muchos de ellos han sido obtenidos directamente de las fuentes de información y de una guía bilingüe que sin conocimientos lingüísticos, habla el *wayuunaiki* con el corazón. Otras de las palabras han sido tomadas y contrastadas en el Diccionario Básico Ilustrado *wayuunaiki – Español – wayuunaiki* (Captain y Captain, 2005).

<b>Alaüla</b>	Tío materno
<b>Ali-i ekii</b>	Dolor de cabeza
<b>Alijuna</b>	Persona que no hace parte de ningún pueblo indígena
<b>Alapaja</b>	Velación que dura entre 1 y 3 días. Es el tiempo para llorar al fallecido
<b>Aisu pia talupa</b>	Mala suerte
<b>Anajawa shimpse</b>	Segundo entierro
<b>Anas</b>	Estar bien (equivale al concepto salud)
<b>Apüshi</b>	Parientes uterinos del padre
<b>Asurrula majayut</b>	Ritual de encierro desde la menarquia
<b>Awasain</b>	Semen
<b>Ayuishi</b>	Enfermo, enferma
<b>Coucha</b>	Caucho, que es la forma como nombran el condón
<b>Eirrikü / E'iruku</b>	Cuerpo, carne, casta o clan
<b>Epi</b>	Remedios tradicionales

<b>Iiwa</b>	Primavera. Tiempo de lluvias
<b>Jaishi</b>	Fiebre
<b>Jamaya</b>	Saludo que significa ¿cómo están?, pero si se refiere a una sola persona sería: Jamaya pia
<b>Jawapia</b>	Brebaje que toma el palabrero en su ritual de preparación
<b>Jepirra</b>	Paraíso o sitio de encuentro de los wayuu cuando mueren
<b>Jimali</b>	Jóvenes varones
<b>Joutay</b>	Verano. Época de calor
<b>Juya</b>	Lluvias y representación de lo masculino
<b>Juyapu</b>	Invierno. Primera temporada de lluvias
<b>Lulayü aluwatashi</b>	Autoridad tradicional
<b>Majayura /Majayut</b>	Señorita, mujer joven
<b>Majayutnu</b>	Mujeres jóvenes (plural)
<b>Maleiwa</b>	Dios o creador
<b>Mma</b>	Tierra
<b>Nátajat</b>	Ser diferente o extraño
<b>Ojoita</b>	Primer entierro o funeral
<b>Outsü</b>	Médico tradicional
<b>Pulowi</b>	Representación de lo femenino, que es amiga de la lluvia o Juya
<b>Pukashia</b>	Sangre menstrual
<b>Pütchi</b>	Palabra
<b>Pütchipü</b>	Palabrero, negociador y mediador.

<b>Süi</b>	Chinchorro wayuu, hamaca tejida a mano usada para descansar y dormir
<b>Sujutu</b>	Dote, pago por la mujer antes del matrimonio
<b>Talechee</b>	Enfermedad común. Es la palabra con la que se generalizan las enfermedades
<b>Wanuluu</b>	Enfermedad por espíritu o sobrenatural
<b>Yaluja</b>	Espíritu de enfermedad





## RESUMEN

Palabras claves: Colombia, Indígenas wayuu, Infecciones de Transmisión Sexual, Percepciones, Respuestas sociales, VIH y sida.

### Introducción

La extensión de la infección por VIH y el consiguiente aumento de casos de sida en pueblos indígenas es un fenómeno de creciente importancia mundial. Especialmente grave resulta la expansión de este fenómeno en poblaciones que sufren procesos de marginación y exclusión y que están expuestas a otros riesgos sociosanitarios. El fenómeno se viene constatando e investigando en países que cuentan con una historia de colonización y conquista de tales poblaciones, como Canadá, Nueva Zelanda, Australia y EE.UU. (Negin *et al.*, 2015) y también en países latinoamericanos como México, Chile, Perú, Venezuela, Brasil y Colombia (Bowden, 2005; Zambrano *et al.*, 2013). El presente estudio forma parte del trabajo de un equipo de investigadores de la Universidad de Antioquia que ha liderado los estudios sobre VIH y sida en poblaciones indígenas colombianas.

Entre 1983 y 2012 se identificaron en Colombia alrededor de 96.000 casos de VIH en población general. Para 2013 ingresaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) 8.200 casos, de estos 6.000 fueron hombres según informe del Observatorio Nacional de VIH (MSPS, 2013). La epidemia se concentra en población de alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres, pero es cada vez mayor la participación de mujeres. La prevalencia nacional a 2012 fue de 0,5% en población de 15 a 49 años. Para situar comparativamente este dato, considérese que México registraba la más baja de Latinoamérica (0,2%) y Belice la más alta (1,3%) (ONUSIDA, 2013).

Los 87 pueblos indígenas reconocidos en Colombia, representan el 3,5% de la población nacional. Las tres principales etnias indígenas colombianas por densidad poblacional son en su orden, los wayuu, los nasa y los embera, los primeros, sujetos del

estudio, viven en la península de La Guajira. Los estudios de nuestro equipo sobre los wayuu y los embera chamí revelaron un importante incremento en los diagnósticos de VIH y sida a partir del año 2000, y el aumento de la mortalidad por sida asociada con diagnósticos tardíos, dificultades de acceso a los programas de atención en salud y desconocimiento sobre el VIH y sida personas que viven con el virus, familias y comunidades (Rojas, 2015). Se conoce una prevalencia a 2011 de 1% en los embera chamí de Cristianía (municipio de Jardín en Antioquia, Colombia) y a 2012 de 0,55% para los wayuu de Maicao (Rojas 2015; Zambrano et al. 2013).

Entendemos que las percepciones y respuestas sociales de los indígenas frente al VIH y sida están sujetas a sus formas de interactuar con los otros indígenas y con los no indígenas en complejos sistemas de desigualdad sociopolítica donde hay numerosas barreras para acceder de forma igualitaria a la educación, la atención sanitaria y las oportunidades laborales y económicas. Además, la conceptualización y respuesta cultural a este nuevo patógeno debe entenderse de acuerdo con los propios sistemas culturales wayuu, incluidos los sistemas de categorización y pensamiento de su realidad social y de su entorno natural y político. Recordemos también a este respecto que los wayuu viven en una región fronteriza entre Colombia y Venezuela y han mantenido históricamente una gran movilidad entre ambos países. Esto acentúa alguno de los riesgos que corren las poblaciones afectadas y dota al proceso de un carácter transnacional.

El estudio asume una perspectiva derivada del construccionismo social, en el que se entienden las percepciones y respuestas sociales frente a un fenómeno nuevo como un producto de la interacción de los sujetos entre sí y con su entorno sociopolítico en complejos procesos dialógicos y comunicativos.

### **Objetivo**

El objetivo principal del estudio es la comprensión del fenómeno VIH y sida como realidad social en 55 comunidades wayuu de La Guajira colombiana, a partir de la identificación de las percepciones y respuestas sociales de los indígenas frente a la amenaza que supone el virus y el desarrollo de la enfermedad. En concreto hemos estudiado las percepciones, imaginarios y formas como las comunidades wayuu conciben

---

el VIH y el sida, la convivencia con personas que viven con el virus, y las formas de transmisión y prevención.

### **Métodos y fuentes**

Desde los principios de la Investigación social y con el aporte de la etnografía y el estudio de casos, hemos recogido y procesado los datos entre 2012 y 2016. Para ello realizamos visitas a 55 comunidades wayuu de Maicao, La Guajira, un equipo interdisciplinario de investigadores y un grupo de guías bilingües de la etnia wayuu que fueron mediadores y facilitadores del proceso directamente en wayuunaiki, su lengua nativa.

Las principales técnicas implementadas fueron grupos focales y de discusión, entrevistas semiestructuradas en profundidad y observación participante y no participante con largas estancias en el campo. En total realizamos 29 entrevistas en profundidad a 10 hombres y 19 mujeres, con una duración media de 60 minutos. Los 9 grupos focales de discusión en los que participaron miembros de las 55 comunidades estudiadas, entre 28 hombres y 29 mujeres, estos 56 participantes eran principalmente líderes y autoridades tradicionales. La duración media de estos grupos, que fueron grabados en su totalidad, fue de 90 minutos cada uno.

Fueron 51 fuentes primarias en total, incluyendo los 13 diarios de campo llevados durante las visitas al campo, por investigadores y guías bilingües. En ellas se recogieron las expresiones directas de aproximadamente 86 participantes wayuu, mayores de 16 años, entre 48 mujeres y 38 hombres que vivían en las comunidades, habían iniciado vida sexual y no presentaban ninguna limitación física o mental que dificultara la comunicación y el intercambio con investigadores y guías bilingües.

La permanencia por días y a veces noches en la cotidianidad de las comunidades, permitieron la observación participante y no participante y la interacción continuada con hombres y mujeres indígenas de todas las edades, interacción que se desarrolló en los contextos en que naturalmente transcurría su día a día. Experiencia que enriqueció nuestros

conocimientos de la realidad estudiada e influyó positivamente en la comprensión de los discursos recogidos y analizados desde la perspectiva del construccionismo social.

En el análisis de resultados y la construcción de hipótesis y hallazgos seguí una estrategia de inducción analítica basada metodológicamente en la propuesta de Strauss y Corbin (2002), en la que el propio análisis de los datos recogidos me llevaba al planteamiento de nuevas cuestiones e hipótesis y por consiguiente a la reelaboración de los resultados y finalmente a la escritura de las que fueron las percepciones y respuestas sociales identificadas, por esta razón, el análisis de los discursos nativos, realizado con la ayuda del software Nvivo 10 fue pasando de las categorías *in vivo* a las selectiva tal como proponen estos autores.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Para acceder al campo se contó con el apoyo de cuatro instituciones de salud indígena de La Guajira lideradas por Anas Wayuu y con la aprobación de las autoridades tradicionales de las 55 comunidades tras proceso de consulta previa. El equipo de investigadores y guías bilingües firmamos ante las autoridades un acta de confidencialidad que demanda el adecuado manejo de la información, igualmente, los 86 participantes firmaron o pusieron su huella en el consentimiento informado antes de participar en la entrevista o grupo focal de discusión, y después de conocer los objetivos y proceso a seguir en la investigación. En todo momento se ha mantenido el anonimato de los informantes y la confidencialidad de sus respuestas, igual se contó siempre con su participación voluntaria.

## **Resultados**

Los discursos individuales sobre el VIH y el sida terminaron organizados como percepciones que tienen un matiz común y por tanto configuraron al momento del análisis percepciones comunes, sin que se desconozca la diversidad en las mismas. Se presentan a manera de construcciones sociales que tienden a colectivizarse a partir de la interacción de los actores en su día a día.

Entre los principales resultados están:

Para las percepciones: a) El VIH y sida como una “enfermedad alijuna” o “*talechee alijuna*”<sup>2</sup>, tienden a delegar la responsabilidad frente a la transmisión y la “cura” o tratamiento a los otros, a los no wayuu. Hay desde esta percepción de la enfermedad una alusión específica a las trabajadoras sexuales alijunas que “llevan enfermedades” y la pueden transmitir a los hombres wayuu y estos a sus parejas en las comunidades. b) La relación que establecen entre esta y otras enfermedades desde el sistema de clasificación de las mismas, dejando claro que el VIH y el sida rompen con su forma de comprender y clasificar las enfermedades desde el origen y causa, c) los imaginarios que suscita una enfermedad desconocida y novedosa para ellos, en los que juega un papel importante la concepción de hombres, mujeres y comportamientos que son “mal vistos” al interior de su cultura y estilos de vida, y d) el contenido moral que motiva en ellos el miedo a la infección, no solo por lo que significa “estar enfermo”, sino por lo que representa el encuentro con los ancestros después de la muerte, el continuo vida-muerte se pone en riesgo cuando se vive con el VIH y sida.

Las respuestas sociales que emergen en el análisis de sus discursos dejan entrever una notoria correlación con las percepciones antes enunciadas. De manera general, recogen posturas de ambivalencia al momento de pensar en lo que harían con una persona que viva con el VIH y sida, pues por una parte se muestran indiferentes y esperan que sean los no indígenas quienes asuman y orienten el seguimiento de estas personas, pero por otra también muestran la importancia de apoyar a quienes lo vivan teniendo en cuenta el sentido de “familia” que caracteriza culturalmente a este grupo indígena. Las respuestas sociales, al igual que las percepciones están cargadas de miedo no sólo al riesgo de transmisión, sino también a lo que pueda pasar con la persona al morir; por lo tanto el rechazo y la exclusión son la salida a esta situación: “quemarlos”, aislarlos o expulsarlos de la comunidad, son frases que enuncian ante el miedo a la infección y la no aceptación de estas personas que desde su prejuicio moral, estarán “enfermos” por llevar una “vida desordenada”. El estigma y la discriminación toman aquí un papel fundamental, pues se

---

<sup>2</sup> *Talechee*, si bien clasifican las enfermedades en varios grupos, esta es la palabra genérica para referirse a toda enfermedad. Alijuna es la forma como llaman a toda persona que no pertenece a ninguna etnia indígena.

manifiesta no sólo hacia las personas que viven con el VIH y sida, sino también hacia los homosexuales.

## Conclusiones

En los discursos wayuu sobre esta “enfermedad nueva, peligrosa y mortal” se aprecia de forma transversal la influencia de un sistema de sexo-género en el que las mujeres han asumido un rol de subordinación (Mancuso, 2006) especialmente en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Tal es el caso, por ejemplo, del uso del condón como medio de prevención, que es casi siempre prerrogativa masculina, cuando son las mujeres quienes lo proponen o lo exigen pueden volverse sospechosas o señaladas como “infieles” o que tienen varias parejas. Durante las visitas, al momento de abordar el tema de la prevención, las mujeres aprobaban o no recibir información sobre el uso del condón, sólo si los hombres estaban de acuerdo.

El VIH parecía para ellos algo poco o nada escuchado, de manera que usar la diada VIH/sida, ayudó a mantener el diálogo sobre el tema. Lo que también encontramos en sus discursos, es que son sinónimos y terminan llevando a la muerte. Esta última apreciación puede responder a que en las pocas ocasiones que han tenido contacto con algún indígena que haya muerto por sida, el diagnóstico ha sido tardío y por tanto ser diagnosticado es tener sida.

El desconocimiento, la carga moral que tiene el VIH y sida y la percepción de que es algo nuevo y propio de las nuevas generaciones, motiva en los wayuu el miedo a adquirirla ya sea por contacto sexual de los hombres que tienen “vida desordenada” con trabajadoras sexuales alijunas, por la picadura de un zancudo o mediante el uso de objetos de aseo personal como un peine por ejemplo. Este miedo desde la concepción de la vida y la muerte, involucra las consecuencias de vivir enfermo y de morir por sida, lo que al final puede obstaculizar su paso a *jepirra*<sup>3</sup>.

En sus discursos, el 100% de los participantes recurren a “la enfermedad” para hablar del VIH y sida, lo que además les lleva a subsumir esta “enfermedad” a partir de los

---

<sup>3</sup> *Jepirra* es el lugar al que van los espíritus, es el lugar de encuentro con los ancestros wayuu.

síntomas, en el grupo de las enfermedades que matan y dan fiebre y baja de peso. Por tanto la tuberculosis y el cáncer son enfermedades que les sirve para comprender lo que sucede con esta “nueva” afección. En este mismo orden de ideas, el VIH y sida, queda como una enfermedad diferente, no suya y por tanto pro fuera de la clasificación de las enfermedad, es decir que no es de las comunes o naturales, en tanto no la trae ni el viento, ni la tierra, ni la lluvia, pero tampoco sobrenatural porque no está asociada a los espíritus o al mal de ojo.

Los wayuu como todos los indígenas de América Latina, viven condiciones de pobreza, marginalidad y desigualdad social, aspectos estos que según Farmer (2001), hacen parte de los aspectos que favorecen la expansión del VIH y sida en las comunidades. En el caso de los wayuu, se suman la movilidad, las dificultades de acceso a salud y educación, el desconocimiento y las prácticas sexuales sin protección por fuera de sus comunidades. Pero es igualmente importante la reproducción social que actualmente se observa en ellos, relacionada con la subordinación de las mujeres y la falta de agencia en ellas para asumir responsabilidad en la prevención del VIH y sida.

El incremento en los casos de personas indígenas que viven con el VIH y sida, sumado a la alta movilidad de los wayuu, la mortalidad por diagnósticos tardíos, el desconocimiento sobre “la enfermedad” y la subordinación multidimensional de las mujeres, demandan el diseño e implementación de políticas y programas de intervención en contexto, propuestas que reconozcan las particularidades de los wayuu y sus construcciones sociales, como oportunidades para el desarrollo de las acciones para la prevención y atención integral del VIH y sida.





## SUMMARY

### SOCIAL PERCEPTIONS OF HIV/AIDS IN AN INDIGENOUS POPULATION IN COLOMBIA

Key words: Colombia, HIV/AIDS, STD, sexually transmitted diseases, indigenous people, Wayuu, social perceptions, social responses

#### **Introduction**

HIV/AIDS research among Indigenous peoples has substantially increased in a number of countries. However, despite Indigenous peoples in Colombia represent 3.5% of the total population, distributed among 87 Indigenous ethnic groups, there have only been two studies in Colombia with two distinct Indigenous groups, the Embera Chamí and the Wayuu (Rojas, 2015; Zambrano *et al.*, 2013). These studies have suggested an increase of HIV/AIDS cases since the year 2000. Mortality associated with HIV/AIDS has been mostly related to late diagnoses, barriers to access to care, and lack of awareness of HIV/AIDS among community members. Consequently, it is important to understand the perceptions, knowledge and attitudes related to HIV/AIDS among Indigenous peoples in Colombia, to implement socio-culturally relevant prevention and treatment initiatives.

There have been a number of studies from Brazil, Chile and Mexico on perceptions of VIH and aids, mostly understood as cultural notions and social representations. These have focused especially on adolescents and university youth. We have not identified studies related to Indigenous peoples and their views about HIV/AIDS. The present study sought to understand how the Wayuu perceive HIV/AIDS in relation to their sociocultural characteristics, and their social responses to the disease.

The Wayuu are the largest Indigenous group in Colombia, representing almost 19.5% of the Indigenous population in the country. They live in La Guajira, a peninsula located in the northeast of Colombia, bordering the northwest of Venezuela and the coast of the Caribbean. The border location between two countries makes mobility across borders very common. According to the 2005 Colombian census, there were 270,500 Wayuu (18,200 families) living in rural communities in La Guajira (DANE, 2007). The majority of the Wayuu live in small rural villages and hamlets spread across La Guajira. Housing conditions vary little across and within communities. The main building style is a wood frame plastered with mud, and less commonly constructions of concrete blocks and cement. A majority of the villages lack running water and electricity, although some households have generators. Access to clean water is a major concern in most Wayuu communities. In relation to kinship networks, the Wayuu are matrilineal in assigning the name and membership to a clan. Clans tend to be exogamous.

Despite a process of acculturation, the Wayuu maintain numerous autochthonous cultural features, particularly their language, Wayunnaiki, although a high percentage is bilingual (also speaking Spanish). In the Wayuu territory there is a significant influence of non-Indigenous people (*alijunas*) mostly Colombians, but also foreigners drawn to the area because of jobs in the coal and gas industries, border smuggling, and legal and illegal armed groups.

### **Methods and sources of data**

The study was part of a larger research and intervention project implemented by the Universidad de Antioquia, Colombia, and the Empresa Promotora de Salud Indigena Anas Wayuu, La Guajira, Colombia. The initiative combined a series of quantitative and qualitative methodologies to achieve an epidemiological and social epidemiological understanding of the HIV/AIDS situation among the Wayuu population in the region, and to design and implement HIV prevention programs. The study received ethical approval from the Research Ethics Board of Universidad de Antioquia and from a Wayuu committee that included Wayuu traditional authorities representing Anas Wayuu and eight other Wayuu organizations.

Field work took place between 2012 and 2015 in 55 Wayuu communities of the Maicao region of La Guajira. The data sources were 9 focus groups, 29 semi-structured interview, and field notes. The focus groups and interviews were conducted in Spanish and/or in Wayuunaiki. In the latter situation, they were conducted with bilingual guides as interpreters. In total, 86 individuals participated in the study (56% female and 44% male). The inclusion criteria were to be over 15 years of age; a resident of a Wayuu community; and sexually active currently or in the past. The average age was 43.5, ranging from 16 to 64 years of age. All were fluent in Wayuunaiki and 60% were also fluent in Spanish.

The sample achieved saturation. The study used a qualitative inductive paradigm, from the perspective of social constructionism as a way of understanding the perceptions of HIV/AIDS by Wayuu people. The data was analyzed using NVivo 10 by identifying emerging codes using codification theory as formulated by Strauss and Corbin (2002).

### **Main findings**

The findings suggested four main themes: 1) HIV/AIDS as “the illness”; 2) disease that is not of earth or wind; 3) dangerous, incurable and mortal disease; 3) and *Talechee alijuna*: a “gift” from the non-Indigenous.

1. When talking about HIV and AIDS study participants referred to them as “the illness” and used the Wayuunaike term *talechee*, a word that is used to denote adverse conditions that have the same result: the loss of “well-being” (*anaa*). *Anaa* is what the Wayuu consider as health. The Wayuu refer to *talechee* as both the cause and the particularity of a symptom and an illness. It alludes directly to the presence of pain and discomfort in the body. Some of the quotes that follow exemplify this:

2. These narrations suggest that the relationship between health and illness is seen from a perspective that integrates natural, cultural, spiritual and environmental aspects. The discourse includes a mix of biomedical elements such as a “general discomfort caused by a ‘virosis’”, and aspects associated with cultural beliefs such as “the wind and the rains” that bring disease. As well, they suggest a notion of health that transcends the absence of

disease. Disease appears to be considered a series of symptoms that are felt in the body, that hinder community life and that put well-being (*anaa*) at risk.

The discourses used by interviewees suggest that they consider HIV/AIDS as a *talechee* that has not been among them a long time, and consequently transcends or escapes the possibility of comprehension within the framework of their cultural system. It is characterized as being a novelty and unknown, and that they have no “remedy” for it and that it “came not long ago”. Consequently, the symptoms are not clear and the criteria of a disease brought by land, rain and wind do not apply, and neither do supernatural criteria. The lack of knowledge emerges in the discourse, not only when they mention not knowing much about it, but also when identifying the imaginary about the transmission of the virus. It is talked about as being “transmitted through clothing” or “in bathrooms”, and was compared to measles because it is a transmissible disease related to physical contact. These expressions suggest fear of infection and of being close to someone that is HIV positive

3. Study participants perceived HIV/AIDS as a disease that puts not only their lives at risk but also their path to *Jepirra*. *Jepirra* is the place where the Wayuu believe they go when they die, and the passage to *Jepirra* depends on the form and type of death. The qualifiers of dangerous, incurable and mortal show a direct relation between the disease (*talechee*) and fear because it not only means confronting an unknown disease charged with imaginaries and stigma, but also because of what it means to die of it risking the passage to *Jepirra*. Within the Wayuu belief system, life and death are a continuum where one determines the other. A lifestyle that is consistent with the principles of coexistence and of well-being (*anaa*) open the passage to *jepirra*. Consequently, HIV/AIDS becomes a *talechee* with high moral and emotional implications that creates and sustains fear.

For some study participants, HIV/AIDS is part of natural or common disease that can be caused by thorns, worms or contamination. However, for most it is considered an *alijuna* disease, not Wayuu, and that comes from far away. Consequently, the non-Indigenous are considered responsible for its transmission. Foreign *alijunas* and sex workers are in general perceived as the main threat for the expansion of this *talechee*.

4. Locating HIV/AIDS as an *alijuna* disease offers the possibility of finding an explanation of something that has not been part of their world. Furthermore, it can be a way of delegating responsibility for its transmission as well as treatment, possibly as result of impotence in relation to something that is unknown. This form of perceiving HIV/AIDS is consistent with the idea that the *alijuna* brings the disease and as such is who knows about it and can provide treatment. Consequently, it has become one of the diseases that motivate the Wayuu to go for Western medicine consultation, because it is the *alijuna* doctor who can provide the treatment and the orientation to work with those in the communities that are HIV positive. The tendency to seek *alijuna* medicine for HIV/AIDS is a response re-enforced by the *outsü* (traditional healer) who considers that traditional Indigenous medicine is not competent to treat this disease.

### **Discussion**

There has been little research that have studied perceptions of HIV/AIDS in relation to Indigenous peoples in general, and none specifically in relation to the Wayuu. The present article provides some elements for the formulation and implementation of intervention prevention and holistic care HIV/AIDS programs, not only for the Wayuu but for other Indigenous communities with similar cultural characteristics and practices.

The Wayuu identify HIV/AIDS as “the illness”, and consider that it is incurable, fatal, transmitted from *alijunas* (non Wayuu), and beyond their understanding. Aspects of these notions are similar to how the general population perceived HIV/AIDS in earlier years of the epidemic. Identifying it as “the illness” conveys notions of HIV/AIDS as a non-Wayuu disease, associated with fear of infection and death due to personal interactions and sexual relations with *alijunas* from distant places.

Poverty, inequity and marginalization of Indigenous communities, as well as ongoing acculturation of Indigenous peoples have made them more vulnerable to epidemics. HIV/AIDS became something new, current, and dangerous for the well-being the Wayuu consider to be health. Consequently, the notion of HIV/AIDS as an *alijuna* disease is understandable because it came from non-Indigenous people, jointly with social and cultural transformations that are a continuation of new forms of colonization.

The meanings that communities give to diseases are influenced by factors such as social inequality, power structures, and cultural models. Consequently, it is necessary to transcend the biological view and understand the meanings ascribed by different social groups. The Wayuu classify diseases as common or natural, and supernatural. Among the latter are those related to the spirits (*yaluja*), and they classify them according to causes and symptoms. Our study also found that the Wayuu consider diseases holistically, inasmuch that they not only have an impact on the body, but also on community life and the passage to *jepirra*. As such, life-death, health-illness, are processes of reciprocal relationships.

Among the Wayuu, the fact that HIV/AIDS may result from extra-marital sexual relations or and/or with non-Wayuu individuals, is considered a punitive disease that risks the passage of spirits to *Jepirra*. Twenty years after the arrival of HIV/AIDS in Colombia, Indigenous people in the country are potentially highly vulnerable to the epidemic. HIV/AIDS has generated fears and imaginaries which are heightened by the lack of knowledge about ways of transmission, have fostered attitudes of stigmatization and discrimination within Indigenous communities. Different populations refer to HIV/AIDS with terms that help them understand and assimilate that which is new, unknown and fearsome.

# INTRODUCCIÓN

## 1. OBJETO DE ESTUDIO

A partir del año 2000 se empiezan a identificar los primeros casos de VIH y sida<sup>4</sup> en comunidades indígenas de Colombia convirtiéndose en una situación de interés para las Ciencias Sociales y la Salud Pública y en general para las organizaciones que trabajan por la salud indígena. En esta vía, este análisis busca abordar las percepciones y respuestas sociales de los wayuu frente el VIH y sida, a partir del análisis de los discursos construidos con indígenas de 55 comunidades de Maicao, La Guajira y del reconocimientos de las características socioculturales de estas comunidades. Atenderemos sobre todo a las percepciones que son comunes en sus discursos, sin desconocer la diversidad de las mismas, y a las respuestas sociales que sirven a los wayuu para dimensionar o explicarse lo desconocido, protegerse de lo que no comprenden y evadir responsabilidades sobre su propio bienestar.

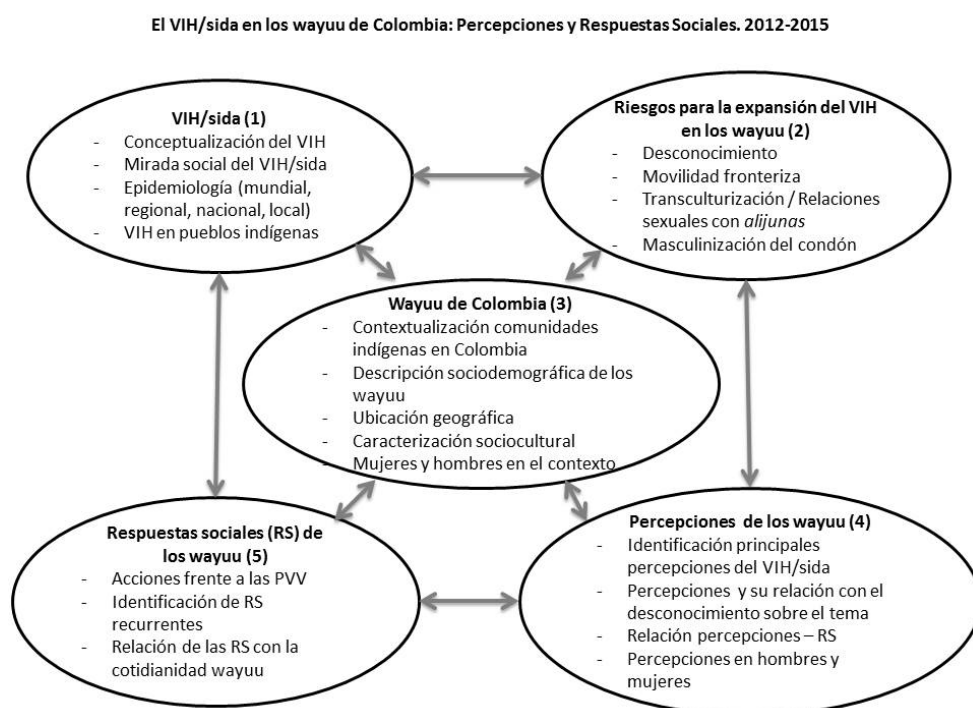
Como puede verse en la Figura 1.1., consideramos la multiplicidad de factores, incluida la epidemiología para delimitar el objeto de estudio. Este parte de la conceptualización del VIH y sida, la mirada social del mismo, su epidemiología mundial, regional, nacional y local y específicamente la situación actual de los pueblos indígenas con respecto a este fenómeno; elementos que establecen una estrecha relación con el desconocimiento sobre el virus, su transmisión y prevención, la movilidad fronteriza y el fenómeno de transculturización o transformación cultural, como factores de riesgo para la expansión del virus en indígenas wayuu. A su vez dichos factores se vinculan bidireccionalmente con el contexto de los pueblos indígenas en Colombia, por lo que es de

---

<sup>4</sup> La palabra sida será usada como sustantivo en tanto nombra la enfermedad causada por el VIH. Esta fue aceptada como tal por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) desde 1992.

suma importancia una aproximación contextualizada de los wayuu, su ubicación geográfica, características socioculturales (cosmovisión, estructura social y medicina tradicional), las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres y las relaciones de poder en su vida cotidiana.

Figura 1.1. Esquema del Objeto de Estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Estas características de los wayuu de Colombia mantienen relación e influyen recíprocamente sobre las percepciones y las respuestas sociales de este grupo frente al VIH y sida. Con respecto a las primeras, se dan a conocer las percepciones generales y las particularidades entre hombres y mujeres wayuu, se identifican las más recurrentes, la relación de éstas con el desconocimiento sobre el tema y finalmente de estas con las respuestas sociales. Sobre las respuestas sociales se abordan las formas de actuar frente a las personas que viven con el VIH, las particularidades de este actuar entre hombres y mujeres, la identificación de respuestas recurrentes o comunes y el efecto o relación de



estas con la cotidianidad wayuu, lo cual se vincula nuevamente de forma directa con las características de estas comunidades, al tiempo que influyen íntimamente sobre el VIH y sida como fenómeno social y sus factores de riesgo para la expansión específicamente en los wayuu, cerrando la totalidad empírica investigada<sup>5</sup>, como está ilustrada en la Figura 1.1.

En conclusión, nuestro estudio abordó las percepciones y respuestas sociales considerando como los wayuu han construido sus propias concepciones, actitudes y prácticas, alrededor del virus, las formas de transmisión y prevención, y de las personas que viven con el VIH. Analizamos también las relaciones entre percepciones y respuestas sociales, y de estas con el riesgo de expansión del virus. Nos hemos centrado en el período comprendido entre 2012 y 2015.

El estudio se soportó sobre el construccionismo social como perspectiva sociológica y psicológica que reconoce los contextos sociales como el escenario sobre el cual se desarrollan los fenómenos y realidades sociales. Dialogan en esta perspectiva, la fenomenología, el interaccionismo simbólico, la psicología social y la escuela constructivista de la pedagogía entre otras teorías.

Este concibe el conocimiento como producto social y no como un reflejo de las realidades investigadas, ni como algo independiente de los investigadores y el tiempo. Como lo plantea Beltrán (2003), cuando estudiamos una realidad social desde esta perspectiva, es fundamental identificar lo que aplica el caso particular, es decir, que las herramientas deben responder a lo que pide el objeto de estudio, es clave escuchar el contexto en que se desenvuelven los grupos humanos y las realidades que los circundan. Postura que es coherente con la visión que como investigadores hemos procurado mantener desde la planeación del estudio hasta el análisis de los datos. Cada acción implementada y herramienta utilizada fue construida en y para el contexto, con la participación activa de los wayuu y sus representantes comunitarios e institucionales.

Siguiendo a Berger y Luckmann (2005), el lenguaje en una amplia acepción de la palabra es en esta postura, un elemento constructor y articulador de las realidades sociales

---

<sup>5</sup> Las flechas de doble punta marcan la fuerza de las interacciones y el orden de los componentes su trascendencia en la realidad empírica delimitada.

por ser como dice Beltrán (2003), modelo de un hecho social que presupone la existencia de otros y además sirve como indicador en el tiempo de la intersubjetividad de quienes son artífices de la realidad social y de la cotidianidad; por tanto el lenguaje es el camino óptimo para acceder a la subjetividad y las construcciones sociales de las personas y las comunidades. Pero el lenguaje como producto de unos sujetos particulares, en contextos y culturas igualmente particulares, constituyen en sí una interpretación social de la realidad expresada en una serie de signos y significaciones propias de los sujetos y sus interacciones.

Es lo que nosotros hemos reconocido y analizado a través de los discursos propios de los wayuu en su lengua nativa y bajo el principio del respeto por los contenidos socioculturales de los mismos. Han sido los discursos de los wayuu los que han dado lugar a la identificación de sus percepciones y respuestas sociales frente al VIH y sida. Exponen Berger y Luckmann (2005) que el lenguaje es capaz de objetivarse a partir de las acumulaciones de significados y experiencias preservadas en el tiempo y transmisibles a generaciones futuras; planteamiento que nos lleva a reconocer como investigadores en interacción con los wayuu y sus producciones de significados, que las percepciones no pueden ser entendidas solo en el marco de la subjetividad y mucho menos por fuera de un contexto y una producción de lenguaje enraizada en la colectividad de los grupos humanos. Por el contrario, son construcciones sociales susceptibles de transformación según se actualicen o mantengan las formas de interacción entre los wayuu como sujetos activos y de estos con los otros llamados por ellos, los *alijunas*.

El socioconstruccionismo toma sentido en este estudio cuando el proceso investigativo se ocupa del contexto y los discursos wayuu, no como “producto de las mentes individuales sino de las relaciones comunitarias” (Gergen *et al.*, 2007:218), pues el lenguaje como otras acciones humanas, ganan sentido en la cotidianidad y a partir de la coordinación o encuentro con las acciones de los otros, del colectivo, en la medida en que los interlocutores entran en nuevas relaciones y crean formas de comprensión y abstracción de las situaciones y los fenómenos compartidos. Construcciones que están dotadas con las numerosas voces que devienen del pasado en tensión con el presente por las tendencias de transformación, de las tradiciones, de toda una historia de intercambios y creaciones basadas en contenidos culturales. Como lo dice Wittgenstein (1953), construcciones que

“tienen lugar dentro de las formas de vida” (Gergen *et al.* 2007:220); en este caso en el mundo de los wayuu frente a la enfermedad y específicamente frente al VIH y sida.

Así las percepciones y las respuestas sociales no son procesos individuales, ni explicables solamente a partir de los procesos cognitivos, son procesos propios del entorno social y de las interacciones que allí suceden. En ellas se expresan las experiencias actuales y pasadas, así como los conocimientos previos y las influencias de los contextos sociales (Donoso, 2004). No podemos hablar de las percepciones y respuestas sociales del VIH y sida en los wayuu, por fuera del contexto sociocultural y devenir histórico de este pueblo indígena en relación con los otros indígenas y no indígenas que poco a poco han ido tomando sentido y lugar en la cotidianidad de las comunidades. Tampoco podemos asumir estas construcciones como “un todo armónico”, pues como parte de la cotidianidad están como un continuo, las diversas relaciones y formas de poder, ya sean simbólicas, de clase, económicas, de género, entre otras.

## **2. PROBLEMA A INVESTIGAR**

Como lo hemos señalado en otros apartados de este escrito, durante los últimos 15 años se ha visto aumento en la identificación de casos de personas indígenas viviendo con el VIH en países como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia (Bowden, 2005; Silversides, 2006; Negin *et al.*, 2015), y en América Latina en países como México, Brasil y Colombia (Wiik, 2001; Zambrano *et al.*, 2013). Situación que se visibiliza por una parte en la revisión de literatura indexada realizada por el grupo de trabajo, sobre las enfermedades infecciosas de los pueblos indígenas de América durante el periodo 1995-2004 (Rojas *et al.*, 2007), y por otra en la experiencia que como equipo de investigación hemos tenido con pueblos indígenas wayuu y embera chamí en los departamentos de La Guajira y Antioquia respectivamente (véase, Figura 2.2. Mapas: Colombia y pueblos indígenas de Colombia).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida (ONUSIDA) plantea que a diciembre de 2012 existían en el mundo alrededor de 35 millones de personas vivas infectadas por el VIH, mientras 1,6 millones fallecieron por sida en este mismo año, además se presentaron 2,3 millones de nuevas infecciones con mayor

incidencia en África Subsahariana (ONUSIDA, 2013). A diciembre de 2014, ya eran cerca de 37 millones de personas viviendo con el VIH (PVV) y 2 millones de nuevas infecciones y 1,2 millones de personas murieron a causa del sida en este mismo año (ONUSIDA, 2015b). Cifras que dejan ver que a pesar de los esfuerzos de este Programa de Naciones Unidas y de los gobiernos aliados por llegar a cero en el marco de las metas del milenio, el VIH y sida sigue siendo un problema social y de salud que amerita nuevos compromisos y esfuerzos conjuntos.

En América Latina, a 2012 había un estimado de 1,5 millones de personas vivas con VIH, un promedio de 86 mil nuevas infecciones y 20 mil personas que fallecieron por sida (ONUSIDA, 2013). Para 2014 la región contaba con 1,7 millones de personas que vivían con el VIH, 87 mil nuevas infecciones y 41 mil muertes relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2015b).

A 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas, seguía expresando su preocupación porque el VIH y el sida afectan a todas las regiones del mundo, y el Caribe registra aún, la prevalencia más alta después de África Subsahariana. Por su parte, Europa Oriental y Asia Central vienen aumentando la incidencia, se ha observado además que el 90% de nuevos casos viven en apenas 35 países (Naciones Unidas, 2016).

Para el caso específico de Colombia, desde 1983 y hasta 2012 se habían notificado alrededor de 96 mil casos de VIH en la población general, esto implica que para el año 2012 ingresaron a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) más de 8200 casos, de los el 72% fueron hombres y el 28% mujeres. Al respecto, el estimativo de la prevalencia general de infección para el país, realizado para este mismo año, fue 0,52% según informe del Observatorio Nacional de VIH (MSPS, 2013; MSPS, 2014).

Los datos publicados por el Observatorio y el SIVIGILA dejan ver que la epidemia se concentra en poblaciones de alto riesgo o en mayor estado de vulnerabilidad, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las trabajadoras sexuales, los habitantes de calle y la población transgénero, grupos que presentan prevalencias superiores al 5%. Además, hacen saber que aunque el aporte a las cifras sigue siendo mayor en hombres, es cada vez mayor la participación de la mujeres; el mismo informe plantea que la razón de

masculinidad desciende de 10:1 en los años 90 a 2,5:1<sup>6</sup> en 2012 (MSPS, 2013; UNGASS, 2014).

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública para Colombia 2012-2021, considera el VIH dentro de las enfermedades transmisibles más notables en Colombia, anotando que la prevalencia en población de 15-49 años ha disminuido de 0,7% en 2006 a 0,52% en 2011, al igual que la transmisión materno-infantil (MSPS, 2012).

El aumento que se percibe en las cifras tanto para Colombia como para América Latina y el mundo, está asociado también, con que cada vez es mayor el acceso a las pruebas diagnósticas y el aumento en la prevalencia tiene relación con el acceso a los programas de atención integral; en el caso de Colombia, también sucede esto pese a la crisis que actualmente vive el sistema de salud poniendo en riesgo el tratamiento con antirretrovirales por el alto costo que tal tratamiento representa.

El asunto de las cifras y la identificación de grupos de riesgo, parece oponerse a lo que tiene que ver con población indígena, pues los datos epidemiológicos no hablan de ellos aunque se conozca que ya hay casos identificados en diferentes comunidades. Según los estudios realizados por el colectivo del Programa, como pioneros en el país en el tema de VIH con comunidades indígenas colombianas, se ha venido incrementado el número de casos de indígenas que viven con el VIH; tal es el caso de la comunidad de Cristianía en el departamento de Antioquia, donde el incremento corresponde en promedio a un caso por año a partir del año 2000. Con respecto a la mortalidad por sida en esta población, llama la atención por ejemplo que hasta el año 2009 (antes del estudio en Antioquia) había conocimiento de un acumulado de siete casos, de los cuales tres habían fallecido en un resguardo de aproximadamente 1780 personas (Rojas *et al.*, 2015 y ya para 2011 el número de muertos por sida ascendía a 6 de 12 casos conocidos.

Aunque en Canadá y otros países del continente americano se ha demostrado que el VIH afecta a la población indígena, en Colombia hoy solo se conoce que a 2013, la prevalencia en 55 comunidades indígenas wayuu de Maicao fue del 0,5% y en 2011 en el

---

<sup>6</sup> Esta correlación significa que se pasó de 10 hombres por cada mujer con VIH y sida a una razón de 2,5 hombres por cada mujer infectada.

resguardo indígena de Cristianía del 1% (Rojas *et al.*, 2015; Rojas *et al.*, 2016), pero otras comunidades del país han expresado la necesidad de atención porque según gobernadores de cabildos indígenas, tienen ya casos reportados de VIH y sida. Esto indica que a la fecha se cuenta con pocas fuentes de información teniendo en cuenta que el equipo de investigación que ha venido trabajando en el análisis epidemiológico del VIH y sida, solo ha logrado llegar a algunas comunidades de estos dos pueblos: embera y wayuu.

Sumado a la falta de registros sobre prevalencia, incidencia y morbimortalidad por VIH y sida en pueblos indígenas, está la insistencia que se hace a nivel internacional, de trabajar con grupos con mayor vulnerabilidad para la expansión del virus, lo que lleva a que muchos programas de prevención y atención integral centren sus esfuerzos en HSH, profesionales de la prostitución, mujeres transgénero, habitantes de calle, pero quedan de lado grupos étnicos, específicamente los pueblos indígenas a pesar de las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con la pobreza e inequidad social, que desde la perspectiva de la Salud Pública y de la epidemiología social, son ya determinantes sociales en salud para la expansión del VIH y sida (Farmer, 2001; Farmer y Castro, 2005; Mukherjee *et al.*, 2003).

Lo anterior indica que la situación del VIH y sida en pueblos indígenas, es un asunto por explorar, susceptible de seguir indagando y acompañando no solo con el ánimo de conocer su epidemiología, sino también de avanzar en la comprensión social del fenómeno y en la generación e implementación de acciones tendientes a la prevención, aún más cuando se conoce que en el país habitan 1,3 millones de indígenas distribuidos por todo el territorio, que corresponden aproximadamente a un 3,4% del total de la población colombiana y que además están cada vez más cerca de la población no indígena, y por tanto de sus prácticas culturales. La significativa presencia en zonas de frontera, es también un factor importante de indagar, pues según el Observatorio Nacional de Salud en Municipios de Frontera, el VIH está dentro de las enfermedades principales que afectan la salud de la población, al respecto dice que entre 1998 y 2011 el VIH ascendió significativamente dentro de las principales causas de muerte en población que habita zonas fronterizas (INS, 2013).

Este estudio, entre otros relacionados que han sido llevados a cabo por la Universidad de Antioquia, han surgido con el fin de conocer e intervenir esta situación y dar elementos que a nivel nacional sirvan de referente a futuros proyectos en pro de la salud de las comunidades indígenas en Colombia y para contribuir en la formulación de políticas y estrategias en salud que permitan avanzar en la nueva meta de la Asamblea General de Naciones Unidas: “poner fin a la epidemia del sida para 2030” (Naciones Unidas, 2016).

Es importante reconocer que las nuevas políticas propuestas por Naciones Unidas (2016) plantean en todo el documento, que el punto de partida será “no dejar a nadie atrás”, premisa que hace alusión a la importancia de atender a todos los grupos en situación de vulnerabilidad para el VIH y sida, aboliendo las barreras, especialmente las del estigma y la discriminación en salud. Y en este caso se incluye a los pueblos indígenas junto con los niños, presos, adolescentes y mujeres, como grupos en riesgo de contraer el virus. Lo que se vuelve un punto a favor para avanzar en este tipo de estudios con una población que apenas si ha sido nombrada dentro de las políticas de prevención y atención.

Para tal fin, hemos partido de la revisión de fuentes relacionadas con el tema que dejan entrever que, a pesar de la generación de políticas en favor de la población indígena en Colombia, éstas no han sido suficientes para transformar la inequidad que los circunda. Por ejemplo, en 2001 se autorizó el ingreso de los indígenas al Servicio Nacional de Atención en Salud de Colombia, incluyendo la atención del VIH, y si bien ello posibilitó la creación de las EPS y las IPS indígenas, así como una oferta de servicios de salud pensados desde y para los indígenas, aún son evidentes las constantes limitaciones de acceso a salud y las dificultades de estas organizaciones para responder a las necesidades en salud de los pueblos indígenas. Sin embargo se reconoce la importancia de trabajar conjuntamente con estas organizaciones procurando el abordaje constante de los determinantes en salud.

Como lo planteamos en diferentes capítulos de este escrito, entre 2010 y 2011 se llevó a cabo la experiencia de trabajo en Antioquia con indígenas embera chamí, con la participación de una IPS y de la EPS indígena AIC (Asociación Indígena del Cauca), y en 2012 un segundo proyecto en asocio con la EPS indígena Anas Wayuu y las IPS que

atienden la población indígena de Maicao en La Guajira. En los dos proyectos aunque con particularidades y elementos diferenciales, se tuvo la intención de investigar, diseñar, implementar y evaluar una intervención culturalmente adecuada, orientada a la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH con comunidades indígenas; en ambos fue posible hablar de datos cuantitativos y cualitativos que se analizaron para responder a los objetivos propios de cada uno, quedando pendiente el análisis de los contenidos sociales del VIH y los riesgos de expansión del mismo para cada uno de los grupos étnicos y a su vez un análisis comparativo que permita evidenciar desde la mirada del estudio de casos, las diferencias y similitudes en la forma como los indígenas se han infectado, viven y conviven con el virus.

Por otro lado, en la revisión documental encontramos importantes vacíos en estudios relacionados para los pueblos indígenas de Colombia, y a nivel de América Latina los estudios sobre percepciones están vinculados principalmente a la percepción del riesgo en jóvenes y mujeres. Sobre respuestas sociales la mayoría de los estudios se inclinan hacia la forma como las instituciones de salud y los entes gubernamentales, actúan para responder a una situación de salud específica. Entonces las percepciones y las respuestas sociales frente al VIH/sida, desde la perspectiva del construccionismo social, son aún temas por explorar en los contextos indígenas a nivel nacional y transnacional (Ponce, *et al.*, 2016).

Tanto para la intervención del VIH y sida, como para su prevención, ha sido fundamental la identificación de grupos vulnerables y la distribución del virus como problema de salud (Mazin, 2011). Es clave además comprender cómo esta realidad es vivida, percibida y asumida por diferentes grupos humanos, por lo tanto existen estudios que abordan las percepciones frente al VIH y sida, sus factores de riesgos y el uso del condón, en grupos poblacionales específicos como jóvenes migrantes (Eguiluz-Cárdenas *et al.*, 2013), mujeres (Ramos *et al.*, 2009), gitanos (Otegui, 2006), personas que viven con el virus (Nyamathi *et al.*, 2010) entre otros, pero en grupos indígenas y en los wayuu específicamente se ha avanzado poco en el tema.

A la fecha no hemos hallado estudios directamente relacionado con las percepciones del VIH y sida, de hecho autores como Betancourt y Pinilla (2011); Núñez,



(2011); Zavaleta *et al.*, (2007), hacen un llamado a la importancia de realizar pesquisas con enfoque antropológico que permitan la aproximación al contexto sociocultural y de género en pueblos indígenas que permitan pensar en procesos de intervención culturalmente adecuados. Dicen estos autores y se reafirma en Ponce *et al.*, (2016) y nosotros mismos en nuestros estudios previos, que no se pueden entender los procesos de salud – enfermedad sin los contextos y mucho menos intervenir en ellos. Como puede verse en párrafos anteriores, algunos de los materiales revisados abordan el tema, bien sea como un objetivo dentro de algunos estudios, resultado indirecto a partir del trabajo de campo o como una recomendación a la luz de los hallazgos.

En conclusión, la ya visible presencia de VIH en comunidades indígenas de Colombia se convierte hoy en un asunto susceptible de estudiar, procurando la constante lectura y comprensión en contexto de este fenómeno como realidad social en riesgo de expansión; el que además denota dinámicas diversas según características de cada comunidad o grupo indígena en este caso.

### **3. PREGUNTAS Y OBJETIVOS**

En coherencia con el problema antes planteado y el marco conceptual que fundamente este estudio, partimos de la búsqueda de avanzar en la construcción de conocimiento acerca de la presencia del VIH y sida en los pueblos indígenas de Colombia, conocimientos que aporten en futuras políticas y programas de prevención y atención integral en comunidades y resguardos indígenas, desde las miradas de la Salud Pública y las Ciencias Sociales.

En este estudio centrado en una lectura de este fenómeno desde las Ciencias Sociales, hemos partido de algunas preguntas que orientaron y sirvieron como referente para la formulación de los objetivos:

- a. ¿Cuáles son las características socioculturales de las comunidades wayuu que participan en el estudio?
- b. ¿Cuáles son las percepciones de los indígenas frente al VIH/sida, las formas de infección y la convivencia con personas que viven con el VIH?

- c. ¿Cómo piensan y viven los wayuu el VIH/sida a partir de sus formas de pensamiento y realidad sociocultural?
- d. ¿Cómo responden socialmente los wayuu a la presencia de VIH/sida en sus comunidades?
- e. ¿Qué relación existe entre las percepciones y las respuestas sociales de los wayuu frente al VIH/sida?

Con el fin de responder a estos y otros interrogantes que es común que emerjan en el proceso de investigación, tuvimos como objetivo general:

Estudiar y analizar el VIH y sida en comunidades indígenas wayuu de Maicao en La Guajira colombiana durante el periodo 2012-2015, a partir de las percepciones y respuestas sociales de los participantes, desde la mirada del construccionismo social.

Este objetivo, como el faro que guió nuestras acciones mientras avanzábamos por lo novedoso y particular del mundo wayuu, requirió de la delimitación de unos objetivos específicos que permitieron la operacionalización de la intención global del estudio y del objetivo general:

- ✓ Caracterizar socioculturalmente a las comunidades wayuu participantes en el estudio, a partir del contacto directo con sus habitantes y su cotidianidad.
- ✓ Analizar las percepciones del VIH y sida que tienen los indígenas wayuu que integran las 55 comunidades participantes en el estudio, teniendo como referente las formas como piensan y viven la presencia del VIH y sida en su pueblo indígena.
- ✓ Identificar las respuestas sociales frente al VIH y sida, de los integrantes de las comunidades indígenas de Maicao a partir del análisis de discurso.

- ✓ Comprender la relación entre las percepciones y las respuestas sociales de los wayuu frente al VIH y sida.

Cada uno de estos objetivos ha sido puesto en un orden lógico y coherente con las preguntas antes planteadas, lo que puede facilitar la estructuración de este documento final.

#### 4. CONTEXTO DEL ESTUDIO

Cuando los indígenas embera chamí de Cristianía abrieron sus puertas para que lleváramos a cabo el proyecto “Epidemiología, prevención y control del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual en comunidad indígena colombiana”<sup>7</sup>, pensábamos que llevaríamos a cabo el proyecto y que lo haríamos de la mejor manera para responder a las principales preguntas que hasta ahí, y grosso modo, giraban alrededor de la prevalencia, los conocimientos sobre el tema y cómo lograr una intervención culturalmente adecuada y en contexto.

En la medida que nos adentrábamos en la cotidianidad de la comunidad aprendíamos acerca de la realidad de los embera y en general, de los pueblos indígenas de Colombia y de otros países de América Latina. La ausencia del Estado, los juegos políticos de las instituciones de salud y de las mismas organizaciones indígenas, se reflejaban en la pobreza generalizada de los indígenas, la baja escolaridad, las limitaciones en el acceso a servicios de salud, además de las muertes tempranas y la desnutrición infantil que aqueja a unos más que a otros.

Para entonces, ya se sumaba a lo anterior, el diagnóstico tardío de VIH que conllevaba a inaceptables muertes a causa del sida, el estigma y discriminación del que eran objeto dentro y fuera de las comunidades, los indígenas en general, los homosexuales indígenas y luego quienes vivían con VIH y sida.

---

<sup>7</sup> El proyecto se nombra aquí tal y como aparece en los diferentes documentos relacionados. Fue el primer proyecto propuesto y ejecutado por el equipo de investigadores del *Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con Comunidades*, de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), Colombia. <http://vihindigenas.wixsite.com/saludsexual>

A los pocos meses de estar realizando el trabajo de campo, conocimos a Luis, un indígena avanzado en edad que presentaba fiebres, diarreas que no paraban, inapetencia, pérdida de peso, entre otros síntomas que preocupaban y asustaban a sus vecinos y familiares y que a nuestra mirada indicaban que era urgente realizar prueba diagnóstica para VIH. Así que, por solicitud suya y recomendación del puesto de salud, hacemos la prueba y sin que nos sorprendiera el resultado, procedimos a buscar la manera de que iniciara su tratamiento médico. Mientras tanto solo por la sospecha de familiares y amigos y su miedo a contraer esa “rara” enfermedad, Luis fue víctima del abandono y negligencia en su comunidad. El desconocimiento y el miedo llevaban a su familia a pensar que el perro podría ser un agente de transmisión de la enfermedad, por ser el único que entraba y tocaba a Luis en su habitación.

Este hecho nos confrontó a todos tanto profesional como personalmente, al tiempo que nos mostraba que no se trataría simplemente de seguir las pautas de un protocolo de investigación, sino que sería el inicio de una serie de retos en los que estaba en juego no solo la situación de Luis, sino también la de todos los indígenas que pudieran vivir condiciones similares en esta y otras comunidades indígenas en el país. Sería algo que empezaba, pero no terminaría en los tiempos que el proyecto establecía y tampoco con el pueblo indígena que era nuestra escuela como investigadores en el tema. La muerte de Luis, con todo lo que generó en nosotros, era el comienzo de muchos retos para nosotros, pero no para los embera que ya habían tenido otras muertes asociadas al sida y en cuya comunidad el virus podría seguir su expansión.

En mi caso era la primera vez que me aproximaba al tema en pueblos indígenas, las expectativas y motivaciones respondían a que era un escenario en el que podía conjugar mi formación y mi experiencia desde la educación experiencial, la psicología, la antropología, la salud colectiva y en general poner a conversar la investigación y la intervención comunitaria. Nunca pensé que este sería el primer proyecto, pero no el único, ni el último, tampoco pensamos como equipo, todo lo que podría devenir en adelante con otros proyectos y tampoco dimensionábamos que se suscitara en nosotros con tanta fuerza, el interés y la necesidad de seguir indagando por lo que pasaba con respecto a la expansión del VIH y el sida al interior de los pueblos indígenas en Colombia. Luis marcó desde entonces el camino que seguiríamos como investigadores y como personas y en mi caso

particular, seguirá siendo quien me recuerde lo que puede suceder con los indígenas que viven con el VIH y el sida dentro y fuera de las fronteras colombianas.

De ahí pasamos a otros pequeños proyectos relacionados con el mismo pueblo embera pero en otras comunidades y en otros colectivos considerados “vulnerables”. Luego queriendo comprender la situación en otras regiones y culturas, nos adentramos en el complejo mundo de los wayuu en la Media Guajira, hasta ahí seguían las preguntas, motivaciones y retos que tuvimos en los proyectos anteriores, pero se sumaban otras:

- ¿Qué tan propicio sería este escenario para la expansión del virus como sucedía en los embera?
- ¿Cómo concebían los wayuu esta enfermedad?
- ¿Cuál sería la actitud de los indígenas frente al uso del condón y frente a las personas que viven con el VIH y el sida?

Nos interesábamos en lo que podía pasar en este caso, teniendo en cuenta que, los wayuu no solo tienen una cultura diferente, sino que además es un pueblo que ocupa territorio entre dos países (Colombia y Venezuela), condición que facilita su movilidad y permanencia por lapsos variados de tiempo, en uno u otro lado de la frontera, ya sea en la comunidad donde reside la familia o en el área urbana donde llevan a cabo sus actividades económicas. Esta condición fronteriza que les caracteriza, se vuelve determinante para el acceso a salud, educación y trabajo.

Poco a poco fue surgiendo el interés por avanzar en la comprensión de las percepciones que los wayuu tenían del VIH y el sida, a partir de sus usos y costumbres. También la experiencia vivida con Luis, hizo que emergieran interrogantes alrededor de lo que piensan y sienten los indígenas cuando en su cotidianidad aparece el VIH como una realidad a la que no puede dársele la espalda y con la que paulatinamente han tenido que empezar a familiarizarse.

Ver y oír a los indígenas en los encuentros comunitarios en los que hablábamos sobre el tema, nos dejaba identificar imaginarios y formas diversas de interpretar los riesgos de transmisión y los mecanismos de prevención del VIH, al tiempo que iban

plasmándose matices y formas de referirse a ésta como “la enfermedad que mata”, “que es incurable” y que además para ellos está asociada al comportamiento sexual “inadecuado” o “mal visto”, socialmente hablando. Fuimos reafirmándonos que era el momento de ir más allá de la encuesta para identificar conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo, trascender las cifras de prevalencia que dejaban claro que el virus se extendía en los indígenas embera y wayuu de Colombia, para procurar en el caso de este estudio, la comprensión de las formas como hombres y mujeres de 55 rancherías, ven, viven, piensan y actúan frente al VIH y sida.

Fue el contacto directo con los wayuu, sus líderes y otros investigadores lo que nos llevó hacia lo que ha sido el eje de mi formación doctoral. Era evidente que de sus discursos emanaba el desconocimiento frente al tema y el miedo a contraer la extraña enfermedad, lo que hacía que afloraran expresiones tanto de exclusión frente a quienes pudieran vivir con el VIH y el sida, como de machismo y prejuicio frente a hombres y mujeres según fuera juzgado su comportamiento social y culturalmente, pues era frecuente que buscaran responsabilizar del riesgo de infectarse ya fuera a los hombres por su tendencia a tener relaciones sexuales con mujeres no indígenas o bien a las mujeres trabajadoras sexuales a las que acudían sus parejas.

Las percepciones y respuestas sociales de los wayuu serían el objeto de la búsqueda en este proceso desde la mirada del construccionismo social en el que participan imaginarios, creencias y saberes sobre el VIH y el sida, a partir de las formas de su cosmovisión y de la realidad sociocultural que comparten como colectivo los indígenas guajiros, llamados así por los colonos en la época de la conquista.

La comprensión de las percepciones y respuestas sociales sería además lo que nos permitiría identificar particularidades de los pueblos indígenas para convivir con el VIH y el sida, evitando así su homogenización e invisibilización con respecto a la población general en Colombia y América Latina, al momento de proponer alternativas para la intervención en salud. Para tal efecto, aquí hemos identificado las principales percepciones que son comunes entre los wayuu de 55 comunidades, buscando trascender la percepción individual para reconocer cómo algunas miradas se han anclado al discurso comunitario. Igual sucede con las respuestas sociales, las cuales hacen alusión a lo que los actores dejan

entrever en sus discursos como posibles acciones, pues muchas de las comunidades saben de la existencia de personas wayuu que viven con el virus o con el sida, pero no son cercanas a ellos o no las han identificado. Es decir, que lo que aparece como respuestas sociales es un reflejo en el discurso de actitudes y comportamientos que hipotéticamente creen o piensan serían la forma de enfrentar la situación en caso de tenerla en sus hogares y comunidades.

En general, como equipo de investigación, con estos estudios pensamos que este no sería un punto de llegada, sino un punto de partida, serviría como referente para avanzar en la comprensión de esta realidad y en la generación de políticas en salud pública para la atención integral del VIH y el sida en pueblos indígenas, pero también para comparar a futuro, resultados y procesos con otros pueblos indígenas e igual para argumentar la importancia de dar continuidad a estudios como éste en otras comunidades del país que como los wayuu y los embera han empezado a convivir con el VIH y el sida aún sin que puedan nombrarlo o reconocerlo como tal. Lo que sí ha ido quedando claro en estos años de trabajo en el tema, es que la investigación en VIH y sida es un reto bastante complejo que nos va llevando por diversas rutas que cada vez abren más el abanico de indagación.

Es importante aclarar que muchos de los conceptos relacionados con el VIH y sida, al igual que con poblaciones indígenas, han sido discutidos por académicos y activistas sin que ello implique que haya acuerdos al respecto. Por lo tanto para efectos de este estudio acogeremos las recomendaciones de ONUSIDA (2015a) para el primer tema y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para el segundo. En el primero caso por ejemplo, ONUSIDA recomienda que el VIH y el sida se nombren separados, sin embargo en este escrito habrá momentos en que se nombren juntos (VIH/sida), por ser la forma que por asociación entre ambos, permitía el diálogo con los indígenas participantes. En el último caso usaremos principalmente el concepto de “pueblos indígenas”, aunque será usual que también recurramos a las palabras “comunidades” y “grupos”. En el próximo capítulo haremos una aproximación al planteamiento de la OIT, para dar entrada a la descripción de los wayuu en el contexto nacional y latinoamericano.

Hemos planteado entonces que, el objetivo principal apunta hacia la comprensión del VIH y sida, como realidad social en 55 comunidades wayuu de La Guajira colombiana, a partir de la identificación de las percepciones y respuestas sociales de los indígenas frente a la infección. Hemos retomado para este fin, elementos, productos y experiencia alcanzada en las investigaciones adelantadas por el equipo de la Universidad de Antioquia (UdeA).

En este estudio se analizaron a manera de estudio de caso, las percepciones, imaginarios y formas como las comunidades conciben el VIH y el sida, su transmisión, prevención y la convivencia con las personas que viven con el virus, desde la mirada del construccionismo social, por ser este el enfoque que mejor permite la comprensión de las percepciones como la resultante del proceso de interacción de los sujetos con su entorno, gracias a “la acción comunicativa” (Colina, 2000).

El recorrido que ofrece este documento en seis capítulos, permite acceder a las percepciones y respuestas sociales de los indígenas, frente al VIH y sida, sujetas no solo a sus características socioculturales, sino también a sus formas de interactuar con los otros indígenas y con los no indígenas al momento de acceder de manera limitada a educación, salud y oportunidades laborales en una región fronteriza que les facilita la movilidad entre un país y otro. Se suma al proceso de construcción de las percepciones y respuestas sociales del VIH y sida en los wayuu, la ruralidad y la presencia de población no indígena que llega a la región a través de grandes empresas mineras o atraída por el contrabando fronterizo. Tales percepciones relacionadas en gran medida con la vida y la muerte como principios inminentes de la cotidianidad, se convierten en ejes fundamentales de programas y procesos de intervención para la prevención del VIH y el sida, tal como lo hemos expresando antes y aparecerá muchas veces más en este texto.

Después de la contextualización, síntesis de antecedentes y propósitos del estudio y en general, el objeto de estudio, preguntas y objetivos de investigación, que ofrece esta introducción, está el Capítulo I. En este se da cuenta de la vulnerabilidad, tanto conceptual como históricamente. Con este leve recorrido que apenas hace un abrebocas a las realidades indígenas durante siglos, intenta dejar visible que la opresión y subyugación



vivida por los indígenas, ha involucrado diferentes momentos, actores y fenómenos que aún persisten acorde con las nuevas dinámicas sociales, económicas y políticas.

En el Capítulo II hacemos una aproximación a los wayuu como pueblo indígena, buscando describir aspectos generales de estas comunidades con respecto a otros grupos indígenas en América Latina y en Colombia, en estas páginas nos acercamos a las características socioculturales, formas de organización y algunos de los aspectos que se han ido transformando a través del tiempo. Es posible entender que algunos elementos de los Capítulos I y II se superponen, pero puede ser también una manera de lograr articulación entre los dos, comprendiendo al primero como contextualización para el segundo.

El Capítulo III, es en el que definimos el recorrido metodológico del estudio. Capítulo que aunque conserva identidad en sí mismo, lleva un hilo conductor con respecto a los demás. Hablar de las técnicas e instrumentos utilizados durante el trabajo de campo ha sido más fácil cuando en el capítulo anterior se ha descrito a los wayuu. El manejo ético, que fue transversal en el proceso, deja claros elementos que hicieron parte de las perspectivas teóricas y metodológicas del estudio, junto con los otros aspectos metodológicos que se describen, vinculan la experiencia del equipo de trabajo. La secuencia del documento va abriendo camino a lo que serán los capítulos IV y V, que tienen como principal propósito dar cuenta de los resultados obtenidos durante el análisis de los datos.

El Capítulo IV recoge las principales percepciones que los wayuu tienen del VIH y el sida. En ocho títulos, logramos trabajar las principales percepciones que, aunque inician desde lo que las personas una a una van expresando sobre el VIH y el sida, terminan organizadas como percepciones que tienen un matiz común y por tanto configuraron al momento del análisis, percepciones comunes a manera de construcciones sociales que se colectivizan a partir de la interacción de los actores en su día a día. En ellas ha sido clave: a) la delegación de la responsabilidad frente a la transmisión y la “cura” o el tratamiento, a los *alijunas*, b) la relación que establecen entre esta y otras enfermedades desde el sistema de clasificación de las mismas, dejando claro que el VIH y el sida rompen con su forma de comprenderlas desde el origen o causa, c) los imaginarios que suscita una enfermedad

desconocida y novedosa para ellos, en los que juega un papel importante la concepción de hombres, mujeres y comportamientos que son “mal vistos” al interior de su cultura y estilos de vida.

El Capítulo V, continúa con los resultados, pero aborda específicamente las respuestas sociales que, a través del análisis de discurso de los participantes en el estudio, dejan entrever la correlación entre respuestas y percepciones. Las respuestas recogen posturas de ambivalencia al momento de pensar en lo que harían con una persona que vive con el VIH y sida, pues por una parte se muestran indiferentes y esperan que sean los no indígenas quienes asuman y orienten el seguimiento de estas personas, pero por otra también muestran la importancia de apoyar a los pacientes teniendo en cuenta el sentido de “familia” que caracteriza culturalmente a este grupo indígena. Las respuestas sociales, al igual que las percepciones están cargadas de miedo no sólo al riesgo de transmisión, sino también a lo que pueda pasar con la persona al morir; por lo tanto la estigma y la exclusión son la salida a esta situación. En este capítulo y en el siguiente, recurrimos a la conocida fusión “VIH/sida”, pues fue la forma como se utilizó este fenómeno durante el trabajo de campo, por ser la forma como lo entendían los indígenas ante el desconocimiento del VIH.

Finalmente, el Capítulo VI recoge los resultados, discute y deja conclusiones relacionadas con las percepciones por un lado y de las respuestas sociales por el otro. Pero igual aborda la relación de codependencia entre las dos formas de construcción social. Este último capítulo hace también una aproximación a las limitaciones y contribuciones posibles del estudio, considerando que poco se ha trabajado el tema en pueblos indígenas en Colombia y que además toda labor con ellos debe asumirse desde la integralidad y complejidad que les caracteriza, pues si bien son reconocidos social y políticamente, es claro que cuentan con una construcción sociocultural particular y por tanto la lectura del contexto es paso obligado para adentrarse en todo tipo de intervención que les involucre. Sin desconocer que ya el tema del VIH y el sida, es igualmente complejo y crítico por los contenidos que se han venido tejiendo a través de casi cuatro décadas que lleva reconocido en los análisis epidemiológicos y de salud en general en el país.

A través del recorrido que hacemos sobre el tema en este estudio, es posible encontrar entre otros elementos, que en los wayuu como en el mundo, la palabra

enfermedad está dotada de sentidos y metáforas con alto contenido moral (Sontag, 1996), lo que sucede específicamente con el VIH y sida como enfermedad misteriosa, desconocida y novedosa, vinculadas con la muerte y con prácticas sexuales que consideran por fuera de “lo común o lo normal”, y que ellos califican como “mal visto”.



## Capítulo I

### HISTORIA DE LAS VULNERABILIDADES

La importancia de investigar e intervenir en pueblos indígenas no depende del número de casos a la fecha, sino de la emergencia que suscitan situaciones como:

a) El riesgo de expansión del VIH en las comunidades indígenas, pues a pesar de la falta de datos epidemiológicos relacionados, ya es conocido el riesgo de expansión del virus y de la enfermedad en comunidades indígenas en países del continente (Bowden, 2005; Negin *et al.*, 2015; Rangel *et al.*, 2012; Zambrano *et al.*, 2013).

b) La muerte de indígenas por sida tras diagnósticos tardíos y limitaciones de acceso oportuno a los servicios de salud (Rojas, *et al.*, 2016).

c) El desconocimiento sobre el tema y la falta de información en contexto que pone en entredicho la labor misma del personal de salud que les atiende, pues es común que sea personal sin experiencia ni conocimiento de las culturas indígenas con las que trabajan, a lo que se suman actitudes y comportamientos de estigma y discriminación frente a quienes viven con el VIH y sida (Varas-Díaz *et al.*, 2004; Patiño-Londoño *et al.*, 2016), no solo por vivir con el virus, sino también por ser indígenas y cuando es el caso, por ser homosexuales o mujeres. En consecuencia la información y formación con fines de prevención puede ser insuficiente e inadecuada.

d) La relación que hoy conocemos entre el VIH y sida con factores psicológicos, sociales y culturales, los cuales vienen siendo objetos de estudios desde la mirada de la epidemiología social y de los determinantes sociales en salud (Poundstone *et al.*, 2004).

Desde esta perspectiva, se reafirma la influencia del estigma social, la pobreza, la marginación, la falta de educación tanto en la expansión del virus, como en la prevención e intervención integral del VIH y el sida (Farmer, 2001; Farmer y Castro, 2005; Guise, 2016).

Lo anterior, está asociado a las condiciones actuales de los pueblos indígenas, tales como las inequidades sociales que los afectan y su ubicación en zonas geográficas de difícil acceso como son las fronteras con países vecinos y las áreas rurales con limitaciones de acceso a salud, educación y de infraestructura de servicios públicos en general, “en términos objetivos, los indígenas latinoamericanos son los miembros más pobres, enfermos, maltratados y desprotegidos de las ciudades. Desde el choque de los mundos, el pueblo tribal ha ido perdiendo sus tierras, sus vidas y su dignidad humana” (Brysk, 2009: 26). Afirmación que aunque Brysk la pone en el contexto urbano, aplica también para las comunidades rurales.

No se puede desconocer que los pueblos indígenas como descendientes de los habitantes originarios y más antiguos de un territorio, en este caso, del latinoamericano, han sufrido la conquista y colonización de otros grupos de diferentes culturas y origen, además de ser quienes ocupan el escalón más bajo social y económicamente dentro de los estados en que viven; son reconocidos como grupos dominados y marginados generalmente por un poder ajeno, pues sufren la dominación externa o interna desde la época de la conquista (Sobero, 2003). En tiempos modernos, la dominación continúa, pero ya no por extranjeros, sino por quienes hacen parte de las maquinarias sociales, económicas y políticas del sistema capitalista. Uno de los resultados de estos procesos de subyugación es la aculturación o transformación cultural y con ella, la vulneración de sus derechos y el afianzamiento de variadas condiciones de vulnerabilidad.

A continuación, una aproximación a la vulnerabilidad de los pueblos indígenas en América Latina y al concepto de vulnerabilidad aplicada a la población indígena en cuestión.

## 1. VULNERABILIDAD DE LOS INDÍGENAS EN LA ADQUISICIÓN DEL VIH

A las motivaciones e intereses antes expuestos, se ha ido sumando una serie de debates que emergen de investigaciones con pueblos indígenas en países hermanos. Los investigadores y activistas comprometidos con el tema, estamos de acuerdo con que es hora de poner sobre las mesas de discusión en políticas públicas para enfrentar el VIH y el sida en América Latina, la situación que al respecto viven estos pueblos como un colectivo que se reconoce como vulnerable tanto por condiciones biológicas como estructurales y socioculturales. Un colectivo que ha estado marcado a través de la historia, por la pobreza y múltiples formas de inequidad social a lo largo y ancho del territorio, condiciones por las que se les reconoce como población vulnerable.

Antes de adentrarnos en la revisión específica del VIH en la población que nos convoca, fue importante esclarecer la visión de vulnerabilidad que aplica a los pueblos indígenas. Según Núñez (2009), la vulnerabilidad es resultado de la acción conjunta tanto de factores biológicos, socioeconómicos y ambientales, como de la diversidad étnica y cultural, de los valores sexuales y de género y de la construcción y percepción del riesgo que se fundamenta en la cosmovisión de los propios sujetos y las experiencias de vida, limitando capacidades para hacerle frente a los múltiples riesgos para la salud.

En suma como resume este autor, “la vulnerabilidad de los indígenas es multidimensional, además la vida misma de las comunidades en medio de limitaciones y pobreza en general, es ya una vida en la vulnerabilidad” Núñez (2011: 27).

Esta aproximación al concepto de vulnerabilidad y a la realidad propia de los indígenas, deja entrever como el VIH en pueblos originarios no es el asunto extraño que mucha gente cree, pues es común que personas académicas o no, cuando hablamos del tema en congresos y reuniones de cualquier índole, se asombren y pregunten si es posible que los indígenas vivan con VIH o si existen personas en las comunidades que tengan el virus, como si fueran seres totalmente ajenos a la vida social, o si por ser indígenas tuvieran cierta condición de inmunidad o como si aún se pensara en ellos como personas aisladas del mundo, viviendo en selvas o montes sin contacto con los “mundos civilizados” y lo que es peor aún, como si se les atribuyera una condición de seres asexuados o enmarcados en la lógica estigmatizante de la “sexualidad normalizada”, es decir heterosexual y monógamo. Estas reacciones de asombro e

invisibilidad de los indígenas han sido antes bien documentadas por Núñez (2011), quien destacaba la perplejidad de funcionarios del gobierno en algunos estados mexicanos, quienes en conversaciones sobre el tema, mostraban dificultad para pensar o dimensionar la relación entre indígenas y VIH y sida.

Los pueblos indígenas enfrentan no solo las dimensiones biológicas, sociales, estructurales de la vulnerabilidad al VIH y al sida, sino que son fuertes en su caso las dimensiones culturales y étnicas. Estas dimensiones se construyen y fortalecen con las marcadas diferencias entre ellos como indígenas y en relación con otros grupos humanos al momento de acceder a salud, educación, información, empleo digno y en general a la inequidad asociada a la pobreza, marginación y situaciones que enfrentan en zonas de frontera cuando migran en búsqueda de oportunidades. Es a esta sumatoria de factores lo que Herrera y Campero (2002), citados por Quintal y Vera (2015), denominan “vulnerabilidad acumulada” al referirse a las mujeres, pero sin duda aplica también para el caso de los indígenas.

Pero la vulnerabilidad no puede entenderse como una condición estática o dada en sí misma, sino que toma también el carácter de situacional, es decir, que responde a procesos dinámicos, de lo contrario serían aspectos inamovibles e inmodificables y precisamente lo que esperamos es que pueda transformarse a partir de políticas públicas incluyentes y que promuevan la equidad para estos grupos sujetos de derechos.

La multidimensionalidad y el carácter dinámico a que hemos hecho alusión, implica que muchos factores de vulnerabilidad puedan conllevar situaciones que afectan diferencialmente a las personas, los grupos y las comunidades, es decir, que un mismo factor no hace igualmente vulnerables a todos los grupos sociales. Por ejemplo, la movilidad o característica migratoria de los pueblos indígenas en América Latina por la tendencia geográfica a estar ubicados mucha parte de ellos en territorios fronterizos, puede hacer vulnerable de manera diferente a unos colectivos con respecto a otros según se vivan las situaciones que este proceso comprende.

Como señalan Quintino y Leyva (2011) que no es la migración la que establece los riesgos en salud, sino las situaciones y las interacciones que se dan durante la migración como proceso y como escenario. Los indígenas que van y vienen a través de las fronteras se ven abocados a vivir situaciones e interacciones sociales y sexuales que podrían ser



diferentes si contaran con otras condiciones sociales, económicas y legales, con otros recursos que les facilitarían condiciones de equidad e igualdad social desde la perspectiva de derechos.

Pero otras veces las situaciones de vulnerabilidad no están relacionadas con la movilidad de los indígenas a otros países, sino con la migración de población no-indígena a sus territorios, ya sea por presencia de grupos armados como es el caso de Colombia o por influjo de extranjeros vinculados a multinacionales de explotación minera o petrolífera, o por razones comerciales de diferente índole como es el caso específico de los wayuu. En este caso nuevamente la migración se torna en factor o escenario de vulnerabilidad ante la falta de recursos económicos, sociales, educativos, y ante la condición de pobreza que viven en general sus comunidades. En el caso específico del VIH y el sida, la vulnerabilidad se vincula también al desconocimiento sobre el tema y a la dificultad para negociar el uso del condón en sus relaciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres, pero mucho más marcada la situación en el caso de las mujeres.

Ante tales situaciones y la perspectiva multidimensional de la vulnerabilidad, la salud pública tiene el reto de “incidir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incrementan la vulnerabilidad de la población” (Bronfman *et al.*, 2004: 16) y específicamente de los pueblos indígenas. Solo que las políticas requieren del compromiso intersectorial al interior de los países y de la cooperación entre países de América Latina. Además la investigación es y será la mejor forma de acceder a las realidades sociales y por consiguiente de comprender la relación VIH, sida y pueblos indígenas, para que a futuro, las políticas públicas relacionadas, sean coherentes con sus realidades socioculturales.

## **2. LOS PUEBLOS INDÍGENAS, DEVENIR HISTÓRICO EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA**

Cuando comenzamos a revisar material sobre la historia de América Latina y Colombia, esperábamos encontrar información detallada y extensa desde el poblamiento del territorio, hasta los siglos XX y XXI, pero en esta pesquisa, llamó nuestra atención el predominio de textos que abordan la historia y llevan este nombre, pero comienzan en 1492, de hecho Lucena (1987) empieza el libro Historia de Iberoamérica, expresando que para algunos el

calificativo de histórico está restringido a los hechos de los últimos quinientos años, lo que califica el autor “como tendencioso y por tanto subvalorativo” (Lucena, 1987: 16). El argumento común, que el descubrimiento y la conquista son los hechos que han cambiado el curso del continente americano. No puedo negar que ha sido esto, motor de resistencia para escribir este aparte, sin embargo, intento aquí hacer una aproximación desde antes de la conquista, sin restarle importancia a este momento de la historia que igual reconozco aparece en diferentes capítulos de este documento.

Tanto para América Latina, como para Colombia, planteamos unos momentos específicos, que abordamos de manera general con el ánimo de dar contexto a los abordajes de la tesis y particularmente al pueblo indígena wayuu del que hablamos específicamente en el capítulo II. Son estos momentos: Poblamiento y época precolombina, Conquista y colonia, siglos XIX al XXI. Sin la ambición de profundizar en este componente histórico, procuramos focalizar en una sintética descripción de la época en la región, y luego hacer énfasis en sucesos que sucedieron específicamente en Colombia o en la subregión a la que se adscribe el país. Lo anterior nos llevó a omitir acontecimientos en México y otros países que sin duda están mejor documentados y alcanzaron mayores albores en cada uno de los períodos.

## **2.1. Poblamiento y época precolombina**

Aun con vacíos, dudas y preguntas emergentes respecto al origen del continente americano, los investigadores sobre el tema han obtenido respuestas que aproximan e intentan explicar cómo llegó el hombre a tierras americanas (Lucena, 1987).

Han sido diversas las hipótesis y especulaciones que empezaron con Cristóbal Colón (Bennett, 2013), quien consideró que por el color de piel y demás características físicas de los “indios”, serían descendientes directos de Adán y Eva, pues ya estas tierras habían sido consideradas por él como paraíso terrenal (Colón, 2014). Posteriormente vinieron otros planteamientos realizados por misioneros que asociaron el origen de estos pueblos con sucesos y relatos bíblicos como la dispersión de las diez tribus de Israel, explicación que posteriormente estableció que la ruta migratoria era la oriental a través de Asia, pasando por el estrecho de Bering (Taboada, 2012).

Otra hipótesis estuvo relacionada con el origen transatlántico que se apoyó en el hallazgo de similitudes culturales entre grupos americanos y del antiguo Egipto (Alcina, 1969). Los hallazgos de artefactos similares de uso en Egipto, Asia y África dieron lugar a la teoría de esta migración. Pero autores como Hrdlicka (1928) defendieron la idea de un único origen por grupos étnicos ya diferenciados, la procedencia en este caso sería específicamente mongólica. Sin descartar algunas de estas últimas teorías, se conoció más recientemente la migración de vikingos a América, procedentes de Escandinavia (Lucena, 1987). La conclusión en su momento, era que no podía haberse dado una única migración a este continente, por el contrario se cree que hubo al menos once tipologías de “indios” durante miles de años, lo que se argumenta con la variedad de familias lingüísticas. Este origen múltiple ha contribuido a la diversidad cultural que caracteriza al continente (Bennett, 2013).

Para el caso específico de Suramérica, una teoría que marcó un punto de ruptura con las que hablaban de una única procedencia, era la de los once grupos étnicos (Imbelloni, 1938), de los cuales habitaban diferentes regiones de Colombia, los Amazónidos, los Pueblo-Andinos y los Ístmidos. Desde otras posturas científicas, la antigüedad de los suramericanos sigue siendo difícil de demostrar con hechos y materiales, así que, mientras unos piensan que no es superior a los 9000 años a.C, otros afirman que es bastante anterior.

Sobre su economía y estilos de vida, estaban sujetos a las características de las regiones, se conoce que en zonas costeras la principal fuente de recursos era la pesca, pero en los Andes predominaban la agricultura y la caza, especialmente de animales pequeños, eran entonces cazadores y recolectores de producción marina y vegetal, con estilos cíclicos de nomadismo. Estas actividades fueron diversificándose entre los años 6000 y 4000 a.C. dando lugar a áreas culturales; por ejemplo Colombia, Ecuador y parte de Centroamérica configuraron la tradición cultural del litoral, cuya subsistencia se basó en la caza y recolección que va marcando un momento más sedentario y por tanto hacia nuevas formas de caza y mayor fuerza a la agricultura (periodo arcaico) (Lucena, 1987).

Posteriormente viene el periodo formativo, que tiene como foco geográfico importante, algunas regiones de Ecuador y Colombia, en las que se encuentran importantes vestigios de cerámica alrededor de los años 3000 a.C. Fue Reichel-Dolmatoff (1986), quien descubrió y trabajó el yacimiento en el Departamento de Bolívar, Colombia. También ha sido importante al norte del país, en el bajo Sinú, las dos fases de Momil correspondientes a los años 1000 a.C. y comienzos de la Era Cristiana. En estas fases se fortaleció el uso de grandes vasijas, manos y metates que dieron cuenta del importante uso del maíz y nuevos patrones alimenticios, además de evidencias de objetos de intercambio, que permitían conocer el surgimiento de nuevas formas de relación comercial entre pueblos costeros, como la perla y trozos de coral utilizados por pueblos de la costa Atlántica, entre ellos, los wayuu.

Con respecto al periodo Clásico, específicamente el Clásico Andino, que es al que se adscribe parte de Colombia (500 años a.C a 500 años d.C.), es cuando se identifican como clave de la transición hacia los estados propiamente dichos, los cacicazgos o jefaturas, en quienes recaía el control y el poder, lo que a la vez dio lugar también a las clases sociales según el rol asumido con respecto a estas figuras: nobles, artesanos, shamanes-sacerdotes (Oyuela, 1986). Ya para el periodo Posclásico, en el área Andina se encuentran herramientas en bronce y otros metales que dejaron ver el poder militar que emergió por encima del poder religioso que venía predominando; este cambio se dio entre los siglos IX y X. Su economía estaba basada en la pesca, la caza y la agricultura de algodón, maíz y yuca. Hoy se reconoce que para la región Andina, son pocos los estudios de este periodo, por lo que se habla con mayor conocimiento sobre México y toda la región de Mesoamérica. Este periodo finaliza con la llegada de los españoles en el siglo XV.

Durante los siglos XII al XIV, que corresponde a la historia antigua, se conocen grandes migraciones y campañas militares de conquista que facilitaron mezclas culturales en zonas Mesoamericana y Andina de las que surgen tres grandes culturas: azteca, maya e inca. Es a este último imperio al que correspondió la región sur de Colombia.

En general, podemos decir que sobre la época precolombina en Colombia falta bastante información, lo que se debe a la ausencia de investigadores interesados, pero también a la ausencia de apoyo estatal y de políticas institucionales para la recuperación de

este pasado prehispánico. Esto pasa también con respecto a cada región del país (Zambrano, 2000). Sin embargo, sobre esta región que es en la que habitan los wayuu, podemos decir continuando con Zambrano, (2000), que a la llegada de los españoles, la mayoría de los grupos indígenas ya habían evolucionado a cacicazgos, algunos de ellos como en el caso de los wayuu, organizados como tribus, pero un tanto más incipientes que la forma estatal que caracterizó a los taironas en Santa Marta.

En el caso de los arawaks, familia a la que pertenecen los wayuu, se adaptaron al ecosistema desértico propio de la península de La Guajira (véase, Figura 2.2.), conservando pautas más primitivas de vida, tales como: nomadismo, caza, pesca y recolección de moluscos; ya el abastecimiento agrícola se lograba mediante intercambios en los que predominaba la perla como moneda u objeto de trueque, pero igual recurrían también con otros productos de mar (pescado, moluscos y sal).

## **2.2 Conquista y Colonia**

A partir de 1492 los pueblos nativos de América han vivido una serie de situaciones y conflictos “producto de la expansión, exploración, conquista, colonización y hegemonización imperial de la modernidad europea y el capitalismo occidental” (Hall, 1996: 246). Pero algunas de estas situaciones permanecieron en la etapa poscolonial, aunque con otros matices y actores dentro y fuera de los propios países. Como ya hemos dicho antes, en este aparte del texto, no pretendemos dar cuenta en detalle de cada suceso histórico, solo dar algunas pinceladas que permitan a los lectores acercarse a las realidades que durante siglos han permeado a los pueblos indígenas que aún sobreviven en el América Latina y en Colombia especialmente.

Bien lo dice Quijano (2000) citado por Restrepo (2007), durante la conquista y la colonización han actuado patrones de poder que operaron mediante la naturalización de jerarquías étnicas y raciales que siguen reproduciendo formas de dominación de unos sobre otros. Proceso que por una parte garantizó la explotación del capital, y por otra controlaba y subsumía los conocimientos y experiencias de vida de quienes fueron dominados y explotados. Los pueblos indígenas, a partir de la conquista de América, vivieron no sólo la colonialidad del territorio y las personas, sino también de sus saberes.

En lo que respecta al territorio, tal como lo dice Galeano (2006) en el texto de Martínez Bernal (2016), durante la colonia los indígenas fueron despojados de sus tierras y con ello su fundamento cultural se tornó débil. Se refugiaron en las altas montañas donde comenzó un nuevo proceso adaptativo a partir del desarraigo vivido y el cual no termina aún, pues la lucha por la tierra ha marcado la historia de los movimientos indígenas en diferentes países de América Latina y específicamente en Colombia (Brysk, 2009; Oyuela, 1986).

Pese a las invasiones y luchas por conquistar territorios, que se daban en la historia antigua entre grupos étnicos del continente, hasta el siglo XV los pueblos indígenas que habitaban esta región, poseían lenguas y prácticas culturales propias que les permitían compartir formas de vida y cosmovisiones similares entre ellos, al tiempo que se diferenciaban de los occidentales. Hoy, es necesario reconocer que existen en las áreas urbanas, grandes grupos de indígenas que ya no hablan su lengua originaria y que han asimilado otras prácticas socioculturales como resultado de la transculturización que desde la llegada de los europeos han venido enfrentando (Bello y Rangel, 2002), pero igual siguen siendo indígenas de acuerdo con lo planteado en el Convenio 169 de la OIT, Convenio al cual se adscribe Colombia. Sin embargo, cada vez se hace más difícil contar con datos sociodemográficos de estos pueblos en tanto la transculturización y la asimilación que viven en las grandes ciudades, limitan el autorreconocimiento como miembros de comunidades originarias, lo que también sucede por la negación y miedo al rechazo que algunos dicen haber sentido de parte de los no indígenas cuando hablan su propia lengua o llevan su atuendo típico. Esta negación por miedo, pudimos escucharla también directamente de indígenas mayas al Sur de México, durante encuentros de trabajo liderados por la Universidad Autónoma de Yucatán. Un grupo de indígenas de la región yucateca expresaba que preferían que sus hijos hablaran el español para que no fueran discriminados.

La época de la colonia y el proceso mismo de colonización trajeron consigo una serie de vivencias relacionadas con el poder y devaluación de las culturas indígenas, y han dejado como consecuencia la cosificación de quienes son señalados como los otros, de quienes quedan al final del binomio nosotros-ellos o nosotros-los otros. Así la inequidad y

pobrezas terminan siendo una característica general de esta población y con ello la vulnerabilidad social se incrementa y mantiene vigencia.

Ahora bien, no se trata de satanizar la época de la conquista y la colonia, pero sí de reconocer que fue un momento clave en el devenir de los pueblos indígenas de América. Cada uno de ellos vivió en aquella época incursiones contra su territorio en busca de oro y esclavos para enviar a las Antillas, lo que no pudo pararse, a pesar de la resistencia de algunos pueblos que truncó muchas veces esta intención (Oyuela, 1986). A esto se sumaba la presión y el interés por las riquezas, el control social y el establecimiento del cristianismo como único dogma de fe, sin importar los medios para lograrlo. Las innumerables guerras contribuyeron también a diversas crisis en sus formas de comercio, impactando sobre las principales formas de obtener recursos para la subsistencia, tal es el caso de los wayuu, para quienes el comercio ha sido siempre una de sus primordiales actividades económicas, aunque esta les implique recurrir a prácticas de contrabando (Orsini, 2007). Se agrega a lo anterior, la destrucción de aldeas y decrecimiento poblacional a causa de enfermedades, muertes en combate o por ajusticiamiento, además de la pérdida de líderes que generaba el abandono de aldeas y el cierre de rutas comerciales y territorios dedicados al cultivo para la subsistencia (Oyuela, 1986).

A finales del siglo XV y comienzos del XIV, el continente americano estaba habitado por millones de indígenas que conformaban diferentes pueblos y comunidades, aunque no se conoce una cifra precisa de habitantes a la llegada de los españoles, los diferentes autores que hablan de ello, están de acuerdo en que superaba los 40 millones. Estos pueblos además presentaban desigualdades significativas en desarrollo tecnológico, cultural, social y político, lo que contribuyó a que unos grupos fueran más vulnerables que otros y por consiguiente a la desaparición total de un sinnúmero de ellos. Las zonas más pobladas eran México y la Andina, en las que habitaban las dos sociedades con mayor desarrollo y organización: los imperios inca y azteca, por lo demás, eran territorios poblados por grupos de cazadores y recolectores que vivían en condiciones de menor desarrollo tecnológico, entre estas subregiones estaba Colombia (Malamud, 2014), tal como lo planteamos en el apartado anterior de este somero devenir histórico.

Con la llegada de los españoles y demás europeos que consolidaron sus imperios en diferentes regiones de América, las presiones homogeneizadoras sobre estos pueblos fueron muy intensas y generaron un profundo y forzado cambio cultural imponiendo un único rey que nunca llegaron a conocer porque actuaba en la distancia, una única religión que desplazaba a los diversos dioses a los que rendían culto según sus creencias y prácticas culturales, y en el caso del imperio español, una única lengua, además de monedas comunes para extender el control sobre las actividades comerciales. Sin embargo tal como podemos observarlo actualmente, nunca pudieron borrarse las raíces indígenas, pues la resistencia de muchos grupos que sobrevivieron les permitió conservar en gran medida, su identidad indígena (Orsini, 2007).

La expansión española que es la que nos interesa en este caso, hacemos la salvedad en tanto es sabido que la colonización en América involucró a varios países europeos, sucedió en un periodo de aproximadamente 50 años, tiempo en que poblaron y organizaron el sistema político administrativo colonial basado en los virreinos de México y Perú inicialmente, bajo la promesa de los pobladores españoles, de una vida mejor que en Europa con los beneficios en oro, perlas y otros botines que les serían arrebatados a los indígenas; este fue el momento para firmar las capitulaciones, primero de descubrimiento y luego de conquista. Fue por esto que los historiadores coinciden en que el descubrimiento, la conquista y la colonización fue pagada por los “indios”, pero con el sudor y la sangre de pueblo español (Lucenal, 2008), sin desconocer la sangre y muerte de los mismos indígenas.

Durante las diferentes expediciones y motivados por el oro que encontrarían, llegan al Caribe en Centroamérica y fundan la primera ciudad española, desde la cual Colón enviaba a los reyes, indígenas en calidad de esclavos, buscando con ello compensar los decepcionantes informes sobre la búsqueda de oro en la región, situación que también generó descontento en los primeros colonos contra Colón y empezaron a hacer negocios por su cuenta con los indígenas. Estas formas de negociación permitieron a los indígenas adquirir armas que algunos grupos llegaron a usar para combatir a los mismos españoles ante el descontento por el trato y la intención de ejercer control sobre sus actividades comerciales. Lo dice Lucena (2008b), fueron muchos los colonos e indígenas muertos ante el descontento de unos y otros que llevó a la primera revuelta indígena en 1494, pero fue



finalmente en 1495 cuando los colonos y sus ejércitos derrotaron y sometieron a los indígenas. Sucesos como estos se dieron durante siglos en los que los indígenas eran objeto de la opresión del imperio español.

Se vuelve importante para contexto de este escrito, el tercer viaje de Colón, durante el cual es descubierta la Isla Trinidad en Suramérica y buena parte de la costa oriental de la actual Venezuela. Fue allí donde encontraron las ricas islas de las perlas. Elemento muy apreciado que era usado como moneda por grupos indígenas de esta zona del continente, entre ellos los wayuu, para comerciar y obtener otros productos de su interés, razón por la que los wayuu que habitan en la península de La Guajira se resistieron a los españoles para evitar perder el control del mercado de la perla (Orsini, 2007). Así cuando los colonos quisieron cobrar pago por este comercio, los indígenas por estar las perlas en sus territorios, se negaron y se armaron para defenderse de la tiranía. Sin embargo no pudieron evitar que las haciendas de perlas fueran controladas por los colonos pero sacadas por indígenas buzos que fueron esclavizados para tal tarea, luego estos fueron reemplazados por esclavos negros, ante normativa de la Corona en 1570 (Guerra, 2000). La esclavitud de los indígenas y el abuso de poder de los españoles, había llevado a los reyes católicos a poner como virrey a Bovadilla en lugar de Colón, momento en que el descubrimiento y conquista se convierten en una empresa nacional castellana, pues la corona se reservaba una parte de las ganancias de la explotación de estas tierras, sin arriesgar nada (Lucena, 2008b).

Fue hasta la segunda mitad del siglo XVI cuando parten grandes expediciones desde el virreinato de la Nueva España, llegando a Panamá y pasando por Colombia. En este recorrido obtuvieron importante información sobre el imperio de los incas, lo que posteriormente les llevó a la consolidación del virreinato en Perú. La penetración a Colombia, según registros históricos, se hizo por Cartagena y Santa Marta, es decir por la costa Caribe que es donde está ubicada la península Guajira, por lo que Riohacha, tierra wayuu, fue una de las ciudades habitadas por colonos desde el siglo XVI y donde instauraron ordenamientos con jerarquías de marcada dominación española, con una reconocida historia de destrucción y reconstrucción. Este territorio por su riqueza en perlas es disputado durante la colonia por las gobernaciones de Venezuela y Santa Marta (Zambrano, 2000).

Continúa el autor, expresando que durante los primeros años la relación de los españoles con los indígenas fue de esclavización, violencia y epidemias que redujeron la población en un 50% en la costa del Caribe colombiano. Por otra parte, los territorios fueron distribuidos entre colonizadores que además ganaban el producto del trabajo de las tierras, así ejercían control sobre los indígenas mediante el tributo que pagaban los caciques.

No es desconocido el impacto que tuvo la imposición del cristianismo en los pueblos indígenas. El rechazo y resistencia por parte de algunos de estos pueblos que buscaban mantener sus propias creencias y concepciones religiosas, originaron actos de violencia y de martirio por parte de los frailes, aunque entre estos representantes de la iglesia, destacaban algunos que buscaban defender a los nativos del maltrato con el fin de imponer una única religión. Entre ellos se reconoce a fray Antonio Montesinos y fray Bartolomé de las Casas (Lucena, 2008b).

Desde mediados del siglo XVI y hasta el siglo XVIII, se mantuvo la interdependencia económica y política entre Europa y América, para el caso de Colombia perteneciente al virreinato de la Nueva Granada, lo que implicó la imposición de una religión, una lengua y control de la producción y fuerza de trabajo, sin que esto lograra una sola cultura, pues hasta el momento es un país y una región pluriétnica y multicultural.

### **2.3. Siglos XIX al XXI**

Lo sucedido con las colonias españolas durante el siglo XIX en América Latina, parece no contar con muchos estudios, lo que sí es claro, es que este siglo representa un importante momento de transición, pues era el fin del sistema colonial. Era la época republicana en la que se desarrollaron fuertes guerras o batallas por la independencia de diferentes naciones. Es una época de gran crecimiento del mestizaje, como lo dice Lucena (2008b), por la incorporación cada vez mayor de contingentes indígenas a las estructuras coloniales, al tiempo que aumentaba la migración de regiones norteñas de España y de esclavos africanos a las islas caribeñas, debido al auge de la agricultura tropical.

La subyugación vivida por los grupos nativos, desató emancipaciones durante la época, en contra del maltrato y la explotación que vivían cotidianamente, pero las élites eran las que podían luchar contra los colonos por el control del mercado y las diferentes formas de comercio que además ya venían tomando el color de la corrupción y el contrabando. Actividades que siguen vigentes en diferentes grupos sociales de países como Colombia (Laurent, 2008), y de manera particular en la península de La Guajira (Orsini, 2007).

Es en este momento cuando juega un papel importante en la historia el general Simón Bolívar, quien argumentó desde la Carta de Jamaica, que América Latina no podía definirse por perspectivas culturales o étnicas, sino como una especie media entre los dueños legítimos de las tierras (los indígenas) y los usurpadores (los españoles), a estos últimos los nombró extranjeros y concibió como eje fundante del movimiento independentista, la permanencia de los indígenas en el territorio por derecho de sangre o derecho al suelo, así marca una frontera significativa entre lo propio y lo extraño para avanzar en la reconquista de lo que había sido usurpado durante la conquista (Uribe, 2001). No es la intención dar cuenta de todo el proceso de independencia en este escrito, pero sí ubicarlo como momento transformador en el devenir histórico de América Latina y de Colombia propiamente, proceso que marcó siempre la lucha por la libertad de lo que fue por siglos, el mundo de Colón. De manera similar sucedió en otros países como México bajo el liderazgo del cura Hidalgo.

Fue una época en la que se lavó con sangre y trágicas muertes, la sangre y la muerte de quienes fueron arrasados durante la conquista. Era el momento en que la anhelada libertad justificaba otras formas de violencia y muertes de inocentes, de ahí que fuera tan importante asumirse como víctima para sentirse parte de la lucha y fundar naciones en las que la justicia, el orden y el progreso dejaran atrás como ideal, lo injusto y la violencia que vivieron los antepasados (Uribe, 2001). Era el momento para que los latinoamericanos se sintieran colectivo y como tal, ir en contra de quienes fueron desde entonces reconocidos como los otros, invasores, agresores y usurpadores. Empieza el discurso por la defensa de los derechos a la igualdad y a la libertad, discurso que sigue vigente y que aún hace parte de los argumentos de grupos armados y de movimientos sociales de diferentes sectores de la población indígena y no-indígena en Colombia. Lucena (2008a) expresa al respecto, que

estas guerras civiles aún se discuten en América Latina con tanta pasión que parece que hubieran sucedido ayer.

Empezó en esta época una lucha también entre regiones buscando la autonomía y en oposición al centralismo de los ya existentes núcleos urbanos y de los grupos de criollos y colonos que ejercían poder sobre los hoy llamados marginados. Luchas que hasta hoy, van y vienen según intereses y diferencias de partidos políticos y de grupos de poder económico que siguen marcando la diferencia de clases y aumentando el número de colombianos en situación de vulnerabilidad social, entre ellos los pueblos indígenas.

Estudiosos de esta historia, plantean que era el momento para la independencia ante el crecimiento que, a partir de la colonización ya había alcanzado la región, tanto a nivel poblacional como económico, es decir que era el momento en que era consciente del poder socioeconómico alcanzado. Pero si bien es una época de lucha sincronizada en toda Latinoamérica, el resultado fue la fragmentación de la que surgieron diferentes naciones independientes no solo de España, sino también de sus países vecinos. Regionalismo que hoy se mantiene y que deja fuertes coyunturas a nivel social, político y económico, tal es el caso de Colombia y Venezuela a pesar de haber vivido en su momento una lucha común por la independencia y haber sido al inicio una misma nación junto con Panamá y Ecuador: La Gran Colombia.

Para esta época ya decrecía la cantidad de población indígena (amarilla) a aproximadamente un 30% del total en la región latinoamericana, la blanca era cerca de un 21% y el mestizaje tomaba fuerza, pues era tal vez un 24%, el resto eran negros (18%) (Lucena, 2008a), hoy sigue aumentando el mestizaje y en el caso de Colombia solo un 3,4% son indígenas (DANE, 2007). A 2002, según datos de la CEPAL, la población indígena representaba entre un 8% y un 15% de la población total de América Latina, ya en 2014 el estimado fue de 8,3% (Del Popolo y Jaspers, 2014). Estos datos hacen notar por qué los indígenas han sido tratados como una minoría tras siglos de la exclusión y negación vigentes en el siglo XXI, a pesar de las movilizaciones sociales de activistas indígenas y no indígenas. Tales movilizaciones se ven reflejadas en las transformaciones políticas que unos países más que otros han desarrollado en el marco de las constituciones políticas, o independiente de éstas.

En relación a lo anterior, Bello y Rangel (2002) exponen que en la actualidad, tanto indígenas como negros son tratados en sus propios países como personas inferiores o de segunda categoría, por lo que terminan fácilmente excluidos del sistema, especialmente del engranaje educativo y de salud, además de relegados a trabajos no calificados y de inferior nivel.

Durante siglos los indígenas y los negros han estado sumidos a la discriminación por el color de la piel o por la adscripción a un grupo étnico, a pesar de la lucha independentista, esto no cambió, de hecho según el color era el rango que podían ocupar dentro de los ejércitos y en otros casos solo mestizos y dependiendo del grado de mestizaje, podrían ingresar. Fueron los mestizos quienes se convirtieron en la clase asalariada cuando la producción entra en crisis por la reducción de esclavos y el bajo rendimiento de los indígenas. Esto ha dado lugar al control que los mestizos han alcanzado sobre ciertos mercados y, ¿por qué no pensar que si ha sido una clase emergente, puede convertirse en un ideal para los indígenas?, cada vez los indígenas se muestran más abiertos al matrimonio con no indígenas y asimilan su forma de vida en las ciudades como parte del proceso de desarrollo social del cual hacen parte como ciudadanos de derechos.

Terminaron aquellas guerras con la instauración de un Estado moderno, Colombia y otras son naciones imaginadas como espacios para la acción política en la que se instauran sistemas de referencias culturales que proveen nuevas identidades en el marco de la ciudadanía. Pero esto según Uribe (2001), no hace a Colombia una nación fuerte, pues antes en lugar de un pueblo soberano, predominaban los pueblos, las etnias, las comunidades, los territorios, sin que se redujeran a la unidad. Lo anterior dificulta dar sentido de pertenencia y alcanzar cohesión en la sociedad, lo que se ha materializado en las guerras al interior de las fronteras, antes como la Gran Colombia y ahora como Colombia en sí misma, mediante disputas partidistas, de revueltas gremiales y resistencias de grupos sociales que siguen reclamando la igualdad y la efectividad en el ejercicio de sus derechos ante el control de un sistema político que domina y margina. Desde entonces “aunque de otra manera, pervivió el lenguaje de los agravios, el sentido trágico de la política y se mantuvieron tanto la idea de la guerra justa como el derecho de las víctimas a la insurrección y la violencia” (Uribe, 2001: 18).

Puede verse de manera generalizada en los diferentes textos de historia de América y escucharse en el discurso de personas del continente, cómo los latinoamericanos atribuyen a los españoles la responsabilidad de fracasos, conflictos y limitaciones. Ya lo dice De Pedro (2015), no pueden crearse héroes sin que existan antagonistas o villanos, y es a partir de los españoles para el caso nuestro, en calidad de villanos, como se ha contado muchas veces esta historia no exenta de emotividad. Desde esta perspectiva la historia ha sido más un drama, pero el riesgo es que sigan pasando años, décadas y siglos, y que pueblos enteros sigamos culpando al pasado y a sus protagonistas, delegando responsabilidades en el ayer inmodificable, cuando la fuerza tendría que ponerse en el cambio actual y para las generaciones siguientes. Ya podremos ver en capítulos posteriores, cómo los indígenas dan continuidad a esta imperante forma de ver a los otros que vienen de afuera, como quienes traen fracaso, daño y en este caso, enfermedad.

Tampoco podemos desconocer el impacto que los sucesos y la historia de la conquista hasta nuestros días, ha tenido sobre los diferentes pueblos amerindios, pues como se deja entrever en esta tímida aproximación a algunos hechos históricos de América Latina y de Colombia, hay prácticas que siguen vigentes y que inicialmente se conocieron de parte de los colonos españoles. Pero es claro que la opresión, la tiranía o como quiera llamarse lo vivido en el pasado, siguen viéndose en el caso de los pueblos indígenas, bajo el poder y control que ejercen otros actores sociales y políticos del mismo continente y aun peor, del mismo país y región. Por ejemplo, hoy muchos niños y niñas wayuu mueren de hambre y de sed por la corrupción política y la negligencia del Estado y sus instituciones para garantizar sus derechos como ciudadanos. Ni qué decir de lo que pueblos indígenas como los nasa entre otros, han vivido por la defensa de su territorio y por la protección de sus familias ante el constante ataque de grupos armados legales e ilegales que ponen en riesgo su integridad y la vida misma.

### **3. VIH Y SIDA EN PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA**

La ya identificada presencia y expansión del VIH y sida en los pueblos indígenas de América Latina, poco a poco se ha venido convirtiendo en tema de interés para salubristas, académicos y organizaciones sociales indígenas y no indígenas que ven con preocupación cómo aumenta y se transfiere la invisibilización de estos pueblos al ámbito de la salud y

ahora claramente en el abordaje del VIH y sida. Por ejemplo, cuando se habló de las metas del milenio 2000-2015 (Naciones Unidas, 2015), se planeó cómo combatir el VIH hasta llegar a cero nuevos casos en el mundo, meta que puso énfasis en algunos grupos poblacionales según criterio de vulnerabilidad, pero no se hablaba de lo que se haría para atender y procurar estas mismas metas en los pueblos indígenas o aborígenes a pesar de que ya venían mostrando el creciente problema en países como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia (Negin *et al.*, 2015), además de lo que ya se documentaba en América Latina a través de investigaciones en países como México, Brasil, Perú (Torres *et al.*, 2003; Wiik, 2001; Zavaleta *et al.*, 2007), entre otros que tenían casos identificados, pero las publicaciones relacionadas llegaron después de 2011, como el caso de Venezuela y Colombia.

### **3.1. Contexto epidemiológico**

Según datos de ONUSIDA (2015b), en el año 2014 vivían con el VIH en el mundo, cerca de 37 millones de personas, cifra que refleja aumento con respecto a las cifras de años anteriores, a pesar de la reducción de nuevas infecciones en un 17%. Aumento que está directamente relacionado por una parte, con el mayor acceso al diagnóstico y por otra, con incremento en el acceso al tratamiento con antirretrovirales alcanzado durante los últimos años. Sin embargo, el número de nuevas infecciones fue de 2 millones y el de muertes por sida fue de 1,2 millones; cifras que siguen siendo desalentadoras y evidencian los grandes retos y desafíos para la salud pública y sus políticas.

Pero el reto es aún mayor cuando las cifras igual dejan ver el incremento en el número de mujeres infectadas, configurando un cambio importante en las políticas de atención que se ven abocadas a intervenir también en la reducción de desigualdades sociales y de las diversas formas de violencia que inciden sin duda en la expansión de la epidemia. A nivel mundial, ONUSIDA (2014) dice que las mujeres representan el 50% de las personas que viven con el virus, pero en África Subsahariana han superado ese porcentaje, el 58% del total de personas viviendo con VIH corresponde a mujeres.

La situación de vulnerabilidad en las mujeres está vinculada con la desigualdad que viven con respecto a los hombres, sumado a las características económicas, sociales y

biológicas. Se hace notar además que las mujeres de áreas suburbanas y rurales tienen menor acceso a educación en SSR, oportunidades de empleo, programas de desarrollo social, al ejercicio de una sexualidad libre y con posibilidad de decidir sobre su forma de protegerse y específicamente sobre el uso del condón.

Continúa ONUSIDA (2015b), en Latinoamérica eran a 2014, 1,7 millones de personas viviendo con el VIH, año en el que se dieron 87.000 nuevas infecciones y 41.000 muertes asociadas con el sida. La epidemia sigue estando concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, población trans, trabajadoras sexuales y en hombres y mujeres usuarios de drogas inyectables.

Para el caso de Colombia, cifras que son explicadas más adelante como antecedentes de este estudio, el panorama es similar, la prevalencia en población general a 2013 según datos del SIVIGILA, es del 0,52% (cerca de 96.000 casos), datos que como en el resto de los países Latinoamericanos, no están desagregados por grupos étnicos, situación que influye en el desconocimiento de esta realidad en los pueblos indígenas y por tanto en la ausencia o deficiencia de programas y políticas culturalmente adecuadas, para la prevención y atención. Ponce *et al.* (2016) exponen a partir de información suministrada por ONUSIDA, que para 2014 Colombia presenta una prevalencia general de 0,4%, en personas entre los 15 y 49 años de edad, la misma prevalencia para la región latinoamericana durante ese año.

El Observatorio Nacional de VIH (MSPS, 2013) y los datos del SIVIGILA dejan ver que igual que en toda América Latina, en Colombia la epidemia se concentra en poblaciones de alto riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres. En general, el aporte a las cifras es mayor en hombres, aunque cada vez aumenta la participación de las mujeres; el mismo informe plantea que la razón de masculinidad desciende de 10:1 en los años 90 a 2,5:1 en 2012 (MSPS, 2013; UNGASS, 2014).

Lo anterior parece oponerse cuando se habla de población indígena, pues aunque las condiciones de inequidad en las que viven son reconocidas en parte porque estas comunidades suelen representar bajos porcentajes con respecto a la población total de los países, pueden tener altos índices de ITS y VIH y sida pese a que los reportes sean escasos



o nulos (Quiroz, 2010). En Colombia, aunque no existen registros específicos, los estudios realizados por el colectivo del Programa de Investigación en Prevención del VIH con comunidades, de la UdeA, en los estudios realizados con población indígena, deja ver incremento en el número de casos de indígenas que viven con el VIH. Tal es el caso de Cristianía por ejemplo, donde la cifra corresponde en promedio a un caso por año a partir del 2000. Con respecto a la mortalidad por VIH en esta población, llama la atención por ejemplo que hasta el año 2009 (antes del estudio en Antioquia) había conocimiento de un acumulado de siete casos, de los cuales tres habían fallecido en un resguardo de aproximadamente 1780 personas (Rojas *et al.*, 2015); pero a 2012 de 12 casos que se conocían en total, 6 personas habían fallecido (3 hombres y 3 mujeres).

Aunque en Canadá y otros países de la región se ha demostrado que el VIH afecta a la población indígena, hoy se conoce poco sobre esta situación en Colombia, pero lo mismo sucede para los demás países en América Latina. La falta de datos epidemiológicos sobre prevalencia en la población rural y específicamente en indígenas, es uno de los principales problemas al momento de pensar en la intervención para la prevención. Las cifras oficiales para pueblos indígenas son prácticamente inexistentes, pues a excepción de Brasil, la variable etnia no está contemplada en el sistema de vigilancia y control del VIH y en general de ITS (Ponce *et al.*, 2016).

Los pocos datos que se tienen resultan en su mayoría, de estudios derivados de trabajos académicos o de tipo local, éstos coinciden en que el VIH y el sida están presentes en las comunidades indígenas donde se ha intervenido o investigado, pero no todos han hecho análisis de prevalencia, por lo tanto no son muchas las cifras y tampoco muy precisas.

### **3.2. Antecedentes de los espacios de discusión sobre el tema**

Aunque son reconocidos los esfuerzos de organizaciones, institucionales y actores indígenas y no indígenas en la búsqueda de responder de manera organizada al VIH y sida en pueblos indígenas, es claro que esta ha sido una respuesta “puntual, fragmentada, con alcances breves y no sostenibles”, es así como inician sus argumentos Ponce *et al.* (2016:

3), en el diagnóstico que surge como iniciativa de SIPIA<sup>8</sup> y ONUSIDA. Documento compartido con nosotros, directamente por los autores durante estancia doctoral en México y discutido con algunos de ellos, pero es importante aclarar que a la fecha no se ha publicado por haber sido recientemente entregado y aprobado por las entidades antes mencionadas.

El objetivo de este estado del arte, fue poner sobre la mesa, necesidades, brechas y retos, pero también ausencias y puntos de encuentro entre investigaciones de 16 países, esto a fin de identificar el panorama en la región, hacia la implementación de estrategias oportunas para la atención de necesidades poblacionales en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento integral, sensibles a la diversidad cultural. Países que según Wallerstein (2004), están situados al margen social, político y económico del sistema mundo y que además suelen tener vulnerados los Derechos Humanos fundamentales entre ellos, la protección del patrimonio biocultural y de territorios indígenas, el acceso a información y servicios de SSR en lenguas nativas, a medicinas tradicionales y a un sistema de salud desagregado que permita el análisis de la morbi-mortalidad indígena específicamente.

Por lo anterior, el documento de referencia, se convierte en un elemento de gran significancia al momento de abordar el tema del VIH y el sida en pueblos indígenas de América Latina, como antecedente que recoge de manera sustancial y actual, el trabajo realizado en los siguientes países: México, Panamá, Perú, El Salvador, Ecuador, Costa Rica, Brasil, Argentina, Bolivia, Guatemala, Honduras, Paraguay, Nicaragua, Chile, Venezuela y Colombia.

Por otra parte, para haber avanzado en este estado del arte, fue clave reconocer los espacios en los que se ha discutido, promovido y visibilizado la situación del VIH y sida en pueblos indígenas, espacios que igual dieron origen a lo que hoy se conoce como SIPIA.

Continuando con el estado del arte o diagnóstico como prefieren llamarlo algunos de los autores con los que se trató el tema durante la estancia doctoral en México, el primer

---

<sup>8</sup> Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas frente al VIH/sida, las Sexualidades y los Derechos Humanos – SIPIA-

espacio de discusión fue en Ottawa en 1999, durante el simposio: “El VIH y su impacto en nuestras comunidades”, organizado por la Canadian Aboriginal Education Strategy-Ontario. En éste participaron representantes de Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos y solo México por parte de América Latina. Dentro de los principales acuerdos estuvo comprender el impacto de la epidemia desde los propios contextos a partir de la salud comunitaria, la sexualidad, el género, las migraciones, los Derechos Humanos, la pobreza, las medicinas tradicionales, entre otras miradas que pudieran contribuir al desarrollo de estrategias educativas culturalmente pertinentes.

Posteriormente, el Grupo de Trabajo Indígena Internacional frente al VIH y sida (GTIIVS), liderado por canadienses, emergió del simposio realizado en Otawa durante el año 1999, pero se consolidó en Toronto en el año 2006. Este grupo ha organizado una serie de reuniones satelitales desde la XVI Conferencia Internacional de Sida en Toronto en el año 2006 que continuó en 2008 en México, luego Austria en 2010, Washington en 2012, Australia en 2014 y en julio de 2016 en Durban, Sudáfrica.

Gracias a estas reuniones satelitales surgió SIPIA, tras el esfuerzo realizado por México al visibilizar la realidad del VIH y sida en este país durante la conferencia de Toronto en el año 2006. Este mismo hecho motivó que esta conferencia se llevara a cabo en México dos años después, espacio en que se fortaleció la participación de activistas indígenas y no indígenas, académicos o no, de diferentes países de América Latina que venían trabajando en el tema o que empezaban a dimensionar la importancia de hacerlo, entre ellos estaban Guatemala, Nicaragua, Panamá, Ecuador, Perú, Argentina, Brasil, Venezuela y Colombia.

SIPIA en sus inicios agremiaba a activistas académicos o no, principalmente indígenas que venían trabajando el VIH y sida en población indígena y afrodescendiente, pero en encuentro de discusión llevado a cabo en México, se acordó que el trabajo del secretariado se focalizaría en indígenas y saldría entonces la representación de los afrodescendientes. Si bien se cuenta con representación por subregiones a manera de capítulos: Suramérica, Amazonía, Andina, Centroamérica y Norteamérica (el caso de México), el capítulo Caribe no tiene representantes y dentro de los países ausentes está

Colombia por ser uno de los que más recientemente están abordando el tema y con iniciativa del sector académico principalmente.

Desde el año 2008, se han llevado a cabo como parte de la agenda de SIPIA, espacios de discusión sobre el tema en Chile, Bolivia, México y Ecuador, bajo la coordinación de Amaranta Gómez Regalado, *muxe*<sup>9</sup> del pueblo indígena Zapoteca de Oaxaca, México. La misión del secretariado es:

“Promover espacios de diálogo, incidencia y vigilancia con instancias comunitarias, de gobiernos, agencias y redes, para hacer cumplir y asegurar que los principios de la Declaración de los Pueblos Indígenas emanada de la ONU, el convenio 169 de la OIT, la Declaración Ministerial sobre Educación Sexual (para el caso de México), la Plataforma de Acción del Cairo y Beijing y el Documento Técnico de Expertos en SSR y los pueblos indígenas se traduzcan en políticas públicas de salud, sexualidad y Derechos Humanos en nuestros pueblos” (Ponce *et al.*, 2016: 27).

Con el paso del tiempo, se han ido llevando a cabo otros encuentros locales, nacionales e internacionales que buscan articular y visibilizar acciones en investigación e intervención por parte de grupos de activistas y académicos indígenas o no. En el caso de Colombia está el Encuentro Internacional de Salud Indígena en sus dos versiones (2013 y 2015), llevados a cabo en Riohacha, La Guajira; de los cuales el segundo tuvo como foco la situación actual y respuestas frente a la epidemia del VIH y sida en poblaciones indígenas, ambos bajo la coordinación de la UdeA y la Entidade Promotora de Salud (EPS) Indígena Anas Wayuu, como representante de un grupo de organizaciones dedicadas a la salud indígena en el departamento. En ambas versiones del evento hemos contado con la participación de Canadá, México, Ecuador, Perú, Chile, Argentina y Colombia (Rojas, 2015).

---

<sup>9</sup> *Muxe* (‘mushes’), hace referencia a personas que nacieron con sexo masculino pero que asumen roles femeninos. Estas personas han sido reconocidas como parte de la cultura zapoteca de Oaxaca desde la época precolombina, sin embargo en la actualidad es una condición que no está libre de contradicciones, marginación y violencia al interior de las comunidades.

Son varios los esfuerzos en estos 16 países, por avanzar en la investigación e intervención del VIH y el sida en pueblos indígenas, sin embargo aún son insuficientes para dimensionar la complejidad del problema, además las acciones se muestran desarticuladas no solo entre países, sino también entre actores institucionales y comunitarios al interior de cada país.

### **3.3. Una aproximación al estado del arte**

Como lo hemos dicho párrafos atrás, el principal referente para esta parte de antecedentes del estudio, es el estado del arte realizado por investigadores de México y Argentina, liderado por SIPIA y financiado por ONUSIDA, pues gran parte de los textos sobre VIH en pueblos indígenas de América Latina, revisados durante el desarrollo de la tesis han sido consolidados en el manuscrito final presentado por Ponce y colaboradores, documento que recoge también algunas de las publicaciones realizadas por el equipo de investigación de la UdeA.

Este documento como la mayoría de los que se encuentran sobre el tema, pone énfasis en que los indígenas en América Latina, de los que hablaremos en el capítulo contextual de este escrito, viven en la pobreza y muchas veces carecen de los mínimos necesarios para sobrevivir, por lo que en unos países y subregiones más que en otros, llegan a estar en situación de calle, aumentando las cifras de desplazamiento forzado y de mendicidad en los centros urbanos. Según la CEPAL (2016), la pobreza en pueblos indígenas es superior al 50% con respecto a la población general en Guatemala, México y Paraguay y cerca del 40% en Brasil, Ecuador y Bolivia, lo que coincide con que estos países son los que tienen mayores índices de pobreza general. Estos datos son una muestra de que hay diferencias étnicas importantes al momento de hablar de pobreza e inequidad social.

En consecuencia, estas situaciones acarrearán altos niveles de marginación, bajos índices de educación y limitado acceso a salud y empleo. Al respecto en su último informe, la CEPAL (2016) dice a manera de ejemplo, que en Brasil, Colombia, Nicaragua y Panamá, menos del 5% de los indígenas con edades entre los 20 y 29 años que viven en áreas rurales, tienen 13 años de educación o más, es decir que pocos acceden a programas

de educación superior o profesional. A todo esto se les suman problemas estructurales que conllevan exclusión, xenofobia, conflicto social, alcoholismo y drogadicción, entre otros que inciden en la carencia y necesidades básicas insatisfechas y con ello en los índices de analfabetismo, deserción, altas tasas de fecundidad, malnutrición e incremento de enfermedades infecciosas prevenibles (Ponce *et al.*, 2016). Lo anterior indica que el contexto general de los pueblos indígenas es común y que además es reconocido por investigadores y activistas indígenas y no indígenas que vienen trabajando en el tema.

Después de este contexto general de los indígenas en América Latina y sobre el cual volveremos varias veces en este producto, el estado del arte se apoya en 304 materiales heterogéneos en cuanto al foco de trabajo, país, pueblo indígena y tipo de material; pues revisó desde artículos, libros e investigaciones, hasta memorias, informes y notas periodísticas. Sin duda alguna, el país con mayor producción al respecto ha sido México y Costa Rica con la menor; Colombia aportó 19 fuentes.

En general, estos materiales reconocen la situación de vulnerabilidad que rodea a los pueblos indígenas, además de la falta de datos epidemiológicos específicos sobre VIH y sida en tanto no se incluye la variable etnia a excepción de Brasil. Países como Bolivia y Ecuador contemplan esta variable en los registros de salud, pero no se llevan sistemáticamente o los mismos indígenas no se reconocen como tal por temor a ser discriminados. Otro elemento que aparece en los textos revisados dentro del estado del arte y para efectos de este estudio, coinciden en que aun sin estudios de prevalencia específicos, desde el año 2000 se empiezan a tener reportes no sistemáticos de los primeros casos de VIH y sida en población indígena. Esto no indica que el virus llegue en este año a las comunidades, pues es el año de identificación de casos, generalmente por diagnósticos tardíos, lo que puede significar que el virus pudo empezar durante la década de los 90, más o menos 10 años después que en población general.

En coherencia con lo anterior, es a partir de 2008 aproximadamente, cuando se empieza a hablar de la expansión del VIH en pueblos indígenas y de la muerte por sida, de indígenas. En cada país de los 16 que cuentan con intervenciones locales y/o estudios específicos, se ha dado cuenta de pueblos indígenas afectados, es el ejemplo de los warao en Venezuela, que a partir de un estudio piloto en ocho comunidades dejó una prevalencia

de 10% en 2012 (Rangel *et al.*, 2012). El estado del arte (Ponce *et al.*, 2016) logró identificar que como este caso, hay otros que dejan ver la crítica expansión del virus: en Bolivia entre 2011 y 2015, cerca de 1600 indígenas principalmente de los pueblos aymara y quechua, en Brasil se reportan casos en los yanomamö y los garimpeiros a partir de un estudio con mujeres en 2013. En Chile a 2014 ya se reportaban unos 450 casos de diferentes pueblos, solo en los aymara morían 9 de cada 100 mil habitantes, a causa de sida entre 2010 y 2011; y como estos Colombia con prevalencia ya mencionada de 1% y 0,5% en los embera de Cristianía y los wayuu de Maicao, respectivamente.

En los 16 países que participaron en este diagnóstico, se habla de casos ya identificados, aunque la mayoría de ellos no cuenten con cifras ni prevalencias aproximadas por tratarse de intervenciones locales con fines educativos y muchas veces enfocadas a otros temas en torno a la SSR. Así mismo, ante tal desconocimiento, la mayoría de estos países reconocen en sus políticas públicas, la vulnerabilidad al VIH en indígenas, pero son pocas los planes de acción para avanzar en la atención y prevención, tal como lo dice Núñez (2009) siguen invisibilizados, además en casos como el de los warao de Venezuela, algunos gobiernos prefieren evitar la divulgación de estos casos ante la falta de propuestas claras para asumir la situación.

Los factores de riesgo y determinantes importantes para la prevención y atención del VIH y sida en pueblos indígenas, son otro de los elementos importantes que se logra identificar en los materiales revisados en el diagnóstico y en este estudio. Son los más relevantes, 1) la violencia estructural, racismo y migración, que se traducen en desigualdades económicas, marginación social y exclusión política, lo que a su vez influye en las limitaciones en el acceso a servicios públicos, de salud y educación; 2) el género y la violencia de género, que marcan las desigualdades que enfrentan las mujeres dentro y fuera de las comunidades, además del maltrato que no se denuncia y se incrementa por el abuso de alcohol legitimado entre los hombres por considerarlo un rasgo de virilidad. A esta violencia de género se vincula como factor importante; 3) la sexualidad y vulnerabilidad, pues la situación de desventaja de las mujeres al momento de decidir sobre su sexualidad, las pone en riesgo de infección. Algunos de estos estudios realizados con mujeres indígenas y otros con indígenas migrantes, dejan ver que son ellas quienes menor información reciben sobre SSR y además son quienes menos decisiones toman frente al

uso de anticonceptivos y del condón para la prevención de ITS, la sexualidad sigue siendo en muchas comunidades, una responsabilidad dentro del matrimonio y además al servicio de la procreación en tanto el número de hijos puede representar estatus y mano de obra en la producción familiar. Igualmente son los hombres, como sinónimo también de su virilidad, quienes pueden tener varias parejas dentro y fuera de la comunidad, además es generalizada la asociación del condón con relaciones esporádicas y prostitución, por lo que no se concibe su uso con la pareja estable; 4) las concepciones culturales del VIH, diferentes escritos coinciden en que entienden el virus como una “enfermedad nueva, foránea, de otros, del blanco”, en general como externa a sus comunidades y por tanto un mal lejano y no prioritario que en muchos casos los acecha pero no llega aún a sus hogares.

En estudios realizados especialmente en México y Perú, los autores concluyen que la vulnerabilidad aumenta cuando hombres y mujeres no perciben el riesgo, ya sea por desconocimiento o por las mismas concepciones culturales (Pavía-Ruz *et al.*, 2012; Ponce *et al.*, 2016; Ramos *et al.*, 2009).

Podemos afirmar que este es un tema susceptible de seguir indagando y acompañando no solo con el ánimo de conocer su epidemiología, sino también de avanzar en acciones tendientes a la comprensión del fenómeno desde una mirada social tanto para su atención, como para su prevención. En Colombia es igualmente importante, aún más cuando se conoce que en el país habitan 1,3 millones de indígenas distribuidos por todo el territorio, los cuales corresponden a un 3,4% del total de la población colombiana aproximadamente, además tienen significativa presencia en zonas de frontera. Según el Observatorio Nacional de Salud en Municipios de Frontera, el VIH está dentro de las enfermedades principales que afectan la salud de la población en estas zonas, por lo que dice que entre 1998 y 2011 el VIH ascendió significativamente dentro de las principales causas de muerte (INS, 2013). Indirectamente, se está hablando del riesgo que tienen los indígenas tanto por la movilidad fronteriza que caracteriza a mucho de ellos, como por habitar directamente en estas zonas.



## Capítulo II

### LOS WAYUU DE COLOMBIA

Para dar contexto al estudio, consideramos pertinente realizar una presentación de los aspectos generales de los grupos indígenas en América Latina y Colombia, haciendo énfasis finalmente en los wayuu, por ser este el grupo de interés en el presente estudio.

Haremos una aproximación a la situación actual de los indígenas y algunos datos demográficos de estos a nivel regional y nacional, que va en coherencia con el desarrollo histórico y contextual que hemos abordado en el capítulo anterior.

Para la presentación y aproximación al pueblo wayuu, acudiremos a dos tipos de fuentes: a) los aportes etnográficos de algunos investigadores que han escrito sobre ellos, y b) los aportes de los propios wayuu a través de las entrevistas, los grupos focales y de discusión y las visitas a las comunidades registradas en diarios de campo.

Serán presentados aquí, aspectos relacionados con su cosmovisión y con las principales características socioculturales, teniendo en cuenta que, desde la mirada de los mismos actores hay un devenir histórico que muestra a los “wayuu de hoy y los de antes”, frase que en sus propias palabras hace alusión a los cambios sociales y culturales que han vivido generación tras generación.

Recurriremos a testimonios de los wayuu participantes, que servirán aquí para describir algunas de sus principales costumbres o prácticas culturales tales como el ritual de iniciación femenina o encierro, la conformación de pareja a partir de la dote, el ritual funerario relativo al primer y segundo entierro, entre otros aspectos que dan cuenta del

proceso de transformación cultural en los wayuu. Elementos que permitirán comprender expresiones e interpretaciones que se constituyen en las percepciones y respuestas sociales que serán presentadas en los capítulos siguientes.

## **1. LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA**

Como punto de partida tomaremos la definición que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el Convenio 169 de 1989, artículo primero, da a los pueblos indígenas y tribales. En este se considera que un pueblo es indígena “por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista, de la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas o parte de sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas”. También “la conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse criterio fundamental para determinar los grupos” (OIT, 2002: 13). Definición que por consenso internacional se ha decidido usar con el transcurrir del tiempo y que permite identificar cuatro dimensiones importantes: reconocimiento de la identidad, territorialidad, origen común y característica lingüístico-cultural.

Mientras que para algunos el Convenio y específicamente la definición, representan un avance, un aporte válido para la comprensión y el reconocimiento de los pueblos indígenas, para otros, activistas indígenas y no indígenas, no ha sido más que resultado del discurso ideológico del Convenio y una expresión del poder dominante de los diferentes Estados nacionales (Durand, 1994). Independiente de las críticas positivas o no a este documento, nos toca aceptar que ha sido por casi tres décadas, un referente que ha servido a los mismos activistas, académicos y agentes políticos, para proponer alternativas de participación indígena en sus agendas, pero es ya momento de pensar en readecuar esta conceptualización reconociendo las particularidades de los indígenas entre un país y otro. En coherencia, la CEPAL (2014), reconoce que en la actualidad cada vez más organizaciones internacionales se ocupan de la causa de las comunidades indígenas conocidas también en otros contextos como pueblos originarios, autóctonos, aborígenes y pueblos tribales. Así con el fin de intercambiar puntos de vista y propuestas para garantizar

los derechos de los pueblos indígenas, la Asamblea General de las Naciones Unidas organizó en el año 2014 la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas.

Los indígenas son actualmente sectores de la población calificados como minorías étnicas que se distinguen con respecto al resto de la población, por su atuendo, lengua, sistema de creencias y origen histórico. Con el paso del tiempo y en términos socioeconómicos, los indígenas son vistos como uno de los grupos humanos con mayores índices de pobreza y desigualdad social; como muestra de ello está la situación de los indígenas latinoamericanos, de quienes se sabe que actualmente más del 43% permanecen en la pobreza, porcentaje que proporcionalmente, representa más del doble de las personas no indígenas de la región que viven en estas condiciones (Najlah, 2016).

La creciente y cada vez más visible situación de vulnerabilidad que enfrentan los pueblos indígenas, se asocia a toda una historia de sucesos sociales y políticos que han marcado de manera particular los indicadores sociodemográficos de estos pueblos en componentes tales como la fecundidad, la migración y la morbi-mortalidad.

Ya desde la década de los 70, Galeano (2010) expresaba que las matanzas de indígenas que habían iniciado con Colón no habían cesado, pues aunque han cambiado las formas, los personajes y los argumentos, hoy se les sigue despojando de su cultura y recursos. Los pueblos indígenas por razones diversas siguen siendo invadidos, agredidos y muchas veces olvidados por los gobernantes y las políticas públicas actuales, así que no es solo un asunto del pasado, ni mucho menos el resultado del descubrimiento o la conquista, como dice Galeano acerca de su magistral obra *Las Venas abiertas de América Latina*, este no fue más que un punto de partida.

Según lo plantea Brysk (2009), hoy podemos decir que los pueblos indígenas apenas si han sobrevivido al dominio y la subyugación que profirieron la iglesia y la corona en época de la colonia; la iglesia católica ha jugado un papel importante en esta historia, pues mientras para unos fue la causante de destrozarse las culturas nativas hasta dejar a las comunidades en la dependencia e injusticia, para otros fue la responsable de promover la defensa de los derechos indígenas. Dice la autora que las misiones ofrecieron

a muchos pueblos amazónicos una especie de refugios de los esclavistas y colonizadores, por lo que pagaron el alto precio de la aculturación y actitud de servicio.

La historia, vida y cultura de las sociedades indígenas precolombinas se transformaron de manera traumática por el genocidio y el etnocidio que inició durante la conquista y la colonia española y su afán por imponer una sola creencia religiosa, una sola lengua y un solo rey (Aguirre *et al.*, 2013). En la actualidad desde la mirada de activistas y comunidades indígenas y no indígenas, esto sigue sucediendo sin que se evidencien grandes cambios al respecto y por el contrario, quedando la representación de los colonos como la sociedad mayor, que se perpetúa en el lugar de los otros, de los no indígenas, sin que sean solo españoles. Como se ha dicho en el capítulo anterior, durante los siglos XIX y XX, se dieron otras formas de poder y subyugación de los indígenas que se justificaron, por un lado, con el ideal independentista y por el otro, con la búsqueda de desarrollo económico e industrial.

Actualmente, la globalización se ha convertido en una forma de continuidad de una colonización descontrolada de los territorios indígenas en regiones selváticas, y los programas de ajustes para responder a las deudas externas animaron la privatización de sus tierras comunitarias. Ya en Colombia por ejemplo, grupos armados de guerrilleros, paramilitares y narcotraficantes, se disputaron estas tierras como pasó también en México, Guatemala y Perú. Situación que dio lugar a diversas formas de movilidad y desplazamiento de indígenas que migraron a diferentes ciudades dentro y fuera de sus propios países.

En pro del desarrollo que promueve la globalización y el pensamiento moderno, los indígenas tienen dos opciones: eligen su propio modo de vida o eligen la vida del “civilizado”, asumiendo con ello las consecuencias que cada opción ofrece, pues en el primer caso investigadores como Colby y Dennett (Brysk, 2009), exponen que el precio suele ser la falta de progreso, hambre y muerte, aunque la segunda opción no garantice condiciones diferentes en tanto es visto que la malnutrición en las comunidades indígenas aumenta con la proximidad de vías y proyectos de desarrollo. Con esta postura de Brysk, no se pretende desconocer la transformación cultural que los indígenas han venido viviendo a manera de proceso histórico.

Por su parte y como una forma de ilustrar la situación, para el caso de los yanomamö en la frontera entre Brasil y Venezuela, Chagnon (2006) a partir de su trabajo etnográfico en este territorio, expresa que esta como otras tribus indígenas se ven corrompidas por los fenómenos clásicos del colonialismo: religión, roles inferiores frente a una cultura superior y enfermedades que llevan los colonizadores; elementos que alteraron todo un estilo tradicional de vida.

No podemos desconocer que muchas de las constituciones políticas de Latinoamérica como la de Brasil, Bolivia y Colombia, han incorporado artículos y leyes tendientes a la protección de los derechos ciudadanos de los pueblos indígenas, solo que no se ha logrado una adecuada implementación de las mismas. A esto se suman los intereses económicos de grandes empresas que apoyadas por los gobernantes de turno, buscan beneficiarse de territorios y recursos propios de los lugares que habitan las comunidades indígenas sin que sean tenidas en cuenta sus necesidades y mucho menos su cultura y estilos de vida. No es un secreto la creciente extranjerización de la tierra y los cambios en el uso del suelo, como tampoco “la ampliación de las actividades extractivas mineras, petroleras, forestales, entre otras” (Naciones Unidas, 2015: V), generándose gran impacto sobre los medios de vida de las comunidades y aumentando la movilidad y desplazamiento a los centros urbanos, como lo mencionamos antes en este escrito.

### **1.1. Datos sociodemográficos en América Latina**

Aproximarse a las cifras o datos sociodemográficos de los pueblos indígenas en América Latina y en el mundo, es ya un asunto importante en las agendas académicas y políticas relacionadas con el tema. La generación de esta información ha suscitado debates y diversas discrepancias técnicas, conceptuales y metodológicas, entre entidades estatales y organizaciones indígenas. Pero a pesar de ello actualmente se cuenta con información importante como producto del esfuerzo de los países latinoamericanos que se han sumado a la tarea de los censos de 2010 sobre los cuales trabaja la Organización de las Naciones Unidas ONU (CEPAL, 2014).

Según los últimos datos de la ONU, son en el mundo unos 370 millones de indígenas, distribuidos en al menos 90 países, de manera que es enorme la diversidad

cultural y lingüística entre los pueblos indígenas, lo que sí parece común, son las desigualdades socioeconómicas y específicamente en el estado de salud, de éstos con respecto al resto de la población (MSPS, 2016).

La fuente principal para obtener los datos son los censos nacionales, sin embargo no todos han ido a la par al momento de incluir la categoría etnia en las encuestas censales. “Con la excepción de tres países de América Latina (Cuba, Haití y República Dominicana), todos han contemplado la autoidentificación en los censos de esta década, o prevén hacerlo (Colombia, El Salvador, Nicaragua y el Perú realizarán sus censos entre 2015 y 2017)” (CEPAL, 2014:90). Pero Colombia ya había incorporado la variable “etnia” en el censo 2005.

La ONU se ha preocupado por realizar un análisis cuidadoso de los datos ofrecidos por los censos nacionales alrededor del 2010, de los diferentes países, fuentes que aunque no son muy homogéneas y por tanto contienen grandes discrepancias en términos de fiabilidad, constituyen el principal referente para aproximarnos a la realidad de los pueblos indígenas desde la mirada sociodemográfica. De manera que aquí partiremos del consolidado presentado por la CEPAL (2014) en el texto “Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos”.

Según este informe, de los 20 países que conforman la región, México y Perú son los que mayor población indígena tienen, estimada en 17 millones y 7 millones respectivamente (véase, figura 2.1). A estos les siguen Bolivia y Guatemala con cifras cercanas a los 6 millones; luego están Chile y Colombia con más de millón y medio. Los países con menor número de habitantes indígenas son Costa Rica, Paraguay y Uruguay con un aproximado de 100 mil para los dos primeros y 80.000 para el último. Con respecto a Salvador, tal como lo plantea Popolo y Schkolnik (2013), la cifra está desestimada por dificultades en el levantamiento de la información censal. Sin embargo, este es un tema complejo, las limitaciones de las cifras están asociadas no solo al periodo de levantamiento de los censos nacionales, sino también a las dificultades de acceso a las comunidades indígenas para recoger la información y al autoreconocimiento como criterio fundamental al momento de indagar por los indígenas dentro de los hogares. Producto de las

inconsistencias en la información, varios países, entre ellos México realizan actualmente el proceso de “consulta indígena” con el fin de alcanzar una nueva aproximación sociodemográfica de esta población.

Figura 2.1. Pueblos indígenas en América Latina.



La CEPAL alienta a los países de la región a poner en marcha políticas públicas que:

- 1) se basen en los estándares de derechos de los pueblos indígenas
- 2) incluyan sus perspectivas y sus aportes al desarrollo de la región
- 3) consoliden mejoras en su bienestar y condiciones de vida, participación política y derechos territoriales
- 4) fomenten la construcción de sociedades pluriculturales que nos beneficien a todos y todas



Fuente: los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, CEPAL – [www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)

Según la CEPAL (2014), gracias a los avances en la identificación étnica que se ha venido implementando en los procesos censales de América Latina, hoy se tienen contabilizados 826 pueblos indígenas en los 17 países que cuentan con información censal. Los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2.1. Número de pueblos indígenas por país

País	Pueblos indígenas
<b>Argentina</b>	32
<b>Bolivia</b>	39
<b>Brasil</b>	305
<b>Chile</b>	9
<b>Colombia</b>	102
<b>Costa Rica</b>	8
<b>Ecuador</b>	34
<b>El Salvador</b>	3
<b>Guatemala</b>	24
<b>Honduras</b>	7
<b>México</b>	78
<b>Nicaragua</b>	9
<b>Panamá</b>	8
<b>Paraguay</b>	24
<b>Perú</b>	85
<b>Uruguay</b>	2
<b>Venezuela</b>	57
<b>Total de América Latina</b>	826

Fuente: Cuadro A.II.2 de los anexos: (CEPAL, 2014). Acceso en: <http://www.cepal.org/publicaciones>

Tal como puede observarse en el cuadro, Brasil y Colombia son los países con mayor número de pueblos indígenas, 305 y 102 respectivamente, mientras que Salvador con tres pueblos y Uruguay con dos, son los países con menor número de ellos.

Por otra parte, el número de indígenas en los países no es proporcional al número de pueblos indígenas, esto puede ilustrarse con la diferencia entre Brasil y México, pues mientras que Brasil es el país con mayor número de pueblos indígenas (305), México es el país con mayor número de habitantes indígenas, alrededor de 17 millones en 78 pueblos.



Actualmente es motivo de preocupación la falta de políticas para la protección de estos pueblos en la región, reto que se ve obstaculizado entre varias razones, por la heterogeneidad territorial, las asimetrías demográficas, las discrepancias en los datos con que cuenta cada país y las características culturales y sociopolíticas en los países que la conforman.

Hoy son cerca de 120 pueblos indígenas los que están en riesgo de desaparecer, siendo Brasil con 70 y Colombia con 35, los que mayor puntúan en este aspecto.

De manera general, las cifras aquí presentadas tienen que ser leídas como aproximaciones o estimaciones recogidas con limitaciones importantes. Para empezar, cada país es autónomo al momento de diseñar los instrumentos, definir las muestras, recoger la información y analizar los datos obtenidos. Así, es frecuente encontrar inconsistencias en la información censal aun al interior de cada país, a manera de ejemplo, tenemos el caso de Colombia que, en este informe de la CEPAL, figura con 102 pueblos o grupos indígenas, mientras que el último censo nacional, realizado en 2005, habla de 87 pueblos.

Estas cifras pueden variar también según las agendas políticas y los intereses de los gobernantes de turno, ya lo ha mencionado Galarza (2010), solamente el uso de la variable etnia, ha significado discusiones, acuerdos y desacuerdos al momento de implementar censos nacionales, pues el término ha llegado a ser considerado una creación de los antropólogos para referirse a grupos “exóticos” por tener prácticas “raras”. En otros casos, este concepto ha sido considerado una oportunidad para fundamentar la generación de políticas públicas que le apuesten a garantizar los Derechos Humanos de los indígenas.

Otro aspecto importante a considerar es que por siglos, los indígenas han tenido contacto con personas de diferentes grupos étnicos, lo que ha dejado como resultado el aumento del mestizaje y con este la transculturación que cada vez dificulta más la autoidentificación como indígenas. A esto se suma que la aproximación a estilos de vida no-indígena, puede ser visto muchas veces por las nuevas generaciones como un ideal que igual puede generar una visión diferente de su identidad y por tanto influir en el autoreconocimiento.

Así, la búsqueda de otros estilos de vida, sumada al ideal de progreso y desarrollo se convierte en una de las motivaciones para salir de su contexto cultural a lugares dentro y fuera de su territorio para aproximarse al mundo de “el civilizado”, aunque en evidentes condiciones de desigualdad e inequidad (Chagnon, 2006).

En este orden de ideas, Montaña (2004) plantea que la brecha en el reconocimiento de los Derechos Humanos de los pueblos indígenas con respecto a otros grupos étnicos, es aún una pretensión pese a avances como la aprobación del Convenio 169 de la OIT, pues en muchos aspectos sigue conservándose el estatus colonial y por consiguiente la desigualdad e inequidad en la relación pueblos indígenas – sociedad nacional; relación en la que los no indígenas segregan a las comunidades indígenas y también a otros grupos étnicos por no vivir, ni sentir, ni pensar como ellos. Segregación que igual puede verse afianzada por los mismos pueblos indígenas que buscan permanecer alejados de las ciudades y sus pobladores para salvaguardar su identidad.

## **1.2. La salud indígena en la región**

Para hablar de la salud indígena en América Latina, es necesario reconocer que la historia de los pueblos originarios se parte en dos: antes y después de la llegada de los europeos. Como lo hemos dicho antes, la época de la colonia cambió drásticamente este entorno para dar lugar a mezclas de pueblos, culturas, poblaciones, relaciones interétnicas y de los nuevos pobladores con los territorios y sus recursos (Montenegro y Stephens, 2006).

La salud es una de las áreas que más afectada se ha visto en las comunidades indígenas como resultado de la colonización y hoy de la transculturización que éstas siguen enfrentando. Ejemplo de ello son los yanomamö, quienes igual que otras comunidades indígenas, con el creciente contacto con colonos, extranjeros y no indígenas en general, han vivido la propagación de epidemias y en consecuencia altos índices de mortalidad (Chagnon, 2006).

Así que los pueblos indígenas de la región han enfrentado desde entonces, una de las invasiones más graves, las enfermedades infecciosas de tipo viral y bacteriano, especialmente de la viruela que arrasó a millones de indígenas según narran muchos

historiadores. Muchas muertes se atribuyeron a estas enfermedades introducidas por los europeos y luego por el ingreso de nuevas especies animales y vegetales. La viruela y el sarampión fueron algunas de las enfermedades más mortales, además de la gripe, fiebre amarilla, entre otras (Montenegro y Stephens, 2006).

Muchas de estas enfermedades se convirtieron con el paso del tiempo en epidemias de patógenos desconocidos. Tanto el origen como los síntomas y evolución eran diferentes a las enfermedades propias de la región latinoamericana en aquella época, así que los indígenas no contaban con capacidad inmunitaria para afrontarlas, por consiguiente el resultado fue la muerte de muchos de ellos.

Pero la situación de salud indígena no se limita a este momento histórico, pues con el paso del tiempo se han ido sumando factores que han impactado de manera importante sobre ella, factores tales como la situación de pobreza e inequidad en la que viven y han vivido los pueblos indígenas de la región y que se expresan en problemas de vivienda, educación, agua potable, nutrición y saneamiento.

Con el paso del tiempo, los riesgos para la salud de estos grupos han cambiado. Desde la época de la independencia, siglos XIX y XX, los riesgos se relacionaban con las dificultades para acceder a alimentos, agua, adecuadas condiciones de vivienda y en ciertos contextos a la existencia de algunas especies animales en su entorno inmediato. Luego la llegada de extranjeros, la masificación de los medios de transporte, la mezcla entre indígenas y no indígenas y la movilidad suscitada por la influencia de grupos armados, trajeron nuevas enfermedades que fueron letales en su momento y otras que siguen siéndolo actualmente.

Hoy la situación de extrema pobreza y la exposición a agentes de contaminación externa, contribuyen a la coexistencia de diversas enfermedades y la introducción de unas nuevas. Como dice Freire (2011) en las últimas cuatro décadas han aparecido enfermedades nuevas como el VIH y el sida, el ébola, la gripe aviar, entre otras, al tiempo que han reaparecido o se han fortalecido viejas enfermedades que ya se pensaban superadas o bajo control.

Como producto de las fuertes desigualdades étnicas vinculadas con la pobreza, emergen también problemas de salud de la niñez indígena que impactan los perfiles epidemiológicos y la esperanza de vida de las poblaciones. Cada vez se conocen más los altos niveles de desnutrición y mortalidad en la infancia y la niñez (CEPAL, 2014), muchos de estos casos son expuestos masivamente a través de prensa y televisión.

En la actualidad, las enfermedades gastrointestinales son la principal causa de muerte en niños indígenas menores de 5 años, pero las parasitosis y la desnutrición infantil también contribuyen de forma significativa, por lo tanto son contadas dentro de las principales preocupaciones para la salud pública en pueblos indígenas (Cardona-Arias *et al.*, 2014; Montenegro y Stephens, 2006).

Por otra parte, el mismo informe de la CEPAL reporta que “a pesar de la mejoría de algunos indicadores relativos a las enfermedades transmisibles en la región, en el caso de los pueblos indígenas las disparidades se han mantenido, o incluso han aumentado como es el caso de la tuberculosis” (CEPAL, 2014: 209). En países como Brasil, Chile, México, Perú, Venezuela y Paraguay entre otros, se observan tasas de tuberculosis más altas en indígenas que en el resto de la población.

Dentro de las principales causas de mortalidad en los indígenas están: desnutrición, complicaciones de parto, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades que como éstas, son prevenibles y fáciles de tratar si se diagnostican a tiempo (Freire, 2011). La ONU por su parte plantea que la diabetes afecta a más del 50% de los indígenas mayores de 35 años y que son muy altos los niveles de mortalidad materno-infantil, desnutrición, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis y VIH y sida entre otras enfermedades infecciosas. Además van aumentando problemas de salud pública relacionados con uso de psicoactivos, alcoholismo, depresión, desnutrición y suicidio (Naciones Unidas, 2010).

En lo referente a la salud mental, no hay que desconocer que debido a la discriminación, el sometimiento a trabajos forzados y el arrebato de las tierras, muchos indígenas negaron su identidad y renunciaron a sus conocimientos ancestrales. Hoy un gran número de estos pueblos en América Latina enfrentan problemas de violencia,

desplazamiento forzado, explotación de recursos y conflicto armado, que provocan consecuencias psicológicas y emocionales tanto a nivel personal como colectivo.

Alcoholismo, drogadicción, depresión, ansiedad y suicidio, especialmente en las nuevas generaciones, hacen parte de los problemas de descomposición social y familiar en las comunidades indígenas. Actualmente el suicidio es en los indígenas una causa de muerte mayor que en la población no indígena (CEPAL, 2014).

Durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud realizada en Winnipeg, Canadá en 1993 se reconocieron las deficientes condiciones de vida de los casi 43 millones de indígenas del continente americano, condiciones que se reflejan en la alta mortalidad y por tanto la reducción de la esperanza de vida al nacer de esta población con respecto a otros grupos (Torres *et al.*, 2003). La esperanza de vida de la población indígena ha sido un tema sobre el cual activistas y organismos nacionales e internacionales han llamado la atención de la mano de la defensa de los Derechos Humanos y la falta de políticas públicas que contribuyan a su bienestar integral.

En 2010, la ONU divulgaba que los indígenas, por el estado de salud mucho más precario que el resto de la población, tienen altas probabilidades de que se reduzca su calidad de vida, sufran discapacidades y hasta mueran más jóvenes que otros grupos poblacionales. Su esperanza de vida puede ser hasta 20 años menor que el resto de la población (Naciones Unidas, 2010).

Según OPS (2012) entre 1900 y 2010 la esperanza de vida al nacer en América Latina se aumentó en 45 años (de 29,2 en 1900 a 74,2 años en 2010), dato que corresponde a la población general, sin embargo hay grandes disparidades entre países. Para el caso de comunidades indígenas, se identifican importantes diferencias con respecto al resto de la población, por ejemplo en Guatemala, los indígenas tienen una esperanza de vida 13 años menor, en Panamá son 10 años menos y en México 6.

En general, las tasas de morbilidad y mortalidad son más altas en poblaciones indígenas de América Latina, lo que se agudiza por vivir en zonas alejadas, donde los servicios públicos y de salud son mínimos, en consecuencia las prevalencias de

enfermedades infecciosas, inseguridad alimentaria y parasitosis son elevadas (Cardona-Arias *et al.*, 2014; Montenegro y Stephens, 2006). Es decir que las dinámicas de las enfermedades no solo obedecen a factores biológicos, sino también a creencias, rituales, tabúes y prácticas comunitarias, así como de la presencia o ausencia de ciertas condiciones en el entorno asociadas a la marginación y deficiente atención por parte de los sistemas de salud de la región.

## **2. PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA**

En Colombia, tal como lo dice Martínez (2006), lo común es encontrar que los indígenas no están aislados, sino que se incorporan de formas diferentes a las dinámicas de las regiones. Entonces aunque indígenas, “blancos”, colonos, negros, constituyen poblaciones con necesidades individuales y colectivas por resolver, se circunscriben en un contexto histórico, político y socioeconómico que genera una continuidad en lo local, nacional, regional y transnacional. Algo que tal vez haya influido en la invisibilidad que por años han vivenciado las comunidades indígenas en el país.

Solo a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, el país reconoció la necesidad de identificar a los pueblos indígenas y afrodescendientes para poder abordar y salvaguardar “los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de estos grupos” (Popolo y Schkolnik, 2013: 207), tras la invisibilización de la que eran objeto como resultado de los procesos históricos de conquista, colonización y expansión de estados republicanos que determinaron que estos pueblos y grupos étnicos ocuparan una posición de subordinación y minorías en las sociedades, lo que a la vez demarcó criterios de marginalidad y exclusión en los procesos de desarrollo y búsqueda del bienestar colectivo.

Fue solo desde 1991 que se reconocieron los derechos fundamentales de los pueblos indígenas colombianos, estableciendo la diversidad étnica y cultural de la nación (artículo 7), donde además se dio nivel oficial a las lenguas indígenas en las propias comunidades.

## 2.1. Datos sociodemográficos y realidad social de los indígenas en Colombia

Colombia como la mayoría de los países latinoamericanos, en su última Constitución y en el convenio 169 de la OIT, se definió como un país pluriétnico y multilingüe, en tanto se hablan 64 lenguas amerindias, además de la diversidad de dialectos agrupados en 13 familias lingüísticas que aún sobreviven (Ochoa y Sánchez, 2004). A ello se suma que tal como lo plantea el DANE a partir del censo de 2005, Colombia cuenta con 87 pueblos indígenas, además de otros grupos, tales como afrodescendientes y pueblo rom (Bodnar, 2006; MSPS, 2016).

Posterior a este dato, la CEPAL (2014) reporta para Colombia un total de 102 pueblos indígenas a partir de otros esfuerzos nacionales por identificarlos y contarlos (véase, tabla 2.1). Esta variedad en los datos que ofrecen ambas fuentes, puede ser una muestra de la dificultad para recoger la información de manera adecuada y de los persistentes subregistros en el ámbito nacional.

El lugar que la Constitución Política y la OIT dieron a los grupos étnicos en Colombia, favoreció también la identificación de los ciudadanos pertenecientes a los pueblos indígenas y otros grupos étnicos, a partir del censo de 2005 cuando se incorporaron en la encuesta preguntas sobre etnia y lengua.

A partir de los planteamientos de la OIT, “en los últimos treinta años aproximadamente los pueblos indígenas se constituyeron en sujetos importantes en el marco de las políticas del país” (Villa y Houghton, 2005: 14), en este período se suscitan grandes cambios en el marco del Plan de Ordenamiento Territorial (POT) y reconocimiento de las tierras a los pueblos indígenas, pero aunque parecía que esto llevaría a que ellos gozaran de condiciones ideales que garantizarían la reproducción de sus culturas, la realidad enseña dramáticamente un panorama poco alentador al respecto.

La población indígena en Colombia representa el 3,4% de la población nacional, lo que significa que son aproximadamente 1,6 millones de indígenas que ponen al país en el sexto lugar en América Latina por cantidad de población nativa. Esta población está distribuida en 27 de los 32 departamentos del país (véase, figura 2.2), especialmente en las

zonas que dominan “los biomas de selva y las sabanas naturales propias de la Amazonía y la Orinoquia; la Serranía del Baudó en el Litoral Pacífico; la península de La Guajira; el noroeste del departamento del Cauca al sur de los Andes y la Sierra Nevada de Santa Marta” (MSPS, 2016: 19).

Figura 2.2. Mapas: Colombia y pueblos indígenas de Colombia



Fuente: Elaborado por Castro y Orozco a partir de mapa de pueblos indígenas de Colombia, <https://sites.google.com/site/lasetniasysudesarrollo/pueblos-indigenas-de-colombia>. Enero 2017.

Viven en resguardos o espacios territoriales designados por la nación para la protección de los pueblos indígenas, es decir con la misma intención de las llamadas “reservas indígenas” en otros países (Zambrano, *et al.*, 2013). Son territorios rurales, cuya figura se institucionalizó en el Nuevo Reino de Granada, pero cobra gran importancia a partir de 1967. Estos son “una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero



indígena y su sistema normativo propio”, Artículo 21 del Decreto 2164 de 1995 (MSPS, 2016: 19).

Los resguardos ocupan 34 millones de hectáreas que corresponden a un 30% del territorio nacional, son 710 resguardos para más de 158.000 familias, ubicados en 228 municipios del país (DANE, 2007). Sin embargo, y a pesar de la normatividad que reconoce la propiedad de la tierra de los pueblos indígenas, es sabido que estas son violentadas y su tenencia ignorada tanto por colonos como por actores del conflicto armado, ya sean paramilitares, guerrilla o bandas criminales –BACRIM-, situación que ha influido en altos índices de desplazamiento, marginación y pobreza.

En Colombia como en otros países de América Latina, existen diferentes formas de violencia que están directamente relacionadas con la lucha por la tierra y el territorio. En lo que se refiere a los pueblos indígenas y las minorías étnicas, la violencia no solamente se da por su mal comprendida condición de diferentes, de minoría, sino fundamentalmente para despojarlos de sus tierras y recursos, pues por lo general, “están asentados o son dueños de tierras ricas en oro, platino, carbón, petróleo, madera y animales de pieles y plumas valiosas; es decir que se trata de una violencia inducida por el proceso de acumulación capitalista que se ha vivido en el país” (Montaña, 2004: 58).

La situación de violencia para los indígenas no difiere mucho de la que han vivido las poblaciones campesinas, líderes sindicales, pobladores de centros urbanos, entre otros que igual se han visto abocados a dejar sus tierras y sus pertenencias en un intento por proteger la vida y la familia. Pero en su condición de desplazados tienen que enfrentar dificultades que se ven agravadas por sus particularidades culturales y lingüísticas.

“Este fenómeno de estructuración de las regiones en el orden económico y cultural ha sido descrito por diferentes investigadores como colonización armada que a su vez ha decantado modelos alternos de institucionalidad, formas de control social permeadas o mediadas por el poder armado, al mismo tiempo que se configuran espacios marginales a la acción estatal [...] En estos procesos han participado la mayoría de los pueblos indígenas experimentando la guerra como su propia cotidianidad, en la medida que la intensificación del conflicto,

transforma sus territorios en el espacio donde diferentes actores pulsan por ejercer control” (Villa y Houghton, 2005: 15).

Montaña (2004) plantea que la historia ha marcado el lugar de marginalidad de los indígenas muchas veces avalada por políticas mismas del Estado y la influencia impositiva de la iglesia católica. Para el caso, la Ley 89 de 1890 responde a una concepción integracionista, colonialista y dogmática de la cultura, que tuvo como propósito fortalecer el lugar dominante de la religión católica y de la iglesia cuando se reconocieron como pilares de la cultura colombiana a partir del concordato firmado con el Vaticano en 1887. En éste, las comunidades indígenas de las periferias colombianas se describieron como “tribus bárbaras”, como salvajes que debían ser gobernados hasta reducirlos a la vida civilizada. Era tarea fomentar en ellas las misiones católicas para cumplir con la intención compartida con el estado, de llevar a que los indígenas se asimilaran a la religión católica, al tiempo que aprovechaban su mano de obra para la creciente industria nacional.

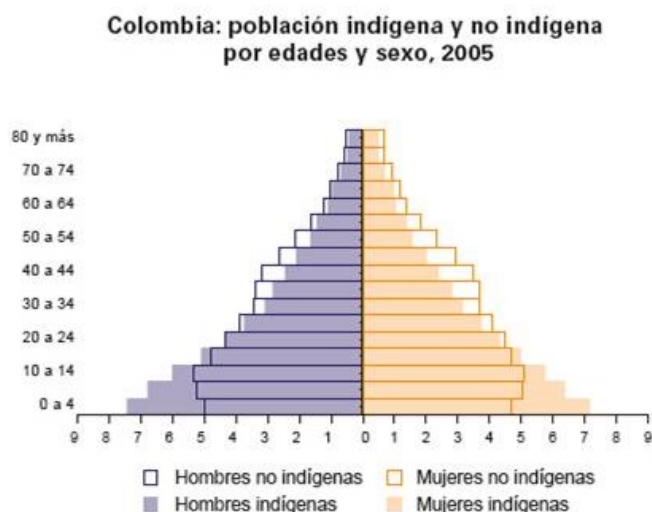
La mayoría de los indígenas colombianos que se encuentran hoy dentro y fuera de los resguardos, están en situación de vulnerabilidad por pobreza y difíciles condiciones de salud que implica tasas de mortalidad materna e infantil por encima de los promedios nacionales para población general, y para quienes se estimaba en 2004 una esperanza de vida por lo menos 10 años menor que para el resto de la población (Ochoa y Sánchez, 2004). Así, para el quinquenio 2010-2015, la esperanza de vida estimada para Colombia, fue de 75 años (MSPS, 2014), lo que indica que en los indígenas estuvo alrededor de los 64 años.

Machado (2011) plantea que en áreas rurales en las que habitan también los indígenas, los niños y niñas menores de 5 años, se da 2,4 veces más que en los centros urbanos, además los costos por atención prenatal se aumentan por la dispersión de la población, lo que infiere también en la búsqueda de los menores de 5 años para completar su esquema de vacunación. A esto se suman, la falta de agua potable, el desconocimiento en la prevención y manejo de enfermedades en la primera infancia, las dificultades de acceso a los puestos de salud ya sea, por distancia o por limitada infraestructura vial y transporte. Todo esto incide en los índices de mortalidad no solo de los niños y niñas, sino también de mujeres, adultos mayores y población en general.

La calidad de vida y el impacto negativo en el bienestar de la población indígena, es una situación compleja y multidimensional, son muchos los factores que influyen: las políticas públicas existentes y las que hacen falta, el modelo rural colombiano, la limitada infraestructura para el acceso a servicios públicos, la discriminación (Machado, 2011). Los intereses económicos que han favorecido el ingreso de empresas explotadoras de los recursos no renovables en cercanías de los resguardos indígenas o dentro de ellos, contribuyen también a su marginalización, al cambio en sus hábitos alimentarios y por consiguiente a su salud; este es el caso de las comunidades del Norte del Cauca, donde ingresó años atrás una gran empresa extranjera de explotación minera. Las plantaciones de caña de azúcar y aceite de palma han sido también importantes en la vulneración de sus derechos (United Nations, 2009).

Con respecto a la distribución sociodemográfica en Colombia, a partir del censo nacional de 2005, al igual que en otros países de América Latina (véase, gráfico 2.1), la población indígena muestra estructuras más jóvenes que las no indígenas, lo que refleja los altos niveles de fecundidad; en las mujeres más que en los hombres las personas mayores de 60 años se reducen con respecto a la población no indígena. En general, la pirámide conserva la típica estructural triangular que da cuenta de un especial crecimiento en el grupo de niños y adolescentes menores de 15 años (40% de la población), pero también es evidente que la población vieja es mucho menor, característica que se corresponde con las tasas de natalidad y mortalidad.

Gráfico 2.1. Población indígena y no indígena en 2005



Fuente: Gráfico II.4. Los pueblos indígenas de América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, CEPAL, 2014. [www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)

En Colombia, los efectos de la violencia en los pueblos indígenas son variables, pues dependerá de factores diversos como los políticos, demográficos, culturales, la capacidad de generar consensos y la institucionalidad tradicional. De manera dramática el impacto se observa tal como lo mencionan los autores en el texto *Violencia Política contra los Pueblos Indígenas en Colombia* (Villa y Houghton, 2005), en los homicidios políticos que tienen una de las más altas tasas del mundo, además, los reportes afirman que cerca de 40 pueblos indígenas se han visto afectados por el homicidio político. Actualmente la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) busca que se investigue la muerte de cientos de indígenas, muchos de ellos miembros de los movimientos de reclamación de tierras. En coherencia con esta situación y según informe del MSPS (2016: 34), a 2015 “se tenían identificadas un total de 130.524 víctimas indígenas” que corresponden aproximadamente a un 2,2% del total de víctimas del conflicto armado en el país.

Algunos de estos pueblos han logrado movilizaciones y estrategias que con el apoyo de la ONIC y de otras organizaciones indígenas, no indígenas y de Derechos Humanos, han configurado liderazgo y presencia política legítima y reconocida del movimiento indígena nacional, sin que ello signifique el cese o transformación de las

condiciones de vulnerabilidad, inequidad y vulnerabilidad que en general viven las comunidades.

Para el caso específico de este estudio, es importante anotar que las comunidades wayuu hacen parte de los cerca de 40 pueblos que han vivido homicidios políticos en el período comprendido entre 1974 y 2004, con un aproximado de 90 asesinatos y 31 desapariciones, igual otros pueblos como los embera chamí con 115 asesinatos políticos y 24 desapariciones forzadas según han sido denunciados (Villa y Houghton, 2005: 24).

Como consecuencia de esta situación, se continuó la migración y diferentes formas de movilidad de pueblos indígenas en el país que, según Vasco (1985) cuando habla de los embera, fueron extendiéndose por distintas zonas del país dando lugar también a la segmentación política de los grupos, pero aun así lograron mantener características de sus formas de vida que hoy les permite conservar su identidad indígena.

Hoy en los pueblos indígenas de Colombia como en otros tantos de Latinoamérica y el mundo, se viene dando mestizaje, que en palabras de Gruzinski (2007), es una realidad cotidiana visible en diferentes contextos y además vinculado a la globalización. A ello se suman los contactos interculturales que han dado lugar a un proceso de hibridación o transculturización (García Canclini, 2001), que sin duda alguna ha modificado muchas de sus concepciones de vida y construcciones de cotidianidad.

En general, podemos decir que en las comunidades indígenas de Colombia siguen primando los bajos ingresos económicos, los bajos niveles educativos con significativos índices de analfabetismo, la marginalidad lingüística y cultural, los problemas de salud por falta de agua potable y el inadecuado saneamiento básico. Condiciones que, como lo hemos dicho antes, vulneran su calidad de vida y reducen los índices de desarrollo y bienestar. Los indígenas en el país siguen representando sociedades nativas contemporáneas en transformación, lo que se expresa en los planos demográfico, económico y cultural y está asociado con las relaciones que vienen teniendo con otras etnias y con los no indígenas o *alijunas* en lengua wayuunaiki, esos otros que “en la antropología constituyen el grupo denominado sociedad mayor o sociedad dominante” (Arias y Cuesta, 2004).

## 2.2. Salud indígena en Colombia

A partir de la Ley 100 de 1993 se da la reforma del Sistema Nacional de Salud en Colombia, en adelante Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se pasa del anterior modelo de salud pública a uno mixto en el que participan el Estado y el mercado. En éste se configuran las entidades prestadoras de servicios en salud bajo el principio de competencia regulada entre instituciones públicas y privadas y en la lógica del aseguramiento mediante régimen contributivo para los trabajadores y subsidiado para los más pobres. La intención del modelo era procurar la equidad en la atención en salud que no había sido posible en el modelo anterior basado en la centralización de la salud en el sector público.

En 1995 empezaron a funcionar las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), estas se encargarían de afiliar a los usuarios, hacer el recaudo de las cotizaciones, administrar los recursos del aseguramiento y servirían como intermediarias entre usuarios e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), son éstas últimas las que ofrecen la atención directa a los usuarios. Ya para 1997 se habían autorizado 10 entidades públicas y 21 privadas para hacer efectivo el sistema (Uribe, 2009). En este modelo, el Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) actúa como organismo de coordinación, dirección y control.

En 1997 comenzaron a actuar seis EPS indígenas sin ánimo de lucro, creadas por organizaciones indígenas en diferentes regiones del país, a saber: Anas Wayuu en Maicao, La Guajira; Dusakawi en Valledupar, César; Mallamas en Ipiales, Nariño; Manexka en San Andrés de Sotavento en Córdoba; y Pijaos Salud en Ibagué, Tolima (Mignone y Gómez, 2015).

Esta y las demás normatividades relacionadas han buscado hacer efectivos los preceptos de igualdad y equidad a los que hace referencia la Constitución Política de Colombia de 1991. Ésta en su artículo 13 dice que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y por tanto deben gozar de iguales derechos, libertades y oportunidades sin discriminación alguna. En los artículos 48 y 49 expresa que la seguridad social es un

servicio público y obligatorio que se constituye en derecho irrenunciable para todas las personas.

En consecuencia, los indígenas deberían gozar de igualdad de derechos y por tanto de garantías a sus condiciones de salud y bienestar, lo que autoriza a los líderes y representantes indígenas a velar de diferentes formas por el bienestar de sus grupos, clanes o comunidades.

Para el caso de los indígenas, también estaban vigentes:

a) La Resolución 10013 de 1981, por la cual el Ministerio de Salud consideró el derecho a la salud para los grupos étnicos, ligado este a la vida cultural y social de las comunidades, normatividad que reconoce la necesidad de un tratamiento diferencial por sus condiciones culturales especiales. El artículo 3 de esta resolución dice que antes de realizar un programa de atención primaria en salud con participación de comunidades indígenas, es necesario hacer un estudio previo de su contexto y de la concepción de la salud y la enfermedad.

b) El Decreto 1811 de 1990 por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 sobre la prestación de servicios de salud indígena. En este Decreto se reconocía la necesidad de un constante y eficaz servicio de salud para las comunidades indígenas del país y se comprometía el Estado a que toda acción de salud que se pretenda llevar a las comunidades debe ser gratuita y acordada previamente con los cabildos o autoridades indígenas.

Pero una cosa son las normas y otras las realidades, así que ante la inoperancia de las mismas, se promovieron con el apoyo de la ONIC entre otras organizaciones regionales y nacionales, denuncias que exponían que las empresas de salud encargadas del régimen subsidiado no estaban considerando las características étnicas y que el modelo seguía siendo asistencialista y vertical.

Visto así, el régimen subsidiado más que solucionar la inequidad en salud estaba siendo otra razón de conflictos y de divisiones entre grupos indígenas. Pero no era esta la única irregularidad, igual la población general había empezado a recurrir a “la acción de

tutela”<sup>10</sup> contra las aseguradoras para poder garantizar la atención, y por otra parte el personal de salud protestaba por la disminución en sus ingresos y anomalías en su forma de contratación.

Los indígenas que veían con mucha desconfianza el trabajo en materia de salud realizado por el Estado, pedían al Ministerio de Salud, que se aprobara la creación de un régimen especial, el cual tras ser aprobado les permitió sin salirse de lo establecido por la Ley 100 de 1993, seguir manejando sus propias administradoras de salud. Con respecto a sus aseguradoras, estas fueron adaptadas a las necesidades particulares que tenían en cuenta prácticas de medicina tradicional y planes de salud colectiva.

Pese a los esfuerzos del gobierno nacional y de organizaciones no gubernamentales de llevar los servicios de salud a las comunidades indígenas, han sido diversas las limitaciones para alcanzar equidad y efectividad en esta tarea. Características culturales y de ubicación geográfica de las comunidades, también influyen de manera importante sobre su acceso a salud, pues difícilmente existen programas de atención básica en zonas alejadas de las ciudades o cabeceras municipales. Es también una limitación, la falta de documento de identidad en personas indígenas que han nacido en sus comunidades y de quienes no se tiene ningún registro legal. De manera que la equidad social no puede ser resuelta con el cambio de normatividad en un solo sector, como el caso de la salud por ejemplo, sino que requiere de miradas transversales y de gestiones intersectoriales.

Tienen impacto también, de manera negativa en la salud de los indígenas colombianos, la discriminación que viven como minoría étnica y lingüística, siendo esta última condición un factor clave al momento de acceder a los servicios de salud en los que son atendidos por personal no indígena que poco o nada conoce de la cultura de los pueblos indígenas y mucho menos de su lengua. Desde esta perspectiva, algunas EPS e IPS indígenas han creado la figura de guías bilingües en salud que actúan como mediadores al momento de acceder a los servicios y programas de atención, pero esto solo es posible en

---

<sup>10</sup> Acción de tutela, mecanismo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, para proteger los Derechos Fundamentales de las personas en caso de que estos sean vulnerados por acción u omisión de alguna institución pública o particular en los casos que lo señale el Decreto 2591 de 1991 “Por el cual se reglamenta la acción de tutela” consagrado en Constitución Nacional.



las instituciones de primer nivel y en regiones donde es alto el porcentaje de población indígena, por ejemplo en La Guajira, donde el 40% de la población es wayuu o en Vaupés que cuenta con aproximadamente un 67% de indígenas (MSPS, 2016).

En general, el manejo por parte de las IPS no ha sido el adecuado debido al desconocimiento de los procesos salud-enfermedad al interior de las comunidades indígenas, además se carece de datos epidemiológicos de estos pueblos que permitan proponer programas de atención, prevención y promoción acordes con sus necesidades reales, pues es imposible priorizar los problemas cuando se desconoce la magnitud de los mismos (Suárez, 2001); (Vargas y Molina, 2009). Por otra parte, la crisis del sistema general de salud en Colombia no es un secreto y los diferentes factores que la dinamizan, impacta directamente a las EPS y a las IPS indígenas (Mignone y Vargas, 2015).

Son comunes en consecuencia, los diagnósticos tardíos y la muerte por brotes de alguna patología que las Secretarías de Salud no alcanzan a detectar oportunamente, a lo que se suman los problemas de saneamiento ambiental, por ejemplo la falta de alternativas de manejo de basuras y de aguas, pues muchas veces carecen de agua potable y son fuente principal las aguas lluvia.

El MSPS (2016: 38) reporta que entre 2008 y 2013, “se ha registrado un total de 17.600 defunciones, con un promedio anual de 2.933 muertes con una desviación estándar de 348 muertes. Del total [...], las mujeres contribuyen con el 45,5% y los hombres con el 54,5%”. Con respecto a la mortalidad general, alrededor del 18% de la población indígena muere entre los 0 y los 4 años de edad, mientras que en la población no indígena el porcentaje de muertes a esta edad es aproximadamente del 5%. Con respecto a la causa principal, ésta es compartida con la población no indígena; en el período analizado, el 11% de todas las muertes del primer grupo y el 13% del segundo, se da por enfermedades isquémicas del corazón.

Actualmente enfermedades como malaria, dengue, tuberculosis y sida siguen cobrando la vida de miles de personas que como los indígenas pertenecen a la población más pobre, así lo denuncian investigadores en Congreso de Parasitología y Enfermedades Tropicales realizado en Santa Marta, Colombia (Baena, 2015). Allí se reconoció que uno

de los grupos más afectados por estas enfermedades son los indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, pues uno de sus pueblos indígenas llegó a ocupar el primer lugar en el mundo por número de enfermos de tuberculosis.

La niñez indígena es víctima de muertes relacionadas con problemas gastrointestinales, desnutrición y problemas respiratorios. En el congreso mencionado, se planteó que la prevalencia de anemia para 2015 en niños indígenas fue del 32% frente al promedio general de 27,5%, además hacen un llamado al Sistema de Salud colombiano ante “escandaloso” número de muertes en niños indígenas por tos ferina a nivel nacional.

La situación de la salud indígena en Colombia pone en evidencia como el régimen subsidiado, las ARS, las EPS y en general el sistema de contratación han centrado su atención en la obtención y administración de los recursos económicos antes que en la salud propiamente dicha, es decir que, a la solución de los problemas de salud se están anteponiendo intereses económicos que convierten la salud en un negocio más dentro del sistema capitalista (Gañán, 2010). No obstante y aunque pueda parecer contradictorio, es importante rescatar que la iniciativa del actual sistema de salud ha ofrecido oportunidades de atención a los indígenas que de otra manera tal vez no sería posible, lo que alcanzaría mayor efectividad si los entes gubernamentales motivaran y permitieran a las entidades de salud indígena, implementar acciones interculturales como parte de su razón de ser (Mignone y Gómez, 2015).

### **3. EL PUEBLO WAYUU**

Hablar del pueblo wayuu (gente de arena, sol y viento), significa aproximarse a una cultura que ha despertado etnográficamente, gran interés en investigadores nacionales e internacionales. Muchos de los escritos relacionados hacen alusión a prácticas que, pese a las transformaciones socioculturales que han vivido como todo colectivo que está en interacción social con otras expresiones culturales, permanecen como parte de sus características: el encierro por ejemplo, es el ritual de iniciación de las *majayura* que tanto la literatura como la cinematografía documental han llevado a diferentes países y como ésta, otras prácticas que siguen despertando inquietud a académicos de diferentes países.

En este aparte del texto hacemos una aproximación a los wayuu, buscando describir creencias, prácticas y dinámicas generales que dan cuenta de su cultura y cuyos elementos principales permitirán comprender mejor y en contexto, los hallazgos del estudio.

### 3.1. Espacio y territorio

Grupo étnico que habita la Península de La Guajira, en el extremo norte de Colombia y al noroeste de Venezuela, en costas del Mar Caribe (ver Figura 2.2: mapas). El departamento de La Guajira colombiana está dividido en Baja, Media y Alta Guajira, siendo la Alta y parte de la Media la que se conecta con el Estado Zulia en territorio venezolano. Vivir en una península dividida entre Venezuela y Colombia hace que sea común la movilidad de ellos entre ambos países argumentando que son la nación wayuu y por ende esa es su nacionalidad.

Plantea Pérez (2004) que, cuando se juntan en un mismo espacio geográfico dos o más pueblos, las relaciones de poder que entre ellos emergen obligan a la subordinación de una de las partes. En el caso específico de los wayuu en estos países, sabemos que están en condiciones de inferioridad cultural y numérica especialmente en Venezuela, puesto que en La Guajira Colombiana este pueblo corresponde a más de un 40% del total de la población. La condición de inferioridad cultural, que por cierto no se soluciona con el número de habitantes indígenas en una región, a su vez conlleva sometimiento y segregación desde una sociedad mestiza que se impone.

“El territorio wayuu ha ocupado siempre una región amplia y heterogénea, su población se ubica en diversos nichos ecológicos que van de la Sierra de Santa Marta a la de Perijá, de las secas y cálidas planicies semidesérticas de la Alta Guajira a las zonas ganaderas del Valle de Upar o el sur del Lago de Maracaibo, de rancherías dispersas en el territorio de la península a barriadas en Riohacha, Maicao, Maracaibo o Valencia” (Pérez, 2004: 610).

Esta península cuya geografía es desértica, está dentro de los tres departamentos con mayores necesidades básicas insatisfechas del país, después de Chocó y Vichada (Paz, 2012), viven en ella mestizos, mulatos, blancos e indígenas y todos ellos son reconocidos

bajo el gentilicio de “guajiros”, generalización a la que se llega a mediados del siglo XX, pues “a lo largo del período colonial y republicano [...] hablar de guajiro era equivalente a indígena” (Orsini, 2007: 6).

Actualmente son cuatro los pueblos indígenas que cohabitan en la región: arhuaco o arawak, kogui, wiwa y wayuu, siendo este último la cultura predominante, pues los primeros habitan principalmente en Santa Marta.

En La Guajira solo fluyen los ríos Ranchería en Colombia y el Limón en Venezuela, por lo que el agua es una de sus principales necesidades, a lo que se suman las escasas lluvias y las altas temperaturas con un promedio anual de 32°C con picos hasta de 40 y 42°C. Presenta unas estaciones climáticas marcadas por una primera temporada de lluvias, denominada *Juyapu* en lengua nativa de los wayuu, seguida de una época de sequía, que ellos llaman *Joutay* y corresponde al verano; consecutivamente, aparece la segunda temporada de lluvias, llamada *Iiwa* que nuevamente va seguida de una larga temporada de sequía. Así lo aborda el Observatorio Del Programa Presidencial de Derechos Humanos (ODPP, 2013).

El territorio es para los wayuu, uno de los elementos más importantes y característicos en tanto su forma de vida está ligada a éste y a la naturaleza. Además de ser considerado un legado de los antepasados, es la tierra la que guarda y protege a las nuevas generaciones y la que les acoge al momento de morir. Es en el territorio en el que descansan los restos de los antepasados wayuu.

### **3.2. Datos sociodemográficos de los wayuu**

En 2005, la población del departamento de La Guajira era de aproximadamente 620.000 habitantes, que representaban el 1,5% de la población total del país y de ellos cerca del 44% eran indígenas (DANE, 2005).

Según censo binacional (Colombia-Venezuela) realizado en 1992, eran entonces, casi 300.000 los wayuu, de los cuales más de 127.000 en Colombia se autoidentificaron como parte de esta etnia (Pérez, 2004). Por otro lado, según el censo de 2005, vigente para

Colombia (DANE, 2007), los wayuu habitan cerca de 1.100.000 hectáreas localizadas principalmente en el resguardo de la Alta y la Media Guajira, ocho resguardos más en el sur y la Media Guajira y una reserva en la localidad de Carraipía, para un total aproximado de 270.000 personas repartidas en más o menos 18.000 familias.

Es importante anotar que esta es la etnia indígena más numerosa de Colombia, seguida por los nasa y los embera; los wayuu representan un 19% de la población indígena del país. En La Guajira colombiana, vive el 98% de los wayuu del país, de ellos el 49% son hombres y el 51% mujeres. Además, este es uno de los pueblos indígenas que junto con los nasa y los embera, conserva un alto valor de residencia rural en el país, entre el 92 y el 83%, específicamente 86% para el pueblo en cuestión (CEPAL, 2014: 159), dato éste que es importante en comparación con los wayuu que habitan en Venezuela, pues allí pasa lo contrario, predomina la residencia urbana, alrededor de un 85%.

Lingüísticamente, según datos nacionales, el 74% de los wayuu hablan el wayuunaiki como lengua nativa, un alto porcentaje de ellos es bilingüe, siendo el español su segundo idioma; el wayuunaiki fue declarado idioma oficial del departamento de La Guajira mediante ordenanza en el año 1992. En este aspecto hacen parte de la familia arawak que migró desde la región del Río Amazonas-Río Negro hasta la península de La Guajira (Jahn, 1973), donde se establecieron en asentamientos dispersos o pequeñas rancherías<sup>11</sup>.

Las comunidades wayuu que residen en las áreas rurales y suburbanas carecen de servicios básicos tales como agua y energía; presentan altas dificultades a nivel nutricional y de acceso a servicios de salud y educación, este último pese a que ahora algunas de las comunidades cuentan con sedes educativas indígenas rurales que ofrecen educación básica primaria y algunas de ellas secundarias. Según el DANE (2005), un 61,9% de la población es analfabeta, lo que se afirma con respecto al español y al wayuunaiki, pues es común que hablen los dos idiomas, pero no se lea o escriba ninguno, el wayuunaiki aún no tiene una escritura definida por lo que aún predomina en la educación la lecto-escritura de la segunda

---

<sup>11</sup> Ranchería es la forma de referirse en la región a los pequeños conjuntos de casas que albergan familias parentales por línea materna. Suelen estar repartidos de manera relativamente cercana a los pozos de agua o jagüeyes en el caso de contar con este recurso.

lengua sobre la primera. Sin embargo pueden encontrarse escritos en wayuunaiki y diccionarios que sirven de referente principalmente a los no indígenas.

### **3.3. Organización social y familiar**

Cada ranchería alberga a un grupo de unidades domésticas de parientes uterinos (Mancuso, 2008), conformada por un grupo de residencias definido por un corral colectivo, huertas, cementerio y en el caso de las más organizadas y con mayor desarrollo económico, pueden compartir molinos de viento para bombear el agua, mientras que otras cuentan con jagüeyes o pozos de agua artificiales (ODPP, 2013) que sirve principalmente para los cultivos y los animales. Sin embargo la falta de agua es una necesidad común en La Guajira, que afecta particularmente a las comunidades rurales y por ende a los wayuu.

El tamaño de las rancherías varía bastante entre sí y pueden estar ubicadas o muy cerca o muy distantes unas de otras. A través de las visitas realizadas a las comunidades participantes en este estudio, identificamos comunidades que oscilaban entre 20 y 330 habitantes, vinculados a un número de viviendas igualmente variables que oscilaba entre cinco y 71.

Cada comunidad o ranchería cuenta con una autoridad tradicional y está conformada por un número de viviendas llamadas ranchos, estos son de una sola planta habitados por familias extensas o multigeneracionales, lo común en los wayuu es que se conviva con abuelos, sobrinos u otros familiares cercanos, con quienes además comparten habitación. De manera individual o en pareja los wayuu duermen en chinchorros o hamacas tejidos por las mujeres.

Varias familias pueden compartir la cocina que está ubicada en la ranchería de manera independiente a la habitación, por lo que muchas veces la convierten junto con la enramada<sup>12</sup> en el lugar de intercambio y encuentro entre las mujeres para cocinar y hablar sobre sus actividades de hogar y tejido. Los hombres por su parte, utilizan principalmente

---

<sup>12</sup> Las enramadas son construcciones de palos, sin paredes y techadas que están en el centro de la comunidad para los encuentros sociales, descansar o recibir a los amigos y visitantes en general.

la enramada para los mismos fines sociales, pues a la cocina ingresan específicamente a la hora de comer.

Las paredes de las viviendas están hechas de barro, bloque, ladrillo o tabla; prefieren el barro porque consideran que les protege más del frío, la lluvia y el sol. Los techos suelen ser de zinc, palma o fibra de cemento, materiales que han desplazado el yotojoro<sup>13</sup> del que solían hacerse los techos anteriormente (Curriel y Ruiz, 2014).

Estas comunidades se rigen por línea materna para otorgar el nombre o pertenencia a su casta *E'iruku* o como ellos lo llaman, a su clan, entonces la línea de descendencia viene dada por la madre (Alarcón, 2006). Esto obedece a que en la procreación la mujer tiene el papel más importante en parte, porque su sangre menstrual *pukashia* es la que se condensa con el semen *awasain* para la creación del nuevo ser. Entonces, ella la que da lugar al parentesco de carne, mientras que por línea paterna se constituyen los parientes de sangre.

Con los *apüshi* que son los parientes de carne, y por consiguiente los más próximos, es con quienes se comparte territorio y cementerio, además son ellos los que se solidarizan en caso de conflicto con otro grupo o familia.

Las familias extensas o multigeneracionales, generalmente actúan como unidades domésticas en las que el tío materno más viejo y la abuela, ejercen los roles preponderante, el primero se convierte en la autoridad principal en tanto conserva la unidad e identidad del grupo, y la segunda transmite la experiencia y el saber ancestral. Así los *apüshi* se agrupan en un territorio específico que es el que se conoce como ranchería. Como lo expresan Macías y Cepeda (2005), “los lazos de consanguinidad se conservan de una manera muy arraigada, involucrando a padres, hijos, abuelos y primos en una unión bastante estrecha”, es decir que las familias se agrupan intergeneracionalmente, dando prioridad a los vínculos por línea materna.

---

<sup>13</sup> Yotojoro es la madera que se extrae del cactus. Antes de usarse en alguna estructura, es sometida a largos períodos de secado. Un techo construido con esta madera puede durar hasta 50 años, además no permite que pase la lluvia.

### 3.3.1. Figuras representativas y leyes wayuu

Cada comunidad, tiene identificadas unas figuras representativas que por lo general cuentan con la investidura de poder reconocida por la comunidad, y por tanto con total carácter de legitimidad y en su mayoría heredada de los antepasados. En los wayuu no existen autoridades de elección popular, este orden es transmitido por los espíritus y los difuntos mediante sueños, para cumplir funciones vitalicias en la ranchería, entre ellas están:

- La autoridad tradicional, *laülayü aluwatashi*, son hombres o mujeres mayores de edad que gozan del respeto de la comunidad y ejercen desde una perspectiva cultural, un poder de organización. Es elegido por la comunidad a partir de unas características específicas que son considerados dones entregados por *Maleiwa*, es decir que esta forma de liderazgo no se aprende sino que se nace con ella. La autoridad tradicional es considerada jefe o gobernante dentro de la comunidad y por tanto merece ser respetado.

Por lo general son personas mayores que antes de morir pueden delegar sus funciones a uno de sus parientes maternos siempre y cuando cumplan con las características, pero también puede ser que a él o a otra persona mayor los antepasados le revelen mediante sueños, quién deberá ser el sucesor o la sucesora, pero igual la comunidad decidirá quien continúa.

La autoridad los representa política y económicamente ante otros linajes wayuu y ante la sociedad occidental, por eso es una persona de confianza en la comunidad en tanto es a esta figura a quien recurren las familias ante toda situación que se presente y deba resolverse: enfermedad, entierro, conflicto. Si bien dentro de sus funciones está la de acompañar, resolver problemas, representar y aconsejar, es inevitable que unos más que otros impongan algunas decisiones, pero no siempre la comunidad lo ve de esta manera en tanto confían en su criterio. Esto deja ver en las comunidades pasividad y dependencia de la autoridad para asumir situaciones colectivas.

*[...] es una persona elegida por los miembros de cada comunidad [...] es quien representa a su familia en cualquier problema, sea económico,*



*familiar [...] cualquier tipo de problema le llega es a la autoridad tradicional porque él ha sido elegido por ellos mismos.*

*Él debe tener sus características como persona, como un consejero mayor porque es una persona respetada [...], lo reconocen porque es una persona con dones, él tiene valor, dominio propio, respeto hacia los demás [...] según la tradición esos dones se los ha regalado Maleiwa. Él nació con esos dones, muy pocos [...], en una comunidad solo nace una o dos personas con ese don [...]*

*A través de un sueño, o la mamá o el tío materno o la tía materna se le revela en sueño: fulanito de tal comunidad, es el que va a ser la autoridad tradicional porque tiene tal don, si no los ha despertado, pero si la gente lo reconoce a él es al que eligen [...] Tiene que resolverle todo a su comunidad y por usos y costumbres hace muchos años tiene que haber una autoridad en toda comunidad. (Conversatorio, mujer guía bilingüe, de 27 años de edad, clan Epieyu, enero 2016)*

- El palabrero, *pütchipü*, figura que corresponde generalmente a un hombre sabio con el don de la palabra para mediar y facilitar la negociación entre las partes de un conflicto, es él quien ayuda hasta que se acuerden las condiciones de la ofensa y la compensación.

El palabrero se forma como es tradicional en la cultura wayuu, a partir de la experiencia. “Desde muy niño se aprende y se educa con el fin de establecer su rol en la sociedad” (Velásquez y Quintero, 2013:112).

Para el wayuu la palabra o *pütchi* encierra un gran valor, lo consideran el medio para llegar a consensos y por tanto la forma de conciliar cualquier conflicto que se presente al interior de la comunidad. Ya desde el siglo XVII los wayuu antes de declarar la guerra, enviaban a un mediador ante los españoles para reclamar reparación o compensación por algún daño (Velásquez y Quintero, 2013).

Velar por el cumplimiento de las normas de las comunidades es la función de esta figura masculina que es considerada la más sabia entre los tíos maternos o *alaiülayu*. Su papel se hace muy importante ante el sentido de colectividad que tiene este pueblo indígena, pues tanto beneficios como daños son asumidos por la comunidad y la familia. En este caso toda falta grave que implique riesgo para la convivencia, deberá ser pagada por el grupo desde el principio de compensación y es en este momento donde interviene o actúa como mediador el *püitchipü* por ser el principal conocedor de las leyes que hacen parte de la tradición oral y constituyen todo un sistema normativo que regula la convivencia y guía la conducta de los wayuu.

Es común escuchar en sus conversaciones la frase: “mandar la palabra”, lo que equivale a que en caso de ofensa, el *püitchipü* tras analizar la situación lleva la palabra de manera pacífica y motiva el diálogo entre las partes con el acompañamiento de los respectivos tíos maternos o las figuras de autoridad que corresponda. Así el palabrero es más un conciliador que un juez y su labor la hace exclusivamente en lengua nativa como una forma de conservar el sistema simbólico de su cultura (Polo y Ojeda Jayariyu, 2015).

*El palabrero puede ser de cualquier comunidad, es un mediador, también es un guía, es como un abogado y puede estar entre varias comunidades, puede haber tres o cuatro en una misma comunidad pero trabajan en la comunidad que lo llamen [...] Tiene muchas diferencias con la autoridad tradicional, la autoridad manda en su territorio, el palabrero ayuda en otras comunidades (Conversatorio, hombre guía bilingüe, de 32 años de edad, octubre 2015).*

*[...] es elegido por su abuelo materno o un tío materno de mayor edad. Si hay uno o dos niños que tengan las características de una persona seria, que sea comprometida, que no sea pelionera [...] el abuelo o tío materno que es palabrero, lo va mirando desde pequeño y lo va enseñando a través de que se sienta con ellos a hablar, le explica todo de la cultura, de sus ancestros de generación en generación hasta el día de hoy [...], esto se lo dicen en la nochecita o en la madrugada [...] hay niños que sientan y les hablan y no prestan atención, no todos son*

*inteligentes, éste es un niño que capta todo lo que es necesario, tiene que ser una persona mediadora y que aprende y tolera la jawapia, brebaje para la resistencia que lo prepara para enfrentar algún problema. Cuando llaman al pütchipü, un día antes se toma la jawapia, no tiene relaciones sexuales, se baña y se queda acostado hasta el amanecer, otra vez hace su ritual y se va al lugar donde lo llamaron.* (Conversatorio, mujer de 68 años de edad, clan Epieyu, diciembre 2015).

- Médicos tradicionales, en el ámbito de la salud, las comunidades cuentan con personas especializadas en diferentes áreas, entre ellas están el que trata a los niños, el acomodador del feto durante el embarazo, el de los huesos o sobador, las parteras. Pero es figura central en este ámbito por considerarse el pilar espiritual para los wayuu, la *oütsu* médica tradicional, llamada también *piache*. “Única y exclusivamente son mujeres con una fuerza sobrenatural capaz de regular estos comportamientos que no son del hombre (...) Las *piache* además interpretan los sueños, visiones, ensueños y apariciones: tienen experiencias en plantas medicinales que les permite predecir la suerte y curar espantos” (Vizcaíno, 1999).

Pese a que este se considera un don característico principalmente de mujeres, en los últimos tiempos observamos algunos hombres que por mediación de algún espíritu están ejerciendo el rol de parteros.

En el rol de *piachi*, la mujer es quien transmite la fuerza espiritual en la comunidad y por estar asociada con la madre tierra o *mma*, es considerada la guardiana de los conocimientos que se revelan a través de los sueños, es la encargada de unir a “los miembros de la etnia con los espíritus del más allá” (Polo y Ojeda Jayariyu, 2015:114).

Ella, inicialmente, no tiene conocimientos adquiridos, es decir que no ha recibido formación específica, pues lo que sabe se lo ha proporcionado el espíritu que la ha poseído, entonces la *Piache* ha sido alguien elegido por los espíritus a través del sueño (Osorio, 1999), sin embargo contará con los saberes autóctonos que el día a día le ha ido proporcionando a partir de su interacción con los mayores o antiguos como lo dicen los wayuu.

Con el paso del tiempo y como resultado del proceso de transculturización que enfrentan o viven los wayuu, al igual que otros grupos étnicos que entra en interacción con otras expresiones culturales, ésta es una de las figuras que más detrimento ha sufrido, al parecer aumenta la acogida de la medicina occidental o *alijuna* y se reducen las *piache* en las comunidades, aunque también hay testimonios especialmente de las personas mayores, sobre el valor e importancia de ellas para el bienestar de los indígenas.

*Los tiempos han cambiado, ya no es como antes [...] hemos cambiado nuestra cultura por la cultura alijuna, aun así se han presentado casos de jóvenes que los espíritus se les han manifestado para concederles estos dones de sanación y así dar el paso que es la realización del ritual de iniciación para ser piachi o outsü, pero algunos por vergüenza lo rechazan [...] Anteriormente aceptaban estos dones con gran dicha y los padres sentían gran regocijo [...] ahora es difícil encontrar una piache que sea poderosa, se han ido acabando.* (Entrevista, hombre pastor y agricultor, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012)

- El líder, es tal vez una de los pocos roles que se da por elección de la autoridad y por consenso de la comunidad; son hombres o mujeres bilingües que suelen tener cierto grado de escolaridad y perfil de liderazgo para la gestión de bienes y servicios en beneficio de las comunidades (Curiel y Ruiz, 2014). Es un cargo o rol que depende directamente del poder de la autoridad y ejerce por tanto, funciones de apoyo en la organización de la comunidad, sin embargo todas las comunidades tienen autoridad, pero no todas tienen líder por requerirse de un perfil con el que no siempre cuentan en las rancherías.

Es común encontrar que el líder es una persona joven, generalmente sobrino o sobrina por vía materna de la autoridad tradicional.

Con respecto a las leyes wayuu, podemos decir que son fundamentales en la tradición oral y están basadas en los principios de reciprocidad y compensación. “Todo lo que cause dolor debe pagarse, desde los derramamientos de sangre hasta las ofensas verbales y la calumnia. Además el delito y el pago tienen un carácter colectivo que implica a toda la parentela” (Macías y Cepeda, 2005:134).

Las faltas u ofensas son pagadas a manera de retribución por el daño, con animales, joyas o dinero; la cantidad o el monto varía según la ofensa recibida y según los acuerdos a los que lleguen las partes con la mediación del palabrero o *pütchipü*. Dentro de las principales leyes wayuu podemos mencionar las siguientes (Guerra, 2002):

- Ley de parentesco, los hijos de toda unión pertenecen al clan de la madre por tanto tienen derecho a heredar bienes más del tío materno que del propio padre.
- Ley de herencia, en coherencia con la ley de parentesco, los tíos maternos dejan sus bienes a los hijos de sus hermanas por madre.
- Ley de matrimonio, se aplica mediante la entrega de la dote que da el pretendiente con el apoyo de su tío materno, a la familia de la novia o *majayut*.
- Ley por derramamiento de sangre en el primer parto, el marido asume una compensación en dinero o animales a la suegra por el nacimiento del primogénito.
- Ley de muerte o asesinato, lo que constituye la más grave de las ofensas para los wayuu. Esta indemnización puede tener tres etapas o momentos: la primera paga corresponde a la indemnización por haber matado a la persona, la segunda es para la madre por la pérdida de su hijo o hija, y la tercera por el derramamiento de lágrimas de los familiares.
- Ley del adulterio, cuando la mujer es infiel, su familia debe reintegrar a la familia del marido, la mitad de la dote que dieron por ella.
- Ley de pago por robo, quien haya robado a un miembro de la comunidad, deberá pagar el doble y triple del valor de lo robado.
- Ley por calumnia, la persona que calumnia a otra deberá disculparse y pagar la ofensa.

### 3.3.2. Sociedad matrilineal y clánica

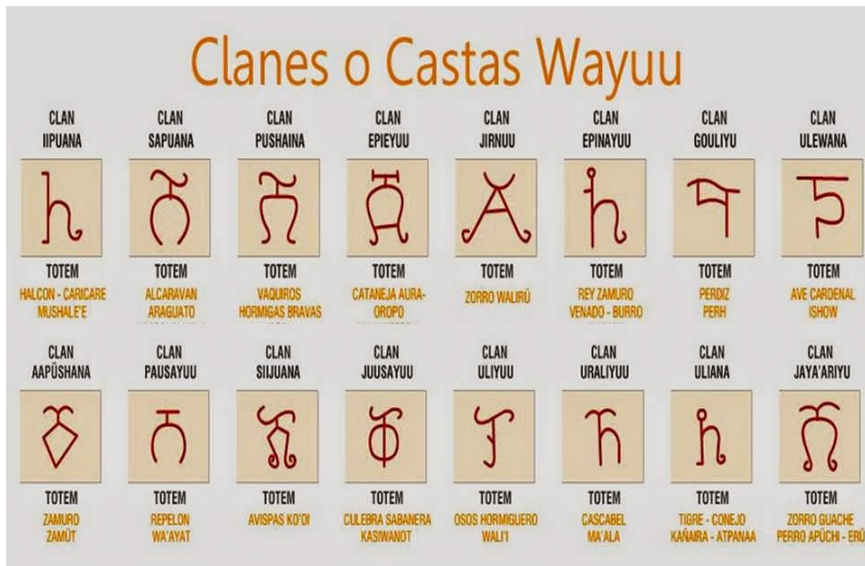
*Apushaina, Epiayu, Uriana, Ipuana, Uliana, Jayaliyu, Ulaliyu, Jesayu, Epiayu, Sapuana*, son algunos de los 28 o 30 clanes<sup>14</sup> que existen en los wayuu y que están representados por un animal y un símbolo propios (véase, figura 2.3), así los clanes actúan como categoría en la que las personas comparten antepasado mítico. Los clanes *e'iruku*, consiste en un número de personas unidas por lazos de consanguinidad en línea materna. Están concebidos como una creación de *Maleiwa*, su principal figura mítica o deidad, en el pasado más que en la actualidad los clanes estaban asociados al estatus socioeconómico de las familias o grupos.

Desde finales del siglo XIX, se decía que las características aristocráticas en las normas de los wayuu, los llevaban a diferenciar entre pobres y ricos (Simons, 1885), aunque ahora se observa que la pobreza suele estar más generalizada y no siempre hay diferencias entre los clanes como pudo serlo en el pasado. El mismo Simons plantea que algunos de estos clanes eran grupos insignificantes o poco reconocidos por ellos mismos, mientras que los Uriana por ejemplo, hasta la actualidad representan el clan de mayor reconocimiento, lo que aún es expresado entre los que hacen parte de este.

---

<sup>14</sup> Teóricamente, los wayuu están subdivididos en castas que conservan similitudes con los clanes de Escocia (Simons, 1885), los que también podrían entenderse como linajes, sin embargo en este estudio haremos alusión a ellas como clanes, por ser la forma como se identifican los mismos wayuu. Se toma este autor como referencia por haber sido considerado un pionero en el estudio de la organización social de los wayuu junto con el francés Brettes.

Figura 2.3. Clanes wayuu



Fuente: <http://achiikanain.tumblr.com/post/119915496216/los-clanes-dentro-de-la-literatura-etnogr%C3%A1fica-se>  
 Acceso: marzo 2016

En general las sociedades wayuu, según Guerra (1998), están “estratificadas con base en la tenencia del ganado y otros bienes”, de hecho, si en el pasado alguna familia gozó de prestigio por sus riquezas pero en el presente las ha perdido, la familia seguirá gozando de reconocimiento social ante los demás wayuu.

Retomando el tema del parentesco, para estas comunidades como para otras de las sociedades amerindias, el destino y eficiencia social y cultural se han asociado al valor que tiene para ellas la cooperación de la parentela y a las alianzas que establecen entre sus miembros, aspecto que “les ha permitido sobrevivir a pesar de las múltiples adversidades, tanto culturales como sociales, políticas y económicas que han tenido que sufrir” (Morales *et al.*, 2009: 549).

Su estructura social compleja (Alarcón, 2006) que, como hemos dicho antes funcionan como matrilineas por estar relacionados con la matriliación, da prioridad a los parientes uterinos y en consecuencia los tíos por línea materna o *alaüla*, juegan un papel fundamental en las decisiones, en las negociaciones por conflictos y en el pago de la dote y

las compensaciones por ofensa. También a ellos se les delega gran parte de la orientación y guía de los sobrinos por encargo de la madre (Polo y Ojeda Jayariyu, 2015).

Con respecto al padre, tal como lo plantea Mancuso (2007), ya la antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda en 1948 había empezado a abordar el tema del parentesco en los wayuu. En sus estudios se hacía énfasis en la importancia del principio matrilineal asociado a la transmisión del e'*iruku* o clan a través de la madre, así no solo era secundaria la contribución biológica del padre, sino que éste no era considerado un pariente desde la mirada de la identidad social, afirmación que fue debatida a partir de otros estudios. Para los wayuu entonces, una persona es wayuu si la madre lo es y el padre no, pero no se considera wayuu a quien tiene madre *alijuna* y padre wayuu.

La matrilinealidad es un principio tan importante en los wayuu, que está vinculado a prácticas rituales como el encierro de la niña a partir de la primera menarquia, la dote que se da a la familia por la novia, la entrega de los bienes que años atrás el esposo entregaba a la familia de la esposa, y, la condición de habitar en territorio de la esposa. Sin embargo tal como lo dice Mancuso (2007), hoy se visualiza como el mestizaje y la influencia de la iglesia católica y del estilo de vida de los *alijunas*, han ido cambiando muchas de estas instituciones culturales.

Muestra de esta transformación, es que en la actualidad, el padre es quien da el primer apellido a su descendencia, “*antes teníamos el apellido de la madre, creo que esto cambió por decisión de la registraduría [...] si otros wayuu quieren se colocan los apellidos de la madre*” (Conversación con mujer wayuu, profesional en salud, de 43 años de edad, clan Uriana, marzo 2015).

En el testimonio anterior podemos ver como la institucionalidad *alijuna* ha impuesto criterios y políticas que hacen que características culturales de grupos étnicos se tornen en una opción para ellos y no en su forma común de hacer las cosas. La identidad de los clanes ha estado dada por el nombre de la primera figura femenina, es decir la abuela,



pero ya en muchos casos este nombre aparece después del nombre del padre tal como es norma en los colombianos no indígenas<sup>15</sup>.

Como lo plantea Watson (1967) citado por Mancuso (2007), si en los wayuu se identifican aspectos que no se corresponden totalmente con el modelo matrilineal es por el proceso de transculturización que está viviendo este pueblo indígena y que pese a ello se resiste a desaparecer.

El padre entonces, dice Alarcón (2006), que muchas veces se le vio cumpliendo un rol secundario dentro del hogar y que su función ha sido principalmente biológica en términos de procreación, situación que se acentuaba con el importante papel que ha jugado el tío materno en la crianza y acompañamiento de las nuevas generaciones. Sin embargo actualmente podemos ver que ambas figuras tienen un papel importante y que el padre es reconocido y valorado en su rol durante la crianza y manutención de las familias; realidad que se confirma durante las visitas a las comunidades tras observar que tanto el tío materno como el padre asumen responsabilidades al momento del establecimiento de la dote por la novia, en el patrocinio de los primeros y segundos entierros y hasta en la negociación de conflictos o derramamientos de sangre.

En cuanto a la elección del lugar de la vivienda, se percibe que pueden darse las dos formas: patrilocal y matrilocal, aunque en el pasado pudo predominar la segunda, lo que pudo estar asociado a la poligamia, y en este sentido, tal vez el lugar del tío materno era mucho más activo en la crianza de los sobrinos; hoy se encuentra que muchos matrimonios van a vivir en el asentamiento del varón aun cuando sea distante del de la madre, esto porque la elección de residencia obedece principalmente a razones económicas y sociales.

---

<sup>15</sup> Con la intención de ampliar el contexto wayuu, traemos a colación, los abusos por parte de los funcionarios encargados del registro y tramitación de documentos de identidad. Las llamadas “cédulas de burla” ha sido un tema debatido y denunciado. Estos no sólo imponían nombres burlescos a los wayuu, sino que dejaban una fecha cualquiera de nacimiento ante la dificultad de los indígenas para responder a la pregunta. Se conoció más de 100 mil wayuu nacidos el 31 de diciembre. Muchas de las denuncias responsabilizan del hecho a los políticos de turno, por considerarlo una estrategia para tener mayor número de votantes (Mejía, 2006).

Estos cambios enunciados, dan cuenta de un sistema en transición con cada vez mayores matices del mundo *alijuna*.

Para referirse a los parientes, lo hacen reconociendo un tipo de familia extensa o multigeneracional, en el que abuelos, tíos, sobrinos y primos juegan un papel fundamental y en ella pueden nombrar o considerar *alijunas* por afinidad y en ocasiones, algunas personas de afuera sin lazos reales, pueden ser nombrados por ellos como primo (a), sobrino (a), tío (a), según la edad. El solo hecho de ser wayuu, les motiva lazos y vínculos familiares.

Anteriormente, quien heredaba la mayor parte de los elementos materiales eran los sobrinos por línea materna, pero aunque esto también ha ido cambiando, los primos maternos siguen siendo asumidos como hermanos y los primos paternos, como primos lejanos: “*primos significa hermanos, siempre que sean del lado de la madre... por el valor de los primos como hermanos, se les dice primos a otras personas que inspiran amistad, respeto o hermandad*” (Conversación con mujer guía bilingüe, de 27 años de edad, clan Epieyu, abril 2014).

La complejidad en las formas de parentesco y la importancia de los cambios suscitados por el proceso de transición y transculturización, demanda nuevas miradas de sus formas de parentesco menos viciadas por el sensacionalismo y la intención de mostrar a esta como a otras etnias, desde una mirada exótica y en ocasiones exhibicionista.

### **3.3.3. Matrimonio y dote o *sujutü***

Los wayuu no suelen ser ni exogámicos, ni endogámicos, pues puede llevarse a cabo el matrimonio dentro y fuera del clan. Para ellos esta institución se constituye en uno de los mecanismos utilizados para extender alianzas sociales y políticas, por lo tanto es bueno que se realice entre personas que no son consideradas de la propia ascendencia *nátajat* o *naataa*, aunque también se dan matrimonios entre primos paralelos y raramente matrilineales que suelen explicarse por situaciones circunstanciales asociadas con conservación de la ganadería, concentración territorial y falta de otros socios (Mancuso, 2008), además con el paso del tiempo se ha hecho común formar familia con *alijunas*. Sin

duda alguna, la fuerza social del matrimonio en este pueblo indígena, se deriva de que este constituye un contrato que sella alianzas y formas de solidaridad entre linajes o clanes.

Con respecto a la prescripción matrimonial, en los wayuu no hay una categoría de pariente con la cual una persona tiene que casarse, sin embargo sí se prohíbe el matrimonio entre miembros uterinos cercanos: “de un hombre con su prima paralela matrilateral, con la hija de esta, con la sobrina sororal” (Mancuso, 2006:47).

El matrimonio es crucial por el prestigio que representa poder realizar una alianza que supone recursos económicos propios y de los suyos, para el pago de la dote<sup>16</sup>. Entonces este ritual se realiza por la ley guajira mediante este pago que más que la “compra” de la mujer, es la forma de consolidar la alianza realizada entre dos clanes después de que la niña o adolescente ha pasado por el ritual del encierro o rito de iniciación femenino (Osorio, 1999).

El valor de la dote o *sujutü* puede variar según el clan de la joven, si es virgen o no y según la edad, entre otros factores que llevan a que el hombre y su familia sepan de antemano cuántas mujeres puede elegir, pues si bien está bien visto el comportamiento polígamo en los hombres, el número de mujeres dependerá de la capacidad adquisitiva o económica de la familia materna del hombre, que es quien lo respalda.

Por otra parte, la dote o paga por la mujer, fija el estatus personal de esta y su descendencia, pues como lo plantea Orsini (2007) el estatus del clan está asociado al valor matrimonial de las mujeres, dependiendo del número de cabezas de ganado de la *sujutü*, será la valoración de su categoría. En consecuencia, el pago de una mujer debe estar al mismo nivel del que realizó el padre de la novia por su madre en el pasado. En coherencia dice el siguiente testimonio:

*[sujutü] representa el valor de la mujer, ahí el hombre demuestra con el pago el respeto que deben de tenerse mutuamente los familiares tanto del hombre como de la mujer. No es que la estén comprando como un animal es*

<sup>16</sup> La dote corresponde al pago que se hace a la familia de la novia representado en joyas, dinero, animales, chinchorros, entre otros artículos de significativo valor para las familias.

*el valor y el respeto que se tienen* (Entrevista, mujer docente en centro educativo rural, de 32 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).

Sin embargo, el “pago de la novia” como lo nombra Mancuso (2006) no es la única forma de establecer la transacción matrimonial, pues además de la dote ha sido tradicional entre ellos, que la esposa reciba animales de parte de su padre para que sean pastoreados por el esposo en su nuevo hogar; esto en el caso de que la familia posea rebaños. En el caso de familias de bajo estatus la dote es la única forma de sellar la alianza.

El matrimonio como institución que generalmente favorecía la conservación étnica por un lado y, la consolidación de una alianza social y económica por el otro, se llevaba a cabo en el momento en que se formalizaba y se procedía a la entrega parcial o total de la dote y solo en ocasiones se hacía pública mediante fiestas en las que las familias compartían el licor típico *chirrinchi*<sup>17</sup> y el especial *frichi* entre otras formas de preparar la carne de chivo o cabra.

En los wayuu los hombres adquieren derechos sobre su esposa o esposas a través de la dote en lugar de servicios ofrecidos a la familia de ésta como sucede en otros grupos amerindios, por ejemplo en los yanomamö el esposo trabaja por años para la familia de la esposa proveyéndoles de alimentos, bien sea producto de la caza o del cultivo de la huerta familiar (Chagnon, 2006: 47).

Los cambios actuales en la cultura wayuu, producto del creciente vínculo con personas *alijuna* y por tanto con otras expresiones culturales, han empezado a debilitar el cumplimiento de la dote, lo que interfiere directamente en la economía de las familias y especialmente en la lógico de reciprocidad que esta práctica ha favorecido. Ahora es cada vez más común encontrar parejas que se conforman sin seguir los principios wayuu para la consolidación de la alianza.

*Cuando ya sea el hombre [...] habla sobre ella que es su novia o cuando empieza el enamoramiento, ellos dicen: hay esa mujer es muy bonita, me*

---

<sup>17</sup> El *chirrinchi* es el licor artesanal de los wayuu, está elaborado con agua y panela destilado en alambiques caseros. Este licor suele ser protagonista en los velorios.

*gusta para mi novia. Solo si la mujer es de cabeza floja, ella responde: me voy contigo de una vez. [...] Comienza el proceso del dote de esa mujer, si es muy costosa le dan collares o lo que quieran dicen los padres de él y la familia de ella piden mula, vaca, lo que ellos crean que es la sujutu, ¡así es!* (Entrevista, mujer ama de casa y pastora, de 49 años de edad, clan Ipuana, septiembre 2012)

*Si se va comprometer por su familia, se pide el sujutu (dinero, objetos) como reconocimiento a la familia. Cuando el hombre interesado le pide la mano a veces él mismo ofrece lo que pueda dar, en ocasiones cuando el hombre no es del gusto de la mujer y los tíos deciden recibir el pago por ella, debe irse con él así no quiera, los familiares dicen que ella llega a querer su marido con el tiempo* (Entrevista, mujer artesana, de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012)

En estos testimonios observamos la importancia de la dote o *sujutu* en la consolidación de alianzas, pues llegó a ponerse esta por encima de la decisión de la mujer, sin embargo los cambios que ha traído los nuevos esquemas culturales o, dicho de otra manera, la ruptura con sus principios tradicionales, dejan ver que ahora con mayor frecuencia que antes, las mujeres optan por irse con su pareja sin el acuerdo entre las familias. No obstante, casos como estos pueden conllevar a la reclamación de una compensación a través de palabrero o *pütchipü*.

#### **3.3.4. Poligamia y patrones de residencia**

Otro rasgo característico de los wayuu es el sistema de residencia, el cual suele ser poli-residencial, correspondiente a un esquema migratorio de por lo menos dos traslados al año dependiendo de las estaciones. Este patrón de residencia puede incluir la tenencia de una rancharía alterna (Correa, 1993), y está directamente relacionado con la práctica de la poliginia o poligamia, pues las esposas pueden vivir en diferente rancharía. Así se movilizan a lo largo del territorio ancestral colombo-venezolano en temporadas específicas del año, principalmente las de mayor sequía.

Desde la tradición oral, los wayuu hacen alusión a dos deidades *Juya* y *Pulowi*, quienes representan al marido y sus mujeres respectivamente, *Juya* es la lluvia que viene y va y que además fecunda la tierras, mientras que *Pulowi* es la tierra que está en el mismo lugar. Unión que es fundamental porque responde a la idea cosmogónica de su origen, los wayuu son el resultado del encuentro de la lluvia con la tierra.

Por otra parte, “esta unión representa al matrimonio poliginial y matrilocal en el cual el hombre único y móvil, comparte su tiempo entre sus esposas fijas y múltiples, generalmente dispersas en el territorio”. Macías y Cepeda, (2005: 137) citando a Correa (1989).

La poligamia como característica de los wayuu, desde antes de la llegada de los españoles era ya una práctica muy extendida que, además, daba prestigio y reconocimiento, de ahí que en lugar de erradicarse como lo buscó la iglesia católica, se extendió a la población en la región guajira. Entonces, un hombre wayuu o *alijuna* casado con mujer wayuu, podía tener todas las mujeres que estuviera en capacidad de mantener económicamente hablando, además para todas se cumple la condición de la dote aunque no todas tienen el mismo valor porque en tanto está sujeto como hemos dicho antes, al valor de las mujeres del clan al que pertenece cada una, además de la edad, belleza, presencia o no de la virginidad, entre otros elementos que se tienen en cuenta para acordar el pago correspondiente.

La poligamia ha sido no solo una práctica legítima, sino también una condición ideal por el prestigio y poder que representa. Al respecto dice Gutiérrez, “Y aunque el matrimonio católico moldeó la cultura guajira criolla con sus principios de monogamia, indisolubilidad, fidelidad y patriarcalismo, no pudo transformar viejas tradiciones como la poligamia hasta hacerlas desaparecer” (Gutiérrez, 1984: 58).

*Ya la mujer no la toma en serio, porque está jugando con ella y la mujer también hace lo mismo, porque el hombre tiene muchas mujeres, porque es rico, pero ahora eso no importa hasta el pobre ya tiene varias mujeres ya es lo mismo.* (Grupo focal de discusión, hombre docente centro educativo, de 38 años de edad, clan Arpushana, marzo 2013)

La cultura wayuu, aunque más en el pasado que ahora, no solo ha permitido al hombre tener varias esposas, sino que también lo ha motivado, exigiendo a las mujeres una estricta fidelidad a su marido. De hecho la ley de cobro por adulterio se aplica solo a la infidelidad de las mujeres. Pero si bien este pago contribuye al comportamiento moral en ellas, también se suma que la fidelidad es considerada una cuestión de honor para sus familiares y sus clanes.

*[...] pero le informan más a los hombres porque la mujer no es como el hombre, el hombre se acuesta con varias mujeres y la mujer nada más se acuesta con él.* (Entrevista, mujer docente centro educativo rural, de 30 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012)

El ejercicio de la poligamia ha traído consigo consecuencias y efectos asociados. El hombre, no solo ha gozado de los beneficios que trae el tener varias mujeres, sino que también le ha significado el cumplimiento de obligaciones con varios núcleos familiares, pues incumplir con ellas se constituye también en un comportamiento deshonesto para él y su familia materna en tanto se está faltando a la “palabra” o *pütchi*. Igualmente, su ausencia por periodos cortos o largos de alguna de sus viviendas, ha fortalecido el rol del tío materno como figura de autoridad para los hijos y la importancia de la madre como figura constante en el hogar. Muestra de ello es que hoy, a pesar de estar más reducida la práctica de la poligamia, junto con la influencia de la cultura *alijuna*, los padres han ido tomando un lugar similar al del tío en las decisiones de los hijos y además participan en el establecimiento de la dote y distribución de la misma.

*[...] no hay prohibición para los hombres, hay hombres que tienen varias mujeres y para nosotros [los wayuu], es normal y está bien visto* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y la agricultura, de 62 años de edad, clan Pushaina, septiembre, 2012)

*Como los wayuu tenemos la costumbre de tener varias parejas porque eso es normal en nuestra cultura [...], pero ya es hora de dar una buena educación para tener una sola pareja.* (Diario de campo, hombre autoridad wayuu, de 50 años de edad, clan Juyariyu, febrero, 2014)

En el último testimonio, identificamos como el ideal para los wayuu parece estar cambiando, y con este sus prácticas. Antes la poligamia era un ideal en tanto estatus, pero ahora por influencias externas empieza a verse la monogamia como sinónimo de “buena educación”.

### **3.4. Economía y colonización**

En La Guajira es fuerte la influencia de los *alijunas* o no indígenas, tanto colombianos como extranjeros, que llegan atraídos por el contrabando o a trabajar en grandes empresas de carbón y gas, o como militantes del ejército nacional y de grupos armados al margen de la ley. La mayoría de ellos son hombres y muchas veces salen de la región dejando descendencia entre los wayuu.

El territorio guajiro se ha movido desde siempre entre dos polos que se oponen pero que coexisten: lo legal y lo legítimo de un lado y lo ilegal y lo ilegítimo del otro. Polos que generan tensiones en la región pero que como lo dice Orsini (2007) demandan la creación de códigos y parámetros propios que configuran una ética sociocultural propia.

La influencia de pobladores diferentes a los wayuu, también ha motivado en los indígenas el abandono del pastoreo y la agricultura, la incorporación de prácticas de contrabando y la tendencia a la movilidad permanente entre la ranchería y las ciudades por largos periodos de tiempo en busca de otras opciones económicas; nuevas prácticas que dejan entrever el proceso de transculturización o hibridación cultural como la nombra García Canclini (2001).

Lo anterior hace que hoy se considere uno de los pueblos indígenas colombianos sometido a fuertes dinámicas de cambio desde el siglo XVI, “derivadas tanto de la Conquista y la Colonia españolas, como por las políticas asimiladoras de las sociedades criollas que comparten su territorio, y en las cuales se han insertado y, en algunos casos, asimilado a muchas de las costumbres del sistema social, económico y cultural de esos dos estados nacionales” (Morales *et al.*, 2009), aquí los autores están haciendo referencia a las sociedades venezolana y colombiana.



Continúan los autores expresando que en el ámbito religioso una de las más fuertes influencias ha sido la iglesia católica, como sucedió en todo Latinoamérica tras la llegada de los conquistadores, pero a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX, se suman las iglesias evangélicas. Sin embargo se reconoce a los wayuu como uno de los grupos que ha logrado interactuar con dos sociedades diferentes, salvaguardando mucho de su identidad y singularidad cultural, como son por ejemplo algunos de sus ritos, la lengua y la organización social basada en el parentesco y la descendencia matrilineal (aspectos sobre los cuales hablaremos más adelante).

Retomando el asunto de la tensión entre lo legal y lo ilegal en el ámbito sociocultural de La Guajira, cabe anotar que el acceso a la frontera o el proceso de fronterización como lo nombra Grimson (2003) citado por Orsini (2007), ha dado lugar entre otras, a prácticas de contrabando como parte de la economía de los guajiros, incluyendo en este apelativo a los wayuu. La misma autora expone en su análisis histórico del contrabando, que sus orígenes están asociados a la posibilidad de rutas de intercambio de productos a través de la frontera, pero también a la resistencia de los indígenas frente al poblamiento español atraído por los bancos de perlas en la zona y frente al pago de tributos por considerar que los recursos que obtenían eran fruto de la mar. Es decir que los wayuu no consideraban que estaban realizando ninguna actividad ilícita, para ellos era un intercambio con varios grupos, entre ellos el español; por el contrario los gobiernos españoles sí lo consideraban como un acto ilegal.

Con el paso del tiempo, Maicao la segunda ciudad de La Guajira, seguida de Riohacha que es la capital, fue conocida en el país por su amplio comercio de diversos productos a precios bajos. El contrabando tuvo en esta ciudad épocas de bonanza que hacía que fuera lugar obligado para comerciantes de otras regiones del país y de poblaciones fronterizas. Tal como continúa Orsini (2007), llegó a ser una ciudad próspera pero también vulnerable en tanto ha vivido el paso de extranjeros atraídos por el comercio y además ha dependido económica y socialmente de la dinámica del contrabando, del comercio informal y del comercio en general. Esta situación afecta significativamente a las estaciones de gasolina colombianas en tanto el precio del combustible ilegal puede estar hasta un 60% por debajo del precio comercial legal.

En una época las perlas, en otra el café por el precario control aduanero, en otra fueron los electrodomésticos que pasaban por los puertos desde países como Estados Unidos y China, en otro momento era el licor que a propósito, aún sigue dejando frutos y en otra época que sigue vigente, la gasolina. La diferencia de precios de la gasolina entre Venezuela y Colombia, muy bajos en el primer caso y muy altos en el segundo, se convierte en motor para ofrecer combustible venezolano a los guajiros, a muy bajo costo en espacios informales e improvisados a lo largo y ancho del territorio guajiro.

En general, el contrabando ha hecho parte importante de la dinámica social y específicamente económica de la región, práctica en la que los productos antes mencionados, han alternado su protagonismo con el paso de alimentos y artículos de la canasta familiar, que llegan de Venezuela por las trochas o atajos fronterizos por ser lugares que no cuentan con adecuados controles por parte de los gobiernos de ambos países.

Es sabido hoy, que aunque el contrabando en la región inicia con los wayuu a partir de su forma de intercambio comercial con diferentes grupos, hoy esta actividad matizada bajo la imagen de los comerciantes en Maicao principalmente, está controlada por pobladores árabes y guajiros mestizos que recurren a la mano de obra de los wayuu para el cuidado y transporte de las mercancías (Orsini, 2007). Actividad que además ha perdido fuerza y rentabilidad a partir de la firma de tratados de libre comercio, las dificultades en las relaciones fronterizas entre Colombia y Venezuela, el control del mercado en Venezuela que implica difícil acceso a productos básicos, la intención del gobierno colombiano de hacer frente a la ilegalidad, ente otros factores.

Después de las épocas de bonanza comercial, la región ha pasado a ocupar el tercer lugar en la escala de departamentos de Colombia, con mayores necesidades básicas insatisfechas, de lo que dan muestra las actuales denuncias en medios masivos de comunicación por desnutrición y muerte de niños wayuu y las precarias condiciones de vida de los indígenas principalmente, quienes además reclaman presencia del Estado para que puedan contar con el máspreciado bien natural: el agua.

*Solo hay que estar allí en las rancherías para ver los rostros de gratitud cuando compartimos con ellos durante las visitas de campo, algunas bolsas de agua para calmar la sed. Recordamos muchas veces ver a los niños guardar la pequeña bolsa de unos 250 ml para llevarla a su casa o refrescarse con ella mientras piden otra para llevar. Cómo olvidar a las mujeres esperando recibir las bolsas de hielo que puedan haber quedado al finalizar la jornada con los alijunas visitantes (Memorias de campo, octubre 2013).*

Otra bonanza importante y que se dio a la par con el auge del comercio en Maicao, fue la llamada “bonanza marimbera”, referida esta al cultivo y comercialización de la marihuana durante la segunda década del siglo XX; época en la que la abundancia permeó a todas las clases sociales de la región y también las tradiciones y estilo de vida familiar. Expresa Orsini (2007) que este fenómeno no solo generó disputas entre clanes familiares, sino también mayor presencia de la fuerza militar y nuevas formas de inseguridad social.

En general, el pueblo wayuu que en un alto porcentaje permanece en las áreas rurales (86%), si bien van de un lado a otro de la frontera y a baja escala algunos compran y venden productos básicos, sigue caracterizándose por la pesca, el pastoreo de chivos o cabras, la extracción de sal y yeso en zonas costeras, la manufactura e intercambio comercial de artesanías con no indígenas. Dadas las condiciones de las tierras, desarrollan una economía mixta que combina actividades de pastoreo, caza y horticultura de maíz, yuca, ahuyama, patilla, entre otros productos propios de la región. Actividades como la caza, recolección de frutos silvestres y agricultura estacional a pequeña escala, se mantienen desde la época prehispánica, pero coexisten con las nuevas formas de economía basada en el trabajo asalariado y el comercio de frontera.

Los chivos (cabras), que es como ellos prefieren llamar a estos animales que fueron introducidos por los españoles en América, han sido por una parte, la base alimenticia y objeto de intercambios comerciales, pero por otra, han tenido un significado cultural que representa el poder, estatus y prestigio de la familia y de la comunidad (Mancuso, 2008), razón por la cual es el animal que comúnmente encontramos en las rancherías. De hecho La Guajira es la región del país que cuenta con mayor cantidad de caprinos.

Retomando algunos testimonios podemos entender que hombres y mujeres realizan labores dentro de las comunidades, pero también es una posibilidad el trabajo por fuera de las mismas:

*Me dedico al pastoreo de animales, porque realmente lo que sabe hacer el wayuu es cuidar los animales, al igual que la siembra. (Entrevista, hombre pastor y agricultor, de 55 años de edad, septiembre 2012)*

*Nosotras hacemos lo que es el chinchorro, tejer mochilas, si lo sabemos hacer colocar un telar, lavar, hacer chicha [...] trabajar en casas de familia, lavan platos, en la limpieza o vendiendo arroz. (Entrevista, mujer ama de casa, de 28 años de edad, septiembre 2012)*

### **3.5. Rito de paso: el encierro *asurrula majayut***

Vinculado al matrimonio está el ritual de encierro al que son sometidas las jovencitas, *majayuras* en wayuunaiki, a partir de la menarquia. Durante el encierro la madre y la abuela se encargan de cuidar de ella, bañarla para su purificación y prepararla para las responsabilidades que asumirá como adulta tanto física como culturalmente y con especial énfasis para la conformación de un hogar (García y Valbuena, 2004).

Este rito de paso, propio de la pubertad, es exclusivo para las mujeres, pues a los hombres no se les hace ninguno. El encierro que tradicionalmente podría durar un año, ha sido uno de los más descritos mediante documentales cinematográficos, textos literarios y relatos etnográficos, por su importante sentido en la preparación de la mujer para el matrimonio, y aunque hoy varía en tiempo por el lugar que la educación formal ha ganado entre los wayuu o por la influencia del mundo *alijuna*, sigue haciéndose por periodos de semanas o meses a partir de la primera menstruación. Uno de los últimos documentales: “La eterna noche de las doce lunas” de Priscila Padilla (2013), narra la importancia de este ritual y expone que aunque es una práctica en riesgo de desaparecer, algunas comunidades lo mantienen por considerarlo un mecanismo de protección de las mujeres, de su cultura y de las nuevas generaciones. Protección en tanto es reconocido como práctica cultural que identifica a los wayuu y por tanto es importante transmitirla de generación en generación,

además que aún la consideran el principio de la consolidación de futuras alianzas entre familias, comunidades y clanes.

Durante el encierro las niñas aprenden el arte de tejer y tienen como misión la elaboración del que podría ser el chinchorro, *süi* en wayuunaiki o lecho conyugal, pero como este puede tomar muchísimo tiempo para elaborarlo, actualmente puede ser también una mochila que son la base de la producción artesanal. Antes, podía suceder que al salir del encierro, ya alguna familia hubiera pagado la dote por la mujer, pero como hemos dicho antes, ahora los wayuu se han abierto a la posibilidad de que la joven pareja se conozca y hasta tenga una amistad o noviazgo previo al acuerdo del *sujutu*.

La abuela materna y la madre son las encargadas de transmitir a las niñas durante el encierro, la historia de su precedencia, las guerras y alianzas vividas por generaciones. Esto lo hacen mientras tejen juntas “como si bordaran en su mente, de manera minuciosa, todo el tejido social del parentesco uterino” (Guerra, 1998: 2), allí se reitera la importancia de la cultura, el rol de la mujer en la comunidad y la importancia del tío materno para toda la familia.

*La niña cuando se desarrolla en nuestra cultura, nosotros los wayuu la acostamos, no la dejan que salga, no anda caminando por ahí, no come cualquier cosa, solo le dan mazamorra<sup>18</sup> o le dan una comida que lleve granos [...]. Así se evita un envejecimiento a temprana edad y como es la primera vez que llega la menstruación, es una majayura muy delicada (Entrevista, mujer ama de casa, de 60 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).*

*La encierran, le guindan un süi (chinchorro) bien alto [...] por tres días no puede comer pero toma plantas medicinales [...], no la ve nadie, solamente la mamá, la abuela o una niña para que le pase la comida o una toma que se llama kasushi para que se vea muy joven y aunque tenga hijos no se le va a notar [...] y cuando pasen los días que ya no tiene menstruación, la sacan y la baña, le cambian la ropa, le cortan el pelo como hombre y demora varios*

<sup>18</sup> Alimento de maíz cocido que se consume en varias regiones del país.

*días o un año o si no seis meses sin salir* (Entrevista, mujer ama de casa, de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

En estos testimonios, vemos que el encierro cumple funciones educativas, de protección y preparación de la futura mujer. En esta preparación está no solo la importancia del conocimiento de su cultura y sus ancestros, sino también de lo que debe aprender como mujer, además de la preparación de su cuerpo desde los principios de limpieza y bienestar; pero particularmente se hace énfasis en el cuidado de la piel y en la búsqueda de verse bellas y no envejecer de forma prematura. Estas son condiciones que además serán bien valoradas por el hombre que vaya a casarse con ella y por consiguiente podrá mejorar la oferta de la dote o *sujutu*.

El segundo testimonio describe además, el paso a paso que siguen las mujeres (madre y abuela), en la formación de la futura mujer y esposa. Cada acción que emana de éste, toma un significado relevante en el que será el futuro de la *majayut*. Todo empieza con el primer derramamiento de sangre que implica un proceso de purificación y preparación para los siguientes que vengan de la mano de la maternidad. Purificación que demanda limpieza por dentro y por fuera, a través de los baños y la toma de hierbas. Pero también está la preparación de la comunidad y el clan, para recibir a la mujer que se manifestará después del encierro. De hecho el tiempo del encierro buscaba que tuviera cabello largo, renovado y piel muy tersa, menos quemada por el sol y tratada naturalmente por las mujeres mayores.

El encierro espera ayudar a la *majayut o majayura* a dejar atrás el comportamiento de niña para que asuma su nuevo rol como mujer:

*No está bien visto que anden por ahí con el pelo corto, así no parecen majayuras, siguen pareciendo niñas, no se ajuician y siguen jugando con niñas, eso pasa si no se hizo el encierro debido. Hay que encerrarla, enseñarle a tejer süü, a hilar algodones, hacer mochilas. Pero eso lo hacían antes, hoy en día no se está haciendo porque las wayuu quieren ser como las alijunas. Hay que enseñarles cómo se debe de comportar una majayura* (Entrevista, mujer artesana y profesora, de 40 años de edad, clan Jayariyu, septiembre de 2012).

La sensación de los mismos wayuu, es que cada vez están más “alijunizados”, esto lo expresan durante los diferentes encuentros con las comunidades y las personas en campo, siempre como si se tuvieran la sensación de pérdida y no de ganancia. La transculturización cada vez los distancia más de sus antepasados, aunque esta no sea un proceso recién iniciado, sino que lleva ya cientos de años.

### 3.6. Rituales funerarios: *ojoita* y *anajawa shimpse*

Junto con el matrimonio, el entierro es el otro de los dos momentos importantes en la vida de los wayuu, el ritual fúnebre o primer enterramiento (*ojoito* en wayuunaiki), está a cargo de las mujeres que son las que preparan al muerto y lo ponen en el ataúd para que sea exhumado después para el que será el segundo entierro, el *anajawa shimpse*.

La historia vital enlaza vida y muerte como un continuo en que la segunda determina la primera, por eso la palabra de los muertos a través de los sueños es irrefutable, otra razón para rendirles culto a los muertos y acompañarlos en su paso a *jepirra*, que es ese lugar donde se reúnen las almas de los antepasados y donde se llega conforme el estilo de vida y la forma de la muerte de las personas (Nájera y Santos, 2009). Al respecto Macías y Cepeda (2005) dicen que el ciclo de vida en los wayuu sigue después de la muerte, en tanto esta última es liberación definitiva, es ingreso al mundo de los espíritus que aunque es desconocido, está estrechamente vinculado con el mundo de los vivos.

La importancia de la muerte se evidencia también en la ubicación del cementerio, está en la comunidad y toma el sentido de patria guajira, es la prueba de pertenencia a un lugar en el mundo de los vivos. Por tanto la creencia en el más allá regula la vida misma y por eso la palabra de los muertos durante los sueños es algo “irrefutable”. Igualmente incide sobre la economía, pues la idea de los futuros velorios y entierros son motivo para acumular y preservar los rebaños, evitando consumirlos (Nájera y Lozano, 2009).

Son tres los momentos que comprende el ritual fúnebre:

- *Alapaja*, corresponde al velorio y es el momento para llorar al difunto *a'yajalaa*. Puede llevarse entre uno y tres días mientras esperan la llegada de familiares y amigos y el difunto puede yacer en un ataúd o en su chinchorro.

- *Ojoita*, es el primer entierro, el momento en que el difunto es puesto en la tumba de tierra, piedra o cemento. En este momento ya todas las personas que le conocían han llegado y le han llorado para despedirle.

- *Anajawa shimpse*, es el segundo entierro y consiste en la exhumación de los restos de la persona fallecida dos o más años después de la muerte. Este tiempo depende del tiempo que le tome a la familia contar con los recursos necesarios para volver a reunir a los familiares y amigos. El segundo entierro consiste en llevar los restos en una múcura<sup>19</sup>, *amüchi* en wayuunaiki o similiar, hasta un cementerio más antiguo para facilitar el encuentro con los antepasados (Guerra, 1998).

Tanto en el primero como en el segundo entierro, se reunirán muchas personas que vienen desde rancherías lejanas y serán recibidas con suficiente comida y bebida. El *chirrinchi* y el chivo servirán para recibir a la familia y también para que tengan un tranquilo regreso a sus comunidades de origen.

Las muertes violentas generan temor en los wayuu, no solo porque esto dificultará el paso a *jepirra*, sino también porque los hombres que tengan contacto con el difunto, podrían perder valor en los combates e incluso puede llevarlos a la muerte.

Los wayuu son un pueblo que durante siglos se ha resistido a desaparecer, no obstante, igual que los demás pueblos indígenas del país, han vivido la influencia de otras expresiones culturales, lo que se ve agravado por su condición de comunidades fronterizas, pues no solo se encuentran con *alijunas* mestizos, negros y extranjeros de Colombia y Venezuela, según la ubicación de la comunidad o ranchería, sino también, en el caso colombiano, con los wayuu de Venezuela que igual presentan algunas particularidades en sus prácticas culturales. De hecho, ya dentro de las tres zonas de La Guajira, la alta, la

---

<sup>19</sup> La múcura es una vasija de barro que tiene una boca angosta y se utiliza para transportar y almacenar agua fresca.



media y la baja, tienen diferencias que se materializan ante los no indígenas, en las diferencias lingüísticas y en las principales formas de economía, entre otras características relacionadas con el entorno y los recursos naturales con que cuentan.

Por otro lado, desde su propio discurso, hay una gran diferencia entre “los wayuu de antes y los wayuu de ahora”, lo que atribuyen a que muchos de ellos han empezado a adoptar costumbres de los no indígenas, además cada vez se abren más al matrimonio con *alijunas*, dando continuidad al mestizaje como proceso de transición cultural. En consecuencia prácticas como la dote, el encierro, la poligamia, la medicina tradicional y los entierros, se han convertido en una opción que se conserva en unas rancherías más que en otras, principalmente en las que están distantes de las ciudades o de las cabeceras municipales.



## Capítulo III

# METODOLOGÍA Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación como proceso científico tiene dentro de sus propósitos, formular y en ocasiones, establecer pautas generales que den forma a las acciones encaminadas en la búsqueda de respuestas y explicaciones a un determinado fenómeno u objeto de estudio (Gergen *et al.*, 2007). No obstante, día a día la experiencia de investigadores, la complejidad de las realidades sociales y las formas diferentes de interacción entre actores sociales (contando entre ellos a los investigadores), demandan flexibilidad, creatividad y recursividad al momento de interpretar y seguir las pautas y leyes propuestas por la ciencia.

En este apartado, buscaremos dar forma, sin perder de vista los principios de la investigación, al paso a paso que hemos seguido en este estudio. Ponemos énfasis en la importancia de la flexibilidad y la creatividad, porque una ruta preestablecida desde la experiencia de otros investigadores en otros estudios, podría quedarse corta al momento de abordar el complejo tema del VIH y sida, en el singular mundo de los pueblos indígenas (los wayuu particularmente) y más aún cuando los objetivos le han apostado a la lectura del cómo los participantes ven, piensan y viven este fenómeno en sus comunidades.

Es un elemento a considerar, que este estudio se convierte en un producto autónomo pero adscrito a un macroproyecto desarrollado por el “Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con comunidades” (véase, <http://vihindigenas.wix.com/saludsexual>), en el cual venimos trabajando entre otras, con comunidades indígenas desde el año 2009. El proyecto “Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades wayuu”, se llevó a cabo entre 2012 y 2015,

apoyados en el enfoque de la Community-Based Participatory Research – CBPR (Majumdar *et al.*, 2004), para responder a dos propósitos centrales: análisis de prevalencia e identificación de determinantes sociales en salud para el diseño e implementación de un programa de intervención adecuado culturalmente.

Por tal razón, la metodología de este estudio está necesariamente articulada con el desarrollo de los objetivos del proyecto principal, sin embargo aquí se da cuenta específicamente del componente cualitativo del proyecto que es el que corresponde a este estudio.

El paso a paso del proyecto macro y que comprende también el de este estudio, se ha configurado paulatinamente desde el momento de la planeación de los trabajos investigativos con pueblos indígenas, resultado final que puede servir de referente a otros investigadores, pero también a nosotros mismos en futuros estudios (véase, Anexo A). Claro está, sin perder de vista que cada proceso metodológico es una construcción nueva y debe reconocer el contexto propio de quienes serán los interlocutores, así la metodología ha tenido que ser revisada, actualizada y contextualizada de principio a fin.

La metodología es el paso a paso que hemos seguido para responder a la pregunta de investigación previamente delimitada. No constituye un recetario, pero sí una fiable aproximación a la ruta que se ha elegido para dar cuenta de un proceso sistemático y coherente con la realidad estudiada.

En este capítulo presentaremos las perspectivas y enfoques teórico-metodológicos, además de los componentes correspondientes a los momentos principales: la preparación del trabajo de campo, la recolección de información y el análisis de los datos.

Con respecto al método científico, plantea Rojas (2007), que está compuesto por formulaciones y procedimientos generales, pero también de técnicas e instrumentos precisos que contribuyen de manera importante en la implementación del estudio, lo que es claro es que son múltiples las formas de abordar un mismo objeto de estudio y que como se ha expuesto antes, más aún cuando los contextos, los actores, los tiempos y los enfoques de quienes investigan, están dotados de particularidades que hacen único cada estudio.

Dicho así, este estudio podría acogerse a un sinnúmero de procedimientos metodológicos planteados por diferentes autores y desarrollados por investigadores en el terreno, sin embargo, al momento de llevar a cabo este estudio hemos entendido en la experiencia que, como ya fue dicho al inicio del capítulo, la metodología de trabajo con pueblos indígenas implica reflexiones inter y transdisciplinarias antes, durante y después de la implementación del mismo. Dentro de los elementos importantes de la reflexión en el marco de este estudio podemos enunciar los siguientes:

- *Las características del contexto sociocultural de los wayuu.* No es ni será lo mismo desarrollar un proceso investigativo en una comunidad rural campesina, que en una comunidad rural indígena, así que las metodologías de investigación propuestas para el trabajo comunitario necesitarán un análisis previo de contexto para minimizar el riesgo de la generalización y la “estigmatización” con que los investigadores pueden llegar al campo.

- *La lengua nativa de los participantes en el estudio.* Esto implicó en el estudio particularizar la forma de llegar a las comunidades, pues se trata de que los investigadores se aproximen a la realidad social que investigan y no que los participantes accedan o se acomoden a las condiciones de los investigadores. Esta condición en los wayuu demandó la generación de estrategias para abordar el tema de estudio en wayuunaiki, por ser esta la primera lengua en las comunidades; aunque esto significara que los investigadores por su desconocimiento de la lengua tuvieran que empoderar a otros y asumir un rol diferente, menos protagónico dentro del proceso.

- *La estructura organizativa de las comunidades y el lugar del poder en sus dinámicas cotidianas.* Llegar a una comunidad sin reconocer los roles de poder que la caracterizan, será siempre un riesgo que puede traer a los investigadores significativos sinsabores que pondrían igualmente en riesgo el desarrollo efectivo de los objetivos y tiempos del estudio. En nuestro caso, fue necesario entender que las comunidades solo respondían a los llamados de su autoridad tradicional y ésta a las actividades legitimadas por las instituciones de salud y las asociaciones indígenas a las que están adscritas; por lo tanto recurrir al mecanismo conocido como “consulta previa” fue fundamental para lograr un acercamiento legítimo y que respondiera coherentemente a la ruta que da el debido

proceso en lo que podríamos llamar la cadena de mando que se configura y opera para los wayuu.

Estructura patriarcal que sin duda puede ser en sí misma, objeto de análisis, pero que en este caso fue tenida en cuenta como elemento constitutivo de la dinámica cotidiana de los wayuu, al momento de identificar las percepciones y respuestas sociales frente al VIH y sida.

- *El uso del lenguaje en los instrumentos.* No es nuevo para todo investigador, que los instrumentos de recolección de la información ameritan siempre una prueba piloto que entre otros objetivos ayude a identificar la forma adecuada de acceder a la información a partir de los usos lingüísticos de los participantes. En el caso de los wayuu, no solo se trata de conocer de qué manera podrían comprender mejor las preguntas, sino que tuvimos que hacerlo tanto para el wayuunaiki como para el español, pues los mismos líderes o guías bilingües que se entrenaron para la recolección de la información en wayuunaiki, eran wayuu y era fundamental alcanzar un adecuado nivel de comprensión entre investigadores y guías, en español y de estos últimos con los wayuu de las comunidades, en wayuunaiki.

- *La temporalidad en relación con la construcción de cotidianidad.* Planear las actividades propias del trabajo de investigación, ha de responder siempre a la temporalidad de quien financia, de la formación académica (doctoral en este caso), de las instituciones que avalan la ejecución, del equipo de investigadores. Pero los tiempos más importantes serán siempre los que demarcan las comunidades. En el caso de los wayuu, los tiempos fluyen en una lógica diferente que para los *alijuna* y mucho más cuando somos *alijunas* de las ciudades del interior del país que vamos siempre marcados por la institucionalidad y la queja permanente por la falta de tiempo y por la premura de cada tarea.

Allí en La Guajira al norte de Colombia, el tiempo pareciera que corriera diferente, con independencia de las lógicas institucionales, supeditado a las acciones del día a día y en los que la prioridad es el cumplimiento de las responsabilidades familiares y sociales. No se acude a un llamado si es la hora de preparar los alimentos o de atender a los chivos, esto a manera de ejemplo. Las autoridades son quienes según sus compromisos deciden cuándo puede llevarse a cabo un encuentro en la comunidad y los investigadores buscan siempre negociar aun reconociendo que son ellos los que tomarán la decisión final.

Intentamos ilustrar algunos de los aspectos anteriores, en esta breve aproximación al campo desde la experiencia directa de los investigadores, esperando que los lectores puedan imaginar un poco el contexto.

*Por fin hemos logrado que la autoridad tradicional de la más lejana comunidad participante, responda nuestra llamada, han sido semanas de espera y por fin nos dice que podemos ir y visitar su ranchería, así que no hay tiempo que perder, planeamos partir al medio día para llegar a pasar la noche allí y al día siguiente muy temprano ponernos en la tarea de trabajar con la comunidad.*

*Nos preparamos para aventurarnos a una de tantas salidas de campo, pero sin duda a la más lejana de las comunidades... Revisamos que todo esté preparado: el material que nos hace sentir académicos e investigadores, específicamente guías de trabajo: tablas para escribir, papel y lápiz, una cámara fotográfica y un par de grabadoras de audio para que con la autorización de los participantes, podamos registrar la experiencia. Hace parte del equipaje, un botiquín básico ligeramente organizado con la ayuda del personal médico del proyecto, incluyendo a las auxiliares de enfermería wayuu. Botiquín que tiene que incluir algunos kits de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH y sífilis. En cualquier momento puede ser necesario.*

*Pero no menos importante serán los insumos alimenticios que hemos acordado con autoridades indígenas, que serán parte de nuestro material de llegada a las rancherías: algunos jugos en caja, galletas, algo de café, plátano, arroz, carne, refresco, sal, cebolla... y lo más importante bolsas de agua para mitigar nuestra sed y la de los "paisanos"<sup>20</sup> que lleguen a nuestro encuentro. Pero cómo olvidar las bolsas de hielo para que el sol del desértico territorio no estropee la comida y para que podamos tomar algo frío. Ese insumo tan apetecido por los wayuu y que se convierte en un muy buen presente para ellos.*

---

<sup>20</sup> La palabra paisano hace alusión en todo contexto a toda persona que ha nacido en el mismo lugar que otra, en el caso específico de los wayuu, esta palabra es usada entre ellos para referirse a otros wayuu.

*Llega a buscarnos el conductor de la EPS que es wayuu y que como pocos puede atreverse a iniciar ese camino en el desierto con la certeza de que encontrará la ruta a la ranchería. Y aquí vamos: Lucía, Jenifer, Germán, Bianca, Roberto, Yelenis, Rafa, Diana... todos expectantes, entusiasmados, pero igualmente ansiosos porque sería un largo viaje sin la certeza de que la autoridad tradicional haya anunciado nuestra visita y convocado a la comunidad para participar en las actividades educativas y de recolección de información.*

*Mientras avanzamos repasamos nuestra ruta de trabajo, ¿quién trabaja con quién?, ¿quién hace qué?, son preguntas que podemos respondernos entre todos, aunque sepamos que lo planeado cambiará bastante..., luego está la mayoría de las inquietudes, aquellas que generan incertidumbre y que dependen de lo que encontremos en el camino y aun en la comunidad. Algunas de ellas nos permitían reír y hacer más agradable el camino: y ¿nos dejarán pasar la noche en la enramada?, ¿cada uno trae su chinchorro?*

*Después de varias horas de recorrido, vemos que se hace tarde y que nuestro guía da vueltas y vueltas en un desierto que apenas si te permite darte cuenta que ese cactus o la vista del lejano “cerro de la teta” ya lo hemos pasado varias veces. Unos guardamos silencio y otros más arriesgados intentan mostrar algún recorrido que no hemos explorado. Yo solo puedo pensar en lo sensacional pero a la vez angustiante que es, saberte en manos de las personas de la zona, sentir que dependes de ellos y que apenas si tienes control sobre lo que pasa, aunque es a ti a quien ellos llaman “doctora” como una forma de reconocerte un lugar de supuesto saber, cuando en realidad eres quien más dudas y preguntas tiene.*

*Y por fin hemos llegado al lugar al que siempre tenemos que llegar, la casa de la familia de la autoridad, ese lugar en el que ves un rancho donde duermen todos los miembros de la familia, otro rancho que hace las veces de cocina y la enramada con techo de paja y yotojoro. Ese lugar en el que se llevan a cabo los encuentros comunitarios, el que sirve de “salón” para la socialización de los wayuu. Pero más allá no ves más que cactus en medio de la vegetación típica del*



*desierto y muchísima arena dispuesta a bañarte y darte la bienvenida con cada soplo de viento que se levanta.*

*Sabemos todos que hay cerca de 27 ranchos más, pero tan distantes entre sí, que cuando miras a tu alrededor tienes la sensación de que nadie más habita el lugar.*

*Nos recibe la hermana de la autoridad y de ella van pegados a su manta<sup>21</sup> un par de niños, y sin que nos sorprenda, nos dice que no sabían de nuestra llegada. Bueno, es lo que los cuatro wayuu que hacen parte del equipo nos comunican después de su conversación en wayuunaiki. Ya estamos allí, pero sin que la autoridad convoque nadie se mostrará dispuesto a recibirnos, nadie acudirá a un llamado de alguien diferente a su líder, así que... tristes y pensativos decidimos pedir permiso para pasar la noche en la enramada, poner allí los chinchorros y empezar a buscar con cuál de los teléfonos celulares podemos comunicarnos a Venezuela donde estaba trabajando la autoridad tradicional y su hijo. Son muchos los intentos hasta que cansados y con la sensación de estar perdiendo el tiempo, logramos comunicarnos y con su autorización y la ayuda de un líder de la comunidad, que recibió instrucciones directas de la autoridad, planeamos emprender a la mañana siguiente, el recorrido rancho a rancho para transmitir el mensaje de la autoridad.*

*Una noche en el desierto, en una comunidad que tiene ranchos en territorio venezolano y colombiano, en una enramada que de un lado recibe brisa de Colombia y del otro de Venezuela. Una comunidad tan alejada de la contaminación urbana que puedes contar muchas veces las estrellas fugaces y deleitarte con los sonidos del viento y la maravillosa luz de la luna y las estrellas. Dormir en una enramada de apenas 12m<sup>2</sup>, con solo centímetros de distancia entre un chinchorro y otro, expectantes por lo que podrá pasar el día siguiente. (Diario de campo personal, 20 de noviembre de 2013)*

---

<sup>21</sup> La manta es el vestido típico de la mujer wayuu. Consisten un una prenda ligera, larga y ancha que les da movilidad y les permite realzar sus actividades diarias y sentirse frescas a pesar de las altas temperaturas guajiras.

Reflexiones y experiencias como ésta, dieron lugar a una serie de procedimientos específicos que como se enunció al inicio del capítulo, quedaron plasmados en una publicación (véase, Anexo A), que se convierte en un valor agregado del macro-proyecto y que por tanto sirve como referente a futuros estudios e investigadores. Es importante aclarar que en dicho material no solo se encuentra la descripción de estrategias para la recolección de la información de este estudio, sino del macro-proyecto al cual está adscrito este producto.

## **1. METODOLOGÍA**

Este estudio se enmarca en el ámbito de las Ciencias Sociales, y desde ahí se aproximó a la salud, específicamente al VIH y sida en comunidades indígenas, por lo que necesariamente hemos requerido del aporte de la investigación antropológica. Asumimos este estudio como investigación social en tanto actividad humana orientada a la descripción, comprensión y explicación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática (Arnal *et al.*, 1995).

Concebir el objeto de investigación en Ciencias Sociales implica partir de la forma como se asumen los fenómenos sociales, en tanto realidades que la ciencia no puede trabajar desde lo singular o de manera aislada. Durkheim (s.f) citado en Cuche (2004) sostiene que estos fenómenos son también simbólicos y por tanto con una dimensión cultural; para el caso de este estudio el objeto está encaminado hacia las percepciones y respuestas sociales de los wayuu frente al VIH y sida, entendido éste como realidad social compleja que involucra diferentes componentes y categorías para su discusión, categorías que además convocan diversas posturas, paradigmas y áreas de conocimiento.

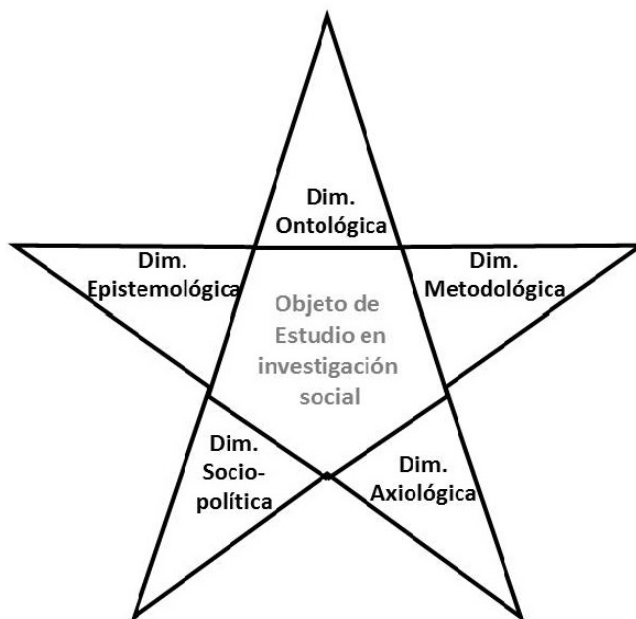
El interés en las percepciones y las respuestas sociales, responde como lo hemos dicho antes, a la necesidad de aproximarnos a las formas como los colectivos, en este caso los wayuu, comprenden, viven y piensan el VIH y sida al interior de las comunidades. Los hallazgos pueden dar elementos a investigadores y a agentes de intervención, para pensar en políticas y programas para la prevención y la atención del VIH y sida, fundamentados en las construcciones sociales que alrededor del tema hacen las comunidades,

trascendiendo los modelos biomédicos y reconociendo la importancia de la dimensión sociocultural como parte importante en todo proceso que se emprenda.

Hablar de manera abierta de percepciones y respuestas sociales, desde la perspectiva de las construcciones sociales de los wayuu sobre el VIH y sida, daría lugar a la identificación de posibles actitudes, prácticas, creencias y mecanismos relacionados con el estigma y la discriminación, pero más como hallazgo que como puntos de partida.

En toda investigación social es clave la identificación del paradigma desde el cual se espera concebir el objeto de estudio o aprehender la realidad. Vasilachis (2009), siguiendo a Guba y Lincoln (1994), hace referencia a que este paradigma depende de las dimensiones ontológicas, epistemológicas y metodológicas, a las que posteriormente Jiménez (2011: 50) aplica el modelo en estudios de paz específicamente y añade las dimensiones axiológicas y sociopolíticas. Traemos aquí el modelo completo, pero aplicado a la investigación social (véase, Figura 3.1.).

Figura 3.1. Dimensiones en la investigación social



Fuente: Elaboración propia a partir de Jiménez (2011).

Mientras que para el paradigma postpositivista la realidad es ajena a la mente del sujeto y por tanto el sujeto no puede aprehenderla en su totalidad, para el paradigma socio-crítico, la realidad está conformada por factores sociales y redefinida por estructuras reales e inmodificables; por su parte el paradigma construccionista conserva la idea del relativismo de toda realidad social, por lo que el sujeto es activo en la construcción del conocimiento y las realidades no están dadas sino que se construyen social y experiencialmente (Arnal *et al.*, 1995). Ya se ha anticipado que este estudio se apoya en el paradigma del construccionismo social.

En coherencia se recurre en este caso a la investigación cualitativa que concibe el objeto de estudio como una construcción social a partir de las interacciones cotidianas, además reconoce la importancia de la interacción del investigador con los otros no como objetos sino como sujetos, actores activos en la construcción del conocimiento. Dice Vasilachis (2009) que la investigación cualitativa toma sentido cuando los investigadores interpretan los fenómenos sociales a partir del contexto en el cual se desenvuelven los sujetos, en este caso los indígenas wayuu de Maicao.

Hay entonces dos sujetos, uno cognoscente y uno conocido, en esta relación el primero aborda al segundo apoyado en sus fundamentos teórico-epistemológicos y metodológicos, pero abierto y con una actitud flexible para el reconocimiento del sujeto conocido dentro de su realidad contextual, de ahí que sea de gran valor el paradigma interpretativo que motiva para que la distancia entre ambos sujetos sea cada vez menor y para que se conviertan los dos en sujetos activos en la construcción del conocimiento (Vasilachis, 2009).

Muchos investigadores reconocen que no existe una única forma de hacer investigación cualitativa, pues esta siempre estará sujeta a aquello que se quiere conocer, lo que puede ser conocido, al cómo acceder para conocer, a la forma como se divulgarán los resultados, pero esto no significa que no haya una ruta sistemática para la construcción del conocimiento.

Desde los paradigmas interpretativo y hermenéutico sobre los cuales se fundamenta la investigación cualitativa, se busca comprender una realidad o fenómeno social, a partir

de la subjetividad y la intersubjetividad, es a esto a lo que Strauss y Corbin (2002) se refieren cuando hablan de que este tipo de investigación aborda temas sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como el mundo de las interacciones y los fenómenos culturales, pues permite la aproximación a las formas como las personas, ven, piensan y comprenden determinada realidad social. En este caso las percepciones y respuestas sociales de los wayuu frente el VIH y sida. En términos de Bergh (1989) citado por Ruiz (2012), ésta tiene como propósito la comprensión subjetiva, así como las percepciones de y sobre la gente, de símbolos y objetos.

## 2. MÉTODOS

Cuando investigamos, no basta con plantearse un problema de investigación y delimitar los objetivos y las preguntas relacionadas con lo que queremos saber; sino que también es fundamental identificar desde dónde y cómo puede explicarse el objeto de estudio, lo que configura el método o camino a seguir desde la recolección de los datos, hasta la construcción de sentidos a partir del proceso de análisis en el marco del fenómeno social que se estudia.

Con el desarrollo de la investigación cualitativa y los debates suscitados alrededor de ésta y sus formas de construir conocimiento, se hace cada vez más evidente la importancia de diversos enfoques y métodos de trabajo, lo que deja una amplia gama para seleccionar y delimitar las perspectivas y formas de abordar el objeto de estudio y específicamente las preguntas de investigación (Martínez, 2011), sin embargo, esta selección no puede ser producto del azar o del capricho de los investigadores, sino el resultado de un análisis minucioso que tenga en cuenta las posturas teóricas y epistemológicas de los investigadores, las necesidades del objeto de estudio al momento de aproximarse a los datos y a los interlocutores, las características del fenómeno y de los sujetos participantes.

En las Ciencias Sociales cada vez se tiende más hacia la pluralidad metodológica, lo que permite a los investigadores integrar enfoques y métodos para acceder a la información y responder a las preguntas de investigación. En función entonces de integrar,

articular y dotar de sentido la información relacionada con lo que se quiere conocer, vamos a valernos aquí de la etnografía en tanto el estudio en cuestión demanda una mirada antropológica de la realidad social de los wayuu y del estudio de casos ya que se trata de un fenómeno social en un contexto específico y cuyo análisis no permite una generalización de los resultados. Ambos enfoques nos han permitido lecturas que trascienden la disciplinariedad y abren así el diálogo entre diferentes áreas del conocimiento en el marco de las Ciencias Sociales. Al respecto Martínez, (2006) expresa que la complejidad de los fenómenos sociales no puede seguir una vía causal, lineal o unidireccional, sino métodos dialógicos e interdisciplinarios donde se reconozca la red de relaciones de los elementos que interactúan en un estudio. A continuación nos acercamos a estos dos métodos.

## **2.1. Etnografía**

La antropología ha jugado un papel fundante en el desarrollo de la investigación cualitativa, de hecho en medio de la multiplicidad de términos que se le ha acuñado a este tipo de investigación, se le llegó a nombrar como “método etnográfico” ante la rápida apropiación que tuvieron con etnógrafos de la observación participante (Ruiz, 2012) y desde ahí, diferentes métodos y enfoques investigativos se apoyan en las estrategias etnográficas para el trabajo de campo, aunque no siempre el proceso de análisis de cuenta de una interpretación etnográfica.

Cuando Geertz (1973) dice que para saber de una ciencia no hay que adentrarse en sus teorías, ni en sus defensores, sino en quienes la practican, hace alusión a que la etnografía puede aplicarse de diversas maneras y por investigadores de diferentes áreas de conocimiento, por lo que permite abrir un sinfín de panoramas metodológicos que implican aproximarse a los objetos de estudio y a sus contextos sin que necesariamente seamos antropólogos, es lo que hizo Malinowski como etnógrafo, sin que la teoría fuera su punto de partida para el desarrollo de este método y para la escritura etnográfica que le ha otorgado el lugar de experto y padre de la etnografía.

Pero como sucede con otros métodos de investigación, la etnografía se ha venido transformando a partir de la emergencia de nuevos ámbitos de la aplicación antropológica

y de las Ciencias Sociales en general. Como lo dice Dietz (2011), la etnografía se ha liberado de preceptos tradicionales que le han permitido convertirse en un exitoso recurso utilizable en diferentes áreas disciplinares, más aún cuando se fundamenta no solo en el bagaje conceptual de la culturización, sino también de la interculturización de las Ciencias Sociales.

Desde esta mirada, el interés en la etnografía ha aumentado entre investigadores de varios campos del conocimiento, tanto a nivel teórico como práctico (Angrosino *et al.*, 2012). Según Hammersley y Atkinson (1994), la emergencia se ha debido a la necesidad de las Ciencias Sociales de trascender el enfoque cuantitativo de la investigación que dominó por años. Lo importante es que ha aportado significativamente en el ámbito de la investigación, al tiempo que se ha ido nutriendo de múltiples disciplinas, pasando de ser un método altamente descriptivo a lograr análisis a partir de registros de narrativas orales como lo planteaba Walker (1981) y a aportarle al desarrollo de teorías, según Strauss (1967), ambos autores citados por Hammersley y Atkinson (1994).

El llamado que hace la etnografía a vivir el contexto de quienes participan en la investigación y su complejidad, es de particular importancia en este estudio. Adentrarnos en la cotidianidad de los grupos humanos sin que esto signifique “sumergirse en el universo de los sujetos de estudio con la intención de vivir experiencias similares” (Massó, 2014: 198). En el trabajo con los wayuu, accedimos a su cotidianidad, prácticas culturales y formas de interacción, participando en actividades dentro de sus comunidades, observando activamente pero sin asumir el cuestionado rol “indigenista” que a nuestro parecer podría poner en riesgo la perspectiva como investigadores; pero esto no nos impidió que usáramos la manta (traje tradicional de las mujeres), que compartiéramos el *frichi* en algún encuentro comunitario (comida típica wayuu: fritura de chivo con yuca y arroz), que tomáramos algún trago de chirrinchi (bebida destilada artesanalmente), que saludáramos con un *jamaya* o *jamaya pia* (saludo en wayuunaiki) y mucho menos que pasáramos la noche en un chinchorro “guindado” por ellos en la enramada como una muestra de su hospitalidad con el visitante no indígena o *alijuna*. Pero lo más importante accediendo de manera directa y en el contexto, a las expresiones de los wayuu frente al VIH y sida, al miedo que éste les generaba y las posibles acciones que tomarían para enfrentar tan “rara” enfermedad.

Adentrarnos etnográficamente en el mundo de los wayuu, nos permitió realizar lectura de contexto y por consiguiente, la descripción de sus estilos de vida que hemos presentado en el Capítulo II de este escrito, y que transversaliza los resultados del análisis del discurso de los sujetos participantes, porque como dicen Alvarado y Iñiguez-Rueda (2009), la etnografía privilegia lo social por encima de los procesos individuales, además busca comprender a las personas en el hacer permanente y articulado al contexto comunitario o institucional, reconociendo en este proceso las tensiones y diferencias propias de las interacciones entre actores.

De acuerdo con Martínez (2006), la etnografía es clave cuando se busca conocer los significados particulares que un grupo humano ya sea étnico, comunitario o institucional, da a un determinado fenómeno social, más aún cuando el objeto de estudio está vinculado a las pautas y modos de vida que son propias de los sujetos participantes, en general a la realidad sociocultural de las personas. Esto en coherencia con que el origen del objeto de estudio de la etnografía estuvo ligado a la discusión de la cultura y posteriormente llevada a las sociedades complejas, en grupos específicos y con crecientes posibilidades de indagación (Sandoval, 1997).

Lo anterior igual va de la mano con la intención que toda investigación cualitativa tiene: comprender e interpretar con un interés práctico, la realidad social, reconociendo la acción humana y su realidad subjetiva, de ahí la importancia de comprender la particularidad de las personas y las comunidades en su propio contexto histórico-cultural y sus sistemas de creencias, valores y significados.

En nuestro caso, la etnografía nos dio herramientas para: llevar a cabo el trabajo de campo, diseñar los instrumentos para la recolección de datos, describir y comprender la dinámica sociocultural de los wayuu y sus formas de ver, pensar y reaccionar frente al VIH y sida.



## 2.2. Estudio de caso

El estudio de casos logra alta compatibilidad con la etnografía, se lleva a cabo en un contexto de la vida real con personas o grupos y analiza un fenómeno contemporáneo como es el VIH y sida en los wayuu de Colombia.

Este método cobra importancia en tanto permite o demanda abordar la complejidad de un caso particular que preocupa a los investigadores lo suficiente para volverlo objeto de estudio. Ello implica buscar el detalle de la interacción con sus contextos, identificar sus particularidades y comprenderlos desde su complejidad.

En este estudio los wayuu de Maicao representado en las comunidades con las que hemos trabajado (55), se convierte en el caso a estudiar, cuyo abordaje, tal como lo plantea Stake (1988) permite aproximaciones cualitativas que van más allá de las mediciones de casos cuantitativos y que por tanto se apoya en enfoques etnográficos, fenomenológicos, biográficos, entre otros que permiten que el investigador destaque las diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones de las personas o grupos, en este estudio, de las comunidades wayuu con respecto al VIH y sida que constituye la realidad o fenómeno social.

En este estudio es de interés lo que los wayuu de Maicao han construido socialmente alrededor del VIH y sida, sin pretender con ello generalizaciones mayores, pero sí la comprensión de sus percepciones y respuestas sociales. Así los wayuu han sido asumidos como unidad y su acercamiento e interpretación nos puede acercar al conocimiento de otros casos, específicamente de otros grupos étnicos o de otras comunidades wayuu en una zona geográfica diferente.

El estudio de casos en la investigación ofrece la posibilidad de registrar, describir y comprender los comportamientos de las personas o grupos involucrados en el fenómeno estudiado, mediante el uso de fuentes cuantitativas y cualitativas. Se conoce reporte de estudios de casos que trascienden lo exploratorio y han sido tanto descriptivos como explicativos, usados tanto en contrastación como en generación de teoría (Martínez, 2006),

lo que corresponde a la producción de conocimiento que este método permite desde la investigación cualitativa.

En esta investigación se partió de la definición otorgada al estudio de casos por Eisenhardt (1989): “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (Martínez, 2006:174), el cual puede abordar uno o varios casos, en este estudio fue caso único y se implementaron estrategias cualitativas para la recolección y análisis de la información.

Continúa Martínez (2006) indicando que el estudio de caso es una metodología rigurosa adecuada para investigar fenómenos sociales y dar respuesta a “cómo” y “por qué” ocurren éstos. Permite por un lado, estudiar un tema determinado desde múltiples perspectivas, y por el otro, explorar el fenómeno con mayor profundidad y obtener conocimientos amplios sobre el mismo hasta el surgimiento de nuevas señales o temas emergentes.

García San Pedro, (2010), siguiendo a Merriam (1988), señala cuatro propiedades básicas del estudio de casos: *particular* porque se centra en una situación determinada, evento o fenómeno; *descriptivo* porque pretende una rica descripción del fenómeno; *heurístico* en tanto el estudio ilumina al lector sobre la comprensión del caso; *inductivo* puesto que llega a generalizaciones, conceptos e inferencias partiendo de los datos.

Recurrimos entonces al estudio de casos único con fines descriptivos por tratarse de una representación de un grupo étnico (los wayuu de Maicao, La Guajira), cuyas dinámicas con respecto al VIH y sida se construyen en el marco de una realidad sociocultural que es particular y diferente con respecto a otros grupos indígenas del país y la región.

Este método fue importante porque admitió la mezcla de evidencia cualitativa brindada por las técnicas e instrumentos implementados, para enriquecer el proceso de análisis y los resultados mismos. El estudio de casos permite el análisis de una amplia fuente de datos a manera de triangulación (Robert, 2003), lo que favorece este estudio por el universo de datos con que hemos contado para el proceso y que se exponen adelante.

Además, el estudio de caso sigue una estrategia inductiva que deja como resultado un estudio altamente descriptivo en que el investigador se convierte en instrumento clave para la recolección de la investigación, pues uno de sus principales valores está en que permite aproximarse a los actores de tal manera que facilita la comprensión e interpretación de sus acciones (Coller, 2005); en este estudio los investigadores estuvieron inmersos en el terreno de la mano del grupo de guías bilingües<sup>22</sup>, lo que enriqueció aún más los datos y el análisis.

En el desarrollo del estudio se dio lugar a diferentes formas de participación de representantes indígenas e instituciones de salud aliadas, mediante acciones generales tales como:

- La conservación de espacios de discusión y planeación de actividades a desarrollar en campo, además de la presentación de avances periódicos. En este espacio participaron representantes institucionales y personal wayuu que por el liderazgo y en algunos casos por su formación profesional conocían y apoyaban a las comunidades cotidianamente.

- Participación de guías bilingües y personal de salud wayuu en el diseño de instrumentos y traducción de los mismos a su lengua nativa. Igualmente para la transcripción de información de lengua nativa al español. Resultado que queda plasmado en el Anexo A.

El estudio de caso comprende cuatro fases centrales para su aplicación: selección del caso, acceso al mismo, recolección de la información y, análisis de materiales y narración del caso (Coller, 2005). Más adelante describimos los momentos conforme se han estructurado en esta investigación.

---

<sup>22</sup> Los guías bilingües son hombres y mujeres wayuu con formación profesional, vinculados a las instituciones indígenas de salud de Maicao, La Guajira, para actuar como mediadores entre los wayuu y las instituciones, al momento de acceder a los servicios y programas de atención. Son figuras clave para reducir las barreras para el acceso de los indígenas al sistema de salud (Patño-Londoño *et al.*, 2016).

### **3. TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

Tal como lo admite el estudio de casos y lo facilita la etnografía, en esta investigación hemos recurrido a estrategias multimétodo tales como: análisis documental, observación directa, entrevista semiestructuradas, grupos focales de discusión, notas de campo.

Esto ha dado lugar a un abanico de posibilidades en las fuentes de información de tipo documental y de campo, pero teniendo en cuenta que éste estudio se ha fundamentado en la realidad social de un pueblo indígena, se le ha dado prioridad o mayor fuerza a la información obtenida en el contexto de las comunidades mediante el contacto directo con sus habitantes y su cotidianidad, mediante la etnografía.

A continuación abordamos las técnicas y las fuentes de manera específica, entendidas como el conjunto de procedimientos y recursos para obtener la información con el problema y los objetivos como faro.

#### **3.1. Técnicas**

Como lo enunciamos anteriormente, hemos puesto el énfasis en el conocimiento *in situ*, mediante la implementación de la observación, la entrevista semiestructurada y los grupos focales de discusión. Para lograr recoger la mayor información posible y aprovecharla al máximo para nuestros objetivos, el diseño de los instrumentos utilizados partió de la experiencia de los investigadores en proyectos anteriores, pero puesta en diálogo permanente con líderes indígenas, guías bilingües, representantes de las instituciones aliadas, expertos en investigación con pueblos indígenas de otras universidades, con los textos revisados de experiencias similares en otros países y con los protocolos y directrices de ONUSIDA y el MSPS en Colombia.

Igual se requirió de la competencia comunicacional en wayuunaiki y el liderazgo de los guías bilingües para traducir los instrumentos a su lengua nativa y poner los usos lingüísticos de las guías, en contexto, tanto por las características culturales como por el bajo nivel educativo de las personas en las comunidades y la poca o ninguna cercanía con el tema del VIH y sida.

Lo anterior, ya en el terreno llevó a los investigadores a ocupar un lugar menos convencional durante la recolección de los datos, pues la carencia del wayuunaiki dentro de sus competencias, llevaba a que la información dependiera principalmente de la calidad de los instrumentos y de la habilidad de los guías bilingües para indagar. Esta última situación nos llevó imperiosamente a generar protocolos para la implementación de las técnicas y la aplicación de los instrumentos. Es importante volver sobre algo ya dicho antes, los guías recibieron formación relacionada con la investigación y el proceso de recolección de la información; así los protocolos fueron un complemento para mejorar la efectividad en el proceso.

A continuación describimos las técnicas que se llevaron a cabo durante el trabajo de campo.

### **3.1.1. Observación**

Se reconoce la observación como una técnica típica de la investigación etnográfica y suele clasificarse como participante y no participante (Angrosino *et al.*, 2012), sin embargo evitamos aquí entrar en la discusión entre lo que es o no participante, asumiendo el concepto de observación directa en principio, para reconocer que en el campo podemos oscilar entre la una y la otra según las actividades y las formas de interacción con los sujetos y el contexto.

Entendemos que es una técnica fundamental en la investigación cualitativa en tanto permite el acercamiento directo con la acción social cotidiana y con los escenarios en forma de diarios de campo. Tomamos como referente la definición que da Ruiz (2012:125): “proceso de contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla ni modificarla, tal cual ella discurre por sí misma”. Sin duda se convierte en una valiosa herramienta en estudios etnográficos y estudios de caso, pues da a los investigadores la posibilidad de interactuar de manera directa con el contexto, describirlo y analizarlo, obteniendo así un conocimiento más profundo y completo de la realidad que se observa.

Sin embargo, no se trata solo de estar en el contexto y observar por observar, para que responda a un proceso sistemático es importante delimitar la acción a partir de los objetivos del estudio. En este caso se realizaron observaciones con el fin de conocer los estilos de vida wayuu, a las formas de interacción y sus dinámicas sociales, también a los roles de hombres y mujeres durante los encuentros con los investigadores. En general fue posible obtener información que permitió la interpretación de sus comportamientos cotidianos en relación con su cultura para hacer descripciones de personas, acciones y características de las comunidades wayuu, durante las diferentes visitas a la comunidad.

Las observaciones e impresiones que suscitaba la interacción de los investigadores y los guías bilingües con el contexto y con los wayuu, fueron registradas en diarios de campo, procurando contar siempre con los siguientes datos generales: Lugar, fecha, hora de inicio y hora de finalización de la observación, actores, actividad, expresiones de los actores, características de los lugares y de los actores participantes. El protocolo y las guías para el registro pueden verse en la página 74 y siguientes del Anexo A.

### **3.1.2. Entrevista semiestructurada**

Si bien la idea inicial era realizar entrevistas en profundidad desde la perspectiva que la proponen Corbin y Strauss (2002), recurrimos finalmente a la entrevista semiestructurada, pues la importancia de abordar a las personas cara a cara, implica hacerlo en su primera lengua, cosa que los investigadores no podían hacer y solo ellos estarían en capacidad de realizar una entrevista a profundidad.

La entendimos aquí como el encuentro cara a cara para establecer un diálogo entre investigadores, guías bilingües en este caso y un hombre o mujer que cumplía con los criterios de inclusión para participar en el estudio. Diálogo coloquial (Martínez, 2006) guiado mediante un instrumento que permitió a los guías bilingües mantener la ruta de lo que se buscaba, pero con la posibilidad de profundizar en los aspectos que la conversación motivaba. Hay que reconocer que no todos los guías lograban tal versatilidad y flexibilidad al momento de llevar a cabo esta técnica.

Un elemento importante en el uso de esta técnica, es que se convierte en una fuente de información cualitativa por excelencia, por tanto debe ser semi-abierta y en un ambiente de confianza y empatía. Así que realizarlo en las comunidades, al aire libre generalmente y bajo el liderazgo de un wayuu y en su lengua nativa, fue fundamental para que la comunicación fluyera de la manera más espontánea posible, aun cuando estaba siendo registrada en audio tras la autorización de los entrevistados mediante consentimiento informado (de este hablaremos más adelante).

Esta técnica, nombrada por nosotros como “en confianza con los wayuu”, fue asumida como espacio de interacción interpersonal en la que dos personas, ambas wayuu en este caso y del mismo sexo, ahondaron en aspectos relacionados con las percepciones, creencias, conocimientos y opiniones de las comunidades wayuu sobre la sexualidad, SSR, el VIH y sida y otras ITS, roles de género y también el acceso a los servicios de salud. Aspectos que nos dieron un panorama amplio para la interpretación y comprensión de diferentes categorías de análisis desde diversas perspectivas. El instrumento conformado por 15 ítems centrales y un total de 44 preguntas que orientaron la conversación, puede consultarse a partir de la página 50 del Anexo A, y su protocolo en la página 43 del mismo Anexo.

### **3.1.3. Grupos focales de discusión**

Teóricamente hablando, hemos recurrido a la construcción conceptual que hace Martínez (2004), aunque en los instrumentos y en la planeación en general aparecen nombrados como grupos focales.

El autor aborda esta postura de los grupos “focales de discusión”, a partir de lo que en la práctica puede suceder: los mismos grupos van expresando la necesidad de que el facilitador/investigador vaya en una u otra dirección. Así, esta perspectiva sin perder la rigurosidad propia de la técnica, permite, por una parte focalizar la atención e interés en un tema específico a investigar, pero por otra parte abre espacios de diálogo e interacción discursiva entre los participantes, contrastando opiniones y miradas frente al tema.

Hablar de los grupos focales de discusión, es además una forma de neutralizar el debate entre si los grupos focales y los grupos de discusión son diferentes como lo expone Canales (2006) o si son lo mismo nombrado de dos formas diferentes, tal como lo concibe Gil (1993) por ejemplo.

Esta técnica es clave en estudios cualitativos que buscan conocer las formas de pensar o sentir de las personas frente a un fenómeno social, además su carácter colectivista la vuelve una técnica que se complementa de manera importante con la entrevista individual. Continúa Martínez (2004) reconociendo el alto valor de la pluralidad y variedad que permite en actitudes, experiencias, creencias y pensamientos de los participantes.

Un elemento importante en su implementación, tiene que ver con la forma como se reflejan en ella, la observación y la entrevista, pues igual es un encuentro dialógico en el que el investigador actúa como mediador o facilitador del mismo, al tiempo que recoge información basada en las formas de interacción entre los participantes, las expresiones verbales y no verbales, la rotación de la palabra en relación al género y los roles sociales, entre otros. Lo anterior implica dos instrumentos para el registro de la información: la guía del grupo focal y la guía de observación, ambas disponibles con su respectivo protocolo, a partir de la página 61 del Anexo A.

Este tipo de encuentro que permite el cara a cara, pero más con sus pares o sujetos del estudio, que con el investigador mismo (Callejo, 2001), exige unos criterios importantes para su desarrollo (Gil, 1993), los cuales han sido adaptados para el contexto indígena así: grupos conformados por sexo, con un mínimo de 4 personas y un máximo de 10, con roles de liderazgo en sus comunidades como autoridades, profesores, *outsü*, palabreros. Estos criterios comunes que les otorga el conocimiento que como líderes tienen de sus comunidades, no obstaculizó el diálogo ni la heterogeneidad en las posturas tan valorada por los investigadores que recurrimos a esta técnica.

La distribución de los grupos por sexo fue ya explicado en la entrevista; entre hombres y con un guía bilingüe hombre, fluía más tranquilamente la conversación, igual en el caso de las mujeres aunque fue evidente que era más difícil para ellas abordar los temas sobre los cuales se focalizó cada encuentro, según ellas mismas, por tratarse de temas



“privados”. El número de participantes, permitió a los facilitadores, procurar mayor circulación de la palabra en los casos en que surgían líderes con mayor control y dominio discursivo ya fuera un asunto actitudinal o por conocimientos previos.

Como se aprecia en la guía temática de los grupos focales (página 69, Anexo A), delimitamos tres ejes para la discusión: a) percepción frente al cuerpo y la sexualidad, b) conocimientos acerca del VIH y sida y, c) prácticas y actitudes de la comunidad frente al VIH y a las personas que viven con el virus. Cada eje temático a su vez contó con una serie de 45 preguntas orientadoras que, en este caso, hemos nombrado como tópicos aclaratorios que sirvieron de guía para mantener el hilo de la discusión, pero la intención en esta técnica es mantener una conversación flexible y abierta entre los participantes.

En sentido general, podemos plantear que las técnicas nos permitieron una información amplia y complementaria entre sí, favorable al momento de triangular fuentes para el análisis; además, la información abordaba ejes temáticos que eran de interés tanto para el macro-proyecto para la lectura de contexto y planeación de sus acciones como para los objetivos de este estudio específicamente con fines cualitativos.

### **3.2. Fuentes**

En un estudio como éste que se ha fundamentado en la realidad social de un pueblo indígena, las fuentes de información son diversas, pero la prioridad estuvo en la información obtenida en el contexto de las comunidades, en el contacto con las personas y con su cotidianidad, de ahí el valor de los métodos etnográfico y estudio de caso.

Sin embargo, todo estudio requiere de fuentes primarias y secundarias para alcanzar los objetivos, fuentes que en este caso hemos triangulado en el momento del análisis de los documentos que se han producido a partir de las técnicas implementadas, condición de suma importancia cuando se llevan a cabo estudios de caso (Martínez, 2011).

Las fuentes primarias con las que contamos son el registro de la información in situ durante el trabajo de campo. Estas fueron las transcripciones y audios de las 29 entrevistas semiestructuradas, para un total de 121 folios, y de los 9 GFD de 115 folios en total. En

ambas técnicas participó un total de 85 indígenas wayuu de los cuales el 56.5% eran mujeres. Fue otra fuente importante por el valor de la información recogida mediante observación directa y conversaciones informales con los wayuu, 13 diarios de campo en los que se registraron experiencias en campo de líderes, guías bilingües e investigadores. El total de folios de los diarios de campo fue de 261.

En los Anexos B y C, presentamos una síntesis de las características generales de los interlocutores para las dos técnicas principales: la entrevista y los 9 GFD respectivamente. En el caso de las 56 personas que hicieron parte de los GFD, el 43% eran mujeres.

Las fuentes primarias en tanto producto del trabajo directo con los indígenas participantes a partir de sus discursos, son entonces fuentes orales de ellos como protagonistas, por lo tanto se ha conservado de la manera más fiel posible, su forma de expresarse y de nombrar las situaciones y las cosas que hacen parte de la cotidianidad, por tanto, en este estudio, los testimonios son de gran riqueza al momento de reportar los resultados del análisis, teniendo en cuenta que el foco está en la forma como los indígenas participantes, hombres y mujeres, piensan, conciben y actúan frente al VIH y sida. Así que es su voz la que toma fuerza en este proceso de dar sentido a los datos (Coffey y Atkinson, 2005).

Cada una de las transcripciones ha sido integrada al proyecto creado en el software Nvivo 10, herramienta que ha facilitado la triangulación de las fuentes reconociendo el aporte de los interlocutores de manera independiente para luego fundirlos y crear tejido en los nodos creados y que han sido presentados a manera de categorías en los resultados del estudio (véase, Capítulos IV y V).

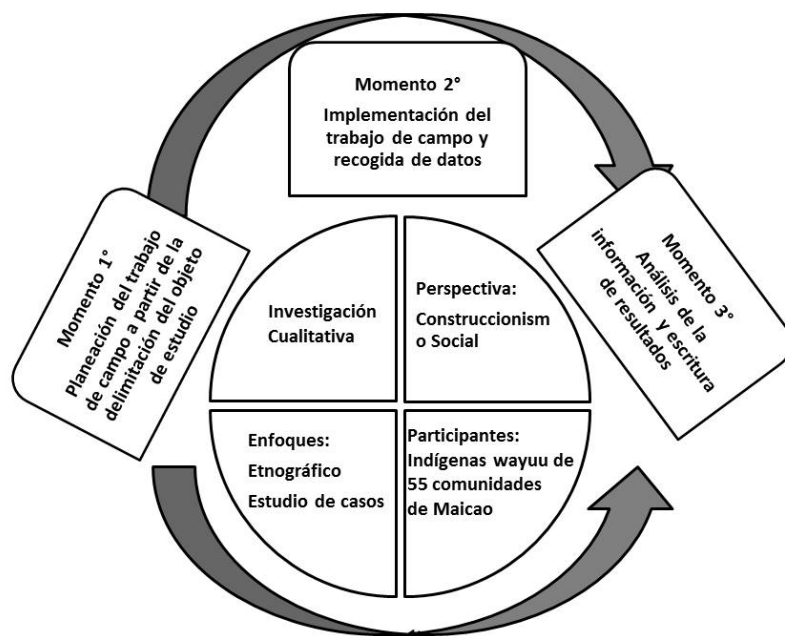
Las fuentes secundarias hacen referencia en este caso a los informes de análisis de datos cuantitativos realizados en el macro-proyecto, artículos, libros, información cartográfica, actas de reuniones y otros manuscritos realizados con población indígena en diferentes países del continente americano. Además de las bases de datos poblacionales de Colombia y otras de tipo epidemiológico nacional, regional y mundial (SIVIGILA, MSPS, ONUSIDA).

La revisión de producción académica relacionada con los ejes temáticos del estudio y las categorías de análisis construidas, han sido registradas con la mayor rigurosidad posible en el software Endnote X5, en ella se cuenta con aproximadamente 450 textos que de manera significativa han aportado teórica y metodológicamente al proceso investigativo, independiente de otras bases de datos bibliográficas construidas por el equipo en el macro-proyecto y consultadas antes, durante y después del trabajo de campo.

#### **4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Los diseños metodológicos en la investigación cualitativa suelen ser flexibles y se van configurando en la medida en que se obtiene la información, por tanto se hace necesaria la creatividad y recursividad en los investigadores para aprovechar cada fuente de información en el proceso de análisis que se proponga, al respecto Martín-Crespo y Salamanca (2007) dicen que es habitual que en este tipo de estudios, el diseño metodológico evolucione durante el desarrollo del proceso, es esto lo que le da el carácter de dinámico y emergente.

Figura 3.2. Síntesis del diseño del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Como se aprecia en la Figura 3.2., el diseño del estudio respondió a un proceso cíclico que fue transformándose en el camino sin perder de vista el objeto de estudio, los objetivos propuestos y las características del contexto comunitario de los wayuu, características que implicaron ajustes temporales significativos por la dinámica cotidiana de las comunidades indígenas y los roles y formas diferentes como las autoridades tradicionales asumían sus funciones, tal como fue expuesto al inicio de este capítulo.

Los momentos en los que se desarrolló el estudio fueron coherentes con los que plantean algunos autores, aunque pueden ser nombrados de manera diferente, un ejemplo de ello es la propuesta que presentan entre otros, Ruiz (2012) y Sandoval (1997); los autores hablan específicamente de cinco y tres momentos respectivamente. El número depende de la forma como se agrupan las siguientes acciones: definición del problema, diseño de trabajo, recogida de datos, análisis de datos e, informe y validación de la investigación.

Describimos a continuación las acciones desarrolladas conforme los momentos que se constituyeron para esta investigación: Preparación-planeación, trabajo de campo y recolección de datos, y análisis de la información (Véase, Figura 3.2.).

#### **4.1. Primer momento: preparación - diseño**

Tal como lo plantea todo estudio de caso, lo primero en este momento fue la delimitación del mismo (los wayuu de Maicao, La Guajira) y la revisión documental necesaria para la delimitación del objeto de estudio antes presentado.

Fue necesario en esta parte del estudio formular los objetivos y delimitar el problema a investigar, procurando mantener la identidad propia del mismo ante la pertenencia de los investigadores a un macro-proyecto que no solo indagaba por el tema del VIH y sida desde la mirada de las Ciencias Sociales, sino también desde la perspectiva de la Epidemiología y la Salud Pública. Como lo plantea Coller (2005), un estudio de caso admite pluralidad en los enfoques y miradas, sin embargo es necesario identificar las fronteras y el contexto de trabajo. Recurrir a la investigación cualitativa fue de gran ayuda en esta delimitación del objeto de estudio siguiendo para tal fin, la ruta de los principios de emergente, dinámica y flexible que caracterizan este enfoque de la construcción de conocimiento.

Llevar a cabo la consulta previa con autoridades tradicionales y con representantes institucionales de La Guajira, dio lugar al ingreso lento pero seguro a las comunidades, además, fue posible iniciar la lectura de contexto desde la mirada de hombres y mujeres que cuentan con el reconocimiento de sus rancherías y con el respaldo y empoderamiento como autoridades wayuu. Como resultado de estos encuentros realizados en el casco urbano de Maicao, fue posible iniciar visitas a las comunidades para dejarnos sorprender como investigadores por aquellos contextos inmersos en el majestuoso desierto guajiro, donde apenas llegar a algunas de ellas era ya el más importante logro tras dar vueltas y vueltas por paisajes llenos de cactus y arena que poco guiaban a los desconocidos *alijunas* y poco más a los guías bilingües.

Siguiendo la lógica del construccionismo, la etnografía y el estudio de caso, la ruta de trabajo se modificaba cada vez a la luz de lo emergente en cada acción o paso dado. Estar allí, inmersos en los particulares pero atractivos mundos de las rancherías wayuu, nos hacía sentir impotentes y sedientos tanto por el calor y falta de agua, como por la carencia de la lengua para acceder directamente a su universo simbólico y en general, a su día a día.

Surge entonces la necesidad, para llevar a cabo el estudio y aprovechar al máximo las visitas al campo y la información obtenida, de formar y aprender con el grupo de guías bilingües que además era personal wayuu vinculado a EPS e IPS indígenas en Maicao. Fueron 10, de los cuales quedaron 7 hasta el final del proceso, los que nos llevaron de la mano por los senderos de las comunidades. Quienes nos guiaron hacia el encuentro con los wayuu y sus discursos matizados siempre de humor ante la desconcertante mirada de los *alijunas* que no entendían nada de lo que decían. Pero el wayuunaiki fue haciéndose familiar, así como nosotros para los wayuu y ellos para nosotros, fueron tres años aproximadamente con estancias en la zona por periodos de días, semanas y meses, pero rotando siempre entre las 55 comunidades participantes.

La reciprocidad en el aprendizaje entre guías bilingües, *alijunas* y comunidades, fue fundamental. Los investigadores, los *alijunas* en este caso, transmitieron a los guías bilingües, conocimientos generales sobre SSR con perspectiva de género y derechos, VIH y sida, importancia del diagnóstico, prevención y atención; pautas básicas para la aplicación de los instrumentos de recolección de la información y la importancia de la ética construida con ellos desde los principios de la propia cultura y de la investigación propiamente dicha.

Fueron ellos los artífices de la vinculación del wayuunaiki en los instrumentos diseñados, lo que al tiempo nos permitió identificar los usos lingüísticos a tener en cuenta tanto en la formulación de preguntas como en la implementación de las técnicas para facilitar la comunicación con los wayuu. Eran ellos como indígenas y como mediadores entre las rancherías y las instituciones de salud, quienes aportaban ideas sobre la manera de abordar un tema u otro según la terminología usada cotidianamente al interior de las comunidades, sus significados y clasificación de lo que está “bien” o “mal visto”, socialmente hablando. De ahí la importancia de que la indagación sobre temas que

involucran la SSR, se hiciera teniendo en cuenta el género: guía bilingüe hombre con hombres y guía bilingüe mujer con mujeres.

Este proceso de intercambio de saberes y construcción de conocimientos entre investigadores y guías bilingües, tomó su tiempo, pero como con los wayuu es mejor no regirse por nuestra dinámica temporal, evitaremos aquí detenernos en esta precisión. Los instrumentos igual tuvieron un espacio para ponerlos a prueba, pero lo que más los enriqueció fue la mirada crítica y propositiva de los guías bilingües.

#### **4.2. Segundo momento: trabajo de campo y recolección de información**

Ya en el punto anterior, se avizoraron aspectos de lo que fue el trabajo de campo. Acceder a las comunidades implicaba todo un proceso de planeación que empezaba con las arduas jornadas buscando contactar a las autoridades tradicionales para recordarles la intención de la visita a su comunidad, pedirle autorización para llegar al sitio y acceder a las personas que la conforman, solicitar su apoyo para convocar a la comunidad al encuentro con nosotros en la tradicional enramada con que cuenta cada ranchería para los encuentros colectivos. Y decimos arduas jornadas porque aunque comúnmente tienen un teléfono móvil, no suele ser el artefacto más usado por ellos o debido a la movilidad fronteriza y a la distancia de las comunidades sumergidas al interior del desierto, es común que algunas de ellas pasen días sin cobertura.

Celebrar la comunicación y autorización de la autoridad para llegar al campo, iba seguido de: a) la *organización del material* necesario en campo, b) *programación del transporte* según la distancia, terreno de acceso, conocimiento de la ubicación de las comunidades por parte de los guías bilingües y conductores, tamaño de la comunidad, entre otros detalles que definían hora de salida, c) *garantizar recursos* suficientes para trabajar y la presencia de guías bilingües de ambos sexos suficientes, para llevar a cabo las actividades.

Pudimos entender, tal como lo expresamos párrafos atrás, que dentro de su dinámica social, los wayuu hablan de temas relacionados con la SSR más fácilmente cuando están con personas de su mismo sexo, al parecer un asunto de identidad de género

que era importante para ellos y que además evidenciaban sus principios morales a través de la calificación de lo que está “bien visto” y lo que está “mal visto”, en términos de lo que puede hablarse entre hombres y mujeres. Principalmente las mujeres se sentían más tranquilas para tocar estos temas si estaban con otra mujer. Y en el caso de los hombres, no era “bien visto” que una mujer wayuu preguntara a los hombres sobre temas de esta índole. En su cultura, suelen hacer una valoración moral de los comportamientos cotidianos y la sexualidad es un tema tabú también entre ellos. Aspecto éste que demarca diferencia de género en la comunicación y por tanto se convierte en un insumo importante al momento de analizar los retos que presenta la expansión del VIH y sida y su prevención.

Ya adentrados en el terreno y con la aceptación necesaria por parte de las comunidades y las autoridades, procedimos al proceso de recolección de la información según las técnicas e instrumentos antes definidos.

Este momento, entendido también como fase de operación en la que deben combinarse fuentes primarias y secundarias, es cuando se delimita el tipo de muestreo y la muestra como tal para la recolección de la información (Jiménez, 2004). Aspectos que abordamos más adelante.

Aunque la investigación cualitativa admite que las preguntas y ejes orientadores de entrevistas y GFD pueden irse transformando en el camino mismo del encuentro con los interlocutores en el campo (Gibbs *et al.*, 2012), nosotros, previa la aplicación de técnicas e instrumentos, pero ya en el terreno, llevamos a cabo una prueba piloto con aproximadamente 5 sujetos en el caso de la entrevista, y 3 GFD, los resultados además de contribuir a mejorar las guías, aportaron al proceso de formación del grupo de guías bilingües, específicamente en el uso de los instrumentos y recolección de la información. Las habilidades comunicativas que les son propias por su rol como guías bilingües, fueron enriquecidas con aspectos técnicos y éticos, necesarios en todo proceso investigativo.

Desde la perspectiva de la investigación cualitativa, la información obtenida durante el pilotaje de los instrumentos puede ser tenida en cuenta en el análisis, pues los criterios de complementariedad en lugar de exclusión de datos, y la flexibilidad que denotan las técnicas utilizadas, lo permiten. Las preguntas y las conversaciones cara a cara



a que se dio lugar durante las entrevistas y los GFD, fueron dinámicas y conllevaban diferentes formas de indagar según las características de los participantes y de los guías bilingües, además, la identificación de puntos de interés a partir de la concurrencia del análisis por parte de los investigadores, sirvieron de referente para decidir puntos clave en la recolección de la información.

#### **4.3. Tercer momento: análisis de la información y comunicación de resultados**

El proceso de análisis se llevó a cabo con 51 fuentes cualitativas (29 entrevistas, 9 GFD y 13 diarios de campo), las fuentes primarias correspondientes a las dos primeras técnicas, recogieron el discurso de 85 indígenas participantes, además de aproximadamente 20 personas entre investigadores, líderes en salud y guías bilingües, que fueron quienes diligenciaron los 13 diarios de campo.

Entendemos este momento del estudio como el proceso de interpretar y dar sentido al discurso de los wayuu participantes. Según Sprandley (1980) es “el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (Rodríguez, 2003). Las principales características de este momento son su forma cíclica y espiralada, a diferencia de la linealidad que adoptan los análisis de datos cuantitativos.

Esta forma cíclica y en espiral que adopta el análisis de los datos cualitativos, se debe principalmente a la naturaleza polisémica de la información, es decir, se hace necesario volver sobre ella en cualquier momento del proceso a fin de enriquecer su interpretación de acuerdo con los objetivos del estudio (véase figura 3.3.).

Como lo plantea Gibbs *et al.* (2012), este momento de la investigación implica un proceso sistemático en el que participan los siguientes pasos: preparación de los datos, codificación y categorización, análisis de discursos, y redacción de informe de investigación. Pasos que requieren un profundo conocimiento de los datos por parte de quien investiga.

En este orden de ideas y a partir de experiencias previas como investigadores, hemos estructurado tres pasos a saber: organización, clasificación-codificación y síntesis - dar sentido. Para lograr efectivamente esta tarea, utilizamos el software Nvivo 10 y 11 plus.

Figura 3.3. Pasos del proceso de análisis



Fuente: elaboración propia en colaboración con el equipo de investigadores del macro-proyecto.

#### 4.3.1. Organización

Se entiende como el paso inicial en el que la información recolectada en el trabajo de campo es seleccionada y ubicada de manera organizada en un repositorio y registrada en una base de datos. Para efectos de esta tarea, la organización tuvo tres acciones:

- a. Creación de un índice de instrumentos apoyados en cuadros de Excel, en ella se registraron las fuentes de información primaria: transcripciones de entrevistas y GFD con sus respectivos códigos, tal cual figuran en los Anexos B y C.
- b. Transcripciones, los audios de los GFD y de las entrevistas tuvieron un proceso que implicó que los guías bilingües escucharan el audio en wayuunaiki y lo transcribieran en español. Producto que luego fue evaluado y cualificado por un pedagogo wayuu que sin haber estado en la recolección de información, escuchaba los audios y seguía la transcripción en español para ajustar y avalar

lingüísticamente, o no, el trabajo realizado por los guías bilingües. Cabe anotar que todas las personas involucradas en el proceso de transcripción han firmado durante la implementación del macro-proyecto un acuerdo de confidencialidad para el manejo de la información (véase, Anexo D).

Para las transcripciones nos valimos del manejo de herramientas Office y el Programa Digital Voice Editor. Fue clave procurar la conservación de expresiones comunes en wayuunaiki y garantizar la confidencialidad de las fuentes desde la asignación de códigos que incluían una letra inicial del nombre, sexo y fecha de realización de la entrevista o GFD.

Con el fin de mantener una estructura común, todas las transcripciones contaron con los siguientes datos: al inicio de la transcripción se digita el código del participante, luego nos valimos de una (E:) para indicar la intervención de quien entrevista, sin digitar su nombre, y cuando habla el participante, se le representó con la letra inicial de su nombre y del género para la persona entrevistada. Hemos protegido la identidad de las personas nombradas en los discursos wayuu, omitiendo los nombres propios y reemplazándolos por [nombre persona 1], número que cambiará de acuerdo a los nombres propios que aparezcan en la entrevista.

El paso final de esta parte del proceso, consistió en la lectura cuidadosa de cada transcripción por parte de los investigadores, para verificar la comprensión de los textos en español y la calidad gramatical. Sin embargo, al identificar las características en la forma de lenguaje de los wayuu, cuando recurren al español, hemos conservado en lo posible, las frases y usos lingüísticos, siempre y cuando mantengan un nivel adecuado de comprensión por parte de los *alijunas* lectores.

c. Apertura del proyecto en Nvivo. Las transcripciones como fuentes primarias debidamente revisadas y cualificadas, fueron consignadas en una unidad hermenéutica de Nvivo, siguiendo la lógica del software para la organización y fácil acceso a la información (véase, Figuras 3.4., 3.5. y 3.6.).

Figura 3.4. Entrevistas almacenadas en Nvivo.

Nombre	Nodos	Referencias
FF031012	27	551
FF120912	28	565
FM060912	34	712
GF040912	18	222
LF130912	25	319
LF260912	13	131
LM080313	22	244
MF040313	16	140
MF270912	23	323
MM041012	12	93
MM130912	25	520
MM270912	21	301
NF200912	20	231
OM250912	25	551
OM260912	22	329
PM180912	12	119
PM210912	18	150
RF110912	17	193
SM120912	16	142
YF041012	26	458
ZF060912	19	263

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3.5. GFD almacenados en Nvivo.

Nombre	Nodos	Referencias
GDH060313	38	924
GDH070313	41	1108
GFH040413	38	1189
GFH070313	36	872
GFH220213	25	440
GFM040413	22	528
GFM050313	28	558
GFM091112	42	895
GFM210213	33	579

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3.6. Diarios de campo registrados en Nvivo.

Nombre	Nodos
Diario de Campo 01	32
Diario de Campo 02	28
Diario de Campo 03	31
Diario de Campo 04	19
Diario de Campo 05	16
Diario de Campo 06	11
Diario de Campo 07	13
Diario de Campo 08	17
Diario de Campo 09	29
Diario de Campo 10	8
Diario de Campo 11	22
Diario de Campo 12	6
Diario de Campo 13	7

Fuente: Elaboración propia.

En las Figuras anteriores podemos apreciar las formas de organización de las fuentes por técnica, la codificación que permite salvaguardar la identidad de los participantes y finalmente el número de nodos (categorías de primer nivel) en los que aporta cada fuente.

#### **4.3.2. Clasificación – Codificación**

La entendemos como el proceso mediante el cual se organizan los datos en unidades analizables, creando categorías a partir de ellos, a fin de generar conceptos (Coffey y Atkinson, 2005). Cabe señalar que la codificación no es un proceso mecánico, por el contrario, requiere de un proceso reflexivo por parte de quien investiga, que obliga a volver sobre los datos, escudriñarlos y darles sentido (Gibbs *et al.*, 2012). Asimismo, es relevante resaltar que la codificación no debe confundirse con el análisis de los datos, ya que éste se constituye en un primer nivel del proceso analítico y es lo que en el software Nvivo se conoce como *nodos*.

Para llevar a cabo este proceso de codificación, hemos seguido la propuesta de Strauss y Corbin (2002), quienes plantean tres tipos: codificación abierta, axial y selectiva, en este caso sí se va de la codificación a la categorización:

- a. Codificación abierta, entendida como el proceso analítico por medio del cual se descomponen datos en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias, a fin de identificar conceptos y descubrir en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). Esto permite, en un primer momento, abordar la información recolectada en el trabajo de campo a partir de códigos *in vivo* que hacen referencia a “los códigos que se derivan de los términos y el lenguaje empleados por los actores sociales en el campo, o en el curso de las entrevistas” (Coffey y Atkinson, 2005: 39).
  
- b. Codificación axial, es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías a partir de un eje, con el fin de formular explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002). Para los efectos de la presente investigación, las categorías se entienden como los acontecimientos, sucesos,

objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado y que se agrupan bajo conceptos más abstractos (Strauss y Corbin, 2002), y las subcategorías como los atributos que permiten describir la categoría de acuerdo con sus dimensiones.

c. Codificación selectiva, entendida como el proceso de integrar y refinar la teoría a partir del relacionamiento de las categorías con las fundamentaciones teóricas (Strauss y Corbin, 2002) permite que, una vez llevada a cabo la codificación abierta y axial, se identifiquen las categorías o *networks* en Nvivo por cada componente, que derivarán análisis y procesos de escritura de acuerdo con el modelo de comprensión por componente, toda vez que pasa por las teorías que lo fundamentan y por los datos *in vivo*.

En el Anexo E, presentamos el cuadro que recoge la construcción de categorías desde la identificación de los códigos o nodos según el software utilizado. Tal como sucedió en el análisis, los códigos *in vivo* corresponden a los nodos, las categorías axiales actúan como subcategorías y las categorías selectivas se refieren a las categorías finales que dieron lugar a la escritura de los resultados del estudio, reflejados en los Capítulos IV y V.

Otro punto importante a tener en cuenta es que dependiendo del sentido de algunos códigos *in vivo* y de algunas categorías axiales, unos u otras, han podido mantenerse como categorías selectivas. En unos casos los sentidos han sido tomados de la fuerza y relevancia de las palabras en wayuunaiki.

#### **4.3.3. La Síntesis – Dar sentido**

Implica que una vez que se retorna al dato *in vivo* y éste se relaciona con los constructos teóricos, que a su vez sirven de fundamentación para los diferentes componentes de orden cualitativo, se evidencie el proceso cíclico y en espiral que adopta el análisis de datos, ya que se retorna al discurso plasmado en las fuentes primarias, pero con una mirada analítica y crítica.

Durante este proceso se definen los productos posibles, en nuestro caso, artículos de divulgación, ponencias en eventos internacionales, y documento monográfico.

El análisis de los datos puso énfasis sobre las concepciones, actitudes, conocimientos y prácticas, que sirvieron para la identificación de las percepciones y respuestas sociales de los wayuu frente al VIH y sida, a partir de experiencias subjetivas y colectivas que tienen los indígenas sobre este fenómeno que está en riesgo de expansión en sus comunidades; también, sobre sus formas de infección y prevención. Para ello se centró en el estudio del mundo tal y como lo manifiestan los participantes desde su experiencia, lo que facilitaría la comprensión del objeto de estudio. Hemos dicho antes, que desde esta mirada, lo que predomina en los resultados y discusión de los mismos, es el discurso propio de los wayuu, la manera como ellos pasan de lo individual a lo colectivo para asumir la existencia del VIH y sida y la presencia real o potencial de personas viviendo con el virus o en sus palabras “con la enfermedad”.

Recurrimos en esta parte del proceso, a las palabras en wayuunaiki para conservar el sentido que los wayuu han dado a ciertos conceptos desde su lengua nativa y como una forma de aproximarnos como investigadores, y a los lectores, a la lengua wayuu por ser uno de los más importantes elementos culturales que los caracteriza y se conserva actualmente.

Para cerrar esta descripción metodológica del proceso de análisis, consideramos relevante expresar que como investigadores, vivimos una serie de emociones encontradas. Por un lado, estaba la satisfacción por tener discursos fieles que además mostraban el diálogo entre guías bilingües e interlocutores wayuu. A esto se sumaba lo interesante que era ver como las intervenciones de los guías ya daban lugar a una postura atravesada por su cultura. Pero por otro lado, en la medida que avanzábamos en la lectura y análisis encontrábamos nudos y vacíos que, como investigadores, habríamos profundizado con los participantes, si hubiésemos contado con la habilidad comunicativa del wayuunaiki y perspectivas teóricas que permitieran otras formas de análisis, como género y poder por ejemplo.



## 5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Tras definir que los wayuu de Maicao, La Guajira serían el caso para el análisis en este estudio, fue necesario proceder a delimitar quiénes serían los interlocutores, con quiénes recogeríamos la información a partir de la implementación de las técnicas antes descritas. Es esto lo que conocemos en investigación como la delimitación del ámbito espacial.

### 5.1. Población de referencia

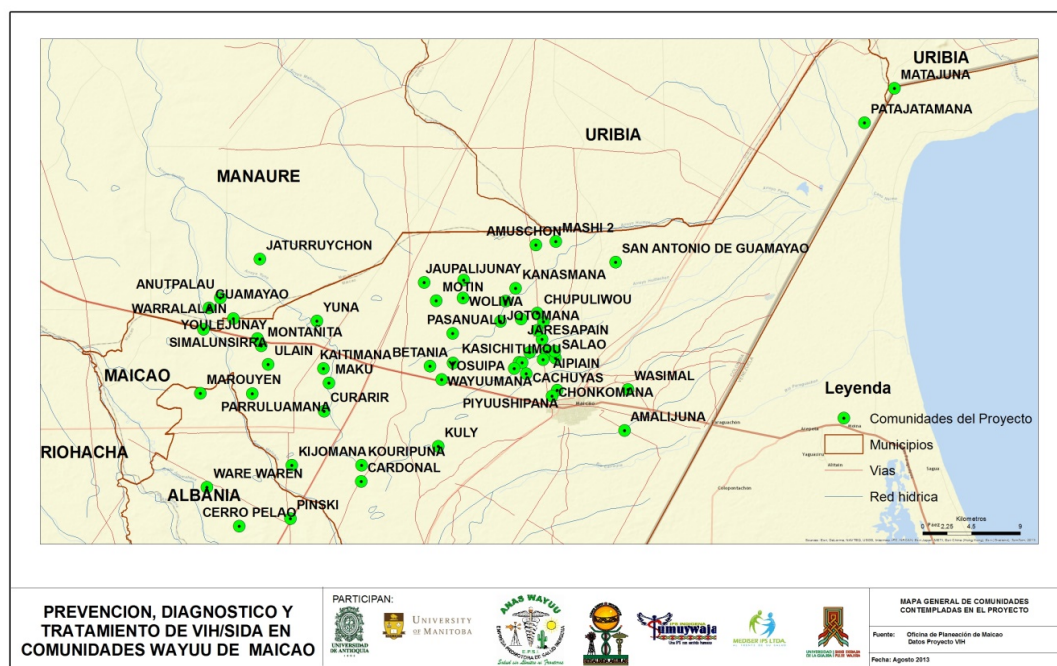
Estuvo comprendida por indígenas wayuu de 55 comunidades de la ciudad de Maicao, La Guajira. Comunidades a las que accedimos a partir de la alianza interinstitucional con: asociaciones indígenas Asocabildos y Sumuywajat, EPS indígena Anas Wayuu, IPS Mediser, entre otras como las secretarías de salud municipal y departamental de Maicao y La Guajira (véase, Figuras 3.7. y 3.8.).

Figura 3.7. Mapa: La Guajira colombiana.



Fuente: <https://opinioncaribe.com/2016/05/11/9659/>. Acceso: Diciembre 2016.

Figura 3.8. Mapa general de comunidades participantes.



Fuente: Material de georreferenciación. Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con comunidades. UdeA. 2013.

Dentro de los objetivos del macro-proyecto, estaba la construcción de un sistema de georreferenciación que facilitara el acceso a las comunidades y la prestación de servicios de salud, lo que llevó a los investigadores a realizar un censo puerta a puerta en las 55 comunidades. Este producto se convierte en el único referente de número de habitantes por comunidad para este estudio (véase, Anexo F), según este dato la población fue de aproximadamente 3.950 personas distribuidas en 690 familias.

## 5.2. Muestreo y muestra

El muestreo implementado desde la investigación cualitativa fue por conveniencia o teórico, es decir aquel que exige al investigador ponerse en la situación que mejor le permita obtener la información necesaria para responder al tema y objeto de estudio (Ruiz, 2012): análisis de las percepciones y respuestas sociales en nuestro caso. Desde esta mirada, el número de participantes que representan la población o universo, no se conocen

a priori, por eso la muestra se estructura a lo largo del proceso. Aquí lo hemos llevado hasta la saturación de información a partir de análisis recurrentes que como lo plantean Strauss y Corbin (2002) da lugar a la identificación de la emergencia de códigos y categorías o por el contrario del límite de los datos para aportar algo nuevo.

La muestra final fue de 85 personas mayores de 16 años entre ellos 47 mujeres y 38 hombres, cuya participación por técnica implementada y descrita más adelante, fue: 56 personas en GFD y 29 en entrevistas, independiente de los 20 líderes wayuu y guías bilingües que diligenciaron los diarios de campo durante las visitas a las comunidades.

La edad promedio de los participantes fue de 43,2 años, con un rango entre 16 y 64 años, de los cuales el 100% expresaron haber tenido al menos una pareja sexual durante su vida. El 100% de ellos hablaba su lengua nativa y aproximadamente el 60% eran bilingües.

### **5.3. Criterios de inclusión**

Participaron hombres y mujeres indígenas mayores de 16 años, que vivían en alguna de las 55 comunidades vinculadas. Era muy importante que estas personas hubiesen iniciado su vida sexual activa y que aceptaran participar voluntariamente.

### **5.4. Criterios de exclusión**

No participaron en este proceso: *alijunas* independientemente del vínculo que tuvieran con las comunidades, tampoco indígenas que vivieran en comunidades diferentes a las 55 ya mencionadas; ni personas menores de 16 años o quienes aun cumpliendo con los criterios de inclusión, no se encontraban en estado de salud física o mental que les permitiera el nivel de interlocución requerido con los guías bilingües y con los investigadores.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio acogió los principios de la Declaración de Helsinki sobre investigación con seres humanos y cumplió con la normatividad nacional consignada en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, para investigación en comunidades (Capítulo II).

Tal como se explica, este proyecto surge de la experiencia de todo un equipo de investigación, del cual hago parte, con dos proyectos, el primero en la comunidad Embera-Chamí de Cristianía, Antioquia durante 2010-2011 y el segundo en 55 comunidades wayuu de la zona rural de Maicao, La Guajira durante 2012-2015. Ante la importancia y viabilidad de continuar otros procesos investigativos con las comunidades, nos propusimos indagar acerca de las percepciones y respuestas sociales de los wayuu de Colombia frente al VIH y sida.

Este estudio al igual que el macro-proyecto al que se adscribe, fue presentado a las autoridades wayuu, a las asociaciones indígenas Asocabildos y Sumuywajat, y a representantes de instituciones de salud que han apoyado todo el proceso investigativo. En estas reuniones se procedió a realizar la consulta previa con el fin de contar con su aprobación y autorización para avanzar con el trabajo de campo y la recolección de la información.

La consulta previa es una medida que se instaura a partir del Convenio 169 de la OIT, como un derecho en sí mismo que tienen los grupos étnicos, pero también como una medida para garantizar otros derechos como el de autonomía y los territoriales, sin embargo se ha ido ampliando a otras áreas como una forma de reconocer el derecho a la participación de los pueblos indígenas, al momento de decidir sobre programas y proyectos que puedan poner en riesgo su integridad económica, social y cultural (Orduz, 2014).

Los investigadores conscientes del carácter de vulnerabilidad que tienen las comunidades indígenas y de los abusos a que han sido sometidas en el pasado, hemos firmado un acta de confidencialidad para el manejo de los datos (Anexo D). En coherencia con lo anterior, este estudio se propuso ante todo, generar evidencias que permitieran

comprender los riesgos de expansión del VIH y sida en las comunidades indígenas en Colombia, y que a la vez puedan servir como soporte para futuros proyectos y posibles políticas para la prevención y atención del VIH y sida con comunidades indígenas en el país.

La participación de los habitantes de las comunidades wayuu de Maicao fue voluntaria, lo que significa que podían retirarse o continuar en el proceso, independiente de que ya hubiesen estado en otras actividades del macro-proyecto; para tal fin se diligenció con ellos un consentimiento informado diferente para cada una de las técnicas implementadas (Anexo G: Entrevista y Anexo H: GFD)<sup>23</sup>. Se protegió la identidad de los participantes utilizando códigos únicos de identificación y el manejo de la información fue confidencial y restringido a los investigadores y autoridades de salud si se hubiese requerido por razones legales. Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y dieron su consentimiento antes de participar en el mismo. El consentimiento informado se realizó en wayuunaiki y usando la huella digital de las personas que no sabían firmar.

Para efectos de informes y presentación de resultados ante instituciones aliadas y financiadora, realizamos un permanente registro visual del trabajo de campo, pero tanto las cámaras fotográficas, como los equipos de video y audio, solo fueron utilizados tras autorización explícita de las personas participantes en el estudio, de manera que si alguna persona no quería ser registrada visual o en audio, se omitía en los registros conservando así el derecho a la intimidad y a la libre elección.

Desde el macro-proyecto, existe una comisión conformada por personal wayuu de las asociaciones y la EPS indígena Anas Wayuu, para la revisión y aportes desde su competencia y saberes, a los escritos que se produjeron y se producirán en el futuro; revisión que se hace previo a la publicación de cualquier material. Además existe el compromiso de no compartir las fuentes primarias con personas diferentes a los investigadores que han hecho parte del estudio, razón por la cual ningún ejemplo es compartido como anexo en este escrito.

---

<sup>23</sup> Estos consentimientos también pueden consultarse en el Anexo A. Versión en español y en wayuunaiki.



## Capítulo IV

### PERCEPCIONES DEL VIH Y SIDA EN LOS WAYUU

En este capítulo estudiaremos las percepciones que emergieron en los discursos wayuu sobre el VIH y sida. Trataremos de articular los diversos significados emergentes, sobre todo aquellos elementos compartidos, los que se vislumbran como culturalmente comunes y que por tanto se constituyen en el centro de la construcción social del VIH y sida en estas comunidades indígenas. Lo anterior, no implica la exclusión de otros significados menos comunes o de aquellos que denotan diferencias de sentidos, pues tal como corresponde en la investigación cualitativa, las posturas deben ser vistas como complementarias, nunca como excluyentes.

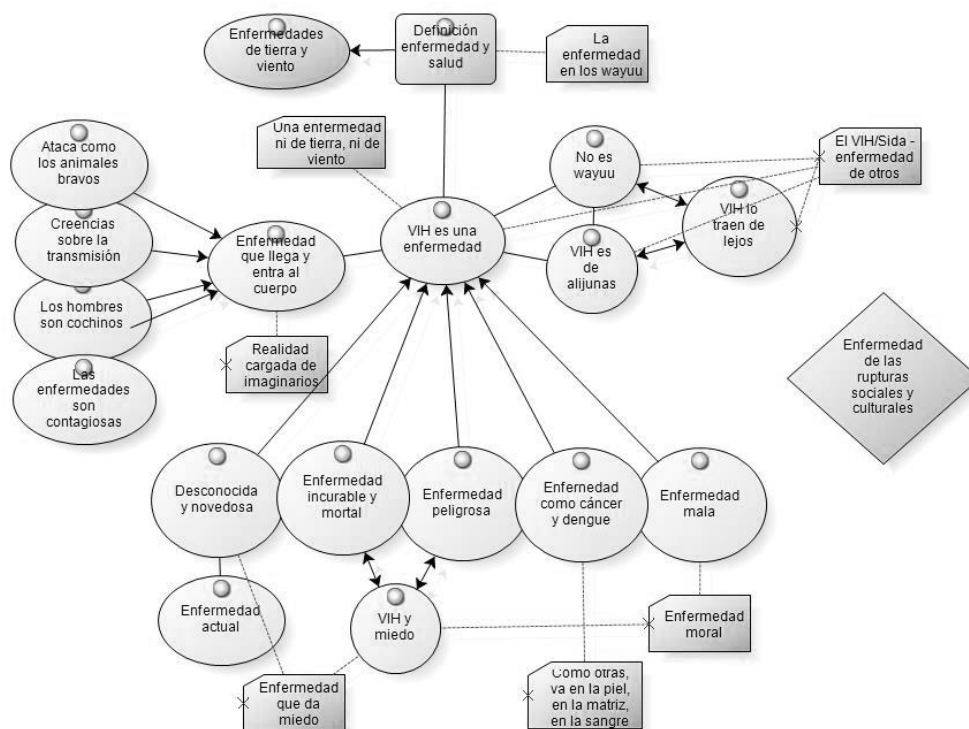
Nos centraremos sobre todo en sus propios términos y expresiones para tratar de esclarecer los “lugares comunes” de la percepción wayuu sobre esta nueva amenaza. Será su voz la que prime en estos capítulos. En este orden de ideas, y para facilitar la comprensión de los textos, aclaramos que en éste y los dos capítulos siguientes, aparecerá con cierta frecuencia la conjunción VIH/sida, tal como era usado antes el término. La razón, que ante el desconocimiento que sobre el VIH tienen los wayuu, fue necesario referirse al VIH y al sida de manera conjunta en tanto mejoraba la comprensión del tema por asociación con el sida, pues al parecer ésta ha sido la palabra usualmente escuchada por ellos en ciertos contextos educativos y de salud.

El proceso de análisis de las diferentes fuentes, se ha hecho siguiendo el guion que marcan las declaraciones y expresiones de nuestros informantes, yendo de lo general a lo particular y mostrando ejemplos donde nuestras interpretaciones se hacen más visibles.

Aunque los modelos que aquí presentamos derivan de nuestra propia codificación y análisis, hemos tratado de seguir un tratamiento lo más abierto posible, combinando la mirada de varios investigadores y recurriendo a expresiones fieles de los wayuu para ilustrar las interpretaciones y para que los lectores puedan apreciar y verificar la confiabilidad de las mismas.

A continuación la figura 4.1. permite identificar los códigos y categorías que surgieron en relación al VIH y sida en relación con la concepción de “la enfermedad”, que fue emergiendo en los discursos de hombres y mujeres wayuu mayores de 16 años de edad que vivían al momento del trabajo de campo, en comunidades wayuu de Maicao, La Guajira. Es importante anotar que tales categorías fueron transmutándose durante los diferentes momentos del análisis hasta configurar el capítulo que nos ocupa.

Figura 4.1. Mapa de códigos y categorías.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de codificación.



## 1. LA ENFERMEDAD PARA LOS WAYUU

Durante el trabajo de campo, llamó la atención a los investigadores que los wayuu siempre hicieran referencia al VIH y sida como “la enfermedad”, sin hacer alusión a la especificidad de su nombre, lo que a primera vista podría obedecer al carácter de novedoso y desconocido que era el VIH y sida para ellos. Sin embargo al adentrarnos en el análisis de los datos identificamos las percepciones que tienen de la enfermedad en general y cómo estas pueden influir en la forma de referirse al virus del que se ocupa este estudio.

En los wayuu la enfermedad toma varios sentidos que suelen configurarse: a) por los síntomas, b) por su origen o causa. Sumado a ello, algunos participantes trascienden la visión de lo que sufre o adolece el cuerpo, *talechee* en su lengua, para poner en sus significados también lo que genera emocionalmente la enfermedad.

### 1.1. *Talechee*: una condición que consume e inhabilita

A la pregunta *¿qué es la enfermedad para los wayuu?* (pregunta número 22 del eje sobre prácticas y saberes wayuu en torno a la sexualidad, la salud y la enfermedad. Entrevista, Anexo A, página 52), estas son algunas de sus respuestas:

*La enfermedad es cuando uno no se puede levantar, tiene dolor de cabeza, está muy enferma que no tiene fuerzas, con gripa, mucha fiebre, triste* (Entrevista, mujer artesana de 20 años de edad, clan Apushana, agosto 2012).

[...] *yo digo que es cuando estamos indispuestos por algún dolor en cualquier parte del cuerpo, una infección, y más cosas que no sé* (Entrevista, mujer ama de casa de 26 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Es la gripa, dolor de cabeza, dolor en todo el cuerpo* (Entrevista, hombre pastor de 50 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Es como un escalofrío, un viento, que se siente en las noches, a cualquier hora* (Entrevista, hombre pastor de 40 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

*Cuando se siente mal internamente o un dolor en el cuerpo [...] (Entrevista mujer artesana de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).*

La enfermedad es entendida por los wayuu, desde los posibles síntomas: dolor en el cuerpo y falta de fuerza para levantarse. Luego de estos síntomas deviene tristeza. Entonces, enfermar es entrar en un estado que consume a la persona en tanto no permite seguir con la vida cotidiana, “no se puede levantar”, “se cohíbe de salir”. Es una condición que inhabilita, algo semejante a nuestra idea de la discapacidad y la incapacidad, es decir, un estado no normal del individuo que compromete aspectos tanto físicos como sociales: “no puede ir a todos lados”.

*[...] Eso trae mucha tristeza porque ya no va seguir su vida normal ya le toca acostarse porque se queda sin fuerza [...] si está enferma no puede hacer eso [ir a todos lados] se cohíbe de salir y la enfermedad se lo consume ahí en el chinchorro* (Entrevista, mujer profesora de 54 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).

Pero sobre todo, entienden la enfermedad como un estado físico que causa dolor en el cuerpo, en la cabeza y que por tanto resta fuerzas para hacer las cosas. Estado al que asocian otros síntomas comunes como fiebre o “escalofrío” refiriéndose a los cambios de temperatura en el cuerpo que son atemporales, pues “se siente en las noches, a cualquier hora” amenazando el bienestar en cualquier momento.

Al parecer, para los wayuu, la enfermedad es un estado que genera cambios en la persona que va más allá de los síntomas físicos, pues conlleva tristeza: “estar triste”, “trae tristeza”, emoción que está asociada específicamente en su discurso, con la limitación para seguir la vida y sus actividades diarias de manera normal.

*Nos enfermamos eso causa mucha tristeza, trae mala suerte porque si estamos bien podemos irnos a cualquier lado* (Grupo focal, mujer autoridad tradicional de 52 años de edad, clan Jayariyú, marzo 2013).

En este último testimonio, no solo se asocian a la enfermedad, la tristeza, la limitación física y social, sino también la “mala suerte”, dando ya un matiz mágico al estado de salud y enfermedad, pues como lo plantea Douglas (1973) citado por Paz *et al.* (2010), son varias las causas de la enfermedad en los wayuu que los lleva a consultar a curadores especializados ya sea en enfermedades comunes, las producidas por ataques de entidades espirituales, por mal de ojo o por brujería.

La “mala suerte” o “*aisu pia talupa*”, para los wayuu se refiere, de manera similar a la acepción de la frase para los no indígenas, a que las cosas no salen tal y como se tenían planeadas, ésta puede ser el resultado de la envidia de otras personas, de un inadecuado uso de la palabra que se manda a través de un palabrero, de un maleficio, y también puede ser causada por la influencia de algún espíritu. Una experiencia de “mala suerte” puede contrarrestarse realizando un encierro de aproximadamente una semana mientras se siguen las indicaciones de la *outsü*, lo que significa que es tratada como una afección de tipo sobrenatural.

*[...] lo encierran y le dicen que debe estar pendiente de sus sueños, a la vez que lo hacen para aislar a la persona y proteger a la comunidad. En el último día le hacen un baño con una hierba y le colocan una manilla<sup>24</sup> que le ha hecho la piachi de piedra tumaa con un hilo de color rojo. Le dicen que cuide mucho la manilla, y en los primeros días después del encierro no debe saludar de mano a nadie, ni tener contacto con la pareja sentimental”* (Notas de campo, conversación con líder wayuu, de 37 años de edad, clan Jusayu, julio 2014).

---

<sup>24</sup> Manilla equivale en castellano a una pulsera o cordón que se lleva en la muñeca.

## 1.2. El continuo entre la salud y la enfermedad

Aproximarnos a la enfermedad nos lleva necesariamente al concepto de salud, pues ambos como continuo, han demostrado que conviven y fluctúan permanentemente en la vida del ser humano.

Al momento de preguntar sobre ¿qué es entonces la salud para los wayuu? (pregunta número 23 del eje sobre prácticas y saberes wayuu en torno a la sexualidad, la salud y la enfermedad. Entrevista, Anexo A, página 52), identificamos respuestas que dan cabida a la multidimensionalidad del concepto y que desde la complejidad que la circunda está altamente asociada al bienestar. No se conoce en ninguna lengua indígena, la palabra salud, pero sí la forma de referirse a ella como el “estar bien”, *bia ‘buma* en embera, *anas* en wayuunaiki. Abordamos aquí su significado en los wayuu para dar cuenta de ésta en oposición a la enfermedad como lo plantean algunos testimonios durante las entrevistas especialmente.

*Es estar bien, poder hacer todas sus actividades domésticas sin problema, no estar acostada por algún dolor, es lo contrario a estar enfermo* (Entrevista, mujer artesana de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).

*Bienestar general, que no tengamos ningún tipo de dolor [...]* (Entrevista, mujer ama de casa de 26 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

Los participantes se refieren a la salud como “lo contrario a estar enfermo”, como un estado de “bienestar general”<sup>25</sup>, es decir que estar sano permite desarrollar las actividades día a día, estar activo y en movimiento, poder ir a cualquier lado y por supuesto, no sentir dolor.

---

<sup>25</sup> En este sentido la concepción de salud expresa en los wayuu participantes, entra en coherencia con la definición que en el año 1948 entró en vigor en la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”, definición a la que luego se han ido vinculando otros factores como los ambientales.

Uno de los informantes dijo:

*Creo yo que la salud, es estar bien, no tener nada, no tiene problemas, no tiene inconvenientes con nadie, tiene buenas relaciones con los demás, sin discriminación, para mí eso es salud, ser amable con los demás* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo de 40 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

La salud y la enfermedad como estados opuestos pero como componentes de un proceso en el que uno está necesariamente supeditado al otro, el primero que permite, que te da bienestar, el segundo como el que lo contrarresta o limita, no solo físicamente, sino también emocional y socialmente, es decir que ambos influyen en el afuera, en la relación del sujeto con el entorno. Así la sintomatología y sus efectos son una forma de explicar la enfermedad, pero no la única, sin embargo en los wayuu son la principal manera de identificar la presencia de enfermedad, asunto que toma relevancia cuando de hablar de VIH y sida se trata ante las fases asintomáticas que le son propias a las personas que viven con el virus.

La salud-enfermedad como proceso ya abordado por autores como Laurell (1982) y King (1954) entre otros, aparece en el discurso de los wayuu como que, una es en tanto la otra está ausente, así la salud es posible si no hay dolor o si la persona no tiene que estar acostado en su chinchorro. Al contrario de la enfermedad, estar bien es “poder hacer las actividades domésticas sin problema”. Pero este paso entre una y otra está matizada por factores sociales y emocionales como el estar o no tristes, el poder hacer las cosas del día a día o quedarse en un chinchorro, y el relacionarse tranquilamente con el entorno o quedarse sin ir a ningún lado.

Entonces si la salud se concibe como un estado de bienestar integral, estado en el que “no se tienen problemas ni inconvenientes con nadie”, que permite el “ser amables”, vivir “sin discriminación”; esto puede significar que la salud y la enfermedad trascienden el ámbito de lo individual para dar cuenta de un estado de bienestar consigo mismo y con los demás, condición que vincula al otro y en su caso específico a la comunidad.

[Salud] es estar bien, es lo mismo que cuando no nos pasa algo malo (Entrevista, hombre autoridad tradicional, de 53 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

Teóricamente la enfermedad ha sido abordada durante décadas, como uno de los conceptos centrales en la medicina y la salud en general, y analizada por la filosofía y otras disciplinas, pero sin alcanzar consensos en la comprensión de la misma. Como señala Kendell citado por Hofmann (2010: 3) “la enfermedad es de hecho un concepto escurridizo que nunca se ha definido de manera adecuada, a pesar de ser término fundamental en la medicina”, de ahí que sea importante la revisión de este concepto en el contexto específico de grupos sociales como los wayuu, quienes han creado el propio sistema de significados de la misma y a su vez las propias formas de intervenirla a partir de su cosmovisión ancestral, pero también de la influencia de otros discursos mediados por la religión, los medios de comunicación y la medicina *alijuna*.

En el caso de los wayuu, de manera similar a como sucede en otras comunidades rurales y suburbanas, la enfermedad está siempre manifiesta, es decir, que los síntomas son la forma de reconocerla y por tanto de tratarla según el origen de los mismos, así lo deja claro Paz *et al.* (2010) cuando nombra los diferentes curadores con que cuenta la cultura wayuu según clasificación de las enfermedades. Por el contrario, las ciencias médicas sostienen la existencia de enfermedad sin necesariamente sentirse enfermo, tal es el caso de algunas de las ITS que pueden afectar el organismo siendo asintomáticas. Esto nos hace un llamado cuando el sistema de salud no indígena busca actuar frente al VIH y sida y a otras ITS en grupos étnicos como los wayuu. ¿Cómo entrar a intervenir en ciertos contextos sociales, una enfermedad que no se entiende como tal por su condición de asintomática?

Entonces el concepto de enfermedad puede ser vago y difícil de definir porque aunque el concepto es real y está asociado a un proceso natural, la percepción suele ser confusa y suele no haber claridad entre la naturaleza de lo que es enfermedad y lo que no lo es, según Worall y Worall (2001) citado por Hofmann (2010).

Desde una perspectiva más holista, la Antropología Médica desde el siglo XX, ha buscado repensar los procesos de salud y enfermedad más allá de posturas biologicistas e

individuales, a partir de las teorías sociales en tanto procesos asociados a las condiciones de diversidad y desigualdad social, “estamos demasiado inclinados a percibir la enfermedad como un fenómeno exclusivamente biológico e individual y a omitir la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud” (Martínez, 2008: 7), y en el caso de los wayuu hemos identificado la necesidad de aproximarnos a sus formas de comprender la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, para poder comprender cómo y por qué el VIH y sida, nombrado por ellos como *talechee*, es una enfermedad que no tiene lugar en su sistema clasificatorio de las enfermedades.

## 2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

### 2.1. Enfermedades de tierra, lluvia y viento

Mencionado antes, otra forma como los wayuu se refieren a la enfermedad, está dada desde la causa, mirada en la que integran lo natural, lo cultural y el medio ambiente. Además en su discurso, producto de toda una mezcla de influencias culturales, se aprecian elementos biomédicos como el malestar general causado por las virosis, las infecciones, aspectos sociales relacionados con la interacción con los *alijunas* y sus costumbres, además de elementos asociados a sus creencias culturales como el viento, la tierra, las lluvias y en algunos casos los espíritus que traen consigo la enfermedad.

Así pues, la enfermedad parece ser pensada en los wayuu en términos de falta de armonía, desequilibrio entre lo interno y lo externo, pero también entre lo social y lo cultural, lo que podríamos decir que responde al modelo relacional-funcional de la enfermedad que abordan Laplantine y Ruocco (1999). En este modelo los autores exponen que lo normal y lo patológico se piensan en términos de armonía y desarmonía, de equilibrio y desequilibrio.

*La enfermedad para mí es cuando a uno le da dolor de cabeza, en la espalda o malestar general causado por la virosis que trae el viento, un mal espíritu, porque la enfermedad no sale de la nada (Diario de campo, mujer líder wayuu de 23 años de edad, 2013).*

*[...] para mí las enfermedades abundan hoy en día o sea para mí viene de la lluvia, del viento, las comidas, viene o lo trae un alijuna que viene de muy lejos, de pronto trae una enfermedad, que si llega de paso a una comunidad donde convivimos, ahí nos deja la enfermedad para nosotros contagiarnos de las enfermedades que abundan [...]* (Entrevista, mujer docente y autoridad tradicional, de 30 años de edad, clan Epieyu, 2012).

Se amalgaman en sus discursos elementos naturales, culturales y biomédicos “virosis que trae el viento”, “un mal espíritu”, “brujería o mal de ojo” esto para expresar que la enfermedad tiene un origen y en el que no pasa desapercibido el papel del *alijuna* y lo que trae este consigo, por ejemplo “las comidas” que son hoy diferentes a lo que antaño comían los wayuu.

*[...] según lo poco que pude escuchar de los viejos de antes es que la alimentación es importante ya que antes solo consumíamos lo que sembrábamos en la comunidad, recoger los frutos de las plantas, esa era la mejor comida, la carne de los animales que criamos y le echábamos lo que sembrábamos como era la yuca, ahuyama, maíz, y con el mismo maíz se hacían los bollos y esos alimentos no traían enfermedades, yo pienso que lo que ha creado las enfermedades son los alimentos que se comen hoy en día, nadie conoce la procedencia de los alimentos, no se sabe de dónde sacan el aceite que se consume en estos tiempos. Anteriormente se consumía un solo aceite y era aceite los tres cochinitos<sup>26</sup> lo que consumía el wayuu [...] eso fue lo que alcancé a escuchar cuando era niño, la culpa se la echo a la comida que se consume en nuestros días* (Entrevista, hombre dedicado al cultivo y pastoreo, de 55 años de edad, clan Apushana, 2012).

En este último testimonio, el participante expresa que la novedad en los cambios que han ocurrido en el consumo en la sociedad actual, ha traído consigo enfermedades a través de la comida. Él hace énfasis en la idea de la interacción con otras costumbres alimenticias, la vinculación de otros productos y otras marcas comerciales a su dieta,

---

<sup>26</sup> Los tres cochinitos, es una marca de manteca vegetal venezolana, considerada tradicional en tanto lleva más de 50 años en el mercado.



“consumíamos lo que sembrábamos”, la diferencia entre el antes y el después como ese paso de lo tradicional a lo moderno, “era la mejor comida”. Cambios a los que se atribuye una causa más de las enfermedades “que abundan”. Identificamos añoranza por la alimentación del pasado “carne de animales que criamos”, “yuca, ahuyama, maíz”, pero también de sus actividades de cultivo y preparación de los mismos “con el mismo maíz se hacían los bollos”, prácticas que además eran señal de bienestar y salud. Por el contrario el desconocimiento de la procedencia de lo que hoy se come “de dónde sacan el aceite”, y los nuevos alimentos, se tornan en una amenaza para los wayuu que han vivido la transición, el ingreso a la hibridación o transformación cultural como nombra García Canclini (1989) a ese proceso en el que se mezclan prácticas de diferentes culturas y lo que trae consigo la globalidad y el mestizaje.

## 2.2. Un origen no natural de las *talechee*: los *alijunas*

Como resultado también de este contacto con los nuevos tiempos y con el mundo *alijuna*, emerge la idea de que algunas enfermedades “las enfermedades que abundan”, son producto del mundo exterior, del mundo diferente al suyo pero que hace parte del entorno de las comunidades indígenas, tal es el caso del *alijuna* que llega a las comunidades trayendo consigo enfermedades como se expone en otro de los testimonios anteriores, situación que aunque no es explícita en sus discursos, en la historia sí que ha quedado registrada. Estas serían aquellas enfermedades que no son traídas por el viento, la tierra y la lluvia.

Ya lo hemos dicho antes, desde la época de la colonia el no indígena, europeo inicialmente, trajo consigo enfermedades nuevas a las comunidades, muchas de ellas generando tantas o más muertes que las batallas campales en diferentes guerras en el mundo. Así lo abordan autores como Montenegro y Stephens (2006) y Chagnon (2006) entre otros, sin desconocer o negar la preexistencia de otras enfermedades como la tuberculosis, que no hacen parte del inventario asociado a la conquista y la colonia.

En cuanto al *alijuna*, en sus palabras es todo aquel que no pertenece a alguna etnia indígena, y son clasificados como *alijunas* blancos, *alijunas* negros, *alijunas* extranjeros, según característica racial o procedencia. En este como en otras expresiones de los wayuu,

esta persona de afuera o que viene de lejos, es concebida como “un diferente” que por un lado trae conocimiento y es bien recibido, pero por otro, es un invasor y hasta profanador de sus propias costumbres (Orsini, 2007). Continúa la autora diciendo que este el alijuna ha sido visto como alguien que llega con su estilo de vida a transformar la cultura wayuu, dejando consecuencias abrumadoras como la enfermedad. Todo pueblo indígena tiene una palabra en su lengua para hacer alusión al no indígena, a quien de manera ambigua como veremos en los diferentes capítulos de este escrito, ejerce una notoria influencia tanto positiva como negativamente en la transformación cultural, en el caso de los embera chamí, la palabra utilizada es *kapuria*, con connotaciones similares a los wayuu.

*[...] la gente habla de muchas enfermedades, pero eso es ahora, anteriormente no se veía las enfermedades y pienso que es por la mezcla con los alijuna y los alimentos que se consumen en el pueblo, antes los wayuu solo nos alimentábamos con comidas de monte, ahora las cosas han cambiado comemos lo que comen los alijuna, también por eso pienso que la persona de ahora muere a muy temprana edad (Entrevista, hombre agricultor y pastor, de 62 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).*

El contacto del wayuu con el mundo *alijuna* ha generado cambios diversos, entre ellos en los hábitos alimenticios; hoy productos de su propia huerta tales como maíz, yuca, ahuyama, han sido reemplazados en gran medida por otros que hacen parte del mercado *alijuna*, principalmente el arroz, los aceites y refrescos azucarados. Es interesante ver como algunos participantes otorgan a la alimentación un lugar fundamental en la construcción de bienestar, “nos alimentábamos con comida de monte”, pero también a sus costumbres de antes que además prolongaban la vida, se hace manifiesta cierta idealización del pasado: “anteriormente no se veían las enfermedades”.

Esta mirada del *alijuna* y sus costumbres se tornan también en una razón para responsabilizar al no indígena de las nuevas enfermedades, de no responsabilizarse a sí mismos de sus actos, “es por la mezcla con los *alijunas* y los alimentos”, es decir, de las enfermedades que salen de su lógica cultural, de su cosmovisión wayuu en la que reconocían las enfermedades naturales y las sobrenaturales, dicho de otra manera, las enfermedades comunes y las culturales.

### 2.3. *Talechee* o *wanüluu*, depende de la causa

Para pueblos como los embera chamí, la enfermedad se clasifica en dos: las de *jai* (lengua embera), es decir causadas por espíritus de enfermedad y otras naturales o enfermedades de Dios (Arias y López, 2014), así mismo para los wayuu, la enfermedad se clasifica según su origen o causa, en enfermedades comunes o *talechee* y las enfermedades de origen sobrenatural, *wanüluu* en wayuunaiki, estas últimas causadas por *yaluja* o espíritus de enfermedad (Paz *et al.*, 2010). Es claro que las enfermedades asociadas a las creencias y tradiciones culturales se presentan en ambos pueblos y son las que han tenido un sentido mágico y sobrenatural, asociadas a brujería, posesiones y mal de ojo, éstas son las que han sido territorio del chamanismo en diferentes culturas.

En los wayuu las naturales o comunes se conciben como las que vienen de la tierra, el viento y las lluvias y tanto las comunes como las sobrenaturales son tratadas por la *outsü*, que como hemos dicho antes, es la médico tradicional en wayuunaiki. Es ella quien puede contactar con el *yaluja* o espíritus de enfermedad. En los testimonios fue posible encontrar referencia a ambas formas o tipos de enfermedad según su origen:

*Creo que viene del interior del país, las gripas que vienen del puerco o los animales, también vienen de un viento [...] Hay muchas clases de enfermedades que provienen del viento* (Entrevista, mujer artesana de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).

*Debe ser que vienen de lejos [referencia a las enfermedades], será que vienen de la tierra [...] Bueno la gripa a veces la trae la brisa, se enferma uno y luego contagia a los demás, me refiero a que las enfermedades las trae el viento cuando hace mucha brisa, entonces él se encarga de regar los virus con su fuerza, es algo que nosotros creemos que de esta forma llegan las enfermedades a nuestras viviendas* (Entrevista, mujer artesana de 47 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

“Creo que viene del interior del país, “vienen del puerco o los animales”, “también vienen de un viento”, “de la tierra”, “la brisa”. Expresiones como estas muestran que hay

enfermedades que reconocen y que son comunes por su procedencia asociada con lo natural, con la vida diaria. Son asumidas como algo que llega e irrumpe en sus viviendas y en su cotidianidad, por lo que los médicos tradicionales y ahora también los *alijuna*, son figuras que ayudan a “restablecer el orden” (Paz *et al.*, 2010: 89). Por otro lado, es importante retomar que de nuevo aparece una frase que hace alusión al discurso biomédico “regar los virus”, indicio nuevamente de la forma como se transforman culturalmente a partir de influencias de otros discursos y prácticas culturales.

*Mmmm para mí la enfermedad, hay unas que se forman con lo que trae el viento y también lo que viene con la lluvia, con eso vienen* (Entrevista, hombre pastor y guía bilingüe de 50 años de edad, septiembre 2012).

*[...] la enfermedad proviene de si no nos cuidamos, si no le prestamos atención porque hay enfermedad que se transmiten por la tierra como la gripa, el frio también* (Entrevista mujer docente y artesana de 40 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).

En los testimonios anteriores prevalecen las enfermedades comunes según su causa: viento, tierra y lluvia, pero luego aparecen otras posibles causas de estas mismas enfermedades, las que están relacionadas con los animales por ejemplo. Estas son diferentes a las que son generadas por la influencia del mundo *alijuna* como se expuso antes.

Dentro de las enfermedades a las que hacen alusión los wayuu como naturales están las gripas, las fiebres, las diarreas, sarampión; enfermedades o síntomas que son tratados por la médica tradicional o por el *outsü* con brebajes de hierbas naturales.

Para ilustrar un poco las enfermedades que más reconocen y que dan cuenta de la mezcla e influencia de culturas que involucran elementos de la propia cultural y el discurso biomédico correspondiente a la medicina *alijuna*, además de la huella de la colonización, presentamos a continuación un cuadro que recoge las doce enfermedades que ellos nombran en general, clasificadas por número de participantes que hablan al respecto, y por número de referencias (veces en las que aparecen nombradas en las diferentes fuentes). Es

importante anotar que si bien los síntomas son los que dan cuenta de la presencia de enfermedad, en algunos casos se nombra como enfermedad unos de estos síntomas, la fiebre por ejemplo (véase cuadro 4.1). De varias de estas de estas enfermedades hablaremos más adelante y no en esta parte del capítulo.

Cuadro 4.1. Enfermedades nombradas por los wayuu

<b>Enfermedad/síntoma</b>	<b>N° referencias</b>	<b>N° participantes</b>
Sífilis	22	14
Gonorrea	21	17
Cáncer	19	10
Fiebre	18	10
Gripa	16	12
Diarrea	11	7
Diabetes	5	4
Tuberculosis	4	4
Sarampión	4	4
Mal de ojo	3	3
Hipertensión	1	1
Varicela	1	1
Total	125	87

Fuente: Elaboración propia.

Las más nombradas son la sífilis y la gonorrea, por ser las dos ITS conocidas en el mundo wayuu, algunos hombres reportan haber recibido tratamiento en el pasado para alguna de estas dos infecciones. En estudio realizado por la Universidad de Antioquia, se identificó una prevalencia a 2012 del 0,66% en población testada entre los 15 y 49 años de edad (Gómez, 2015). Es importante anotar que en Colombia no se cuenta con datos de prevalencia para sífilis en población general, en tanto la vigilancia se ha centralizado en mujeres gestantes, por ser la reducción de la sífilis congénita, una de las metas de la OMS y la OPS (Cruz-Aconcha, 2012).

Con respecto a la fiebre y la diarrea, si bien desde la mirada de la medicina occidental suelen ser síntomas o mecanismos de defensa del organismo ante algunos agentes externos, aquí toman un lugar importante por ser nombradas por los wayuu como una de las dolencias más comunes que suelen ser tratadas a través de medicina tradicional. Síntomas o dolencias que generan alta preocupación en el sistema de salud nacional, por estar asociados a las infecciones gastrointestinales, que están consideradas dentro de las principales causas de morbi-mortalidad en niños y niñas indígenas y de comunidades rurales y suburbanas en general (CEPAL, 2014).

En conclusión, los síntomas son la alarma de la enfermedad y aunque no es una idea exclusiva de los wayuu, rescatamos aquí, que ellos determinan el tipo de tratamiento a recibir en la medicina tradicional.

Con respecto a las *wanülhuu* o enfermedades sobrenaturales, es decir aquellas que están asociadas con su cosmovisión y sus creencias culturales, los wayuu expresan que son causadas de manera diferente a las enfermedades comunes, la más conocida o nombrada es “el mal de ojo” y las que son por “posesión de espíritu”. Pero es claro además que para estas la cura está en la medicina tradicional a la que siguen acudiendo en la actualidad, pero, para lo que no pueden explicar desde sus creencias, recurren al médico *alijuna* o medicina occidental. De ahí que la misma *outsü* considere que en ocasiones es necesaria la mirada o intervención del médico *alijuna* para que pueda intervenir ella con la medicina tradicional, situación que evidencia la influencia de otros discursos y prácticas que el mundo *alijuna* ha puesto desde su perspectiva, no solo en la génesis de las enfermedades, sino también en su tratamiento. Sin embargo es la *outsü* la que logra finalmente su curación cuando de enfermedad sobrenatural se trata, este es un asunto que corresponde especialmente al terreno de la medicina tradicional.

*Enfermedad, ese es el nombre, tener fiebre, que siempre le da a los niños. Enfermedad es estar acostado [...], también cuando a una persona le llega un mal espíritu* (Entrevista, hombre dedicado a oficios de la casa, de 45 años de edad, clan Pushaina, 2012).

*Hay varias clases de enfermedades, está la que es producida por un espíritu malo como el mal de ojo; cuando está muy grave, la outsü la manda con el médico [alijuna] para que la puedan recuperar de la gravedad y cuando está medio grave quien le lleva el tratamiento es la outsü con un jawapi [zumo de una planta medicinal] que se toma o se calienta el agua para hacerle como unos masajes en la parte donde tiene el dolor, eso era lo que se utilizaba para mejorar un enfermo en nuestra cultura y esa es la forma de alejar el espíritu malo y la misma outsü clasifica el enfermo [...] Lo primero que se le pregunta a la persona enferma es ¿dónde estuvo caminando? si de pronto se tropezó con algún yaluja (Entrevista, hombre autoridad tradicional de 50 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).*

*Si hay un niño que tenga algún espíritu malo no es curado por un médico alijuna, él tiene que ser atendido por un médico tradicional [outsü]. Porque si es llevado al médico alijuna corre el riesgo que muera. En cambio el médico tradicional lo cura (Entrevista, mujer ama de casa de 59 años de edad, clan Epieyu, 2012).*

Los síntomas y causas de las enfermedades comunes y sobrenaturales son identificadas por el médico tradicional, independiente de si se consulta antes o después del médico alijuna. “un espíritu malo” “le llega un mal espíritu”, “yaluja”, esto sería desde su mirada, el origen de la enfermedad en una persona, sin importar edad o sexo. Pero igual que las naturales, las *wanulü* pueden presentar síntomas similares a otras enfermedades, pero lo que toma sentido para la *piachi* o *outsü*, es la causa *wanulü*, y ésta determinará el tratamiento a seguir. “Está muy grave”, se convierte aquí en un indicador para darle lugar a la medicina moderna o alijuna, lo que indica nuevamente la influencia de otros discursos y prácticas culturales en su proceso de transformación cultural, pero se mantiene la idea de que la cura está en manos de la médico tradicional, por ser la única persona que puede comunicarse con los *yaluja*: “en cambio el médico tradicional lo cura”.

Dentro de los síntomas que pueden aparecer asociados a la *wanulü* están: diarrea líquida, ojos secos (deshidratación), pérdida del apetito, mirada fija, llanto constante. Sintomatología que desde la medicina occidental podría estar relacionada con

deshidratación severa por problemas gastrointestinales y algunos de ellos con infecciones con compromiso neurológico, mientras que para los wayuu tendrían que ser tratadas por la *outsü*, independiente de la intervención que realice el médico *alijuna*.

Esta situación, es hoy motivo de discusión entre organismos de protección infantil en Colombia y los wayuu, pues el incremento en la mortalidad infantil en niños y niñas wayuu, la cual se ve agravada cuando los adultos de las comunidades se niegan a llevar a los niños y niñas a los servicios de salud y mucho más a hospitalizarlos. La alarma en este momento responde a las muertes evitables por desnutrición, la cual ha sido considerada “la principal causa de mortalidad infantil” en comunidades indígenas en el país (Restrepo *et al.*, 2006: 518). Continúan diciendo los autores, que según sus estudios, la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas indígenas puede ser alrededor de 4 veces por encima a la del promedio nacional en el año 2000 (13,5%). En ese mismo año, la prevalencia de desnutrición en los wayuu era de aproximadamente de 37%.

#### **2.4. Virus e infección, dos conceptos no wayuu en la comprensión de las enfermedades**

Hemos visto que los wayuu han incorporado dos conceptos propios del discurso biomédico para referirse a *talechee*: “virus” e “infección”, pero con estas palabras hacen alusión a enfermedades relacionadas con los *alijunas* y sus costumbres, aunque recordemos que antes notábamos en sus testimonios, que también reconocen que algunos “virus” llegan a sus comunidades a través del viento. Lo que específicamente se refiere a las gripes por su forma de transmisión aérea.

*Las enfermedades las trae el viento cuando hace mucha brisa, entonces él se encarga de regar los virus con su fuerza, es algo que nosotros creemos que de esta forma llegan las enfermedades a nuestras viviendas* (Entrevista, mujer artesana de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).

*Bueno enfermedades hay muchas [...], bueno vienen como infección en la orina, por la relación sexual se transmiten muchas enfermedades* (Entrevista,



mujer ama de casa y pastora de 49 años de edad, clan Ipuana, septiembre 2012).

*Con los químicos reactivos miran si lo tiene o no lo tiene, pueden mirar otras enfermedades, si tiene infección en la orina, si sufre de una u otra enfermedad* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad wayuu, docente y guía bilingüe de 47 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

Ambos conceptos (virus e infecciones) son atribuidos a asuntos relacionados con las realciones sexuales y en general, con la SSR, especialmente a enfermedades que tienen que ver con las relaciones sexuales e infecciones en los genitales de las mujeres, en sus testimonios, los participantes hacen énfasis en las infecciones del sistema urinario. Estos conceptos, junto con otros como “químicos reactivos”, “transmisión”, han sido aprendidos en su segunda lengua a partir de su relación con la medicina alijuna y con otras expresiones culturales, pues no existen palabras en wayuunaiki para referirse a ninguno de estos conceptos biomédicos, sin embargo ahora han sido incorporados en su discurso al momento de hablar de salud y enfermedad.

Además por estar los conceptos biomédicos, tan asociados a la vida *alijuna* y a la medicina occidental, los consideran producto de la influencia industrial de los *alijunas* y desde esta mirada amplían sus posibilidades de impacto hacia enfermedades que vienen de la contaminación ambiental:

*Una enfermedad para mí es un virus [...] producido por la contaminación ambiental, por las empresas nacionales, ejemplo: el cerrejón, el gasoducto, el relleno sanitario, porque a su alrededor viven muchos wayuu* (Diario de campo, hombre líder wayuu de 36 años de edad, marzo 2014).

*Para mí los alijunas, los que fabrican los medicamentos, yo creo, que para mí [de ahí vienen] las enfermedades que hay, que abundan y van del uno al otro [...] creo yo, que todas las enfermedades que abundan y las virosis yo creo que las mandan los alijunas* (Entrevista, mujer autoridad tradicional y docente de 30 años de edad, clan Epiyuu, octubre 2012).

En ambos testimonios, pero con mayor fuerza en el segundo, se percibe una actitud de desconfianza y recelo con respecto a los *alijunas* y las empresas, ya sean laboratorios o explotadoras mineras. Esto abre el panorama a la ambivalencia hacia el no indígena, de la que hablaremos mas adelante, pero también, nos permite recordar la concepción del alijuna del que hablaba Orsini (2007), un intruso, alguien a quien excluir a partir de sus propios valores.

Por siglos, los wayuu han convivido con el influjo de extranjeros y visitantes de otras ciudades del país y de otras naciones de continentes americano, asiático y europeo, por ser esta zona de explotación minera y altamente comercial. Una de las últimas batallas en esta región ha sido motivada por la propuesta de una gran multinacional de carbón, de desviar el río Ranchería, pese a los riesgos que traería para un significativo número de indígenas que no tienen otra fuente de agua diferente al río y a que parte de sus creencias y cosmovisión giran alrededor de este.

Actualmente los wayuu reconocen que hay enfermedades nuevas, raras, desconocidas, que además, no encajan en su sistema de clasificación y que por tanto las consideran ajenas, no wayuu, o que superan su esquema de comprensión, lo que se refleja en algunos de los testimonios presentados y también en la forma como conciben y recurren a la medicina occidental. En este grupo entran algunas ITS y específicamente el VIH y sida.

### **3. EL VIH Y SIDA: NI DE TIERRA, NI DE VIENTO**

Entendida la enfermedad como proceso dinámico y cambiante, acorde con las expresiones diversas de toda transformación social dada en el tiempo, es importante abordar la relación entre el concepto de enfermedad y el VIH y sida.

Así como a “la enfermedad” en general, se le atribuye una directa relación con las condiciones de pobreza e inequidad social (Paz, 2012), autores como Farmer y Castro (2005) se refieren a la influencia que la pobreza y las creencias de los grupos sociales, sobre la expansión del VIH y sida. A partir de sus estudios en Haití, plantean como el VIH y sida se ven afectados por las condiciones sociales y explican la relación entre el estigma y las

enfermedades infecciosas específicamente, por formar parte de sistemas complejos de creencias sobre este virus.

Lo que abordamos aquí como enfermedad estaría haciendo más alusión al sida que al VIH por ser este último el virus que puede conllevar a la enfermedad, además, para los wayuu como para otras personas de diferentes grupos sociales y de diferentes países, no hay diferencia clara entre ambos. Dicho así, el agente patógeno equivale en su discurso a la enfermedad:

*El sida para todos es lo mismo que el VIH* (Diario de campo, mujer líder en salud, octubre 2013).

*[El VIH] es lo mismo que el sida es lo que yo sé* (Entrevista, mujer docente y ama de casa de 54 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).

*¿Será que es lo mismo el VIH y el Sida? [...] debe ser el mismo* (Grupo focal, hombre dedicado al pastoreo, de 44 años de edad, clan Apushana, abril 2013).

*Es lo mismo, porque se transmite también por medio de transfusión de sangre y relaciones sexuales, por eso nosotros debemos estar pendientes de la transfusión de sangre, si en dado caso llegara a presentarse en mi familia* (Entrevista, mujer artesana de 29 años de edad. Clan Uriana, septiembre 2012).

*Igual que el VIH, el Sida es una enfermedad que mata a la persona* (Entrevista mujer ama de casa de 26 años de edad. Clan Pushaina. 2012).

“Es lo mismo”, además de la idea de que ambas matan o que se transmiten igual, ideas que muestran el desconocimiento específico sobre el virus y sobre la enfermedad. Se evidencia aquí ignorancia en los participantes acerca de la diferencia entre virus y enfermedad, VIH y sida, pero también sobre lo que es el VIH. Pese a ello, se empiezan a escuchar formas de transmisión como “las transfusiones de sangre” y “las relaciones sexuales”, aspectos que según pudimos apreciar en conversaciones con indígenas de las

comunidades, son cosas que han escuchado alguna vez en la radio o en charlas educativas en los centros médicos de las ciudades más cercanas (Maicao y Riohacha).

“VHF”, “VH”, son formas de referirse al VIH, lo que de nuevo pone énfasis en el desconocimiento y en la poca o ninguna cercanía con el concepto y con lo que el virus significa. A esto se suma que el español es su segunda lengua y por tanto las palabras o siglas menos usadas cotidianamente, pueden limitar el adecuado uso de las mismas<sup>27</sup>.

*Si me hablan sobre el sida [...] el sida es una enfermedad. Pero el VH no sé qué es eso* (Entrevista, mujer docente de 30 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).

Durante el trabajo de campo, los participantes expresaron mayor familiaridad con el concepto sida que con el de VIH, además les era más fácil pronunciar la primera que la segunda, razón por la cual recurrimos a la conocida fusión *VIH/sida* y no solo al VIH para referirnos al tema, pese a que ONUSIDA sugiere hacer alusión al VIH de manera independiente, ante la idea de hacer frente al virus de manera temprana desde la perspectiva de la prevención.

*Nosotros en nuestro lenguaje la palabra VIH jmmm, pero es lo mismo para nosotros VIH que sida, como dicen los alijunas es el virus pero nosotros no conocemos el virus como lo llaman, para nosotros es igual* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y docente de 47 años de edad. Clan Ipuana, marzo 2013).

Aunque hemos dicho que también en otros grupos sociales se da la confusión entre VIH y sida, en el caso de los wayuu, tomamos en cuenta las limitaciones para hablar el español como segunda lengua. Limitaciones que se suman al desconocimiento que tienen sobre el tema y que les puede llevar a homologar ambos conceptos en el más escuchado y

---

<sup>27</sup> En la mayoría de los países latinoamericanos la letra V de la sigla VIH, fonéticamente es pronunciada como B, es decir que decimos “be-i-ache”, pero cuando los wayuu pronuncian esta sigla, se escapa fonéticamente un “be-ache”, lo que indica omisión de la I.

asimilable por ellos: sida. Pese a ello, percibimos que tampoco usaban este término para nombrar a la enfermedad concretamente: “ese nombre [...] lo conocen los *alijunas*”.

*Pero ese nombre que recibe eso, lo conocen los alijunas. Como le llaman virus, no lo conocemos con ese nombre, nosotros los wayuu decimos que la tenemos, cualquier enfermedad* (Grupo focal de discusión, hombre dedicado al pastoreo de 45 años de edad, clan Apushana, abril 2013).

Lo anterior toma un papel importante en tanto tal como lo plantea ONUSIDA (2015), el lenguaje puede determinar creencias y así mismo influir sobre el comportamiento, en consecuencia se promueve que los programas de prevención y atención, establezcan claramente la diferencia entre VIH y sida, pues el uno no puede ser sinónimo del otro ya que de esta forma se ha dado sentido a la cuestionable ecuación VIH=sida=muerte.

Al momento de responder a la pregunta ¿qué es el *VIH/sida*? O si habían escuchado hablar de ello, los wayuu lo nombran como “la enfermedad”, sin diferenciarla verbalmente de otras, es decir que mientras pueden hablar con precisión sobre la gripa, el sarampión o el cáncer por ejemplo, a la enfermedad que ocupa la atención en este manuscrito, no se le nombra de manera específica. Hombres y mujeres recurrieron a *talechee* para generalizar no solo estos dos conceptos, sino también, a estos con otras condiciones adversas que igual presentan el mismo resultado para ellos: la pérdida del “estar-bien” (*anas*).

Podríamos entender también esta generalización, como una expresión del temor para nombrarla y concebirla cerca o invocarla al decir su nombre, sería en este caso una manifestación del estigma.

Lo que hacen en sus discursos es calificar, describir, caracterizar la enfermedad a partir de lo que han escuchado al respecto o de lo que creen que puede suceder alrededor de ella. Pasan entonces del no saber a la calificación de “grave”, “bien grande” y “contagiosa”:

*Es una enfermedad grave, que es contagiosa* (Entrevista, mujer que apoya en oficios de la casa, con 16 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

*Una enfermedad bien grande, ah, y eso lo transmiten los hombres* (Entrevista, mujer que apoya oficios de casa, con 17 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).

*No he escuchado nada acerca de eso, ¿cómo será esa enfermedad?, no sé qué será lo que le pasa al wayuu cuando la tiene o de qué forma la adquiere en el cuerpo* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo, clan Pushaina, septiembre 2012).

“Grave”, “bien grande” “¿cómo será”. Algunos wayuu hablan del virus y de la enfermedad como algo inaprensible para ellos, algo de tan grandes dimensiones que les da dificultad dimensionar y aún más reconocerla para nombrarla. Otros por su parte, la reconocen como “contagiosa” y la asocian a la transmisión a través de “los hombres”.

A partir de los testimonios y expresiones de hombres y mujeres wayuu, podría concluirse que para ellos, el VIH es una enfermedad que no es propia de su cultura y su pueblo, sino que tiene su origen en el mundo del no-indígena y por lo tanto deviene de lugares lejanos a su entorno. “La enfermedad”, como es nombrada por el total de los participantes, es calificada o adjetivada como desconocida, incurable y que mata, sin ninguna diferenciación entre el VIH y el sida, además del desconocimiento sobre el virus, tal como lo planteamos antes.

Dicho así pareciera que sus percepciones y significados del VIH y sida guardaran gran parecido con la forma como hacía referencia a este fenómeno la población general de países americanos durante la década de los 80, cuando apenas se empezaba a hablar del tema, sin que esto signifique que demos por hecho un evolucionismo unilineal. Sin embargo en los wayuu, si bien hacen alusión al VIH y sida de estas maneras, es claro que sus percepciones comprenden elementos culturales relacionados con lo que para ellos significa enfermar y que han sido expuestos antes en este escrito: estar limitado, no poder relacionarse con las demás personas, quedarse en un chinchorro sin poder moverse de un

lado a otro, lo que podría decirse que representa finalmente una muerte simbólica y finalmente física.

Vemos que el VIH y el sida son concebidos como una enfermedad que no puede adscribirse por ellos a ninguna de sus dos formas de clasificación según la causa, es decir que no es una enfermedad sobrenatural o por encuentro con *Yaluja*, pero tampoco es una enfermedad común como las que vienen a través de tierra, viento o lluvia. Más bien parece ser resultado de ciertas rupturas sociales y culturales que enfrentan los wayuu como parte de su transformación cultural. Rupturas que conllevan una serie de cambios en la cotidianidad de las comunidades wayuu y por ende en sus creencias y costumbres, además son atribuidas generalmente al encuentro e intercambio con el mundo *alijuna*.

### **3.1. Enfermedad desconocida que avergüenza**

Al indagar sobre lo que sabían sobre el VIH y sida y sus formas de transmisión, encontramos respuestas que mostraban de nuevo, importante desconocimiento sobre el tema. Muchos de los participantes guardaron silencio antes de expresar que esto era para ellos algo nuevo o como algunos lo nombraron, una enfermedad de hoy, que no existía antes y que además es mejor negar:

*No he escuchado nada acerca de eso, ¿cómo será esa enfermedad?, no sé qué será lo que le pasa al wayuu cuando la tiene o de qué forma la adquiere en el cuerpo o por dentro, y si es el hombre* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo. Clan Pushaina, septiembre 2012).

“No he escuchado nada”, “¿cómo será?”, “no sé qué le pasa al wayuu cuando la tiene”, son inquietudes que reiteran la falta de conocimiento sobre el tema en gran parte de los participantes, además de la incertidumbre que genera en algunos y que a la vez lleva a que las personas recurran a sus creencias e imaginarios para asimilar lo desconocido.

*Cuando él se entera que tiene la enfermedad le da pena<sup>28</sup> y dice que tiene otra clase de enfermedad para no pasar su pena, saben que la enfermedad ataca mucho a las personas que no son aseadas (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y docente de 47 años de edad. Clan Ipuana, marzo 2013).*

Como en testimonios anteriores, en este último se vislumbra, no solo la idea de lo novedoso y extraño de esta enfermedad en su contexto, sino también el contenido psicosocial que la circunda, es un asunto que moviliza emociones de vergüenza asociada a la idea de que las condiciones higiénicas contribuyen a la infección por el VIH y metafóricamente acerca la visión de ésta como enfermedad de sucios o “no aseados”; no estar limpios físicamente, parece ser un factor de riesgo para “ser atacado” por “la enfermedad”. Nuevamente el estigma se percibe como en otros testimonios atrás, “y si es hombre”, VIH/sida=personas no aseadas. Sobre este tema en relación con el estigma y la discriminación volveremos más adelante.

*Una persona dice que el VIH/sida es como un absceso en la piel y otros dicen que desconocen lo que es el VIH/sida, dijeron que querían aprender todo lo relacionado con esta infección o enfermedad (Diario de campo, hombre líder wayuu y guía bilingüe de 28 años de edad, octubre 2013).*

*Con respecto al VIH la señora A de [la comunidad] Kachetsumana, dice: “Está en los huesos y debilita bastante, el sida descompone bastante y tiene un olor característico, es lo que sé” (Diario de campo, mujer auxiliar de enfermería, líder wayuu y guía bilingüe de 24 años de edad, clan Epieyu, febrero 2014).*

*[A esa enfermedad] no le tenemos remedio, así busquemos la planta, no es el remedio, como las de antes que le tenemos su planta, porque esa es una*

---

<sup>28</sup> La palabra pena es entendida en este contexto como sinónimo de vergüenza. Sentido de la palabra que no es específico para los wayuu, sino también para no indígenas de diferentes regiones del país.



*enfermedad que vino hace poco y no es antigua* (Grupo focal de discusión, mujer ama de casa, clan Sapuana, abril 2013).

“Como un absceso”, “querían aprender”, manifestaciones nuevamente relacionadas con el desconocimiento sobre esta enfermedad, pero que inquieta a los participantes y les suscita interrogantes al respecto. Igual que en otro testimonio anterior, emerge la asociación con lo sucio, pero en este caso como algo que “descompone” al ser humano y lo vuelve desagradable a los sentidos, nuevamente el estigma que ya puede desembocar en razones para discriminar a quienes vivan con el VIH y sida.

En el último testimonio, no sólo está el desconocimiento tantas veces nombrado, sino también la afirmación de que es algo que está fuera de su dinámica sociocultural, pues al ser un fenómeno nuevo, que no se adscribe a lo que para ellos son las enfermedades comunes o sobrenaturales, tampoco es posible que la *outsü* pueda intervenir o sanar. Entonces la expresión “no es antigua”, deja claro que no corresponde a sus antepasados y por tanto no se corresponde con las formas de medicina tradicional.

### **3.2. Enfermedad peligrosa, incurable y mortal**

Vemos, por tanto que los wayuu perciben el VIH y sida como enfermedad que pone en riesgo su vida, su permanencia en la comunidad, en tanto lleva a la muerte irremediamente; percepción que aún hoy está presente en muchos grupos sociales diferentes a los indígenas, que durante tres décadas han construido este imaginario sobre la inseparable relación VIH/sida/muerte, pese a que la mortalidad por esta causa ha ido en descenso en diferentes países que cuentan ahora con mejores herramientas para ofrecer diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (UNGASS, 2014)..

En el caso de los wayuu, se trata de una enfermedad de la que han oído que existe, que es mortal y que la persona empieza a perder peso y a enfermar sin que pueda curarse y la mayoría de las veces sin que se haya diagnosticado a tiempo. Este panorama no varía mucho con respecto a la forma como se empezó a hablar del virus en la década de los 80, cuando igual la muerte sorprendía a quienes estaban infectados, muchas veces sin haber contado con un diagnóstico previo al deceso. La diferencia radica en que hoy, a nivel

mundial se cuenta con esquemas de tratamiento basados en los antirretrovirales, pero esto sólo puede ser efectivo para prevenir la muerte si se cuenta con un diagnóstico a tiempo. Es decir que el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y por supuesto el acompañamiento psicosocial y educativo, tendrán que ir de la mano para reducir las muertes evitables por sida.

En el discurso de los wayuu participantes en el estudio, prevalece la idea de la muerte tras la incurabilidad del VIH y sida, sumada a que si no es una enfermedad que está dentro de su construcción sociocultural de “la enfermedad”, difícilmente se buscará el diagnóstico en estado asintomático y por consiguiente la medicina tradicional no tiene como intervenir “no le tenemos remedio”.

*Comentaron que el VIH es una enfermedad incurable, [...] que es una enfermedad que puede durar hasta 10 años, prácticamente una vida desechable* (Diario de campo, hombre líder en salud y guía bilingüe de 28 años de edad, Noviembre 2013).

*Un hombre en el taller dijo: “Es la enfermedad que no tiene cura, peligrosa y mata a las personas” [...] (Diario de campo, mujer trabajadora social, líder wayuu y guía bilingüe, de 28 años de edad, agosto 2013).*

*Intervino la autoridad tradicional para decir que, es una enfermedad que no tiene cura, si nos descuidamos nos puede llegar. [...] la enfermedad tumba a las personas* (Diario de campo, hombre líder en salud y guía bilingüe, facilitador de talleres educativos, de 29 años de edad, febrero 2014).

Además de la condición de incurable, peligrosa y que mata “tumba a las personas”, se da lugar a la idea de que es producto del descuido, “si nos descuidamos nos puede llegar”, lo que podríamos entender como un primer indicio de responsabilidad en la infección y por tanto de que esta puede prevenirse. Hasta ahora no aparece en los participantes, ninguna alusión a que es incurable pero tratable, no parece haber conocimiento sobre el uso de los antirretrovirales, pero sí se aborda en algunos testimonios expuestos antes, que la medicina tradicional no tiene cura para el VIH y sida.

La idea de la muerte aparece vinculada a conceptos modernos y metáforas con elementos y prácticas de otras culturas: “una vida desechable”, “durar hasta 10 años”. Lo desechable parece tomar aquí el sentido de lo que dura poco, en tanto se usa y se tira, sólo que en este caso los 10 años se están tomando como el tiempo que queda de vida a las personas que viven con VIH. Vale anotar que, estos 10 años en el testimonio, puede ser una interpretación errada de lo que en la literatura sobre VIH se hablaba como periodo de tiempo en que la persona puede estar asintomática, tiempo conocido también como periodo de latencia clínica.

En otros testimonios puede leerse que la referencia a la muerte no se trata solo de la muerte del individuo que la padece, sino que además aparece de manera encubierta la percepción sobre lo que puede significar la enfermedad a nivel colectivo, ¿podría significar el final de un grupo o comunidad? Su carácter “contagioso” y la idea de la muerte de quienes viven con “la enfermedad”, desemboca en frases en plural como consecuencia final: “desaparecemos”, “nos acabamos todos”, “ha matado mucha gente”.

*[El VIH/sida] “nos atrapa hasta que nos debilita, nos acaba y desaparecemos. Y continúa diciendo otra persona “que es una enfermedad mortal, hasta hoy no le ha conseguido cura, es una enfermedad contagiosa”* (Diario de campo, mujer líder en salud y facilitadora de talleres educativos, de 32 años de edad, marzo 2014).

*Otro [hombre] comentó que es una enfermedad que mata a la gente, otra señora aportó que es una enfermedad que no tiene cura, que ha matado muchísima gente* (Diario de campo, mujer auxiliar de enfermería, líder wayuu y guía bilingüe, de 24 años de edad, 2013).

*El líder manifiesta que si no nos cuidamos de la enfermedad [VIH/sida], nos acabamos todos* (Diario de campo, auxiliar de enfermería, guía bilingüe, de 24 años de edad, clan Epieyu, febrero 2014).

Hay enfermedades que son letales, pero la razón para clasificarlas no necesariamente es porque la muerte esté asociada a ellas. Por el contrario, la característica general más interesante de la enfermedad según Margolis (1976), es que es un trastorno o la causa del trastorno que recae sobre el carácter funcional de la vida en curso; pero la muerte puede o no ser el resultado de la enfermedad. Lo que sí es claro es que es una condición que integra mente-cuerpo.

En los wayuu se vio tan arraigada la relación entre la enfermedad no nombrada y su condición de incurable que se originó una nueva significación para la sigla del VIH, en la cual sigue siendo evidente el desconocimiento, las diferentes percepciones y las rupturas que una enfermedad genera en sus realidades socioculturales: “*un docente wayuu expresa que él conoce el significado de la sigla VIH: Es un Virus Incurable Humano*” (Diario de campo, mujer enfermera, líder wayuu de 42 años de edad, 2014). Testimonio que aunque aparece sólo en el discurso de una persona de una de las comunidades, se articula a la percepción más generalizada de la incurabilidad de “la enfermedad”.

#### **4. EL VIH Y SIDA, UN REGALO DE LOS NO INDÍGENAS: *TALECHEE ALIJUNA***

De las 51 fuentes analizadas aproximadamente un 60% hace referencia explícita a que el VIH y sida es *alijuna*, pues para ellos es “una enfermedad” traída de lejos. El otro 40% no lo dice explícitamente, pero igual hacen alusión a que no es wayuu o que no la conocen sino en los *alijunas*. La clasificación en esta categoría obedece a que el VIH como “enfermedad”<sup>29</sup> no wayuu, llega a sus comunidades a partir del momento en que empiezan a mezclarse con los *alijunas*, y cuando los hombres salen y tienen “relaciones sexuales en sitios o lugares de sexo”. En general los *alijunas* extranjeros y las trabajadoras sexuales son consideradas la principal amenaza para la transmisión de esta *talechee*:

---

<sup>29</sup> Recordemos que hay en el discurso de los wayuu participantes, una homologación del VIH y el sida. A ello contribuye que han escuchado con mayor frecuencia hablar sobre sida, tampoco es clara la diferencia entre virus y enfermedad. Por tanto siguiendo la lógica de recurrir a sus palabras y discurso, las palabras “enfermedad” y *talechee* podrán ser usadas para hacer alusión a ambos conceptos.

*Ah para mí la enfermedad viene de lejos eso lo han traído los alijunas que vienen de lejos* (Entrevista, mujer ama de casa de 60 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).

*Es que no entiendo me parece que esa enfermedad es de los alijunas yo no he visto ningún wayuu contagiado* (Grupo focal y de discusión, hombre autoridad tradicional, de 80 años de edad, clan Ipuana, febrero 2013).

*Me refiero a que los alijunas fueron los que la trajeron acá [la enfermedad], pero allá en Maracaibo<sup>30</sup> abunda* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional de 56 años de edad, clan Pushaina, febrero 2013).

“Viene de lejos”, “es de los *alijunas*”, “en Maracaibo abunda”, son frases con las que los wayuu participantes en el estudio, delegan o dejan al no indígena como responsable de esta enfermedad que no hace parte de las que ellos califican como comunes y que por tanto no llegan a través del viento, la tierra o la lluvia. Puede ser también, una forma de no hablar de sí mismos, y en el caso de los hombres, de no asumir su propia participación en la cadena de transmisión.

También, dejan manifiesta la idea de que la movilidad de los wayuu por fuera de sus comunidades, es un riesgo importante de contraer enfermedades y llevarlas a su contexto, “allá en Maracaibo”. Esta expresión parece que les permite poner en algún lugar geográfico el foco de riesgo, pues es el sitio al que más se movilizan los wayuu al otro lado de la frontera.

#### **4.1. Movilidad fronteriza y comportamiento sexual de los hombres**

Es común en los wayuu la movilidad fronteriza entre Colombia y Venezuela y muchas veces con doble ciudadanía y hasta nuevos nombres según el país, esta movilidad está sujeta a las oportunidades laborales y al intercambio comercial que es común en esta zona del país, sumado al contrabando de gasolina que es una de las formas de sustento

---

<sup>30</sup> Maracaibo, capital del estado Zulia, una de las ciudades venezolanas más próximas a la frontera con Colombia.

económico en La Guajira de hoy, aunque el contrabando ha hecho parte de su dinámica socioeconómico desde el siglo XVIII (Orsini, 2007).

*La señora A cuenta la historia de su hija que muere por sida, quien se infectó en Venezuela con su pareja que ya estaba infectado, ahora su niño menor de un año está también infectado, quedó en tratamiento y con el Bienestar [Institución de protección<sup>31</sup>] (Diario de campo, mujer auxiliar de enfermería, guía bilingüe, de 24 años de edad, clan Epieyu, marzo 2014).*

*Si uno se infecta con esa enfermedad ¿De dónde viene? Viene de por allá lejos, de allá de donde son los gringos ellos son los que han traído la enfermedad para acá [...] yo le digo a mis hijos que se deben de cuidar de esa enfermedad y hasta de los esposos porque no sabemos con cuantas mujeres andan por allá. Te debes de cuidar de eso también [a las hijas] (Entrevista, mujer ama de casa de 60 años de edad. Clan Epieyu, marzo 2013).*

“Se infectó en Venezuela” y “los gringos han traído la enfermedad”, son afirmaciones que emergen como una forma de sustentar su idea sobre el origen o procedencia de la enfermedad, la forma como llega a sus comunidades y a su gente. Venezuela como país vecino al que se desplazan constantemente y los gringos por ser aquellos extranjeros generalmente de origen anglosajón que llegan a la región como turistas o trabajadores de compañías multinacionales.

A la región guajira llegan personas extranjeras, pero también de otras regiones del país, para trabajar en grandes empresas multinacionales y que permanecen indefinidamente allí. Forma de desarrollo que conlleva cambios en las dinámicas socioculturales de los wayuu con emergencia de disputas por sus tierras para la explotación de recursos minerales, dinámicas que inevitablemente han suscitado cambios en su forma de vida (Mancuso, 2008). Esto para dar contexto a lo que significa el contacto los *alijunas* extranjeros, ya sea por los viajes constantes de los wayuu al país vecino y por la llegada de

---

<sup>31</sup> ICBF – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es la entidad del estado colombiano creada en 1968 para trabajar en prevención y protección de niños, niñas y adolescentes y sus familias.

*alijunas* a sus comunidades. En los testimonios no responsabilizan a las empresas, pero sí a los *alijunas* y a los hombres wayuu por su comportamiento sexual fuera de las comunidades.

En estos testimonios se percibe también, una actitud en la que las mujeres pueden ser víctimas de sus esposos por el comportamiento sexual que pueden tener cuando salen de las comunidades, “se infectó con su pareja”, “se deben de cuidar hasta de los esposos”, “el hombre llena de enfermedades a su mujer”, lo que suscita en las mujeres la idea de que hay que cuidarse de los esposos, pues al parecer se sienten vulnerables y saben que deben cuidarse, aunque no tengan claro de qué forma.

*Los jóvenes deben de cuidarse, las prostitutas son peligrosas con los hombres, [...], el hombre llena de enfermedades a su mujer si no se cuidan; los wayuu por ejemplo entran a los bares fijándose en [mujeres] alijunas* (Diario de campo, mujer guía bilingüe y facilitadora de encuentros educativos, de 30 años de edad, febrero 2014).

*Cuando escucho de esa enfermedad, pienso que malo es y sé que es una enfermedad de alijunas que vienen de lejos, no es enfermedad de los wayuu lo trajeron hasta acá y le da a las personas que no se cuidan y cuando tiene relaciones con las mujeres que no tienen juicio es ahí que se pasa la enfermedad* (Entrevista, mujer ama de casa y autoridad tradicional de 53 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Jmmm esa enfermedad [...], yo no sé esa enfermedad como pudo llegar hasta acá, si esa enfermedad es de los alijunas que vienen de lejos eso es porque ya ellos están llegando a nuestra tierra, como ya las mujeres wayuu no pueden ver alijunas ya se meten a vivir con ellos eso es lo que pienso respecto a eso, no la conocíamos cuando éramos niños eso es lo que yo digo* (Diario de campo, mujer guía bilingüe y facilitadora de encuentros educativos, de 30 años de edad, marzo 2014).

“Las prostitutas son peligrosas”, “mujeres *alijunas* en los bares”, “mujeres que no tienen juicio”, “mujeres bandidas” son expresiones principalmente de las mismas mujeres, con lo que van mostrando una cadena de transmisión desde su propia construcción social que empieza por identificar a los *alijunas* como quienes traen la enfermedad, ya sea los hombres que llegan a su contexto y que conviven con mujeres wayuu o las trabajadoras sexuales *alijuna* con las que interactúan los hombres wayuu cuando salen de la comunidad y finalmente estos a sus esposas cuando regresan a los hogares.

Emerge la diferencia entre las mujeres wayuu y las mujeres de afuera, “prostitutas”, *alijunas*, “que no tienen juicio”, con respecto a las wayuu que desde su concepción sí tienen juicio, pero esta diferenciación marca un sentido importante en que las unas son amenaza para las otras y por tanto las segundas son vulnerables por el riesgo a ser receptoras de “las enfermedades” que traen los esposos, ellos como agentes de transmisión.

#### **4.2. La cadena de transmisión empieza en el mundo *alijuna***

En la cadena de transmisión que se perfila en el discurso de los wayuu participantes, inicialmente se infectan los hombres que son los que acceden primero al mundo *alijuna* y ya en este a las “mujeres en sitios para sexo” y finalmente a sus mujeres en la comunidad, “así sucesivamente”. Como decíamos antes, en esta cadena los hombres son quienes traen “la enfermedad”, pero las “bandidas”, es decir las malas son las trabajadoras sexuales, pese a que ellas se han infectado a través de “los hombres que vienen” de otros países:

*Lo he escuchado de la gente [...] que está enferma, los que llevan al hospital, cuando dicen que tiene sida, una enfermedad que no tiene cura, [...] se escucha que viene de personas que vienen de otros países, por ejemplo aquí en La Guajira, lo trae la gente que viene del Puerto, se van de aquí y vienen del puerto infectados, son los hombres que vienen de Panamá tienen relaciones con las colombianas que están en el puerto y se infectan, después los paisanos están con esas mujeres bandidas y también se infectan, así sucesivamente así lo escuché (Grupo focal y de discusión, hombre ganadero, de 54 años de edad, clan Epiayu, marzo 2013).*



Por otra parte, poner el VIH y sida como una enfermedad *alijuna*, genera en ellos la posibilidad de delegar la responsabilidad tanto de la transmisión como del tratamiento y búsqueda de una “cura”, tal vez como producto de la incapacidad e impotencia que les genera lo desconocido y que además rompe con lo que han entendido como enfermedad. Además es una “enfermedad” que en el caso de los hombres, puede entenderse como un obstáculo que pone en riesgo su libertad sexual, ya no solo con mujeres *alijunas* extranjeras, sino también “con las colombianas”.

En otros testimonios se manifiesta la ambivalencia frente al *alijuna* con respecto a “la enfermedad”, pues así como es visto por los participantes como agente importante en la transmisión, también parece serlo en el tratamiento de la misma:

*No hay remedio tradicional porque eso no lo conocen los wayuu, porque si fuera una enfermedad que ya los wayuu tenían mucho antes, si tuviera cura (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y guía bilingüe de 47 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).*

*Los que tienen la cura son los alijuna, [...] anteriormente las ancianas tenían el medicamento para que las mujeres estériles pudieran tener hijos [...] así era antes, ya eso no se da porque las ancianas que sabían hacer eso ya se acabaron (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo, clan Pushaina, septiembre 2012).*

En este testimonio, no solo está la idea de que no se tiene la cura para esta enfermedad, sino que además los tiempos han cambiado y cada vez son menos los médicos tradicionales, ahora recurren mucho más a la medicina occidental para asuntos de salud y específicamente cuando de ITS se trata, “los que tienen la cura son los *alijunas*”. Entonces de los no indígenas viene la enfermedad y en ellos está también la posibilidad del tratamiento, punto que desarrollaremos específicamente en el siguiente capítulo.

Emerge aquí, en algunos casos, cierta contradicción, cuando hacen alusión a la “cura”, pues igual ya habíamos planteado que es común en sus discursos la condición de “incurable” para esta enfermedad: “no tiene cura”, “mata”, “acaba con nosotros”. Esta

contradicción puede estar asociada con el desconocimiento y la dificultad para comprender esta nueva enfermedad desde su realidad sociocultural, entonces recurrir al *alijuna* es una forma de hacer frente a ella, pues así como el no indígena puede ser para ellos, un ser nocivo para sus costumbres, portador de enfermedades, también le pueden ver como sujeto de conocimiento y por tanto como alternativa para mejorar la salud. Aunque es un caso aislado, es interesante ver que aparece la cirugía como posible tratamiento para extraer el virus, pero es una alternativa solo atribuible a la medicina occidental o *alijuna*. En este caso, lo que por un lado podemos entender como contradicción, por otro, puede ser más la coexistencia de diversas nociones entre los wayuu.

*[...] busco a un alijuna que sepa sobre el tema, porque ellos son los que saben, porque ellos estudian sobre ese tema y esa enfermedad y qué es* (Entrevista, mujer artesana y ama de casa de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

*[Si mi mujer se infecta...] yo se la llevaría a los alijunas para preguntarles con que se cura esa enfermedad o a un wayuu [...] tal vez un wayuu me diga esto no tiene cura [...]. Sino el alijuna si la operan para sacárselo [el virus]* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo, clan Pushaina, septiembre 2012).

Las construcciones de los wayuu de Maicao sobre el VIH y sida son transversalizadas con el concepto de enfermedad o generalizadas como forma de comprender lo desconocido y nuevo en su contexto y esto parece facilitarse cuando explican su causa como algo externo, algo propio de los *alijunas* que por años han alterado su estar-bien a partir del contacto e ingreso de ellos a las comunidades, la paradoja está en que según los wayuu, ellos la causan, pero también está en ellos tienen el tratamiento y el conocimiento. En estas percepciones se perfilan expresiones de género en tanto las mujeres wayuu son receptoras y por tanto vulnerables frente a “la enfermedad”, de la que son las mujeres no wayuu, agentes importantes en la transmisión, específicamente las trabajadoras sexuales o mujeres “sin juicio”.

## 5. LA CONFLUENCIA DEL VIH Y SIDA CON OTRAS ENFERMEDADES

Los wayuu han hecho referencia durante las visitas a las comunidades, entrevistas y grupos focales y de discusión, al VIH y sida en relación con otras enfermedades que han padecido los indígenas: la tuberculosis y el cáncer principalente, enfermedades a las que la medicina occidental califica como enfermedades crónicas<sup>32</sup>.

Esta asociación puede estar relacionada con la concepción de que el VIH y sida al igual que estas otras enfermedades, termina con la vida de las personas, además de que pueden presentar síntomas similares como “pérdida de peso, palidez y fiebres” y para el caso del cáncer y el VIH y sida, son vistas como enfermedades que conducen a la muerte, planteamiento coherente con el abordaje que hace Sontag (1996) cuando aborda las metáforas de la enfermedad.

*Solo saben que el VIH/sida es una enfermedad y han escuchado el término sida pero no saben qué significa, relacionan el sida con enfermedades como el cáncer (Diario de campo, mujer, psicóloga y facilitadora de encuentros educativos, de 29 años de edad, octubre 2013).*

El desconocimiento sobre el VIH y sida y la idea de que es una enfermedad grave, motiva en los indígenas la identificación, a manera de similitud, de esta con respecto a otras enfermedades que igualmente han estado cargadas de sentidos negativos y además estigmatizadas como limitantes e incurables:

*La mayoría no tenía conocimiento acerca del VIH/sida y una estudiante relacionó el VIH/sida con el cáncer y el azúcar en la sangre [...] La señora M decía que era una enfermedad que afecta la matriz y que no se curaba (Diario de campo, trabajadora social wayuu y facilitadora de encuentros educativos, de 26 años de edad, noviembre 2013).*

---

<sup>32</sup> Este tipo de enfermedades son consideradas por organismos de salud, como “la principal causa de muerte en casi todos los países del mundo [...] cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares” y también algunas de las enfermedades infecciosas como el VIH y sida, fueron la causa de 35 millones de muertes en el año 2005 (Vinaccia y Quiceno, 2012: 127).

*[...] Bueno, le cuento, lo que dicen que eso lo contagian hombres que viajan para lejos y son muchas las enfermedades que se les pega, como gonorrea, todo porque se acuestan con personas que tienen esas clases de enfermedades, ¡bueno eso he escuchado yo! Y las que tiene el cáncer solo tiene que tener un solo hombre para que no se enferme (Entrevista, mujer docente y artesana, de 40 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).*

En estos testimonios se hace alusión al cáncer pero específicamente el cáncer de útero y a la vez hay una generalización de las enfermedades que asocian con las relaciones sexuales y con los órganos reproductores, “gonorrea”, “cáncer de matriz”, de hecho parece asumirse el cáncer como un criterio importante para promover o defender la monogamia y la fidelidad. Podríamos decir que en su discurso, las mujeres que abordan el tema, cuestionan lo que sucede con el comportamiento sexual de los hombres, de alguna manera emiten una protesta por lo que subordinación de la mujer al poder masculino.

“Tener un solo hombre” en el caso de mujeres con cáncer de útero, aunque sea sólo este testimonio, deja ver que por un lado está presente en algunas participantes, la idea de que las enfermedades que involucren el sistema genital y reproductivo, exigen el mismo tipo de protección, como se si concibiera el cáncer de útero como otra enfermedad infecciosa o de transmisión sexual. Pero por otro lado, podemos ver como el desconocimiento y los principios morales, dan lugar a expresiones en las que queda enunciada una norma para las mujeres con cáncer uterino, “sólo tiene que tener un solo hombre”.

Entonces por un lado podemos entender que hay expresión de queja y deseo de cambio en lo que al comportamiento sexual de los hombres wayuu se refiere, pero también ideas que refuerzan el rol sexual de las mujeres en las comunidades y en el contexto general del grupos sociales que se rigen bajo los principios religiosos o formas de poder hegemónico, en los que se espera e impone la idea de la mujer que solo tiene una pareja, como un ideal.

La diabetes parece ser también un referente de enfermedad peligrosa como el VIH/sida, pues igual para los wayuu estas enfermedades crónicas (“cáncer” y “azúcar en la

sangre”) junto con la “gonorrea”, no están en su clasificación de enfermedades comunes ni en las sobrenaturales o culturales, lo que indica que un elemento en común entre ellas, es que escapan a su sistema de clasificación y por tanto rompen con su lógica de pensamiento.

### **5.1. Las confluencias en la transmisión**

El desconocimiento suscita también en ellos preguntas sobre el VIH y sida, preguntas para las que se hace necesario un referente, algo conocido para poder aproximarse a “la enfermedad” aun sin nombrar, el VIH y sida. El desconocimiento sobre la forma de contraerla es tal, que llegan a imaginar que puede ser por “la tos” como la tuberculosis o que “se infecta igual que el cáncer”:

*Yo me pregunto que será el sida, ¿será transmitida por la sangre de la persona? eso creo, o ¿será como la tuberculosis que se transmite por la tos?* (Entrevista, hombre dedicado a labores del hogar, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Porque dicen que es lo mismo, se infecta igual que el cáncer, yo no sé por qué el nombre es diferente, pero es lo mismo, mata a las personas de varias formas pero es lo mismo, tiene las mismas sintomatologías lo único diferente es la forma de morir [...] lo único diferente es el nombre, eso es una cuestión que va en la piel* (Grupo focal y de discusión, hombre, líder wayuu de 37 años de edad, clan Apushaina, abril 2013).

En estos testimonios, las personas no solo hacen referencia a otra enfermedad para poder responderse inquietudes sobre el VIH y sida, sino que además pone a ésta en el mismo lugar que a otras, las homologa, como algo que “va en la piel”, con síntomas similares, pero que mata diferente, “no sé por qué el nombre es diferente si es lo mismo”. El asunto de la muerte que emerge aquí será desarrollado en otro aparte de este capítulo.

El cáncer es expuesto como una enfermedad transmisible, por tanto les inquieta que se nombren diferente, el cáncer y el VIH y sida, más aún, cuando su sintomatología y la condición de mortal las pone en el mismo renglón desde su perspectiva. Lo anterior nos

lleva nuevamente hacia la tendencia a generalizar las enfermedades en el mismo paquete: “*talechee*”, como si lo importante fuera que éstas llevan al mismo estado de “tristeza” y muerte, entonces ¿para qué diferenciarlas?

En otro testimonio de la misma persona, se continúa con la idea de la enfermedad que mata a la gente, pero en este vuelve a emerger el cáncer de útero específicamente como una enfermedad equiparable con el VIH y sida.

*Lo que sí hemos escuchado que está matando gente es el sida y cáncer [...] hubo un caso que nos pasó en la comunidad hicimos seguimiento, los médicos decían muchas cosas decían que podía ser la enfermedad eso del sida y también decían que era cáncer [...], ahorita mismo tengo a una tía allá [en el hospital] dijeron que tenía eso, va a durar dos días. [...] fuimos a averiguar y que la enfermedad la tenía en la matriz y le sacaron la matriz porque se le infectó y le salió el resultado que tenía cáncer, por eso no sabemos qué es ese virus, no lo conocemos y además que somos wayuu sólo conocemos lo que sentimos pero no sabemos cómo se llama, para mí ese virus no viene de lejos lo tenemos en nuestro cuerpo, como no nos cuidamos nuestro cuerpo. No viene de lejos. (Grupo focal y de discusión, hombre, líder wayuu de 37 años de edad, clan Apushaina, abril 2013).*

Permanece la homologación del VIH y sida con otras enfermedades que matan, al parecer no conocen mucho de ninguna de ellas, pues abordan el cáncer como una infección y luego el VIH y sida como lo que no saben qué es. Es ambiguo el abordaje del cáncer y del virus en el mismo fragmento del discurso.

En cuanto a la procedencia del VIH y sida es particular y poco común lo que aquí aparece, pues a diferencia de la mayor parte de los informantes que afirman que viene de lejos, este participante lo explica como una enfermedad que está en el propio cuerpo, lo que responde a la interpretación que dice que el cáncer está en todo ser humano, pero que este se desarrolla o puede permanecer pasivo<sup>33</sup>. Aunque este planteamiento se ha hecho

---

<sup>33</sup> El cáncer está en el organismo, corresponde a la afirmación de autores como Dethlefsen y Dahlke (2014: 165) “la célula cancerosa no es, como por ejemplo los bacilos, los virus o las

específicamente para el cáncer, el participante lo traslada en su testimonio, al VIH y sida como una forma de explicarse lo desconocido.

Finalmente retomamos este testimonio: “*Es una enfermedad maligna [...] que cuando se alborota mata*” (Diario de campo, joven estudiante, 14 años, marzo 2014). Dicho así como aparece en el testimonio, cáncer y VIH y sida guardan gran similitud por su carácter de malignidad y la mortalidad que les circunda desde sus percepciones.

## 5.2. Confluencias desde las emociones que generan las enfermedades

En el último testimonio, aparece una frase que denota que para los wayuu las enfermedades corresponden a lo que sienten, más que al cómo son nombradas, “*solo conocemos lo que sentimos pero no sabemos cómo se llama*”, afirmación que da otra pista sobre por qué la generalización de las enfermedades y por qué la tendencia a referirse al VIH y sida como “la enfermedad”, sin mucho esfuerzo por nombrarla o diferenciarla de otras, nuevamente se pone énfasis en sus dos formas de clasificación, ya sea por los síntomas o por las causas, que es lo que coinciden en nombrar: fiebre */jaishi/*, dolor de cabeza */ali-i ekii/*, por viento o por espíritu */yaluja/*.

Ya en testimonios anteriores se llamaba la atención sobre otro punto de confluencia entre enfermedades, la tristeza. Emoción que aparece cuando hacen alusión a lo que sienten cuando están enfermos por la condición de incapacidad o limitación para seguir en sus actividades cotidianas, pero también aparece como sentimiento frente a alguien que pueda estar enfermo o viviendo con VIH.

*Nos ponemos muy tristes si lo tiene [...]”* (Entrevista, mujer, profesora y artesana de 40 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).

---

toxinas, algo que viene de fuera a atacar el organismo, sino que es una célula que hasta ahora realizaba su actividad al servicio de su órgano [...] Pero, de pronto la célula cambia de opinión y deja de identificarse con la comunidad”.

*[...] para una persona es tristeza si se contagia de esa enfermedad [...] que sale de la nada.* (Entrevista, mujer ama de casa, de 60 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).

En estos testimonios como en otros (siete de las 51 fuentes), aparece la tristeza expresada por lo que puede significar estar enfermo, de esta y otras enfermedades, recordemos que el sólo hecho de no poder salir en la comunidad o tener que estar en el chinchorro acostado, es ya motivo de tristeza. Pero en el caso del VIH y sida, la tristeza está influenciada moralmente por lo que significará socialmente vivir con “la enfermedad”, aunque niquiera logren nombrarla o conocer formas de transmisión, sintomatología o tratamiento. En la última frase “que sale de la nada”, puede verse el desconocimiento, pero también la dificultad para reconocerla dentro de su sistema de clasificación de las enfermedades, pero el sentimiento no deja de aparecer ante la idea de convivir con alguien que “se contagia de esa enfermedad”.

## **6. ENFERMEDAD MORAL, ENFERMEDAD DE MIEDO**

Desde sus orígenes el VIH y sida ha estado señalado como una enfermedad de vergüenza y culpa, lo que contribuye o pone en evidencia los contenidos sociales que le circundan hasta nuestros días. Nos referimos aquí a una enfermedad moral y de miedo, en tanto aun desde el desconocimiento que tienen los wayuu sobre el tema, ya la sola asociación con la sexualidad y la muerte, pone al VIH y sida una marca particular tanto para la personas que viven con el virus y el síndrome, como para la familia y la comunidad en general e igualmente cuando piensan en que pueden llegar a infectarse.

En el caso de los wayuu como en la población general, la moralidad hace referencia a lo bueno y lo malo o en su forma de decirlo, a lo que “está bien visto” o no, dentro de su cultura y vida cotidiana. Quienes participaron en el estudio hicieron alusión al VIH y sida con cierto prejuicio y señalamiento por ser el resultado de un comportamiento inadecuado especialmente en hombres y en mujeres trabajadoras sexuales, es a lo que en sus propias palabras entienden como “vida desordenada”. Esta noción de lo desordenado, de lo que pone en riesgo su salud, está asociado a la sexualidad que ya en sí misma sigue siendo un tema tabú.



Es importante también, en esta idea de lo bueno y lo malo, el sentido que tiene para los wayuu, la muerte y el paso a *jepirra*, lo que equivale para los wayuu, al paraíso después de la muerte. En sus discursos han sido comunes expresiones tales como como:

*Es una enfermedad mala, digo yo, y muy terrible* (Diario de campo, autoridad tradicional de 80 años de edad, clan Ipuana, marzo 2014).

*Es mala, nos dejamos llevar por la tentación* (Diario de campo, joven estudiante de aproximadamente 14 años, abril 2014).

*Es una enfermedad mala [...] se quiere apoderar si no nos protegemos y nos cuidamos* (Diario de campo, autoridad tradicional dedicado al pastoreo y agricultura, de 42 años de edad, febrero 2014).

Los testimonios empiezan por señalar esta enfermedad como “mala”, para luego asociarla con la “tentación”, lo que está prohibido, para terminar recurriendo a la importancia del cuidado, a la protección de algo que aunque no es claro lo que es, puede apoderarse de las personas.

De esta manera vuelven a hacerse evidentes los juicios o quejas por el comportamiento inadecuado de hombres wayuu y mujeres alijuna y trabajadoras sexuales. Toman un lugar importante los criterios religiosos que pueden estar poniendo a esta “enfermedad”, directamente relacionada con la sexualidad. Por tanto es el resultado del pecado o como figura en el testimonio, cuando “nos dejamos llevar por la tentación”, frase muchas veces dicha en oraciones y expresiones de la religión católica.

*Ellos dicen que el VIH/sida, aquí a esta comunidad no puede llegar, porque somos cristianos, creemos en Dios y él nos tiene sanos* (Diario de campo, mujer guía bilingüe, auxiliar de enfermería, facilitadora de taller educativo con comunidad, octubre 2013).

*Desafortunadamente, esa enfermedad no tiene bendición de Dios, no tiene que ver con la persona si es profesional, porque sea alijuna o rico, como*

*dicen por ahí no respeta pinta [imagen o condición]* (Grupo focal de discusión, Hombre autoridad tradicional y empleado en institución de salud, de 60 años de edad, clan Jusayú, marzo 2013).

“Ser cristianos”, “creer en Dios”, “tener la bendición de Dios” como comunidad, son aquí armas de protección, pues si es una enfermedad vinculada a caer en la “tentación” como consecuencia de comportamientos inadecuados, es posible para estos wayuu, ser protegidos por Dios, ya que según estos testimonios, desde su mirada ninguna otra condición social como el nivel educativo o el dinero, sirven para salvaguardarse de la infección por VIH y sida, y más aún, cuando “esa enfermedad no tiene bendición de Dios”.

*[...] Como ya las mujeres wayuu no pueden ver alijunas ya se meten a vivir con ellos. Eso es lo que pienso respecto a eso, no la conocíamos cuando éramos niños [la enfermedad]* (Entrevista, mujer ama de casa, de 60 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).

*Se da por relaciones sexuales con diferentes mujeres o con diferentes hombres. Es una enfermedad no sólo de los no wayuu, si no que se presenta en los wayuu por el desorden indígena que hay, y por la vida desordenada que llevan algunos* (Diario de campo, médico y facilitador de encuentros educativos, de 46 años de edad, septiembre 2013).

*Para mí es cuando no nos cuidamos, que pasa si salimos y si nos encontramos una mujer en el mercado, ahí hay mucha suciedad y decimos vamos un rato, entramos y ¿De dónde sale la enfermedad? lo saca de ahí* (Grupo focal y de discusión, hombre autoridad tradicional, de 28 años de edad, clan Apushana, abril 2013).

Según los testimonios, el comportamiento inadecuado hace alusión a las relaciones sexuales “con diferentes mujeres o diferentes hombres” y específicamente por fuera de la comunidad y con personas no wayuu, “las mujeres no pueden ver *alijunas*”. Las relaciones con varias parejas es vista por los wayuu como vida desordenada, es el “desorden indígena” el que según ellos pone en riesgo su salud en lo que a VIH y sida se refiere, sin

embargo poco o nada se cuestiona el actuar de los hombres wayuu a quienes parece atribuirse, también en testimonios antes expuesto, ciertas libertades sexuales como derechos de los hombres. “Si nos encontramos con una mujer en el mercado”, “decimos vamos un rato”, estas frases son una muestra de la falta de cuestionamiento por parte de los hombres, a tales libertades. Lo anterior es coherente con la práctica de la poligamia, y con la insistencia en la fidelidad de las mujeres como principio importante en la organización social de los wayuu.

### **6.1. ¿La poligamia como factor de riesgo?**

La poligamia es una práctica que ha sido parte de la cultura wayuu ancestralmente, aunque hoy se vea reducida por razones relacionadas con las difíciles condiciones económicas que enfrentan y la adopción de otras prácticas culturales por influencia de otros grupos sociales, prácticas que van marcando pautas cercanas a la hibridación cultural.

Ya decía Orsini (2007: 7) que “a la llegada de los españoles la poligamia wayuu no sólo era una práctica extendida, también era muy prestigiosa”. Fue una de las prácticas que el la imposición del catolicismo no pudo desaparecer, además, el matrimonio católico no ha sido acogido por los wayuu. Dicho prestigio era exclusivo de los hombres y fortalecía su identidad de poder y dominación de la mujer.

Si bien la condición económica no permite hoy el acceso a varias parejas reconocidas culturalmente desde la concepción de la poligamia, hemos visto en los testimonios, la tendencia de los hombres a mantener relaciones sexuales con varias parejas, sin que esto implique convivencia o responsabilidades establecidas desde la dote con la mujer y su familia. Dicho esto, veremos que algunos hombres han incorporado en su discurso, desde la influencia de la moralidad, la idea de una pareja única, por ejemplo:

*Como dice el amigo debemos tener a una sola pareja, no puede estar cambiando de pareja a cada rato porque hay mujeres que no se cuidan su cuerpo, las personas no son las mismas (Grupo Focal de discusión, Hombre dedicado al pastoreo y a la agricultura, de 58 años de edad, clan Arpushana, marzo 2013).*

*El señor R comentó que el sida es una enfermedad que se transmite si uno no se cuida; como los wayuu tenemos la costumbre de tener varias parejas porque eso es normal en nuestra cultura, pero ya es hora de dar una buena educación para tener una sola pareja* (Diario de campo, hombre guía bilingüe y facilitador de encuentros educativos, de 28 años de edad, febrero 2014).

“Cambiar pareja”, “tener varias parejas” Podemos observar cómo los tiempos han cambiado para ellos y ahora enfermedades como el VIH y sida se vuelven un argumento más para promover la monogamia, pero también las relaciones sexuales con una sola pareja, hasta el punto de referirse a la poligamia como un acto propio de la falta de “buena educación”. “Tener una sola pareja”, se vuelve recomendación aun desde los hombres que fueron quienes legitimaron y practicaron la poligamia durante años al interior de la etnia: “tenemos la costumbre de tener varias parejas”, “es normal en la cultura”.

Una práctica que ha sido “normal” culturalmente hablando en los wayuu, empieza a tomar otros sentidos que dan en este caso una visión diferente de la sexualidad tanto de hombres como de mujeres. Antes decíamos que, en otros testimonios, no se cuestionaban las libertades sexuales de los hombres, pero aquí nos damos cuenta que coexisten personas con posturas de rectitud moral que lleva a que empiece a debatirse el sistema sexo-género que ha predominado en los wayuu durante siglos, a partir de nuevas nociones de salud y “buena educación”.

Por otra parte se percibe que la connotación de riesgo de compartir con otras mujeres, hace alusión especialmente al hecho de tener relaciones sexuales con mujeres *alijunas* y trabajadoras sexuales, pero no hay en sus discursos, comentarios específicos que relacionen la poligamia con el VIH y sida, pues en esta práctica han predominado las alianzas con mujeres wayuu de diferentes comunidades y clanes.

## 6.2. La dicotomía de lo bueno y lo malo en el paso a *Jepirra*

“Se me eriza todo el cuerpo” es una de las formas como el miedo a la infección por VIH y sida, aparece en los testimonios tras la idea de que es una enfermedad “mala”, que no tiene cura, que conlleva a la muerte y que además está asociada a comportamientos que “no son bien vistos”.

*Cuando escucho esa palabra del sida se me eriza todo el cuerpo porque es una enfermedad muy mala, No quisiera que a nadie de mi comunidad ni a mi familia ni los alumnos se contagien* (Entrevista, mujer docente, de 40 años de edad, clan Jarariyu, septiembre 2012).

*Sí, escucho que es una enfermedad de mucho temor que ha matado mucha gente y que no tiene cura* (Entrevista, mujer estudiante de 16 años de edad. Clan Epieyu, marzo 2013).

*No, muy triste, con mucho miedo con él [marido]. Preguntaría a mi marido ¿por qué tiene esa enfermedad? Como yo escucho que es muy malo tenerlo, yo no estaría con él. ¿Qué persona le gusta tener eso?* (Entrevista, mujer ama de casa, de 49 años de edad, clan Ipuana, septiembre 2012).

En el último testimonio se percibe que el miedo conlleva ideas de separación, duda y cambios al interior de las relaciones de pareja. La sola idea de poder infectarse a través de su pareja, ya sea hombre o mujer, conlleva emociones de tristeza y temor que no significa abandono o ruptura matrimonial, pero sí distanciamiento como medida de protección, “no estaría con él”, no hace referencia a separación propiamente dicha, sino a que no tendría relaciones sexuales con su pareja. También surge el cuestionamiento que ella haría a él y de esta forma, al poder de los hombres sobre las mujeres. “Hasta ahí llego yo”, frase que puede indicar en el último de los siguientes testimonios, la necesidad de límite de las mujeres, al privilegio masculino que otorga el sistema sexo-género en los wayuu:

*Me causaría temor, me alejaría [de su pareja si estuviera infectada]. Esa enfermedad es mala (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y la agricultura, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).*

*Si no quiero morir, si ya está infectado, como lo diagnosticaron los alijuna, tengo que decirle que no puedo tener relaciones con él (Grupo focal de discusión, mujer artesana, de 42 años de edad, clan Uriana, abril 2013).*

*Hasta ahí llego yo, así uno se proteja con el condón [...] me negaría (Grupo focal de discusión, mujer ama de casa, clan Sapuana, abril 2013).*

“No puedo tener relaciones con él”, “me negaría”, “me alejaría”, son muestras de lo que genera en hombres y mujeres la idea de tener a una pareja infectada por VIH y sida. Aunque puede haber intención de acompañar y cuidar, es claro que la vida sexual de la pareja corre el riesgo de morir por el miedo a la infección.

Como lo hemos dicho al inicio de este apartado sobre enfermedad moral, el miedo a infectarse está relacionado también con su paso a *Jepirra*, ese lugar de encuentro de los wayuu cuando mueren y cuyo paso depende de la forma o tipo de muerte, de hecho cuando alguien ha muerto de manera violenta por ejemplo, los hombres evitan tener contacto con el difunto y solo las mujeres se encargan de la preparación del cuerpo, ya que creen que si lo hacen los hombres pueden perder valor o fuerza y hasta morir después del funeral. Estas expresiones suponen una mirada menos cognitiva y más vinculada a sus creencias, en ellas dejan entrever el miedo a morir y más específicamente por lo que significa la forma o causa de la muerte: “no se ve bien que uno muera por eso”.

*El señor A dice que el VIH es una enfermedad que mata, de igual manera la señora N refiere que no tiene cura ni medicamento, que lo que les da miedo de eso es que mata (Diario de campo, líder en salud, de 50 años de edad, médico en institución de salud, marzo 2014)*

*Ahh, sí escucho sobre eso [sida], es malo eso entristece, eso nos aleja de las personas porque hemos escuchado que la enfermedad es muy mala, uno no*

*puede estar muy cerca de la persona porque eso es contagioso; así dicen o si escuchamos por ahí que alguien la tiene dicen ah él la tiene o si dicen que el murió por esa enfermedad nosotros nos apartamos porque uno quiere estar bien y no se quiere contagiar porque eso no se ve bien que uno muera por eso* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y guía bilingüe, de 50 años de edad, septiembre 2012).

Para los wayuu la muerte es la segunda vida, es el descanso en *Jepirra*, “lo que da miedo es que mata”, puede hacer alusión más que a la muerte misma, a lo que significa morir de una u otra causa. Por la esperanza de llegar a *Jepirra* puede devenir el interés por la forma de morir, tanto o más que por la forma de vivir, y el VIH y sida se vuelve una amenaza también en el tránsito de la vida a la muerte. Al respecto una participante expresa:

*Y Jepirra es como si fuera el paraíso donde descansan las almas [...] depende del tipo de muerte, porque hay varios tipos, el que muere a bala tiene un lugar diferente, el que muere ahorcado tiene otro lado y de enfermedad natural es el que está en Jepirra porque era su día. Los otros no entran a Jepirra. Entonces los que mueren por VIH pueden no ir a Jepirra porque no fue muerte natural, por eso los wayuu pensamos que es una enfermedad muy mala* (Entrevista, mujer líder en salud y guía bilingüe de 26 años de edad, clan Epieyu, noviembre 2014).

Los calificativos de peligrosa, incurable y mortal, muestran una directa relación entre enfermedad (*talechee*) y miedo en tanto no sólo significa enfrentar en este caso, una enfermedad desconocida y cargada de imaginarios y estigma, sino también por lo que significa morir de ella y poner en riesgo el paso a *Jepirra*. “Nadie lo va a querer tocar”, “no van limpios ni purificados”, son frases que de nuevo remiten a una visión moral, de pérdida de privilegios después de la muerte por comportamiento inadecuado en vida.

Se habla entonces del miedo al contacto con el difunto que pudo morir por sida, lo que haría que esa persona no reciba adecuadamente el procedimiento de limpieza y purificación del cuerpo por miedo a la transmisión del VIH y sida. Haber muerto de una

“enfermedad” vinculada a la “vida desordenada”, y no ir “limpio, ni purificado”, es una doble razón para dudar de su ingreso a *Jepirra*.

*El miedo a esta enfermedad es porque no van a tener la misma vida y señalados por su comunidad. Además si una persona se muere por VIH puede que no le hagan el mismo ritual como a una persona de muerte natural, que lo bañan, lo visten y lo lloran [...] si una persona muere por Sida o de otra enfermedad similar casi nadie lo va a querer bañar, ni tocar, prefieren contratar a un alijuna para eso. Entonces según la cultura pueden perder el derecho porque ya no van limpios ni purificados* (Entrevista, mujer líder en salud y guía bilingüe de 26 años de edad, clan Epieyu, marzo 2015).

La relación entre VIH y sida y comportamiento inadecuado, no es un asunto nuevo o propio de los wayuu, pues ya desde la décadas de los 80, la iglesia católica hizo su aporte a la estigmatización de la misma en tanto durante años se le reconoció como castigo o juicio a las personas infectadas por sus pecados o excesos, inicialmente asociados a la homosexualidad y a la drogadicción (Rutter-Jensen, 2008). En el caso de los wayuu la moral está asociada a comportamientos sexuales relacionados con el mundo *alijuna*, a las relaciones sexuales de los hombres con las trabajadoras sexuales y especialmente al miedo a no poder acceder a *Jepirra*, sin embargo la palabra castigo no aparece en sus discursos de manera explícita.

## **7. LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y SIDA: UNA REALIDAD REVESTIDA DE IMAGINARIOS**

Como ya lo hemos dicho en capítulos anteriores, en el marco del proyecto “Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao-Guajira”, el equipo investigador de la Universidad de Antioquia, aplicó en 2012, una encuesta a 905 indígenas wayuu en la que indagaba sobre conocimientos en VIH y sida, de estos, el 34% eran hombres y el 66% mujeres.

Dentro de los resultados de esta encuesta se destaca frente a la formas de transmisión que: el 88% de las personas pensaba que el VIH se podía infectar usando



baños públicos, el 79% decían que a través de la picadura de un mosquito, el 65% al compartir comida y el 58% abrazando o dando la mano (Rojas, 2015).

Recurrimos aquí a estos resultados cuantitativos, en tanto muestran coherencia con los datos cualitativos, en los testimonios se refleja no solo el desconocimiento sobre el tema, sino también las formas como desde sus creencias y formas de vida se explican y perciben el riesgo de adquirir “la enfermedad” como ellos nombran al VIH y sida.

Para los wayuu, “la enfermedad” entra al cuerpo, de manera que el riesgo está en tener contacto con quien ya “la lleva dentro” y una vez dentro, instalada en la sangre destruye el organismo de manera similar a como lo pueden hacer otras enfermedades como el cáncer, tal como se expuso en un apartado anterior de este capítulo. En los siguientes testimonios se observan las percepciones que tienen sobre la forma como actúa el virus en el organismo, “se come la carne”, “va por la sangre”, “se lleva dentro”, lo que reitera el desconocimiento y lo arraigado que está en ellos el riesgo que conllevan las relaciones sexuales esporádicas de los hombres.

*Los hombres manifiestan que a ellos como viejos, al ver a una mujer linda y joven se dejan encontrar sin saber qué llevan dentro, por ejemplo un VIH (Diario de campo, mujer líder en salud, enfermera institución de salud, de 28 años de edad, octubre 2013).*

*El VIH destruye huesos y se come la carne viva y huele feo, el olor es insoportable cuando llega a esa etapa (Diario de campo, mujer ama de casa y artesana, octubre 2014).*

*La persona necesita ayuda no que la saquen de su propia comunidad porque la enfermedad va por la sangre (Diario de campo, hombre autoridad tradicional, marzo 2014).*

En el último testimonio, la enfermedad en la sangre es algo que enfrenta la persona, pero que aun así necesita ayuda y por tanto no debe sacarse de la comunidad, sin embargo en el testimonio anterior a este, la enfermedad es algo que destroza al ser humano hasta tal

punto que huele mal y descompone, expresión que puede servir para comprender el por qué hay que tener alejada a la persona y protegerse del contacto con ella.

Se pueden ver distintas posiciones frente a la localización del virus en el cuerpo humano, para unos está en la sangre, pero para otros está en los huesos, destruyéndolos y comiéndose “la carne viva”. Igualmente, para quienes está en la sangre, se convierte en una “enfermedad” que está dentro de la persona, para quienes piensan que está en los huesos, el VIH y sida se convierte en una “enfermedad” que se externaliza, que ataca a la persona hasta generarle “olor insoportable”.

Con respecto a las formas de transmisión, tal como se identificó en la encuesta antes mencionada, persiste la creencia de que el VIH y sida se transmite a través de cualquier contacto físico, lo que incluye desde las más simples interacciones cotidianas, hasta las relaciones sexuales como tal. En el primero de los tres testimonios anteriores, varios participantes en un taller educativo coincidían en que la transmisión es sexual, pero específicamente por los hombres que “se dejan caer” cuando ven a “una mujer linda y joven”. Estas creencias estimulan la percepción del VIH y sida como enfermedad mala, peligrosa y generadora de miedo al contraerla:

*[Decían en el taller educativo] es una enfermedad de transmisión sexual que se transmite también por la picadura de un mosquito, por compartir un chinchorro con una persona infectada por VIH/sida, por compartir utensilios de cocina, por abrazar a una persona infectada (Diario de campo, hombre participante en taller educativo con grupo de adolescentes de institución educativa, octubre 2013).*

*El VIH/sida es una enfermedad de la cual uno se debe cuidar mucho, primero no se debe usar el baño, peinilla y corta uñas de una persona enferma porque infecta a la otra persona (Diario de campo, mujer participante en taller educativo con adultos de una comunidad wayuu, febrero 2014).*

*Enfermedad de transmisión sexual, se transmite por el jabón y el baño; eso dicen los alijunas, no sabemos mucho* (Diario de campo, hombre participante en taller educativo con adultos en institución educativa, marzo 2014).

En los testimonios los participantes reconocen que el VIH y sida es una enfermedad de transmisión sexual, pero no desconocen el riesgo de contraerla en su vida cotidiana mediante el uso de la “peinilla” o peine, el baño o “los utensilios de cocina”, es decir que lo sexual y compartir elementos personales y parte de su intimidad, son los riesgos principales en la transmisión del virus. Además en el último testimonio vuelve a afirmarse que quien sabe es el no indígena y atribuyen a éste el conocimiento sobre el tema. Asunto que abre un signo de interrogación a la forma como llevamos la información o educamos en salud, pues no siempre lo aprendido es lo que espera el agente educativo.

Un elemento diferenciador con respecto a la población general de otras regiones del país, es la inquietud que genera en los wayuu el riesgo de adquirir esta “enfermedad” mediante relaciones sexuales con animales. La preocupación o inquietud está asociada a que el inicio sexual de los jóvenes varones suele darse con burras. Práctica que es reconocida por los antropólogos como una característica cultural no solo en los wayuu, sino en la población “costeña” del país, y como lo dicen algunos autores en población campesina de Latinoamérica y el Caribe. Es común que esta práctica continúe en la adultez. (Bautista, 2009; Colombino, 1988).

*Claro que él tiene también su ritual [los varones] como lo había dicho ahora, el niño ya conoce de sexualidad, a los seis o siete años ya anda detrás de las burras ya de ahí deja de ser un adolescente por ya haber practicado con la burra antes de tener relaciones con una persona igual que él, y es la burra que le quita la virginidad y la adolescencia* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y al cultivo doméstico, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).

*[Durante el taller] empezaron a hacer preguntas sobre la infección, si era verdad que se transmitía por tener sexo con animales* (Diario de campo, hombre participante en taller educativo con adultos wayuu, octubre 2013).

*¿Si tenemos relaciones con animales [burra] me puedo contagiar de VIH?*  
(Diario de campo, hombre participante en taller educativo con adolescentes en institución educativa, noviembre 2013).

*Mientras se le explica a la señora lo que preguntaba, entre ellos [los hombres] comentaban: “Ahora no podemos estar pendientes de las burras porque nos pueden atrapar [infectar]”* (Diario de campo, mujer guía bilingüe, trabajadora social, facilitadora de taller educativo con adultos en institución educativa, de 29 años de edad, marzo 2014).

La idea de que la burra los puede “atrapar” para referirse a que pueden infectarse, emerge específicamente en los hombres cuando están hablando entre ellos, pues su iniciación sexual con burras es una práctica que al parecer suele darse a muy temprana edad, momento en el que se sienten preparados para vivir su sexualidad “con una persona igual a él”, en esta frase hacen alusión a otra persona o ser humano.

En los testimonios, también podemos apreciar que tal como lo abordamos en el capítulo sobre metodología, a los participantes les da dificultad hablar de sexualidad con facilitadores o guías bilingües del sexo opuesto al suyo; en este caso podemos ver que entre ellos, los hombres hacen comentarios sobre su práctica sexual con las burras, pero no con la facilitadora, lo que demandó que uno de los investigadores hombres entrara en la conversación para hacer énfasis en el tema.

En el siguiente testimonio, no solo aparece la idea de que las relaciones sexuales con burras pueden transmitir el VIH y sida, sino también la desaprobación por parte de las mujeres, de esta práctica en hombres casados que a pesar de “ser mestizos y con educación” tienen sexo con burras. La cualidad de mestizos es usada en este caso para hacer referencia a que son personas mezcladas con *alijunas*, como si esto sumado a la formación escolar se convirtiera en un valor agregado socialmente, dicho de otra manera, ambas cualidades parecen reportar estatus social para los wayuu.

Estas mujeres asumen que la falta de higiene en los hombres, después del encuentro sexual con las burras incrementa el riesgo de enfermarlas, pero al parecer no solo de VIH y

sida, nuevamente son las mujeres las que pueden ser víctimas en esta cadena de transmisión, pero no solo por el intercambio con mujeres *alijunas*, sino también con las burras.

*La señora L hizo un comentario: “A veces en nuestro caso se da mucho que el hombre puede ser muy mestizo, estudiado, siempre se ha visto que tiene ciertas prácticas sexuales con animales como la burra, siempre se da que el hombre después de haber cogido una burra llega a nosotras pidiéndonos que tengamos sexo con ellos, sin haberse aseado primero y siempre estamos en riesgo con ese acto que realiza el hombre wayuu (Diario de campo, líder en salud, facilitador de taller educativo con autoridades tradicionales, octubre 2013).*

El anterior testimonio deja entrever además, que las mujeres expresan no sólo el miedo a la infección, sino también su inconformidad por el comportamiento sexual de los hombres, por tanto, el tema se convierte en una excusa para hablar de la desigualdad sexual y de género que las pone a ellas como quienes deben responder al deseo sexual de su pareja.

Ante el poco conocimiento sobre el VIH y sida, las expresiones de hombres y mujeres daban lugar a una serie de imaginarios sobre la transmisión del virus, frecuentemente relacionados con lo que apenas habían escuchado al respecto y con los imaginarios que en la población general se identificaron durante la década de los 80 a partir de los primeros casos diagnosticados:

*Enfermedad que la gente ha hablado que se transmite por saludar o hablar con una persona [...] Es una enfermedad, que se transmite por la ropa, eso creo, es lo que he escuchado de la gente (Entrevista, mujer artesana de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).*

*No lo he escuchado, solo sé que está en los alijuna, y que se transmite en los baños, lo escucho por aquí (Entrevista, mujer ama de casa de 56 años de edad. Clan Sapuana. 2012).*

Además del riesgo de transmisión sexual por tener sexo con las burras, está el zancudo o mosquito como animal que puede transmitir el VIH y sida a través de su picadura, la que se constituye en una de las afirmaciones más recurrente en los wayuu:

*La señora A dice que: el Zancudo, es una de las cosas que pega el VIH con su sangre. [...] Y la líder enseguida manifiesta que si el mosquito en la puntica tiene sangre, ahí sí la transmite [la enfermedad del VIH/sida]. Casi todos opinaron que por medio del mosquito se puede infectar el VIH (Diario de campo, mujer participante en taller educativo con adultos en institución educativa, 26, noviembre 2013).*

*Aún predomina la creencia que a través de las picaduras de un zancudo se transmite el VIH (Diario de campo, mujer líder en salud, facilitadora de taller educativo, de 24 años de edad, octubre 2013).*

*Una de las estudiantes dijo que el VIH era un zancudo que ocasionaba la enfermedad. [...] La mayoría pensaba que el mosquito transmitía el VIH/sida (Diario de campo, hombre guía bilingüe de una institución de salud indígena, de 29 años de edad, noviembre 2013).*

En este testimonio final, no solo está la relación entre el zancudo y el VIH y sida a manera de agente transmisor, sino que además se cree que el VIH es un tipo particular de zancudo o mosquito que causa la enfermedad, es decir que virus y mosquito quedan en este caso como equivalentes. De manera similar, el virus es nombrado como bicho en un estudio realizado con gitanos en España (Otegui, 2006), concepción que permite a los actores explicarse la presencia de un agente externo que devora y consume poco a poco a la persona.

Es importante anotar que también se encontraron personas, en menor proporción, que de manera general hablaron del VIH y sida como una enfermedad que se transmite especialmente a través de las relaciones sexuales y que se puede convivir con quienes están infectados, sin embargo son pocas y suelen ser líderes o autoridades tradicionales que tienen contacto con programas de salud o de educación:

*La autoridad tradicional hizo énfasis en que el VIH/sida no se transmite de cualquier manera así como pensaban, solamente con un descuido que se tenga en las relaciones sexuales se podía adquirir, es por eso que refuerza la parte de que no se debe discriminar ni tratar mal a las personas (Diario de campo, hombre trabajador social y guía bilingüe, 31 años de edad, febrero 2014).*

*Que no se transmite si visitamos al enfermo, solo por relaciones sexuales es que se infecta la persona (Entrevista, mujer artesana de 24 años de edad, clan Uriana, septiembre 2012).*

Como lo expone Conde Gutiérrez y Santoro (2012) en su estudio sobre imaginarios de la infección por VIH, los relatos o discursos se hacen más dramáticos en tanto no se establece diferencia entre el VIH y el sida, por lo que las personas asumen imaginarios relacionados con muerte y sufrimiento y por consiguiente con miedo a estar infectados como si ser diagnosticado por VIH fuera sinónimo de estar enfermo de sida. Esto toma mayor fuerza cuando, pese a que nuestros países cuentan con acceso a prueba diagnóstica, dentro del sistema de salud y también a tratamientos antirretrovirales, se mantiene la tendencia al diagnóstico tardío, ya la persona está sintomática por sida, cuando está recibiendo su diagnóstico.

En el caso de los wayuu el desconocimiento juega un papel importante en los imaginarios que tienen frente a las formas de infección, animales (burras y zancudos) y la interacción social con personas que viven con el virus se vuelven agentes y factores de riesgo que con el tiempo pueden modificar conductas sociales y sexuales. Además ha sido claro también que no acceden a la prueba diagnóstica de manera oportuna, pues no está en su dinámica hacerse una prueba de sangre sin tener sintomatología o necesidad real de hacerla.

## **8. UNA “ENFERMEDAD” DE HOMBRES Y MUJERES**

El solo hecho de pensar en el lugar de hombres y mujeres al interior de los wayuu es ya un reto, pues como lo plantean algunos antropólogos, el rol de las mujeres en este pueblo indígena ha sido razón de confusiones y diversas interpretaciones. Al respecto Alarcón

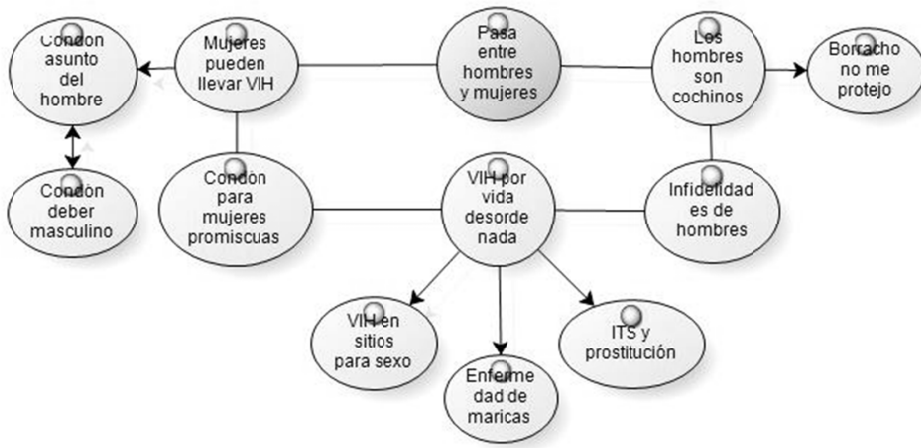
(2006) expresa por ejemplo, que no cabe duda de que la línea de descendencia directa es dada por la madre, pero esto no es suficiente para afirmar que toda la sociedad wayuu está basada en la mujer como eje principal o que esta tenga preponderancia sobre el hombre.

Se observa en el trabajo de campo e igual lo plantea Alarcón (2006) a partir de su experiencia en la comunidad de Kusi en Venezuela, hay una interesante distribución de funciones entre hombres y mujeres aunque a ella se le reconozca como un ser que transmite vida, linaje, con poderes curativos y con capacidad para ser autoridad y guiar en sus comunidades; sin embargo, esto no es característica exclusiva para los wayuu, en tanto hay muchas otras sociedades matrilineales. Lo anterior puede comprenderse mejor en el capítulo sobre el contexto wayuu.

Sin el ánimo de entrar en los recodos de la discusión sobre género y VIH y sida, aunque sin duda es un abordaje que amerita ser trabajado en este o en otros estudios con este objetivo específico, hacemos aquí una aproximación a la forma como hombres y mujeres wayuu se perciben con respecto a la transmisión del VIH. Como se observa en la figura 4.2, las percepciones están divididas entre quienes asumen que es una enfermedad que se transmite entre hombres y mujeres, quienes lo atribuyen a la mujer por actividades sexuales de riesgo, pero en mayor proporción a los hombres que llevan una “vida desordena” por tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, no usar el *coucha* o condón y por tener sexo bajo efecto del licor. Por otra parte y sin ser diferente a lo que piensan aún otros sectores poblacionales en diferentes regiones y países, están quienes siguen pensando que es una enfermedad de homosexuales, a quienes igual califican como desviados o enfermos, es decir que también entran en la categoría de quienes llevan una “vida desordena”.



Figura 4.2. Mapa de códigos sobre percepciones de hombres y mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de codificación.

De los códigos que aparecen en la figura, se fusionaron los dos que hablan sobre el condón como responsabilidad del hombre y posteriormente se extrajeron los que tuvieron nueve o más referencias o citas relacionadas en entrevistas y grupos focales de discusión.

### 8.1. Género y transmisión

Como puede observarse en el cuadro 4.2, las mujeres son quienes más comentan que el VIH y sida puede transmitirse de hombres a mujeres y viceversa, es decir que reconocen a hombres y mujeres como agentes de transmisión del virus:

*VIH es la enfermedad que transmiten los hombres, o lo transmiten las mujeres a los hombres (Entrevista, mujer ama de casa, de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).*

*Está dentro de la sangre, eso lo puede tener el hombre o la mujer dentro (Entrevista, mujer dedicada al pastoreo, de 49 años de edad, clan Ipuana, septiembre 2012).*

*Es una enfermedad que se transmite a través del hombre que tiene muchas parejas, así lo puede adquirir, lo transmite la mujer embarazada al feto y nace con esa enfermedad* (Entrevista, mujer docente en institución rural indígena, de 54 años de edad, clan Jarariyu, septiembre 2012).

En general podemos decir, los participantes reconocen que hombres y mujeres pueden transmitir el VIH y sida, pero claramente ubican que es el hombre, por su comportamiento sexual, quien lo adquiere y lo puede transmitir a las mujeres de las comunidades, ya sea por sus relaciones con burras, como por sus encuentros sexuales con mujeres alijunas “que no tienen juicio”, es decir dedicadas al trabajo sexual en “sitios para sexo”. En el último testimonio es explícito el señalamiento a los hombres como responsables, pero específicamente a hombres “que tienen muchas parejas”, igual emerge nuevamente el cuestionamiento o reclamo a los hombres por el sistema sexo-género dominante que caracteriza a los wayuu.

Cuadro 4.2. Frecuencia de referencias por sexo.

Códigos	Referencias		
	Mujeres	Hombres	Total
Pasa entre hombres y mujeres	10	6	16
VIH por vida desordenada	4	6	10
Mujeres pueden llevar VIH	5	13	18
VIH en sitios de sexo	3	6	9
Condón responsabilidad masculina	7	4	11
Infidelidad es de hombres	5	9	14

Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de codificación y análisis.

En el cuadro vemos según el número de referencias para ambos sexos en entrevistas, grupos focales y conversaciones durante las visitas a las comunidades, que tanto hombres como mujeres atribuyen la responsabilidad de la transmisión a: hombres por “vida desordenada” y por “tener relaciones sexuales con varias mujeres”, y a mujeres que

trabajan en “sitios de sexo”, pero en ambos casos las referencias relacionadas son mayores en los hombres, es decir que ellos mismos se reconocen como responsables de la transmisión. NO hay ningún testimonio en el que se haga alusión a que una mujer wayuu pueda llevar el VIH y transmitirlo.

Es un virus que “se lleva en la sangre” tanto de hombres como de mujeres, de manera que ambos pueden transmitirlo tal como lo expone la docente en el último testimonio. Sin embargo tanto en la transmisión vertical madre-hijo, como en la infección en los hombres aparece las mujeres *alijunas* y con las que tienen sexo por fuera de sus comunidades, como las responsables: “hombres que tienen muchas parejas”, “mujeres pueden llevar el VIH”, “irse con una mujer del mercado sin saber lo que tiene dentro [una enfermedad]”. No obstante, es recurrente en los testimonios, que las mujeres señalen al hombre como responsable de la transmisión, sin que ello implique que se niegue que esta enfermedad pueda pasar de mujeres a hombres y viceversa. También es claro que las mujeres exponen su inconformidad por el comportamiento sexual y los “derechos” y libertades sexuales de los hombres wayuu.

*¡La enfermedad viene de los hombres!* (Entrevista, mujer artesana y ama de casa, de 24 años de edad, clan Uriana, septiembre 2012).

*Dicen que lo transmite el hombre hacia las mujeres, yo escuché ese cuento por allá con unos alijunas* (Grupo focal de discusión, mujer que trabaja como manipuladora de alimentos en institución educativa rural indígena, de 48 años de edad, clan Uriana, marzo 2013).

*Bueno sería de los hombres, por las alijunas que vienen de lejos, o se contagia la mujer, bueno lo he visto es en los hombres* (Entrevista, mujer artesana, de 34 años de edad, clan Pushaina, marzo 2013).

El género ha venido siendo un tema de interés en la salud pública y especialmente para el abordaje del VIH y sida, pues las políticas nacionales e internacionales demarcan la importancia de éste como enfoque para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento del VIH y sida, lo que obedece también a que en países como Colombia, la epidemia está

concentrada en grupos sociales como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadoras sexuales, entre otras que han sido foco de estigma y discriminación social (UNGASS, 2014), grupos que presentan prevalencias superiores al 5% comparada con la prevalencia de 0,52% en población general de 15 a 49 años de edad (MSPS, 2013).

El comentario anterior, lo usamos aquí como contexto a lo que encontramos que pasa con hombres y mujeres wayuu en este estudio. Son una población que como vemos vive realidades de desigualdad social y de inequidad de género a partir del sistema sexo-género que predomina y que pone a las mujeres en una condición de subordinación. Los wayuu no escapan a lo que sucede en otros países Latinoamericanos, en los que el VIH y sida ha mostrado predominio en hombres, pero esto no hace que las mujeres escapen del riesgo de infectarse. Es claro que en los últimos años la razón hombre/mujer cuando de VIH y sida se trata, se ha ido reduciendo paulatinamente que como dice Ramos *et al.* (2009), por una parte, por lo que viene sucediendo con los cambios en la forma como las mujeres empiezan a vivir su sexualidad, pero por otra, a partir del incremento en las conductas de riesgo en las parejas sexuales de las mujeres, tal y como emerge en las posturas de hombres y mujeres wayuu. Ya Farmer y Castro (2005) y Poundstone *et al.* (2004) han abordado el tema del género como un determinante en salud y específicamente del VIH y sida.

## **8.2. La prevención, ¿una tarea de hombres?**

En coherencia con la tendencia en los wayuu a responsabilizar a los hombres del riesgo de contraer el virus, igualmente son las mujeres quienes hacen alusión con mayor frecuencia a que el condón es responsabilidad de los hombres, quienes lo usan para tener relaciones con mujeres desconocidas y por tanto son ellas mismas quienes expresan que las mujeres que usan o piden el condón en sus relaciones sexuales son las mujeres “sin juicio”, “cualquier mujer en la calle”:

*En el momento de hablarles sobre el preservativo primero consultamos acerca de si podemos hacer la demostración con el modelo anatómico y la autoridad les consultó por persona, le preguntó primero a los hombre y*

*estuvieron de acuerdo, luego le preguntó a las mujeres y dijeron “lo que digan los hombres”* (Diario de campo, hombre guía bilingüe en institución de salud indígena, facilitador en taller educativo con docentes y adultos de la comunidad, de 29 años de edad, octubre 2013).

*Condón es lo que utilizan los hombres para acostarse con cualquier mujer en la calle o cualquier mujer con la que está, que él no sepa sobre su vida* (Entrevista, mujer ama de casa, de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

*Se lo coloca el hombre que tiene varias mujeres, eso dicen, no sé qué es, y lo usa el hombre que quiera, el que no le gusta no lo usa* (Entrevista, mujer artesana, de 47 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Yo digo que algunas mujeres lo llevan, son las que tienen varias relaciones, y están pendientes tenerlos para que no se contagien con enfermedades* (Grupo focal de discusión, mujer líder comunitaria, de 36 años de edad, clan Pushaina, noviembre 2012).

“Lo que digan los hombres”, “lo usan para acotarse con mujeres en la calle”, “lo usa el hombre que quiera”, frases que en los diferentes testimonios ponen al hombre como quien decide sobre el uso del condón, por tanto lo consideran un tema de interés y de poder masculino. Además su uso está sujeto al comportamiento sexual de hombres y mujeres, es decir que condón y relaciones con “mujeres de la calle”, están directamente relacionados: “se lo coloca el hombre que tiene varias mujeres” y “lo llevan las mujeres que tienen varias relaciones”.

En el primer testimonio se materializa la dominación masculina en el sistema sexo-género de los wayuu, la autoridad tradicional, que también es hombre wayuu, asume en su actuar una actitud de identidad masculina y empieza preguntando a los hombres, después a las mujeres, quienes terminan legitimando esta forma de poder masculino. En los testimonios siguientes, esto se ve alentado en tanto el condón es usado a discreción de los hombres, no de la solicitud de las mujeres, quienes además evitarán hacerlo por miedo al

señalamiento o duda sobre su sexualidad bajo el principio wayuu antes expuesto: las mujeres wayuu solo tienen una pareja, los hombres pueden tener varias.

En lo que respecta a los hombres, ellos hacen mayor énfasis en que el VIH y sida es el resultado de una vida desordenada, del intercambio sexual con *alijunas* “en sitios de sexo” y así mismo solo ellos hacen alusión a que esta es una enfermedad de homosexuales, las mujeres como ya lo hemos dicho, enfatizan en que es responsabilidad de los hombres por tener relaciones sexuales con varias mujeres, y de las mujeres *alijuna* que trabajan en sitios de sexo.

El último testimonio que volvemos a traer, en este caso nos permite identificar que este hombre no lo pone como una enfermedad *alijuna*, sino como algo que depende del autocuidado de los wayuu en su forma de vivir la sexualidad, “vida desordenada” por las varias parejas sexuales que mantienen fuera de las comunidades.

*Se da por relaciones sexuales con diferentes mujeres o con diferentes hombres, es una enfermedad no sólo de los no wayuu, sino que se presenta en los wayuu por el desorden indígena que hay, y por la vida desordenada que llevan algunas personas* (Diario de campo, hombre autoridad tradicional, reporte realizado por facilitador en taller educativo, de 29 años de edad, septiembre 2013).

*Para mí es cuando no nos cuidamos que pasa si salimos y si nos encontramos una mujer en el mercado ahí hay mucha suciedad y decimos vamos un rato entramos y ¿de dónde sale la enfermedad? ¡Lo saca de ahí!* (Grupo focal de discusión, hombre dedicado al pastoreo, de 45 años de edad, clan Apushana, abril 2013).

### **8.3. Las nuevas generaciones, culpables o inocentes**

*[...] por eso hoy en día se ven muchas cosas que uno no espera, que de pronto la juventud de hoy en día sufre las consecuencias que al momento que hacen sus cosas no lo ven, entonces se está viendo muchos problemas con las*

*enfermedades de transmisión sexual, en fin lamentables, por ese manejo inadecuado del cuerpo y del sexo* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional, de 60 años de edad, clan Jusayu, marzo 2013).

En este testimonio, la vida desordenada es vinculada al “manejo inadecuado del cuerpo y del sexo”, pero específicamente en los jóvenes, asunto que directamente está relacionado con la transformación cultural de los wayuu. Como ha sido planteado en testimonios anteriores el VIH y sida “es una enfermedad de ahora”, “antes no existía”, “los wayuu de antes no la tenían”; en este testimonio esto se reafirma cuando se plantea como resultado de las prácticas sexuales de las nuevas generaciones, quienes “sufren las consecuencias” de lo que hacen y viven.

Se ha dicho en estudios como el de Uribe *et al.* (2010), que los jóvenes son considerados uno de los grupos vulnerables para la infección por VIH y sida y otras ITS, en tanto cada vez se exponen más a situaciones de riesgo, lo que en el caso de los wayuu se ve exacerbado en tanto, cada vez es más creciente el contacto de las nuevas generaciones con el mundo *alijuna* y por tanto con otras prácticas sexuales que van evidenciando transformaciones culturales y también cierta tensión entre lo que los participantes en este estudio han nombrado “los wayuu de antes y los wayuu de ahora”.

Esta tensión tampoco es un asunto exclusivo de los wayuu, pues las sociedades siempre han hecho alusión a que “todo tiempo pasado fue mejor”, además las generaciones de mayores suelen atribuir a los jóvenes cambios en sus estilos de vida y en sus prácticas sexuales, que ven como negativos y por tanto la responsabilidad de la existencia de nuevas enfermedades les son atribuibles. Los wayuu no escapan a esta visión, a la añoranza por los tiempos pasados, pero tampoco al señalamiento de lo que viven los jóvenes como resultado de las transformaciones culturales.

#### **8.4. *Talechee* de homosexuales**

El señalamiento sobre esta “enfermedad” en los homosexuales, está asociada al estigma que a nivel nacional y mundial han sufrido los homosexuales en general y con ellos, los hombres que tienen sexo con hombres, a este proceso de estigma y discriminación que han

enfrentado siempre, se suman la influencia de la iglesia católica y el reconocimiento que la salud hace de esta población, como uno de los grupos de mayor riesgo de infección (UNGASS, 2014). En el caso de los wayuu, se sabe que los homosexuales han vivido desde siempre, el rechazo y muchas veces agresiones por parte de las comunidades, pues aunque actualmente convivan con algunos de ellos, ésta sigue siendo una realidad que “no está bien vista” para los wayuu y que “nadie quisiera vivir en su familia”, es así como lo expresan algunos hombres y mujeres durante las visitas de campo.

*Cuando yo explicaba de la enseñanza de hombre y mujer, entonces de pronto cuando hay un hermano wayuu homosexual [...], de pronto nuestra comunidad ve eso, pero no es bien visto, no es aceptable, como decía el compañero, desafortunadamente en nuestra familia tenemos homosexual o un marica, no es aceptado, es rechazado* (Grupo focal de discusión, hombre vigilante en empresa privada de 29 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Yo sí he oído en otras comunidades, y hoy en día está fallecido, y coincidentalmente fue un hombre, un marica, homosexual que era portador de esa enfermedad* (Grupo focal de discusión, hombre vigilante en empresa minera, de 29 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Eso se consigue en los maricas, y la sífilis, eso dicen* (Grupo focal de discusión, hombre líder comunitario y labores domésticas, de 35 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Le dará por tener relación [con homosexual...] los homosexuales pueden adquirir esta enfermedad* (Grupo focal de discusión, hombre agricultor y pastor de 57 años de edad, marzo 2013).

Podemos ver aquí, que los términos que usan los participantes para referirse a este grupo, es “homosexual” y “marica”, siendo el segundo un concepto peyorativo usado frecuentemente como insulto e igualmente estigmatizante. Sin embargo, en sus discursos parecen estar manifestando que aunque haya estigma y discriminación hacia “los maricas”,



está la posibilidad de que algunos hombres que lleguen a tener sexo con ellos, puedan “conseguir” el VIH y “la sífilis”.

El doble estigma que circunda al homosexual cuando vive con VIH, ha estado anclado a la historia del virus cuando a principios de los 80 se hizo público que los primeros casos diagnosticados correspondían a homosexuales, situación que ha quedado marcada por la evidencia antes expuesta de que los hombres que tienen sexo con hombres son población vulnerable y marcan el primer lugar en Latinoamérica de lo que se conoce como epidemia concentrada, pese a que también se ha encontrado que el uso del condón con parejas ocasionales en este grupo poblacional ha ido en aumento. Estigma que en el caso de los wayuu y de otros pueblos indígenas, se ve agravado cuando además de homosexual viviendo con VIH, es un indígena. Uno de los participantes en este estudio vive esta triple forma de estigma, lo que lo lleva a expresar temor a hablar del tema porque quedaría expuesto al señalamiento social e igualmente su familia. Situación que no sólo tienen que enfrentar en el mundo *alijuna*, sino también al interior de su propio pueblo indígena, donde tener varias mujeres es sinónimo de estatus y poder masculino.

### **8.5. Responsables: trabajadoras sexuales y hombres infieles**

Así mismo, son los hombres quienes enfatizan en que las mujeres son quienes pueden llevar el VIH y sida, es decir quiénes pueden transmitirlo a los hombres y luego ellos a sus parejas. Pero esta connotación está asociada especialmente a las mujeres *alijunas* que trabajan en “sitios para sexo”, generalmente bares o en las propias plazas de mercado:

*Él se contagió de allá donde trabajaba, fue allá donde hay muchas mujeres*  
(Grupo focal de discusión, hombre docente centro educativo rural indígena, de 38 años de edad, clan Arpushana, marzo 2013).

*[...] yo me imagino que estas enfermedades se adquieren cuando vamos a los bares, a diferencia, las mujeres wayuu no sufren de esas enfermedades aunque no se puede negar que la mujer wayuu ha adquirido esa costumbre [prostitución] pero no es tan constante como lo hacen las mujeres que*

*trabajan en bares* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y a la siembra, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).

*Yo no sirvo para eso, para yo acostarme con esa mujer, así tiene que decir un hombre sobre eso y también es malo acostarse con las alijunas donde están ubicados los establecimientos para las mujeres, donde uno toma [licor], ahí llega uno a buscar la enfermedad porque uno no se fija con quien va estar* (Entrevista, hombre dedicado al pastoreo y guía bilingüe, de 50 años de edad, septiembre 2012).

Los bares o establecimientos de licor y trabajadoras sexuales, son lugares que visitan los wayuu cuando salen de sus comunidades, los cuales consideran un lugar propio de mujeres *alijunas* pese a que reconocen que, aunque “no es tan constante”, ya hay mujeres wayuu que han “adquirido esa costumbre”, la de cobrar por sexo.

Durante el trabajo de campo se narró el caso de dos chicas que se fueron a la ciudad y se dice que trabajan en un bar, una de ellas fue buscada varias veces por su familia hasta que quedó embarazada y ya su familia desistió de ayudarla, dejándola a su suerte en el mundo *alijuna*.

Podemos ver de otra manera diferente a lo ya expuesto, el poder masculino en los wayuu, la imperancia del sistema sexo-género machista y dominante: a la mujer wayuu que recurre al trabajo sexual, se le ignora y se le excluye, mientras que al hombre que es el cliente varón wayuu, se le acepta asumiendo su comportamiento como resultado de los privilegios por ser hombre.

Vinculado a lo anterior, emerge en los hombres la percepción de la infidelidad masculina como un comportamiento de riesgo, el cual no depende de la condición social o económica:

*Ya la mujer no se toma en serio, porque está jugando con ella y la mujer también hace lo mismo, porque el hombre tiene muchas mujeres, porque es rico, pero eso no importa, hasta el pobre ya tiene varias mujeres ya es lo*

*mismo* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional, docente y guía bilingüe, de 47 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*[Para prevenir el VIH/sida] Cuidarse de las mujeres, que no cambie de mujer a cada rato, porque de ahí vienen varias enfermedades, y se le transmite a su pareja* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional, de 51 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

“Cuidarse de las mujeres” significa que ellas, *las trabajadoras sexuales alijunas*, están siendo vistas como culpables de la transmisión o como portadoras de la enfermedad, sin embargo durante todo el capítulo hemos visto que es frecuente la idea de las relaciones con varias mujeres, no solo desde la perspectiva de la poligamia que les caracteriza culturalmente, sino también como las relaciones sexuales en las que se enrolan a partir de su interacción con el mundo *alijuna*. Situación que se convierte en factor de riesgo, ya sea por infidelidad de los hombres que cambian de pareja o tienen varias al tiempo, en todo caso la queja de hombres y mujeres está relacionada con el riesgo de tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales *alijunas*.

En general, podemos concluir según lo dicho en este apartado, que se evidencia como algunos de los participantes se refieren a los wayuu de antes y a los de ahora y atribuyen el VIH y sida a los de ahora especialmente, quienes hacen parte activa de los cambios socioculturales que vivencian a partir de los intercambios cada vez mayores, con el mundo *alijuna* y por tanto a las relaciones sexuales que tienen con “mujeres sin juicio”. En estas rupturas tienen un lugar especial las nuevas prácticas sexuales que se vuelven un factor de riesgo importante desde sus percepciones y devienen directamente de la aproximación a las experiencias vividas con *alijunas*.

Resumiendo, los wayuu asumen el VIH y sida como una enfermedad que desconocen y que como hemos dicho no está en su sistema de clasificación de las enfermedades, lo que les permite ponerla en el marco del mundo *alijuna* ya sea por: la movilidad que ellos tienen entre sus comunidades y las ciudades más cercanas ya sea de Colombia o de Venezuela, por la asimilación de nuevas prácticas culturales y sexuales al

tiempo que transforman las propias, o por el desconocimiento que tienen sobre el tema y que afianza en ellos el miedo a la infección y a las personas que viven con VIH y sida.

Sin desconocer el lugar que los *alijunas* hemos jugado por siglos en la vida de los wayuu, llama la atención la actitud pasiva y de victimización que puede significar la percepción de esta enfermedad entre otras, como un asunto externo, pues la prevención demanda no solo que se impartan nuevos conocimientos, sino que las personas se asuman como sujetos activos en la adopción de comportamientos y prácticas sexuales seguras o protegidas.

La mirada que tienen los wayuu de la enfermedad en general y del VIH y sida como una más entre otras que han llegado para devorar los cuerpos, la vida y el estar-bien de sus comunidades, amerita un análisis favorable a la comprensión de su mundo de significados, dice Martínez (2008) que la antropología de la salud es una muestra de antirreduccionismo biológico a partir de autores como Boas, Durkheim, Benedict, Hahn, quienes han aportado significativamente a la comprensión de las enfermedades desde perspectivas tales como las desigualdades sociales, la importancia de la cultura al momento de abordar trastornos mentales como la esquizofrenia y la confluencia de factores como pobreza, edad y estado nutricional en el proceso salud - enfermedad.

En términos del autor y según lo hemos visto en los wayuu, enfermedad, salud, aflicción y muerte tienen que entenderse como fenómenos sujetos a la cultura y la vida social, por lo que propone la imbricación entre biología y cultura, y se opone a la unicausalidad de las enfermedades, pues la morbilidad y la mortalidad como lo hemos visto en el caso del VIH y sida en los wayuu, tienen que comprenderse a partir de la cultura y las relaciones sociales, pues las creencias y el desconocimiento juegan un papel clave en las percepciones de la enfermedad y han de tenerse en cuenta para todo proceso de intervención en salud. Además saber lo que piensan y cómo viven la presencia real o posible del VIH y sida en las comunidades, se vuelve una oportunidad para alfabetizar y construir con ellos nuevos aprendizajes sobre la SSR desde la mirada del género y los derechos sexuales y reproductivos, ejemplo importante, es la importancia de atender en las mujeres, la falta de agencia al momento de usar el condón o decidir sobre su protección en el marco de un sistema sexo-género en el que el poder está en los hombres.

Para los wayuu, la enfermedad es un estado o situación que por los síntomas puede inhabilitar, reducir y obstaculizar el día a día de las personas, estar enfermo está asociado a sentimientos de tristeza y desde ahí, a la dificultad para socializar y moverse tranquilamente en sus comunidades. Toca estar tirado en el chinchorro y esto ya implica distancia y ausencia en los espacios comunitarios. Lo anterior es coherente con el planteamiento de Laurell (1982) cuando hace alusión a la enfermedad como parte del proceso salud-enfermedad, cuyos cambios a través de la historia trascienden la idea de lo puramente biológico para darle cabida al carácter social de la misma. Ella hace referencia a la importancia de su análisis como proceso social a partir del cuestionamiento del paradigma médico biologicista y del reconocimiento de las limitaciones de su práctica para solucionar satisfactoriamente las condiciones de salud de las colectividades por su articulación a otros procesos sociales. Desde esta perspectiva es fundamental el lugar que para los wayuu toma “la enfermedad” y con ella el VIH y sida al interior de sus dinámicas socioculturales. Para ellos, éste no solo altera la vida cotidiana por el hecho de enfermar, sino también porque pone en evidencia que el sujeto ha llevado “una vida desordenada” y que además esto alterara su paso a *Jepirra*, su encuentro con sus antepasados.



## Capítulo V

### **DISCURSOS FRENTE AL VIH Y SIDA: ACCIONES VIVIDAS O ACCIONES DEBIDAS**

Este capítulo toma forma propia en tanto reconoce cómo los wayuu actúan o responden frente al VIH y sida, pero también a las formas como creen que lo harían aun cuando ven ajena a ellos la convivencia con personas infectadas o como lo hemos dicho siempre en este escrito, con personas que viven con el VIH o sida.

Es un capítulo que puede entenderse como una prolongación del capítulo anterior sobre las percepciones, pues sigue siendo una aproximación a la construcción simbólica que este pueblo indígena tiene del VIH y sida como fenómeno social, como realidad que los circunda o como amenaza que los asecha.

Aquí seguiremos haciendo énfasis en los discursos de hombres y mujeres que han tenido una experiencia cercana con el VIH o que simplemente consideran la posibilidad de tenerla, bien sea porque puedan adquirir el VIH y sida o porque alguien en sus familias y comunidades lo vive.

Retomar frases o testimonios llenos de contenido, será aquí como en capítulos anteriores, referente fundamental para consolidar las acciones y reacciones con las que las personas participantes en el estudio hacen o harían frente, por una parte a personas viviendo con VIH/sida y, por otra al riesgo de infectarse.

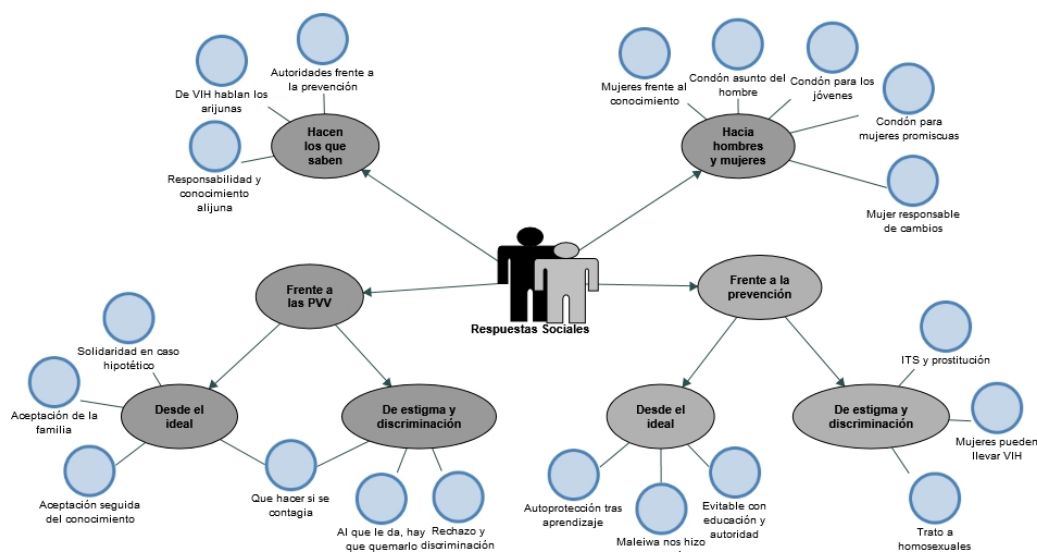
De igual forma, hemos tratado los datos de manera abierta y rigurosa al momento de realizar la codificación y el análisis correspondiente. Los códigos y categorías han ido tomando forma tal como puede apreciarse en la figura 5.1, en ella se plasma el lugar que ocupa cada conjunto de códigos identificados y nombrados en el proceso y la manera como van agrupándose de manera preliminar al escrito en el que quedan finalmente plasmadas unas categorías de análisis.

La lectura minuciosa y el análisis de entrevistas, diarios de campo y grupos focales de discusión, nos permitió captar que al momento de referirse al VIH y sida, las posibles formas de responder a este problema estaban asociadas directamente con sus creencias, conocimientos, prácticas socioculturales, ignorancia, y prejuicios. Respuestas que se resumen básicamente en tres tipos: a) Dejar que hagan los que saben; b) rechazar, excluir para no infectarse; c) solidarizarse y brindar apoyo al “paisano” infectado. Respuestas que guardan relación con posturas desde el ideal o deber ser, pero también otras que emergen desde el miedo, desconocimiento e inseguridad que la posibilidad de infectarse o adquirir el VIH les suscita.

Se da también relevancia en el capítulo a las actitudes que asumen frente al condón o *coucha* en wayuunaiki, pues la dificultad en la aceptación y uso de éste se convierte en uno de los principales comportamientos de riesgo tanto para los wayuu como para la población en general.



Figura 5.1. Mapa de códigos y categorías sobre respuestas sociales.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de codificación.

## 1. ¿EXISTE INDIFERENCIA? QUE HAGAN LOS QUE SABEN

En el capítulo anterior fuimos insistentes en que una de las principales percepciones identificadas en el proceso de análisis de los datos, hace alusión a la idea que los wayuu tienen del VIH y sida como “una enfermedad de otros”, una enfermedad *alijuna* para la que la medicina tradicional no tiene cura. Esta percepción trae consigo respuestas asociadas que pueden entenderse por una parte como indiferencia y negligencia, por otra como muestra de reconocimiento del *alijuna* como sujeto de saber, pero también como una alternativa para delegar su responsabilidad en quien consideran es el origen o causa no solo de la infección, sino también de lo que les significa la expansión del virus.

*Cuando habla de la enfermedad, pienso mandar a la enferma a consultar donde el médico alijuna (Entrevista, hombre autoridad tradicional, 64 años de edad, clan Uria, septiembre 2012).*

[...] uno tiene que acatar lo que diga el médico (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y vigilante en EPS indígena, 60 años de edad, clan Jusayú, marzo 2013).

En ambos testimonios se hace alusión al médico como el profesional de la salud *alijuna* que tiene el conocimiento, la autoridad en el abordaje del tema, y de quien es necesario recibir las recomendaciones. Es importante además ver en los testimonios que ambos son de autoridades tradicionales que actúan como orientadores, guías para resolver situaciones al interior de las comunidades. “Acatar” lo que diga el que sabe, conlleva también cierta actitud de pasividad frente al otro que no es indígena, esto en contradicción con la idea de que el *alijuna* ha sido un invasor y usurpador de su cultura y que por tanto nunca se han mostrado sumisos ante él; así lo dice Triana (1963) citado por Orsini (2007: 6): “al no ser sometido el indio guajiro al dominio español, no se marcó en la cultura guajira ningún tipo de comportamiento de pasiva sumisión, ni creencias respecto a la superioridad del blanco. Al contrario, la distinción *alijuna* es un ejemplo de cómo califica y excluye al otro a partir de sus propios valores”.

Identificamos esta forma de respuesta en el discurso de los wayuu en la medida que hacían alusión a los médicos, pero también a las autoridades tradicionales y al personal de salud en general que visita sus comunidades y brinda atención en las instituciones.

### **1.1. Autoridades tradicionales y prevención**

Es sabido que los wayuu dentro de su estructura organizativa reconocen positivamente a las figuras de autoridad, suelen ver en sus representantes a unos guías que merecen respeto y en quienes confían muchas veces sin cuestionar lo cuestionable. Para ellos por ejemplo, las mujeres principalmente las madres y abuelas maternas tienen un lugar de saber ancestral que les da el derecho a ser quienes transmitan a niños, niñas y *majayuras* durante el encierro, la procedencia de su pueblo, historia de guerras y migraciones, alianzas de sus mayores y relaciones de parentesco por línea materna (Guerra, 1998), pero igual es un rol que sigue reproduciendo socioculturalmente, la pasividad de las mujeres frente al poder y dominación masculina.

Dice Guerra (1998) que son las mujeres y los ancianos quienes resaltan el importante papel de los tíos maternos, parientes que igual son reconocidos y altamente valorados dentro de la estructura familiar y como ellos, las autoridades tradicionales por ser además aceptadas y legitimadas por la comunidad, tal como se expuso en el capítulo II sobre el contexto wayuu. Así, ellas contribuyen en este proceso de reproducción social, a la legitimización del sistema-sexo género dominante.

*Es que para eso somos autoridad, ¡para que nos escuchen!* (Diario de campo, mujer autoridad tradicional, 54 años de edad, clan Jayariyú, agosto 2013).

*[...] Deben ser los mismos viejos de antes, ellos son los que saben* (Entrevista, mujer artesana y ama de casa, de 47 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Quienes dan las enseñanzas son los abuelos, enseñanzas buenas sobre las costumbres, tener los animales, todo, querer a las personas* (Entrevista, hombre pastor, de 40 años de edad, clan Jayariyú, marzo 2013).

En estos testimonios, la autoridad, los viejos y abuelos, son las personas que “saben” y por tanto quienes “dan las enseñanzas” para vivir en comunidad a partir de sus creencias y prácticas culturales.

El *Laulayü aluwatashi* específicamente es la figura que en su estructura organizativa actúa como agente de interacción con el mundo *alijuna*, es de quien esperan soluciones a los problemas y por tanto que vele por el bienestar de la comunidad, de las familias y de las personas. Como lo refleja el siguiente testimonio, la autoridad es la responsable de que su comunidad reciba atención en salud:

*La labor que realizo es estar pendiente de la comunidad, velar porque estén bien, por ser yo la autoridad, porque yo soy la persona que los ayuda, el que busca la forma de que le den las cosas como el carné de salud. Mi trabajo es ese, cuando se enferma los ayudo por ser yo la autoridad, no soy la autoridad por serlo, y tampoco vivo en el pueblo yo estoy aquí con ellos y sé que es lo*

*que les afecta, tengo una sola casa y trabajo por mis familiares en esta comunidad por eso permanezco acá, he dejado a un lado otro trabajo por trabajar con ellos, yo los pastoreo como si fueran mis animales y trabajar con ellos* (Entrevista, hombre autoridad tradicional y pastor, de 53 años de edad, clan Pushaina).

“Soy la persona que los ayuda”, “el que busca”, “no soy la autoridad por serlo”, frases como estas dejan entrever que no solo es lo que espera la comunidad de él o ella, sino lo que asume esta figura como su responsabilidad. “yo los pastoreo como si fueran mis animales”, es una forma de reconocer el importante valor que tienen para él las personas y lo comprometido que se siente en la búsqueda del bienestar colectivo. En este caso específico, la autoridad se ha quedado en la comunidad para cumplir sus funciones, lo que no sucede en todos los casos, sin embargo hemos observado que independiente del lugar de residencia de la autoridad, la comunidad hace referencia a esta figura como quien autoriza o no las actividades o visitas de personas e instituciones externas.

Esta visión compartida de la figura de autoridad tradicional es llevada a diferentes esferas de la vida cotidiana, de manera que es a la autoridad a quien recurren frecuentemente en caso de algún problema o necesidad que emerja al interior de las familias y de las comunidades. Así mismo pudimos percibir durante las visitas de campo, que la autoridad hombre o mujer, generalmente mayor, era quien convocaba a la comunidad para el desarrollo de las actividades de este estudio y del proyecto marco en el que este se adscribía, hasta el punto de no acudir al llamado si no era la autoridad quien les hacía saber que habíamos llegado a la ranchería.

En consecuencia, cuando se indagó a la comunidad sobre lo que harían en caso de tener a una persona viviendo con el VIH o enferma por sida, era recurrente como respuesta, que pedirían ayuda a la autoridad como lo hacen cuando una persona se enferma en las rancherías.

*Acudo a la autoridad de la comunidad, le manifiesto mi necesidad para que me colabore [...]* (Entrevista, mujer artesana y ama de casa, de 65 años de edad, clan Jayariyu, octubre 2012).

*Al que acudimos es a la autoridad, si él no está una representante o si él vive muy lejos de la carretera lo llevamos en chinchorro a la orilla de la carretera y lo llevamos al hospital [...] (Entrevista, mujer, sin actividad registrada, 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).*

*A nuestra autoridad le decimos de la enfermedad para que nos ayude (Entrevista, hombre dedicado a oficios domésticos, de 38 años de edad, clan Pushaina, octubre 2012).*

En estos testimonios, se reitera el valor y respeto por la autoridad, pero también la confianza en su ayuda y la importancia de una cabeza visible dentro de su organización social. Igual se hace visible aquí que el VIH y sida se intervendría como lo hacen en el caso de otras enfermedades comunes. Cuando hemos interactuado con las personas que viven con el VIH hemos encontrado que en los pocos casos en los que la familia conoce el diagnóstico de la persona, es la familia la que recurre a la autoridad para buscar ayuda relacionada con el diagnóstico de otros miembros del grupo para asegurarse que no hayan adquirido el virus durante la convivencia, pero también hemos tenido de cerca la opción del silencio por parte de las personas que viven con el virus para evitar que su situación sea conocida en la comunidad.

Visto de esta manera, el VIH y sida y en general, la enfermedad como tal, trascienden el ámbito de lo privado y lo íntimo para tomar un sentido comunitario y ser por tanto un problema compartido, aunque como decíamos antes, las personas que viven con el virus muchas veces prefieren quedarse por fuera de la comunidad para evitar a toda costa que su situación sea conocida por sus integrantes, pues pese a la perspectiva comunitaria que caracteriza a los wayuu, como hemos visto en el capítulo anterior, el VIH y sida está cargado de connotaciones negativas y morales que no les exime del temor a la discriminación, lo que como dicen Moral y Segovia (2011) los condena al ostracismo para evitar ser expulsados o maltratados por sus familias y comunidades, además si la autoridad tradicional es un agente de ayuda en la gestión de ayuda ante las dificultades y especialmente en las relacionadas con la salud, hemos visto en el capítulo anterior, que igual esta figura de poder y control social, tiene sus propios prejuicios, desconocimiento y

temores frente al VIH y sida, por lo que no siempre está en condiciones de prestar su ayuda.

En lo concerniente a la prevención, igual ven en la *laulayü aluwatashi* a una representación de conocimientos, pues como hemos planteado en otros apartes del texto, la transmisión de los diferentes saberes ancestrales y la formación de las nuevas generaciones, es tarea de las personas mayores de la comunidad, tales como madres, abuelas maternas, ancianos o “antiguos” y autoridades.

*Yo pienso que es una tarea de las autoridades tradicionales, el proceso de educación, así sea uno por uno va a haber un momento para hablar. Ahora que estamos en este proyecto aprovechar [...] y explicar, explicar sobre la enfermedad, de pronto unos que no tienen la oportunidad de estar en una escuela o hacer un taller en la misma comunidad [...] (Grupo focal de discusión, hombre vigilante en empresa privada, 29 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).*

*Lo fundamental es concientizarse que esa enfermedad es mortal, [...] es concientizarse uno mismo y luego ver esa necesidad de expandir ese conocimiento de decirle a todos los niños y la comunidad, expandir el conocimiento y la precaución de esa enfermedad (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y pastor, de 60 años de edad, clan Jusayu, marzo 2013).*

La educación como otra de las responsabilidades de las autoridades tradicionales, “explicar sobre la enfermedad”, “expandir el conocimiento”, son tareas que en la cotidianidad legitiman su lugar y se convierte en una herramienta fundamental para la prevención del VIH y de otras ITS y enfermedades en general.

Es interesante ver cómo en el último testimonio la autoridad recurre al concepto “expandir”, para llevarlo a su labor o función de educar, concepto que parece potenciar su lugar de sujeto de saber, de quien tiene el conocimiento y lo comparte con su comunidad. Además, el concepto “expandir el conocimiento”, es actualmente abordado por académicos

dedicados a la gestión del conocimiento como parte del modelo que proponen Nonaka y Takeuchi (1995), citados por Romero (2007), fase que busca la difusión y apropiación del conocimiento a nivel intra e inter organizacional. Igualmente recurre el participante, a la palabra “precaución” como sinónimo de prevención, haciendo énfasis con ella en la responsabilidad de cada persona de cuidarse para evitar un daño, en este caso, infectarse con el virus. En esta vía, podemos decir que no solo tiene que expandirse el virus, sino también el conocimiento y con él la posibilidad de prevenir.

## 1.2. De VIH saben y hablan los *alijunas*

Tal como expusimos en el capítulo anterior, el *alijuna* toma un papel importante en este estudio; fue siempre nombrado en dos vías, como protagonista de la expansión del VIH y sida en el pueblo wayuu, pero también como sujeto de saber y un proveedor de elementos positivos para su bienestar. Se percibe entonces una mirada ambivalente del *alijuna*, de un lado es al que se le juzgan por algunas de sus costumbres, pero también al que se le admira por otras, pero especialmente por lo que sabe. Concretamente en asuntos de salud, el no indígena tiene la enfermedad, pero también la medicina o tratamiento:

*No sé de dónde vienen las enfermedades, lo único que puedo decir es que las grandes enfermedades como esta [VIH/sida] provienen de los alijunas* (Entrevista, mujer artesana, de 29 años de edad, clan Uriana, septiembre 2012).

*[...] yo he utilizado es la medicina de los alijunas y si mi mamá me dice que esto es bueno se lo doy, pero yo no aguanto y enseguida me llevo a mis hijitos al médico alijuna* (Entrevista, mujer ama de casa, de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

La categoría “que hagan los que saben”, responde precisamente a esa actitud en los wayuu, de espera, receptividad y en ocasiones pasividad frente a situaciones o problemas como el VIH que hoy amenaza su salud, pero también a la actitud de dominación simbólica y de experiencia en la eficacia de la medicina *alijuna*. Esto ha de entenderse también a la

luz de su estructura organizativa y el valor que dan a las figuras de saber cultural y de conocimiento, tanto dentro como fuera de su etnia.

*[...] yo pregunto a los alijunas sobre el cuidado, como las enfermeras, porque ellos son los que saben, las enfermeras así cómo cuidan o curan. Si es de hacerle una curación yo lo llevaría para evitar algo... ¡como yo no sé de eso! (Entrevista, mujer ama de casa, 60 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).*

Las enfermeras son en este caso el personal de salud que creen puede ayudarles en el cuidado de una persona enferma en general, pero se nota en el testimonio el énfasis que hacen en “*alijunas como las enfermeras*”, pese a que en las instituciones de salud que les atiende en La Guajira, cuentan también con auxiliares de enfermería wayuu, a quienes además reconocen y valoran según vimos durante las visitas a las comunidades.

*Hago lo que me digan, las indicaciones de la comida, lo que me digan los alijunas, eso hacemos nosotros (Entrevista, hombre pastor, de 40 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).*

*Los médicos, ellos vienen a la comunidad cuando hay brigadas, ellos vienen atienden a las personas. Lo que no me gusta es cuando no atienden a las personas que no tienen carnet y les digo ¿qué hacemos con estas personas? y les aclaro que yo no tengo culpa de eso [...] a mí me alegra cuando vienen y les entregan medicamentos a los pacientes (Entrevista, hombre autoridad tradicional, de 53 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).*

La frase de la autoridad tradicional “les aclaro que yo no tengo la culpa”, es en este caso la forma de pedir a los visitantes que presten sus servicios a quienes no están inscritos en el sistema de salud, frase que además puede entenderse como una forma de delegar en los otros la responsabilidad de lo que sucede, pero igual queda otra vez de manifiesto, que es la autoridad quien busca la atención de las personas como representante, vocero e interlocutor wayuu frente al mundo *alijuna*.



El reconocimiento de los *alijunas* en este caso, está directamente relacionado con el lugar que ha tomado para los wayuu la medicina occidental. Entonces hacer lo que digan los *alijunas* y ver con agrado la visita médica a las rancherías y la entrega de medicamentos, deja explícita la forma como la salud *alijuna* ha venido tomando un lugar importante en algunos contextos indígenas, pues si bien siguen recurriendo a la medicina tradicional, esto lo hacen en situaciones específicas como es el caso de las enfermedades sobrenaturales, pero la diferencia también está dada en el tiempo, pues para los mayores o “antiguos”, la medicina tradicional tiene mayor valor que para las nuevas generaciones. Además llegan a expresar que ya las *outsü* no saben lo mismo de antes y que es mejor acudir al médico *alijuna* porque este puede “curar” la enfermedad. Esta nueva mirada de la *outsü* con respecto al médico *alijuna*, es parte de lo que está cambiando socioculturalmente hablando.

Lo anterior se materializa en el 55,2% de los entrevistados que expresa preferencia por la medicina *alijuna* por razones relacionadas con que esta medicina cura, que los examinan y los diagnostican, les dan la medicina y les remiten cuando es necesario. Una tendencia más de lo que está siendo la transformación cultural. Un 24,1% dice que prefiere la medicina tradicional y que siguen creyendo en ella porque además tienen los *epi* o remedios en la misma comunidad; el 20,7% restante son personas que ven en ambas medicinas una alternativa según el síntoma, en este caso si se trata de una *wanuluu* o enfermedad relacionada con espíritus, es el *outsü* la mejor opción.

Si retomamos lo planteado en el capítulo II sobre el contexto wayuu, es importante anotar que esta tendencia hacia la occidentalización o “alijunización” de la salud, está asociada también al aumento de cobertura en salud a partir de la ley 100 de 1993, en la que los indígenas entre otros grupos considerados vulnerables, fueron asumidos en el régimen subsidiado y se gestaron las EPS e IPS indígenas (Mignone y Gómez, 2015).

El *alijuna* como quien trae la enfermedad o *talechee* del VIH y sida, pero también quien sabe de ella, se convierte en este caso en un referente para intervenir o actuar frente a algo que les es novedoso, aun desconocido y temido. No en vano, a la llegada a la comunidad, cada uno de nosotros independiente de la formación: antropólogos, psicólogos, médicos o biólogos, fuimos nombrados como “doctores”, una forma de mostrar respeto,

pero también de reconocer a los profesionales desde el saber. Sin embargo, esto sucede en poblaciones rurales en general en el país y también en otros pueblos indígenas, así lo expone Goblet (1993: 13) cuando dice en su tesis “me pesa mucho a veces ser extranjera, [...], me esfuerzo por ponerme en círculo, presentarme y explicar lo que hacía allí: soy antropóloga, mujer del doctor Koen, no soy doctora ni enfermera [...]. No obstante, durante todo el taller, las parteras continúan llamándome doctorita”.

Ser doctor o doctora para los wayuu parece también una forma de establecer distancia y de marcar una diferencia con respecto a ellos, al tiempo que dan un valor especial al *alijuna* con conocimiento. De esta forma potencian una relación de poder en la que nuevamente se da un proceso de colonización *alijuna* desde el saber, lugar que es reiterado por los wayuu aunque esto implique el riesgo del sometimiento de los saberes ancestrales como plantea Foucault (1976) citado por Restrepo (2007) los saberes sometidos son aquellos contenidos históricos sepultados o enmascarados dentro de sistemas formales, saberes que quedan devaluados frente a la mayor capacidad de curación que tiene la medicina *alijuna* en las sociedades occidentales.

Este lugar de poder dado al *alijuna*, se reitera cuando a la pregunta ¿qué harían si tuvieran a su pareja o alguien cercano infectado del VIH?, responden:

*Nos ponemos muy tristes si lo tiene, bueno se pone a tratamiento y buscar a la alijuna que sepa para que lo ayude* (Entrevista, mujer docente y artesana, de 40 años de edad, clan Jayariyú, septiembre 2012).

*Buscaría la forma de ayudarla y lo que dijera el médico es lo que yo haría.* (Entrevista, hombre pastor y agricultor, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).

*[...] Busco a un alijuna que sepa sobre el tema, porque ellos son los que saben, porque ellos estudian sobre ese tema y esa enfermedad y qué es* (Entrevista, mujer sin actividad registrada, de 28 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).

En los tres testimonios es el *alijuna* quien sabe sobre el tema, quien además estudia y por tanto quien puede decir lo que hay que hacer, la respuesta de los wayuu parece limitarse a la búsqueda de la ayuda del *alijuna* para seguir sus instrucciones, pero también esperan que sea la autoridad con sus aprendizajes mediante la interacción con los *alijunas*, pueda ayudarlos a encontrar soluciones en esta como en todas las demás situaciones de salud.

Retomando, esta forma de responder a la situación hace parte de un círculo vicioso en que la figura del no indígena se vuelve amenaza o riesgo específicamente en la transmisión del VIH, pero también una figura que ofrece alternativas de solución a la posible expansión del VIH y sida, y decimos círculo vicioso porque nuevamente emerge la investidura de poder con la que llegaron los *alijuna* extranjeros y colonos y contra el cual han luchado durante siglos para ser reconocidos y ejercer como ciudadanos garantes de derechos. Dice Mazín (2011) que la situación de vulnerabilidad de los indígenas con respecto al VIH/sida, está relacionada con las variantes detenciones de poder, de control sobre ciertas situaciones, de dominio sobre las propias acciones y decisiones, entre otros elementos que socaban la reducción del riesgo.

Sin embargo, esta postura podría también convertirse en un elemento a favor para el sistema de salud colombiano, si generara acciones, proyectos, programas y políticas para la prevención y atención del VIH y sida, en tanto existe apertura, expectativa y reconocimiento del saber *alijuna* sobre el tema, además las autoridades tradicionales se convierten en este caso en agentes promotores de salud legitimados por las comunidades. Pero para lograrlo, habría que trascender la mirada fragmentada del sistema y del personal de salud para buscar aunar esfuerzos con investigadores de la salud y las ciencias sociales, para la identificación, cuantificación y caracterización de los grupos poblacionales hasta proponer acciones en contexto, coherentes con las realidades de los indígenas y ante todo culturalmente adaptadas (Mazín, 2011), con perspectivas de género y de Derechos.

## **2. RECHAZO Y EXCLUSIÓN. EL MIEDO TIENE LA PALABRA**

Después de más de tres décadas haciendo frente al VIH y al sida desde diversas perspectivas y enfoques, el estigma y la discriminación siguen estando presentes,

convirtiéndose en una de las principales preocupaciones para las ciencias sociales y de la salud por ser factor determinante en las dificultades para el diagnóstico, acceso y adherencia al tratamiento.

El rechazo y la exclusión en VIH y sida, siguen estando aunque de manera diferente en grupos que pueden clasificarse según la edad, la actividad laboral, la condición económica, la orientación sexual, la apariencia física, entre otras características que evidencian diferencias humanas.

Los wayuu no son la excepción cuando dentro de su cultura como en las demás, coexisten creencias y prácticas que puestas frente al mundo no indígena, dejan entrever choques culturales que les lleva a rechazar o asimilar nuevas prácticas cotidianas o estilos de vida, prejuicios que les lleva a marcar calificar las cosas, las personas y las situaciones como bien o mal vistas. Es claro que los wayuu ha venido asimilando asuntos que los pone en vía del desarrollo como el uso de telefonía celular, de artefactos técnicos para bombear el agua o iluminar, de calzado, vestidos *alijunas* y material educativo, la cédula de ciudadanía y el carné para ser atendidos por el sistema de salud, entre otros; pero rechazan a personas o situaciones que desde su cosmovisión puedan significar riesgo de pérdida del estar-bien de las comunidades. Este es el caso de lo que para ellos puede representar la presencia en sus comunidades de personas que viven con el VIH o sida, de homosexuales, de mujeres wayuu que ejerzan el trabajo sexual, de mujeres que piden el uso del *coucha* para protegerse durante las relaciones sexuales, o de cualquier otro grupo específico que parezca ajeno a lo culturalmente “normalizado”, a lo que no responda al sistema de organización social basado especialmente en un sistema de poder centrado en las figuras masculinas y de dominación de la mujer.

En este apartado, presentaremos desde la visión y el propio discurso wayuu, las respuestas asociadas al rechazo y la exclusión que emerge aun en casos hipotéticos de personas viviendo con el VIH y sida. Para ello daremos una aproximación a otras situaciones que también suscitan acciones y reacciones de rechazo y exclusión en las comunidades.

## 2.1. “¿Si quien se contagia es mi pareja...?”

Pensar en la presencia de personas viviendo con VIH en las comunidades es ya algo difícil de asimilar, pero mucho más cuando es alguien de la familia, su pareja o la persona misma.

Los wayuu asumen posturas de miedo a la expansión del virus cuando hipotéticamente se les pregunta por lo que harían si personas tales como un líder o autoridad tradicional, un maestro que educa a las nuevas generaciones o su pareja vivieran con el VIH y sida. Las reacciones de nuevo dan lugar al rechazo y no aceptación de estas personas en la comunidad; sin embargo en momentos se denota ambivalencia y duda tal vez por el afecto presente hacia alguna de estas personas, especialmente hacia la pareja.

*Si es la autoridad debe renunciar, porque tiene la enfermedad, igual si es el profesor debe renunciar (Entrevista, mujer artesana, de 24 años de edad, clan Uriana, septiembre 2012).*

*Los niños no van a querer que les de clase un profesor con Sida, lo que pasa es que él está ahí, y no se sabe lo que tiene, si él se queda callado [...] mejor que se vaya, o se le entrega a las autoridades y verán que hacen con él o a la familia (Grupo focal de discusión, hombre pastor, de 54 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).*

La reacción está asociada a la ignorancia y al miedo nuevamente, la alternativa predominante ante la amenaza que representa la persona que vive con el virus, es que debe salir de la comunidad, renunciar al cargo o función comunitaria. Pero aparece también la represalia o castigo desde fuera en el que intervendría familia y autoridad. La respuesta de rechazo a la situación es tal, que algunos participantes expresan que la autoridad y el maestro, en caso de vivir con VIH y sida, deben renunciar, es como si su nueva condición, los inhabilitara para ejercer sus roles o cargos.

*Que lo capturen de una vez, cómo va a dar clase un profesor así. Se relacionan con él, es un hombre y profesor, educa a los niños y ¿ese es el*

*ejemplo que le va dar a los niños?* (Grupo focal de discusión, hombre pastor, de 54 años de edad, clan Epieyu, marzo 2013).

Detenerlo o encerrarlo sería una forma de solucionar el problema para la comunidad. Al respecto identificamos que aproximadamente el 11% de los participantes en entrevistas y grupos focales de discusión, muestran aceptación hacia alguna de las personas diferentes a su familia, que podrían estar viviendo con VIH dentro de la comunidad; esta actitud se materializa en posibles reacciones de compasión y solidaridad hacia la persona. Esto indica que más de un 85% de los participantes expresan rechazo y falta de conciencia frente a los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y sida.

Pero si quien vive con el VIH es su pareja por ejemplo, en las reacciones coexisten: a) el interés y disposición para apoyar a la pareja, b) el rechazo y distancia por el miedo a la infección. Los participantes expresan que buscarían ayuda con los *alijunas* para acompañar a la persona y seguir el tratamiento médico necesario, pero sexualmente esta sería una barrera para seguir viviendo como pareja.

*[Si mi pareja está infectada] me negaría a tener relaciones [...] eso si no quiero morirme. Como ya lo diagnosticaron los alijuna, tengo que decirle que no puedo tener relaciones con él* (Grupo focal de discusión, mujer artesana, de 42 años de edad, clan Uriana, abril 2010).

*Eso es porque ninguno se quiere morir [referencia a las relaciones sexuales], aunque eso duele que tenga VIH, porque sabemos lo que le espera más adelante, nos duele, aunque queremos al hombre, pero los dos no podemos estar enfermos, hay que pensar en los hijos, la familia* (Grupo focal de discusión, mujer ama de casa, sin edad registrada, clan Sapuana, abril 2013).

En los testimonios, tal como se percibe en los dos últimos, en las mujeres parece no haber actitud de enojo o inquietud sobre el cómo o dónde pudo contraer la enfermedad, pero sí una actitud de autocuidado y distanciamiento sexual de la pareja para evitar la expansión del virus y con él de la enfermedad. Los hijos y los niños en general son tomados como motivación o excusa para protegerse, igual que lo han sido para que las

mujeres permanezcan pasivamente al lado de parejas maltratadoras física o psicológicamente entre otras formas. Esto nuevamente hace eco en la dinámica de poder masculino y sometimiento de la mujer.

Es interesante como algunas de las mujeres expresan enfáticamente distanciamiento de la pareja con posibilidad de dejar al marido si está infectado, pero si la persona infectada fuera la madre, a esta por el contrario se le cuidaría porque es familia. Aquí el parentesco juega un papel importante, pues como dijimos en el capítulo sobre contexto wayuu, los parientes por línea materna son fundamentales en las relaciones y costumbres, lugar que según estos testimonios, no cumple el marido. Además el riesgo principal en la transmisión es a través de las relaciones sexuales, lo que reduce el riesgo cuando del cuidado de las madres se trata.

*Lo dejo ya que está enfermo, y que tal que me transmita la enfermedad* (Grupo focal de discusión, mujer manipuladora de alimentos en sede educativa, de 48 años de edad, clan Uriana, marzo 2013).

*A la madre la atenderíamos porque es nuestra familia, el marido no es mi familia* (Grupo focal de discusión, mujer autoridad tradicional, de 52 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

Los hombres por su parte, asumen una actitud de aceptación y apoyo hacia su pareja, tal como si fuera su responsabilidad seguir con ellas manteniendo el compromiso adquirido durante el matrimonio. ¿Será una reacción asociada a la posible responsabilidad en la transmisión de esta *talechee*? Queda como pregunta en tanto no se abordó abiertamente con ellos, la razón de su respuesta a esta situación, pero también por hechos reales observados en campo, tales como la tendencia de la que se habló en el capítulo anterior, que tienen hombres y mujeres a señalar a los primeros como los infieles dentro de la pareja y como el puente de transmisión de la enfermedad, además que en los casos de infección de mujeres que conocimos, estas estaban casadas y su pareja también vivía con el VIH y sida.

*Cómo va a ser, hay que estar con ella porque es su compañera, hasta el último momento (Grupo focal de discusión, hombre líder comunitario y labores domésticas, de 35 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013)*

*Si mi pareja tuviera esa enfermedad yo estuviera al tanto de lo que a ella le pasa, porque si ella permanece a mi lado, si la situación fuera otra [...] diría que yo también estoy contagiado porque la enfermedad no se presenta de un momento a otro, uno se da cuenta al año o a los dos años [...], lo que pasa es que no sabía. Si uno se entera después no pasa nada hay que seguir con ella, ahí no se puede hacer nada eso va por la sangre. (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional, de 47 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).*

*Buscaría la forma de ayudarla y lo que dijera el médico es lo que yo haría (Entrevista, hombre pastor y agricultor, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).*

Las reacciones de hombres y mujeres frente a sus parejas dan cuenta de una significativa diferencia, en ellas prima la idea de tomar distancia y sus actitudes están marcadas por el miedo a la infección, en ellos es menos evidente el miedo cuando de su pareja se trata y hacen alusión nuevamente a la búsqueda de ayuda en los que saben del tema: los *alijunas*. Esto es coherente con la diferencia entre hombres y mujeres, en conocimientos incorrectos sobre la forma como se transmite el VIH y sida, dato que es “significativamente mayor en mujeres (valor  $p < 0,05$ ), lo que puede estar asociado a las relaciones de género propias de la cultura wayuu” (Gómez, 2015: 30).

## **2.2. Eliminar a las personas que viven con el virus: “al que le da hay que quemarlo”**

En el discurso analizado de los wayuu, encontramos reacciones que sin que hayan llegado a un acto real, toman sentido desde la mirada de lo que creen que debería hacerse con las personas que viven con el VIH y sida en las comunidades.



“Al que le da hay que quemarlo” emerge en el discurso de cuatro personas diferentes, en escenarios igualmente diferentes, pero todos desde la perspectiva de que las personas que viven con el virus son una amenaza o riesgo para el pueblo wayuu y su estar-bien.

*J. manifiesta que a un pariente con VIH/sida hay que quemarlo, porque eso hacen los norteamericanos* (Diario de campo, hombre guía bilingüe y trabajador social, de 27 años de edad, noviembre 2013).

*Si se enteraba que había alguien con Sida en la comunidad lo quemaba para que desapareciera de la comunidad, que esas personas había que quemarlas y así erradicarlas* (Diario de campo, mujer con formación en salud que labora en organización de salud, de 38 años de edad, octubre 2013).

*Comentan que es una enfermedad incurable, que si se dan cuenta que alguno en la comunidad la tiene, que lo iban a quemar para que no infectara a los demás [...]* (Diario de campo, guía bilingüe que labora en IPS indígena, de 28 años de edad, clan Epiayu, noviembre 2013).

Estas personas en espacios grupales han manifestado que poner en la hoguera a las personas que viven con el VIH y sida es la mejor forma de salir del problema para la comunidad, en sus discursos se percibe rechazo con intención violenta hacia las personas que puedan estar infectadas, comunidades en las que no se diagnosticó ninguna persona viviendo con el VIH hasta el momento del estudio, a lo que surge la pregunta sobre si llegado el momento de convivir con una, la reacción se mantendría o podrían asumir otra actitud igualmente de rechazo y discriminación que opte por la expulsión de la persona o si por el contrario, podrían actuar como apoyo dependiendo del vínculo afectivo que tengan con ella. En sus discursos, la falta de conciencia de los Derechos Humanos, se vuelve un continuo importante al momento de hablar de programas de prevención y educación en salud y en general en todo proceso educativo que llegue a las comunidades.

La alusión a la hoguera toma sentido si retomamos la medida que en páginas atrás, expusimos sobre la forma de responder socialmente frente a las personas homosexuales.

En alguna de las comunidades participantes, se habló de que en el pasado a estas personas se les quemaba los genitales como posible tratamiento contra “la enfermedad”: el homosexualismo. Lo que habla a partir del discurso de algunos participantes, de una actitud heterosexista y homofóbica que si bien está en la palabra pero no en el acto actualmente, constituyen un elemento fundamental al momento de trabajar con los wayuu.

Por otro lado, la alusión que hacen a “quemarlos como hacen en Norteamérica”, puede ser una forma de justificar el acto, pero también una generalización de lo que en películas o televisión pueden haber visto sobre personas llevadas a la hoguera en el pasado por razones diferentes al VIH y sida (hechicería, población negra o herejes según la iglesia católica). También puede estar asociado a algún conocimiento sobre la historia vivida en América tras la llegada de los españoles, al respecto Zinn (2011) en su obra narra cómo los colonos hacían prisioneros a los indígenas, los ahorcaban o los quemaban en la hoguera, igual expone lo que sucedía con los negros en Carolina del Sur en Estados Unidos, donde eran quemados, ahorcados o expulsados de sus tierras todos aquellos que intentaron rebelarse frente a los blancos, y como estos otros casos en los que la hoguera era la alternativa para desaparecer a quienes eran o pensaban diferente social, religiosa o políticamente.

Tras las expresiones de estas personas, otros mostraron igualmente una actitud de rechazo, pero igual propusieron otras alternativas que de una u otra forma tenían el mismo fin: la exclusión de la persona que pueda estar infectada, su aislamiento del resto de la comunidad o su desaparición real o simbólica.

*Una pregunta, y ¿por qué a esas persona que tengan la talechee no los capturan?, y que los tengan presos, para que no sigan propagando, [...], ¿por qué no los detienen de una vez?, o deberían tener un hospital especial donde estén ellos y tenerlos ahí, porque a ellos solo se les da el tratamiento y se van y tienen relaciones con alguien y se sigue propagando la enfermedad, entonces ¿por qué no?, digo, para que esto no siga, y hay que darle charla a las comunidades, reunirlos todos, hablarles de la enfermedad que es peligrosa, a ver si la gente también tiene cuidado con eso. (Grupo focal de discusión, hombre pastor, de 54 años de edad, clan Epiayu, marzo 2013).*

El desconocimiento y el miedo hace que afloren ideas agresivas de desaparición del otro que consideran amenaza, retomando el encierro en instituciones como hospitales y cárceles o la hoguera, como mecanismos que están más asociados a los *alijunas* que a ellos mismos. “Quemarlos como hacen en Norteamérica”, aunque tan explícitamente sólo lo dice uno de los participantes, es importante analizarlo. Esta frase hace alusión a medidas de siglos pasados, lideradas por personas no indígenas, pero que al parecer han logrado influenciar su forma de pensamiento y por consiguiente su cultura.

El VIH y sida es algo que está tan fuera de su vida diaria, que les cociben tan novedosos y tan desconocidos que no saben como afrontarlo. Nisiquiera lo abordan desde el principio de compensación por ejemplo, o se plantean la intervención del *pütchipü* o palabrero, tal como lo hacen en cualquier tipo de ofensa o daño generado entre unos y otros. La posibilidad de que tengan a personas viviendo con VIH y sida en sus comunidades, saca en los participantes que hablaron al respecto, un discurso que muestra violencia y dominación.

### **2.3. Ni homosexuales, ni prostitutas: vivir bajo las normas morales**

Toda sociedad instauro a partir de su sistema cultural y con mayor o menor influencia religiosa, una serie de principios que demarcan lo “normal” y lo “anormal”, lo “correcto” y lo “incorrecto”, lo “bueno” y lo “malo”, y en el caso de los wayuu, lo que “está bien visto” y lo que no lo está.

Frente a los homosexuales, los wayuu participantes dejan ver el rechazo, el estigma y la discriminación con la que también suelen reaccionar otros grupos humanos o sectores poblacionales, principalmente aquellos que se rigen por creencias religiosas. Sin embargo, esto no puede hacernos desconocer que hay en su dinámica y organización social, una marcada tendencia a la agresividad y la violencia fundamentada en el poder masculino y exclusivamente heterosexual. En las rancherías los hombres homosexuales son personas calificadas como “maricas”, se hace referencia a ellos como personas con comportamiento desordenado y por tanto son “mal vistos”. Sin embargo reconocen que en algunas rancherías hay hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales con personas del mismo

sexo. Para las mujeres, siguen utilizándose los calificativos “machorra” y “marimacho” que por años se han escuchado también en centros urbanos del país.

*[...] un hermano wayuu homosexual se crea por los juegos desde niños, entonces [...], de pronto en nuestra comunidad se ve eso, pero no es bien visto, no es aceptable, como decía el compañero, desafortunadamente en nuestra familia tenemos homosexual o un marica. No es aceptado, es rechazado* (Grupo focal de discusión, hombre vigilante en empresa privada, de 29 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Aquí hay una líder que se cree muy hombre [...] Ella es machorra* (Grupo focal de discusión, hombre pastor, de 48 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Hay en mi comunidad la marimacho pero yo no le presto atención [risa], claro que en mi casa no la tengo [...]* (Grupo focal de discusión, mujer autoridad tradicional y ama de casa, de 52 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

En estos testimonios, incluyendo el primero que ya habíamos enunciado en otro apartado, identificamos explícitamente el rechazo por parte de las personas y las comunidades hacia hombres y mujeres homosexuales, la idea de que tener uno en la familia es un hecho “desafortunado”, muestra la no aceptación de esta orientación sexual en los wayuu; de igual manera otro de los testimonios busca dejar claro que en casa no tienen homosexuales. Situación que también se hace visible en sus risas cuando abordan el tema y en el uso de expresiones despectivas como “marica”, “machorra” y “marimacho”, calificativos que son reconocidos por la RAE y que en este caso tienen un uso displicente y ofensivo, aun cuando la persona asuma un rol de liderazgo.

También aparece en los testimonios, la percepción del wayuu homosexual como un ser extraño, diferente al indígena como tal y por tanto como una amenaza para la comunidad o para algún grupo poblacional específico:

*Ah sí, ese que parece otra clase de indígena, sí él lo hace a orillas del jagüey [sexo]. La gente tenía que andar con machete* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y docente, de 47 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

*Diferente, les tienen asco, no quieren que los menores se acerquen a ellos, ni los adultos, solo los familiares* (Grupo focal de discusión, mujer ama de casa, sin edad registrada, clan Sapuana, abril 2013).

La exclusión y rechazo puede aparecer también como una forma de protegerse de algo que puede dañarles, que puede afectarles como personas y como comunidad, lo que tampoco nos lleva a desconocer de nuevo la necesidad de abordar temas relacionados con la SSR, género y Derechos Humanos.

“Asco” es una de las expresiones que da lugar a que es algo para tener alejado, como si se tratase de cualquier objeto o persona sucia, contaminante. En este caso, insisten algunos wayuu en que si hay alguno toca aceptarlo porque es de la familia, pero nunca será “bien visto” por el colectivo. Si bien pueden hacer alusión a la homosexualidad como una enfermedad más por espíritu que de tipo natural o común, *wanuluu* que no tiene cura, también parecen entenderla en otros casos como una elección. En todo caso lo claro es que reina el desconocimiento sobre el tema y con él el prejuicio y exclusión:

*Eso ya no tiene remedio no le importa que le den consejos, porque ya está acostumbrada a hacer eso* (Grupo focal de discusión, mujer manipuladora de alimentos en restaurante escolar, de 48 años de edad, clan Uriana, marzo 2013).

*[risa] que le gusta estar con otra mujer, boba la que le guste estar con otra mujer* (Grupo focal de discusión, mujer autoridad tradicional, de 65 años de edad, clan Epieyu, noviembre 2012).

Así, la homosexualidad va de enfermedad, a costumbre o a elección, como algún comportamiento desordenado que pudiera ser modificado, pero también como una

condición enfermiza que no tiene cura. Vista así, fue en el pasado un motivo de castigo o tratamiento especial por parte de las figuras de autoridad en las rancherías. Sin que haya sido un aspecto indagado por diversas razones que hicieron que el abordaje del tema saliera de nuestro foco en el marco del estudio, emergieron testimonios relacionados en los que se deja ver maltrato no sólo de tipo verbal y psicológico, sino también físico con tendencia a desaparecer el problema de la comunidad. Pero reiteramos que hablan de ello como algo del pasado, no tuvimos evidencia de algún suceso relacionado en la actualidad, además, algunos dicen ahora que “toca aceptar” a homosexuales y lesbianas en las familias aunque nunca será “bien visto”.

*Anteriormente los viejos tenían la cura para eliminarlos, por ejemplo al marica se quemaba en sus genitales, si nace así no se hace nada, otros que también los mataban, eso depende de su familia, porque es un peligro en la sociedad, es como cuando el hombre se emborracha y le pega a alguien, sacándole sangre, al igual la mujer si tiene varios maridos, es un peligro, entonces se los eliminan no lo perdonan, responde por sus actos él solo, no influye la familia* (Grupo focal de discusión, hombre líder comunitario que realiza labores domésticas en la ranchería, de 35 años de edad, clan Ipuana, marzo 2014).

En diversas sociedades y en diferentes momentos de la historia, la homosexualidad y en general cualquiera de los grupos que conforman la hoy reconocida comunidad LGBT, ha sido objeto de discusiones sociales y políticas principalmente por la inequidad y constante violación de sus derechos como resultado del estigma y la discriminación que les circunda. Al respecto Turizo e Iglesia (2015) hacen un recorrido histórico del fenómeno, para evidenciar como se ha pasado de la aceptación al rechazo de la mano de múltiples interpretaciones según culturas y civilizaciones. Ha sido con la llegada del cristianismo al poder cuando toda forma de expresión homosexual se convirtió en tabú y se vetó su práctica, llegando a asociar al homosexual con un peligro social tal como se observa también en el último testimonio “es un peligro en la sociedad”. Entonces para los wayuu parece no suceder algo diferente, aunque carecemos de fuentes de información al respecto para comprender el origen y devenir de esta respuesta social frente a la homosexualidad. Esto más que una justificación al actuar y a las percepciones de los wayuu, es un contexto

que indica que los wayuu parece en diversos aspectos, estar reproduciendo pensamientos y acciones sociales, que ya se han ido transformando en otras sociedades. Es como si los wayuu participantes fueran viviendo mucho de lo que otras sociedades han vivido, pero con otras dinámicas temporales.

En esta vía, nuestro tema de interés, el VIH y sida al igual que otras ITS, no se libró de ser vinculado por los wayuu con la homosexualidad, como en décadas atrás en diferentes sociedades del mundo, cuando llegó a nombrarse como enfermedad de homosexuales.

*Eso [el VIH/sida] se consigue en los maricas, y la sífilis. ¡Eso dicen! Eso lo consigue en los genitales del marica, le da sífilis por eso* (Grupo focal de discusión, hombre líder comunitario que realiza labores domésticas en la ranchería, de 35 años de edad, clan Ipuana, marzo 2014).

*Yo sí he oído en otras comunidades, y hoy en día está fallecido, y coincidentalmente fue un hombre, un marica, homosexual. ¡Era portador de esa enfermedad!* (Grupo focal de discusión, hombre vigilante en empresa privada, de 29 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

“Se consigue en los maricas” y “era portador de la enfermedad”, son frases que están relacionadas con la concepción que predominó durante la década de los 80, cuando no se reconocía la transmisibilidad sexual claramente, sino que como lo dice Domínguez (1997), era una enfermedad traída o importada de otros seres humanos llamados homosexuales o “maricas”, y cuya mortalidad deja ver el riesgo de expansión a otros grupos humanos.

De manera similar se vislumbra la mirada hacia las trabajadoras sexuales, esas mujeres que están en los “lugares para sexo” y que por lo general son *alijunas*. Sin embargo reconocen que es una actividad que también ha permeado a algunas wayuu.

*Ahorita mismo hay un trabajo que abunda mucho entre los alijunas, es la de las mujeres prostituirse. Eso no nos gusta, no es bien visto porque de ahí es*

*que nacen las enfermedades de transmisión sexual. Ahorita mismo hay muchas señoritas que se dedican a eso ahí entre el pueblo. ¿Qué pasa con las señoritas de acá? Van a Maicao siempre salen hasta allá. Hay una niña que siempre iba a Maicao y la vieron en un prostíbulo [...] ella siempre se le escondía a la familia. La buscaban por todos lados, la encontraban y se la llevaban a la ranchería y ella se escapaba, de ahí quedó embarazada y allá se ha quedado entre los alijunas. La familia la abandonó, ya no le prestan atención, ya la dejaron quieta porque esa fue su decisión* (Entrevista, mujer docente en sede educativa indígena, de 54 años de edad, clan Jayariyu, septiembre 2012).

En este testimonio la familia asume un lugar en la búsqueda de evitar este comportamiento en las mujeres wayuu, pero finalmente terminan asumiendo una actitud de “abandono” por ser algo “no bien visto” y que pone en riesgo el estatus de la familia en la comunidad, nuevamente se evidencia la inequidad de género en tanto, a los hombres no se les abandona por recurrir a ellas en calidad de clientes. Además hay en este caso como en otros una asociación directa entre las ITS y las trabajadoras sexuales y estas como el primer punto del eslabón en la expansión de enfermedades transmisibles sexualmente.

*Ahora hay muchos lugares de las alijunas que trabajan en la prostitución, muchos hombres les gusta, de ahí se puede infectar el hombre al igual que su mujer* (Grupo focal de discusión, mujer ama de casa, sin edad registrada, clan Sapuana, abril 2013).

*Yo me imagino que estas enfermedades se adquieren cuando vamos a los bares, a diferencia de las mujeres wayuu que no sufren de esas enfermedades, aunque no se puede negar que la mujer wayuu ha adquirido esa costumbre pero no es tan constante como lo hacen las mujeres que trabajan en bares.* (Entrevista, hombre pastor y agricultor, de 55 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).

Asociar el trabajo sexual con el VIH y sida y otras ITS, no es tampoco algo nuevo, pues ya desde la década de los 60, este grupo de mujeres fueron consideradas un grupo



prioritario en atención en salud o grupo de riesgo por comportamientos promiscuos sin protección. De hecho llegó a hablarse de las enfermedades venéreas como “enfermedades de mujeres” en una época en la que la sífilis y la gonorrea estaban en todo su furor (Domínguez, 1997). La autora plantea que a finales del siglo XIX y hasta los años 60, se etiquetó moralmente a las venéreas hoy llamadas ITS, lo que llevó luego a que surgieran calificativos tales como sifilítico y sidoso para hacer alusión a las personas infectadas o en riesgo por pertenecer a alguno de estos grupos de riesgo.

Ante esta situación, emerge el riesgo de doble y hasta triple estigma de un indígena que además de homosexual o trabajadora sexual pueda estar infectado por el VIH o padecer los síntomas del sida ante un segmento del pueblo wayuu que piensa que esta es una enfermedad de homosexuales o transmitida por las mujeres que trabajan en los bares. Esto es a lo que Domínguez (1997) y Weeks (2012) se refieren como manifestaciones de temor o pánico moral y social, ante lo que la respuesta inmediata es el rechazo de quien es asociado con el virus o con la enfermedad (*talechee*) como una medida de protección. La idea de pánico moral se dio para el VIH y sida en los años 80.

### **3. ACEPTACIÓN Y SOLIDARIDAD CON EL “AYUISHP”: OTRA CARA DE LA DUALIDAD**

En apartados anteriores, han sido enunciadas paradojas, ambivalencias o dualidades que se perciben en los discursos objeto del análisis. Dualidad frente al VIH y sida que deja ver la complejidad de las miradas de los wayuu y en las que más allá de la contradicción ha de reconocerse la complementariedad. Al respecto Guzmán (2010) citado por Chirán y Burbano (2013), expresa que las dualidades entendidas como contrarios, no son antagónicos sino complementarios y que siempre coexisten.

Lo anterior para dar lugar a que la categoría anterior daba cuenta del rechazo y exclusión de las personas que viven con el VIH y sida como una de las respuestas sociales que se identificaron en el discurso de los wayuu, ahora emerge en otra parte de los informantes, una postura contraria: la aceptación y solidaridad con quien pueda vivir con el virus. Dos posturas que sin limitaciones confluyen y cohabitan al interior de las comunidades wayuu, son muestra también de la diversidad en las miradas del VIH y sida.

### 3.1. “Somos familia”, una razón para dar apoyo a la persona que vive con el VIH

“Ser familia” en los wayuu como en otros contextos indígenas, es una expresión que encierra importantes valores de comunidad, solidaridad y reciprocidad entre quienes asumen el vínculo.

En el discurso de los wayuu, la palabra familia aparece frecuentemente para referirse a quienes ellos reconocen como parte importante en su cotidianidad, son familia no sólo por lazos de consanguineidad, sino también por afinidad e identidad étnica. No es extraño escucharles decir “primo” a otros wayuu y en ocasiones a algún *alijuna* a quien sienten afectivamente cercano y con quien comparten algún tipo de actividad o característica importante. Es para ellos una forma de mostrarle al visitante, al otro, que es bienvenido y que se le acoge respetuosamente, pero también que esperan de él una respuesta similar para con ellos como sus anfitriones. Este testimonio puede explicar por qué hay otros discursos hacia las personas que viven con el VIH y sida. En los siguientes testimonios, algunos participantes así lo hacen saber:

*[Una persona enferma o ayuishi] sí podría seguir viviendo y trabajando [en la comunidad], lo único que tiene que hacer es cuidarse y ser consciente de su estado, si es nuestra familia lo aceptamos, lo cuidaría, le recomendaría que acudiera al médico para su tratamiento (Entrevista, mujer artesana, de 42 años de edad, clan Epieyu, septiembre 2012).*

*No, no es bueno apartarla [a la persona con VIH], esa persona se angustiaría, se sentiría mal al apartarlo, hay que quererlo más como miembro de la familia que es (Grupo focal de discusión, mujer coordinadora de sede educativa indígena rural, de 59 años de edad, clan Juyariyu, noviembre 2012).*

La condición de ser familia ya sea por lazo de consanguineidad o simplemente por ser indígena wayuu, miembro de la comunidad, se vuelve una razón que justifica el apoyo a la persona enferma, en wayuunaiki *ayuishi*, sin embargo es evidente el temor a la

infección cuando uno de los testimonios hace alusión a que la persona tiene que “ser consciente de su estado” y seguir las recomendaciones médicas.

Otro participante señala en este sentido:

*Por eso digo, yo tengo que ir allá donde los médicos [en caso de tener a una persona con VIH/sida en la comunidad], ¿qué hacer con esta situación que pase en mi comunidad?, si es alguno [infectado], ni Maleiwa lo quiera, sobrinas, una hija, yo no voy a tener pena con esa vaina. Decir: mi hija tiene sida, ¿qué voy a hacer con ella? No va a estar quieta, va a estar relacionándose con gente por ahí, ya no confiaría en ella, no sé qué irán a hacer con ella, tengo que ir a Maicao, al hospital, a ver qué instrucción me dan por hacer, que me digan: haga esto, no se preocupe que lo respaldamos, así debería ser.*

*Aquí hay una paisana que la rechazaron de su comunidad y el marido siempre llagaba aquí, como no la recibieron allá, vino para acá porque la rechazaron en su comunidad. Él se fue para Barranquilla, después volvió, y lo vi por ahí en moto sano como antes y le pregunto ¿sí está bien?, dice que sí, por eso digo, porque van a andar por ahí [fuera de la comunidad] (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y guía bilingüe, de 57 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).*

El anterior testimonio es un importante ejemplo de la dualidad que existe entre el rechazo hacia las personas que viven con el VIH y sida y la acogida o disposición para el apoyo. Aquí coexisten la mirada de solidaridad y compasión por la persona, pero también el sentido de responsabilidad con la comunidad, el miedo, inseguridad y desconfianza que puede generar la presencia, de una persona que vive con el virus, en la familia: “no confiaría en ella”, esta frase denuncia el temor a la expansión del virus o en palabras de los wayuu, *talechee*. Una enfermedad que ha suscitado tal rechazo en algunos casos que las personas que viven con el VIH y sida se han visto en la necesidad de irse no solo de la comunidad, sino también de la ciudad. Esto pudimos constatarlo mediante el seguimiento realizado a las personas diagnosticadas dentro del proyecto marco, las que permanecen

fuera de las comunidades aun en los casos en los que su familia no sabe que viven con el virus.

“*Maleiwa* no lo quiera”, es ya un clamor a Dios para que esto no vaya a sucederles, sin embargo albergan la posibilidad de encontrar apoyo en quienes hemos dicho antes que tiene para ellos el conocimiento sobre esta *talechee*: los *alijunas*.

El desconocimiento lleva a los wayuu a emitir respuestas en las que las emociones y los afectos entran en choque con la realidad, pues no están de acuerdo con que se les rechace, pero tampoco están muy seguros de querer tenerlos cerca. Sin embargo, en las personas que se acogen a la reacción de apoyo y solidaridad, parece ser más fuerte el vínculo con la persona, que el temor. Pero, en caso de tener un caso real en la comunidad, ¿podrán mantener esta actitud? o ¿darán la vuelta hacia el prejuicio y por tanto el rechazo como lo ilustra el testimonio cuando habla de la pareja que salió de su comunidad por tener la *talechee*?

### **3.2. Aceptación a partir del aprendizaje**

Surge también como parte de esta cara de la diversidad de posturas, la aceptación y apoyo como resultado de los aprendizajes adquiridos sobre el tema a partir de algunas actividades de intervención socioeducativa con énfasis en la prevención del VIH y sida, llevadas a cabo en las comunidades, por líderes en salud formados para tal fin.

Esta reacción se percibe en personas que han participado en estos encuentros de intervención, además en sus discursos se ve menguada en algunos casos, la respuesta de rechazo que tenían previamente, sin embargo el temor a la infección no sucumbe aquí.

*No los quieren, a la gente le da asco, se piensa en que ellos transmiten la enfermedad* (Grupo focal de discusión, hombre líder wayuu, representante legal de comunidades ante organizaciones indígenas, de 52 años de edad, clan Jayariyu, marzo 2013).

En este testimonio, se expresa el rechazo pero visto desde fuera, es decir, son otros los que sienten el asco y piensan que la enfermedad puede ser transmitida por una persona que vive con el VIH y sida en la comunidad, pero esto podría significar una proyección de la propia reacción, sin embargo otros testimonios reafirman cambio en la mirada o la posibilidad de otras alternativas tendientes a la aceptación de las personas que pudieran vivir con el virus o la enfermedad.

*La estudiante que se negaba a visitar a una PVV, al terminar el taller educativo, dice que comprende que puede hasta tocar a la persona, hasta abrazarla y no se infectaría (Diario de campo, mujer que trabaja en organización de salud, de 35 años de edad, septiembre, 2013).*

*[Ha aprendido] que la persona vivirá con la enfermedad, pero puede seguir viviendo con nosotros. La trataría como a los demás y no me alejaría de la persona (Entrevista, mujer artesana, de 29 años de edad, clan Uriana, septiembre 2012).*

*Lo voy a seguir tratando normal como eso no se transmite con saludar, lo miraré y lo saludaré y seguiría trabajando en la comunidad (Entrevista, mujer docente en sede educativa indígena rural, de 32 años de edad, clan Apushana, septiembre 2012).*

Estos testimonios tienen una característica común, son personas jóvenes, lo que indica que el cambio de actitud y la apertura hacia el aprendizaje ha de tenerse en cuenta en todo proceso de intervención, es la población joven y adolescente una prioridad al momento de abordar temáticas relacionadas con la SSR.

El aprendizaje puede permear poco a poco las formas de actuación de las personas, sin embargo los arraigos culturales son eje fundamental en el proceso de comprensión de todo proceso formativo, otro elemento que es fundamental para abordar temáticas desde la perspectiva socioeducativa para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En frases como “tocando a la persona no se transmite”, “lo miraré y lo saludaré”, “no me alejaría”, pudimos identificar que la comprensión de las formas de transmisión del VIH y sida les permite inicialmente incorporar en sus esquemas cognitivos y en sus discursos, otras posibilidades de interacción con las personas que vivan con el VIH y sida, sin embargo, y pese a que la falta de información y el desconocimiento son un factor de vulnerabilidad a adquirir el VIH y otras ITS (Pérez-Pérez *et al.*, 2015; Zambrano *et al.*, 2013), es claro que el conocimiento no es suficiente para que se transforme el comportamiento.

En los wayuu, pocas personas han tenido contacto con las personas que viven con el VIH y sida por tres razones que conocemos: a) son sólo siete casos identificados en el proyecto marco de este estudio en las 55 comunidades participantes, b) no todos los participantes han estado cerca de una persona que vive con el virus y solo ronda como posibilidad en sus imaginarios individuales y colectivos sobre lo que esto significa, y c) las personas que viven con virus, identificadas en el proyecto, se han infectado fuera de las comunidades y desde entonces solo pasan cortas temporadas en ellas o vienen de visita, tal vez como un mecanismo de protección ante el temor al rechazo y la discriminación de sus parientes wayuu.

#### **4. HOMBRES Y MUJERES FRENTE AL CONDÓN**

Sobre al uso del condón o *coucha* en wayuunaiki, existen diversos estudios que dan cuenta de cómo hombres y mujeres asumen actitudes diferentes frente al mismo. Como ejemplo están los estudios de México y Nicaragua en los que se plantea que el uso del condón sigue siendo bajo en población rural y jóvenes respectivamente, aunque hombres y mujeres reconocen su importancia en la prevención de ITS y embarazos no deseados (Pavía-Ruz *et al.*, 2012; Pérez-Pérez *et al.*, 2015).

Para el caso de los wayuu la situación no es diferente y como se expuso en el capítulo anterior, se percibe como un asunto de hombres o de mujeres que tienen varias parejas sexuales. Así el machismo y el control que se da a los hombres sobre el uso o no de esta medida de protección pone a las mujeres en desventaja e incrementa en ellas el riesgo de infección.

Sin adentrarnos en las percepciones que los participantes tienen del condón y su uso, pero sin desligarnos de lo que ellas significan, aquí presentamos específicamente la negación a usarlo, como una respuesta social que incrementa el riesgo de expansión del virus.

El no uso del condón en diferentes grupos humanos, suele obedecer a razones tales como: falta de disfrute o placer, la vergüenza que genera ir a comprarlo, la confianza en la pareja sexual estable, el limitado acceso al mismo en el momento del encuentro sexual (Eguiluz-Cárdenas *et al.*, 2013; Pérez-Pérez *et al.*, 2015; Zambrano *et al.*, 2013). Para el caso de los wayuu, a continuación aparecen tres significativas razones por las que según sus discursos, pueden ser razones para evitar el uso del *coucha*.

#### 4.1. “*Maleiwa nos hizo sin coucha*”

El *coucha* que literalmente traduce caucho, es la forma como los wayuu se representan este objeto, parte de la población conoce su uso, pero pocos recurren a él como medida de protección, además de expresarse negativamente hacia éste por considerar que *Maleiwa*, Dios en wayuunaiki, creó a los seres humanos sin condón.

*La autoridad de la comunidad I. manifestó que el condón trae enfermedad, porque Maleiwa nos hizo así, para tener relación sin nada* (Diario de campo, guía bilingüe, de 28 años de edad, agosto, 2013).

Desde la influencia de la religión católica, el uso del condón es planteado en este testimonio moralmente como algo que no está bien visto, que acarrea enfermedad, además, es cuestionado por no hacer parte del equipamiento al nacer. Esta postura que al ser formulada por una autoridad tradicional, corre el riesgo de que se vuelva colectiva y trascienda el ámbito de la creencia individual. Tal fue el caso que, en esta comunidad, los participantes en los encuentros con los investigadores y en los espacios de intervención que llevaron a cabo guías bilingües, se negaron a ver y recibir condones y aún más a que se les hablara de su uso.

Vinculado a esta idea del condón como algo con lo que no llegamos al mundo, que Maleiwa no creó, aparece la alusión a éste como un agente generador de enfermedad, es decir que por desconocimiento, pero también por las creencias religiosas y socioculturales sobre el *coucha*, este es visto como amenaza y no como mecanismo de protección. Una visión inversa de la función real que ha motivado a las ciencias de la salud a proponerlo en el marco de la SSR.

*Como nosotros los wayuu somos una raza diferente que los alijunas, lo que dice llamarse condón no es de pronto [...] hay personas acá que todavía no conocen eso, pero eso trae enfermedad como el sida, sífilis, la gonorrea. Así también nos podemos contagiar de cosas sucias* (Entrevista, mujer autoridad tradicional y docente, de 30 años de edad, clan Epieyu, octubre 2012).

*Que usando el condón se puede transmitir la enfermedad* (Entrevista, hombre pastor, de 56 años de edad, clan Sapuana, septiembre 2012).

Verlo como un elemento negativo refuerza en los wayuu las prácticas sexuales sin el condón, desestimula el uso del mismo en tanto se le atribuyen consecuencias negativas. Sumado a ello está el énfasis en que su “raza es diferente a los *alijunas*”, lo que nuevamente pone al *alijuna* ante su mirada como un agente dañino con comportamientos inadecuados como el uso del condón. Así el *coucha* es atribuido al no indígena, pero no algo para ser usado por ellos, por eso el hecho de que no sea conocido por los wayuu parece ser entendido en este caso más como un factor de protección que de amenaza, todo lo opuesto al argumento de la educación en salud que parte del principio de que la educación protege. Aspecto que nos permitió identificar el reto y necesidad de educación en SSR con énfasis en la prevención de VIH y sida y otras ITS.

Tal como se observa en los tres testimonios, son hombres y mujeres en las que la edad, la ocupación y el nivel educativo parecen quedar de lado ante las creencias religiosas y el desconocimiento sobre el tema.



#### 4.2. Un asunto de hombres, jóvenes y mujeres promiscuas

En el capítulo anterior, abordamos desde el discurso de las mujeres y los hombres que el condón es responsabilidad o asunto de los hombres y si una mujer lo usa es porque tiene otras parejas sexuales, de hecho los hombres expresan que si una mujer les pide usar el *coucha*, dudarían de su comportamiento sexual.

En consecuencia, las mujeres expresan vergüenza para hablar o exigir el condón, pues parece que “no está bien visto” su uso por estar asociado a relaciones sexuales con varias parejas, a infidelidad o como lo dicen algunos, a “comportamientos desordenados”.

*Esta mal hecho que la mujer exija el condón* (Grupo focal de discusión, mujer líder comunitaria y ama de casa, de 42 años de edad, clan Juyariyu, marzo 2013).

*Lo que pasa es que hay mujeres que nos da pena, como hay otras que no les da pena y mantienen el condón, por ejemplo si el hombre nos llegara a encontrar el condón en el bolso, se burlan de uno, pero eso no solamente lo deben tener las que tengan varias relaciones* (Grupo focal de discusión, mujer docente en sede educativa indígena rural, de 33 años de edad, clan Jayariyu, noviembre 2012).

Sentir vergüenza es en este caso producto del machismo que caracteriza la vida sexual de los wayuu, no solo por el poder del que los hombres han gozado en esta área de sus vidas, sino también por ser el *coucha* un objeto que es usado por el hombre en su pene y no por la mujer, además de que ha sido promovido entre los wayuu, principalmente para las relaciones sexuales con mujeres que están por fuera de sus comunidades, o al menos ha sido la forma como lo han comprendido. La vergüenza se antepone aquí a la razón, pues en el último testimonio la mujer reconoce su importancia y asume que las mujeres deben llevarlo, nuevamente es una postura de tipo cognitivo a partir de los espacios educativos en los que han participado las 55 comunidades.

*Pienso que a su pareja le da asco por exigir el uso del condón [a su mujer]* (Entrevista, mujer ama de casa, de 26 años de edad, clan Apushana, noviembre 2012).

*Bueno disculpen, de pronto no necesariamente exigirle al compañero que utilice el condón [...], es como pesao, incluso el uso del condón suena como una falta de respeto, siendo que no es así, pero hay personas que no ven eso como tal [...]* (Grupo focal de discusión, hombre autoridad tradicional y guía bilingüe, de 57 años de edad, clan Ipuana, marzo 2013).

“Asco”, “falta de respeto”, dos expresiones que denotan nuevamente el valor negativo del condón o *coucha*, por lo tanto usarlo es prueba de que se tienen comportamientos inadecuados, es una forma de exponerse o declararse persona infiel y “sucio” y en esta misma vía, exigirlo significa que se tiene asco de la otra persona por considerarla igualmente sucia, ya sea física o moralmente.

Al momento de analizar edades y sexo de los sujetos de estos discursos, percibimos además que tanto hombres como mujeres, a partir de los 26 años, coinciden en las percepciones sobre el condón y por tanto su respuesta o reacción frente al uso, también se asemeja. Respuesta que sin duda incrementa el riesgo de infección por VIH y otras ITS.

Por otra parte, el *coucha* es atribuido a los jóvenes por algunas personas de las comunidades, esto parece responder a la idea de que son ellos, específicamente los jóvenes varones quienes más activos están sexualmente y por consiguiente los comportamientos de riesgo en esta edad son mayores. El caso de las relaciones sexuales con burras que se corresponde también con la forma de iniciación sexual de los varones como se expuso en el capítulo sobre contexto wayuu, se toma aquí como una práctica sexual de riesgo en la que deberían recurrir al preservativo como mecanismo de protección, “mucho actividad sexual [...] con las novias o con las burras”, según el siguiente testimonio.

*En el momento de hablar sobre el condón todos expresaron que los jóvenes eran los que tenían que estar presentes [en el encuentro formativo], porque son los que tienen mucha actividad sexual con las novias en las fiestas que se*

*hacen en otras comunidades y si no era con las novias era con las burras* (Diario de campo, hombre guía bilingüe, de 29 años de edad, noviembre 2013).

Esta visión de riesgo en sólo unos grupos de la población, deja ver que reconocen el valor del *coucha* en la prevención, que “saben” para qué sirve o por qué usarlo, sin embargo parece asumirse que el riesgo lo tienen otros, que son los demás los que pueden infectarse de alguna ITS, pero no ellos mismos. Podemos decir, que por una parte parece más sencillo suponer que la enfermedad es de “otros” y por otro, que aunque las personas cuenten con información y posean cierto saber sobre este tema, no significa necesariamente que el comportamiento sea coherente con tal conocimiento, pues en el terrero de la sexualidad y específicamente del VIH y sida, es necesario un gran periodo de tiempo para la aceptación del fenómeno, la comprensión individual y luego la negociación social y cultural.

En el último testimonio, se percibe una contradicción con la visión de que el *coucha* “trae enfermedad”, lo que demuestra que hay grupos que tienen ideas equivocadas o valores opuestos, y que hay otros que sí saben que previene. Son entonces los wayuu una sociedad con diferencias internas que además dan cuenta de la transformación cultural.

Es importante además, ver como la relación *coucha – jimali*, palabra que en wayuunaiki corresponde a jóvenes varones, hace también alusión al cambio generacional en los wayuu, al proceso de cambio cultural y por ende a la ya mencionada remembranza de los wayuu de antes. Desde la mirada de hombres y mujeres, los wayuu de hoy, las nuevas generaciones han adoptado comportamientos *alijunas* que incrementan el riesgo de enfermar, entre otras consecuencias que les son abrumadoras y preocupantes.

*[...] el wayuu de antes ya tenía compañera a los 25 o a los 30 años, el hombre wayuu ya tenía mujer cuando supiera defenderse en la vida, [...] está pendiente qué puede ofrecer los jóvenes de ahora que no piensan en nada* (Entrevista, mujer autoridad tradicional, de 53 años de edad, clan Pushaina, septiembre 2012).

*Porque antes eran más inocentes [jimali y majayutnu], ahora saben mucho por la televisión, los besos en la televisión, eso les causa curiosidad* (Entrevista, hombre pastor, de 56 años de edad, clan Sapuana, septiembre 2012).

“Los *jimali* de hoy que no piensan en nada”, “antes eran más inocentes”, frases con las que los wayuu expresan el cambio en el comportamiento de los *jimali* de ahora, lo que desde esta perspectiva corresponde a búsquedas de pareja y vivencia de una sexualidad poco caracterizada por la responsabilidad que les era propia en generaciones pasadas. Nuevamente la influencia alijuna tiene su peso al momento de referirse a los wayuu de ahora y su vivencia de la sexualidad.

Resumiendo, si el *coucha* es para los wayuu un “caucho, vejiga o plástico” que se ponen los hombres “en su palo” para tener sexo con varias mujeres, diferentes a su pareja estable, o cuando van a estar sexualmente con mujeres que son trabajadoras sexuales *alijunas* o con burras, ¿qué puede motivar una respuesta positiva hacia su uso? Lo anterior, sin desconocer que para algunos el *coucha* empieza a tomar un sentido importante para la prevención, lo que indica que las sociedades cambian y que ahora vienen retos grandes para pensar en programas de prevención del VIH y sida en comunidades wayuu.

Como parte del proyecto marco en el cual se gestó este estudio, se indagó mediante una encuesta, sobre el uso del condón en los wayuu de las 55 comunidades participantes, información que a 2013 arrojó como resultado que de una muestra de 933 personas, 615 mujeres y 318 hombres, el 81% expresaron que nunca habían usado el condón en sus relaciones sexuales, mientras que solo el 13% dijeron haberlo usado de manera ocasional. Esto indica que el preservativo no es aún aceptado en este grupo étnico, no sólo por las razones más expuestas en la literatura como el tener sólo una pareja o la reducción de la satisfacción sexual (Pavía-Ruz *et al.*, 2012, sino por los sentidos y significados que han sido expuestos antes al interior de su cultura, además del desconocimiento sobre la utilidad del *coucha*, temor al castigo divino por no ser un asunto de *maleiwa*, el estigma especialmente en las mujeres, entre otros.

Así el poco uso del condón, el convencimiento de que esta es una enfermedad de otros y que igualmente el riesgo es ajeno, incentiva las reacciones de rechazo y discriminación que predominan sobre las de solidaridad y aceptación de las personas que viven con el VIH y sida y también de quienes pueden llegar a infectarse por el virus. Se llega a un círculo vicioso en el que la educación es la herramienta fundamental para romperlo, pero siempre y cuando se trascienda la tendencia a sólo informar, y que realmente se eduque.

Estudios como el de Sikos (1997) hacen alusión a que el vínculo entre información y cambio de comportamiento es débil, por tanto la ecuación que se utilizó en programas de prevención: conocimiento/información = percepción de riesgo = cambio de conductas sexuales de riesgo, ha sido rebatida cuando se ha demostrado que con este modelo se ha despertado conciencia en los grupos sociales acerca del VIH y sida, pero que no necesariamente se ha logrado modificación de las conductas de riesgo.

Habría que dimensionar que se requiere de un proceso de educación en contexto que proponga acciones pensadas en y para su cultura, pues como lo plantea Guerra (1998), este pueblo indígena es uno de los que ha demostrado tener una alta capacidad para absorber innovaciones culturales, otras formas de vida diferentes a las propias, pero conservando su organización y formas de control social, entre ellas, la configuración de las relaciones de poder. La asimilación e integración de otras expresiones culturales como la *alijuna* por ejemplo, se ha venido dando, pero este proceso ha requerido tiempo y así mismo tiene que procurarse una mirada transversal de los procesos educativos, tanto temporal como espacial y culturalmente.

En el título de este capítulo, hacemos referencia a las acciones vividas y a las acciones debidas, en tanto se identifica en sus respuestas sociales, un movimiento permanente entre lo que “es” y lo que “debería ser”, o lo que “se hace” y lo que “debería hacerse”. Algunas de las reacciones vistas en el discurso, como las que se plantean desde el saber, pensar o querer, se enmascaran y difuminan cuando aparece el miedo a la infección, pero de la mano el miedo al rechazo, estigma y discriminación al interior de sus comunidades, ya sea por ser homosexuales, por ser personas que viven con el VIH, por usar el condón o pedir a su pareja que lo use o simplemente por hablar abiertamente sobre

el tema. De ahí que sea tan importante identificar las percepciones, concepciones e imaginarios que los grupos humanos tienen sobre los fenómenos estudiados, en este caso sobre el VIH y sida, solo así podremos comprender lo que motiva sus respuestas sociales y por tanto como promover alternativas educativas adecuadas culturalmente, pues como lo dice Castoriadis (1989) citado por Sikos (1997), toda sociedad crea su propio sistema de interpretación del mundo y por tanto su propio mundo de significaciones, así se llega al imaginario social en tanto existen como objeto de participación colectiva.

Encontramos que entre las percepciones y las respuestas sociales producto del análisis de discurso, se da una relación de correspondencia que mostramos en el cuadro 5.1.

Cuadro 5.1. Correspondencia entre percepciones y respuestas sociales.

		RESPUESTAS SOCIALES			
		Que hagan los que saben: ¿indiferencia?	Rechazo y exclusión. El miedo tiene la palabra	Aceptación y solidaridad con el <i>ayuishi</i> : otra cara de la dualidad	Hombres, mujeres y <i>coucha</i>
P E R C E P C I O N E S	El VIH/sida: Ni de tierra, ni de viento		•		
	<i>Talechee alijuna</i> : un regalo de los no indígenas	•	•		•
	Confluencia del VIH y el sida con otras enfermedades	•			
	Enfermedad moral, enfermedad de miedo		•	•	•
	La transmisión del VIH y sida: una realidad revestida de imaginarios		•	•	•
	Hombres y mujeres llevan el VIH y sida		•		•

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos.

Como se observa en el cuadro, cada percepción está vinculada a una respuesta social y esta a su vez parece afianzar la percepción misma, generándose una relación bidireccional que va configurando el tipo de apropiación subjetiva de la realidad en los

wayuu y seguidamente, de la construcción social que alcanzan sobre el tema a partir de la interacción. Perspectiva de la percepción que es coherente con el planteamiento de Vargas (1994) cuando dice que la percepción compromete procesos bioculturales que permiten la construcción de sentidos alrededor de un objeto o situación, en este caso del VIH.

A la respuesta social: “que hagan los que saben”, se vinculan las dos percepciones relacionadas con que el VIH y sida es “una talechee alijuna” que viene de afuera, y con la confluencia del VIH y sida con otras enfermedades; en ambas aparece el alijuna como quien transmite la enfermedad, especialmente las mujeres trabajadoras sexuales, pero también como quien tiene el conocimiento para el tratamiento, la orientación a la comunidad y en ocasiones desde sus palabras, “para la cura”, por tanto todas los participantes asumen que acudirían al médico alijuna para saber qué hacer con una persona que vive con el VIH y sida.

En lo referente a la respuesta social de rechazo y exclusión, podemos ver en el cuadro como confluyen allí: el VIH y sida no es una enfermedad ni de tierra, ni de lluvia, ni de viento, en tanto es una enfermedad que viene del mundo *alijuna*, cargada de moral y de miedo que puede adquirirse tanto a través de relaciones sexuales con personas de vida desordenada, además que impide que la persona al morir llegue a *Jepirra*. Como vemos estos temores, prejuicios y formas de pensar el VIH y sida como algo que no hace parte de su sistema de clasificación de las enfermedades y que además está vinculada a la vida sexual de las personas, desemboca en reacciones de estigma y discriminación, o como aquí lo hemos dicho, de rechazo y exclusión.

Continúa el cuadro mostrándonos que a la respuesta social de aceptación y solidaridad con el *ayuishi*, se conectan las percepciones relacionadas con que es una enfermedad moral y de miedo y por tanto los imaginarios construidos en las comunidades alrededor de la transmisión. En esta respuesta, el miedo a la enfermedad y a la transmisión suscitan en una parte de los participantes, sentimientos de solidaridad, especialmente frente a las personas que puedan ser su familia.

En la última respuesta relacionada con el uso del condón o *coucha*, figuran vinculadas las percepciones: *talechee alijuna*, enfermedad moral y de miedo y los

imaginarios frente a la transmisión. Estas percepciones logran influir significativamente al momento de recurrir al condón como medida de protección, principalmente por las concepciones que tienen del mismo y la carga moral que le han atribuido. Además es la respuesta en la que aparece nuevamente el condón como un objeto usado principalmente por los *alijunas* o por los wayuu para tener relaciones sexuales con mujeres *alijunas*.

Podemos ver entonces, como las interpretaciones y significados asignados al VIH y sida están nutridas por pautas sociales y culturales que dan lugar a nuevas experiencias cotidianas que se hacen comprensibles en las formas como los sujetos interactúan con el entorno, estas experiencias son las que aquí hemos entendido como acciones y reacciones de los wayuu frente a las personas que viven con el virus, al VIH y sida como tal, y a quienes cargan con el estigma de personas en riesgo de infectarse. Como lo plantea Macías *et al.* (2012), las percepciones sobre una problemática existe, son claves para entender las respuestas sociales de los grupos humanos, pues el actuar estará sujeto las maneras de significar, asumir y concebir la situación a partir de la propia cosmovisión de la realidad.

En el cuadro podemos ver la respuesta social relacionada con el estigma y discriminación: rechazo y exclusión, es la establece relación con un mayor número de percepciones (5/6), dando lugar a una significativa necesidad de trabajar con las comunidades wayuu alrededor de las actitudes y comportamientos estigmatizantes. En segundo lugar aparece la respuesta asociada al uso del condón: hombres, mujeres y *coucha*, que igual se nutre de las percepciones que con tendencias moralistas y como resultado de las relaciones sexuales con *alijunas*; establece relación con 4 de las 6 percepciones.

A manera de conclusión, las respuestas sociales dan cuenta del miedo y desconocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH y sida, generando por tanto respuestas sociales que develan acciones cargadas moralmente y que además aportan a la reproducción de las formas de relaciones de poder que hacen parte de la organización social de los wayuu, especialmente del sistema sexo-género predominantemente masculino.



Las acciones vinculadas al estigma y discriminación ponen en riesgo el estar-bien en las comunidades y limitan específicamente la posibilidad de diagnósticos tempranos y la adherencia al tratamiento en el caso de las personas que viven con el VIH y sida que han sido identificadas dentro y fuera del estudio marco.



## Capítulo VI

### CONCLUSIONES FINALES

En este apartado final recogeremos elementos importantes que darán lugar a la discusión de los aspectos más relevantes del estudio según los objetivos, a las conclusiones, limitaciones y contribuciones del estudio, así como sugerencias y posibles desarrollos a futuro.

1. En este tema y específicamente en pueblos indígenas, son más las preguntas que las respuestas, pues ha sido principalmente a partir del siglo XXI cuando han surgido estudios relacionados inicialmente en países de Norte y Centro América, y luego en Suramérica. Además son muchos los vacíos de información sobre el comportamiento sexual y la SSR en general en esta población. Para el caso de Colombia, son pocos los estudios al respecto pese a que se viene identificando incremento en el número de personas indígenas viviendo con VIH.

2. Para aproximarse a la cotidianidad y a las construcciones sociales de un determinado grupo humano, en este caso los indígenas wayuu de Maicao, en La Guajira colombiana, es clave “salir de la insularidad” propia de la formación académica a la que hace referencia Baudouin (2010) citado por Pita (2012), para poner en diálogo saberes y disciplinas que han incursionado en el ámbito de la salud en comunidades.

Dicho así, hablar de VIH y sida en pueblos indígenas de Colombia, según el número de casos identificados a través de los proyectos ejecutados por la Universidad de

Antioquia, 10 en comunidad embera chamí de Cristianía y 5<sup>34</sup> en las 55 comunidades wayuu de Maicao (Rojas *et al.*, 2016; Rojas, *et al.*, 2012), lleva a pensar que no son muchos y que a lo mejor no representan una alarma en salud, pero cuando epidemiológicamente hablamos de 1% y 0,55% de prevalencia respectivamente, las cosas toman otro sentido, más aún cuando se tiene como referencia una prevalencia nacional de 0,52% en población general (INS, 2013).

3. Según datos epidemiológicos sobre los grupos indígenas en Colombia (Zambrano *et al.*, 2013), el primer caso de VIH y sida se reportó en el año 2000, lo que indica que el VIH llegó a esta población aproximadamente 10 años después que a la población no indígena en el país, o al menos es lo que ha sucedido en el proceso de diagnóstico. Lo anterior podría dar lugar a dos reflexiones:

a. El VIH y sida ha entrado a formar parte del abanico de problemas de salud pública en pueblos indígenas, a partir de que diferentes comunidades empezaron a interactuar sexualmente con los no indígenas y más aún cuando comportamientos occidentales permearon sus prácticas sexuales; el consumo de alcohol, la búsqueda de oportunidades laborales fuera de sus comunidades, nuevas formas de intercambio comercial, el acceso a bares y sitios de trabajo sexual, entre otros.

b. La tendencia a asimilar estilos de vida *alijuna* como una forma de idealización que algunos indígenas han hecho del mundo occidental especialmente las nuevas generaciones, junto con la pobreza, inequidad y marginación en que viven estas comunidades y la transformación cultural cada vez más visible, los hace hoy más vulnerables al VIH (CRIC, 2004; Díaz *et al.*, 2005), situación que se convierte para ellos en algo nuevo, actual y peligroso para el estar-bien con que definen la salud. Así concebir el VIH y sida como enfermedad *alijuna* tiene fundamento en tanto hemos sido los no indígenas quienes llegamos a ellos con esta y otras manifestaciones del proceso de

---

<sup>34</sup> Si bien hemos hablado de siete casos en apartados anteriores, aquí se nombran los cinco que hicieron parte de la muestra aleatoria con la que se analizó la prevalencia. Independiente de la muestra, tuvimos conocimiento y contacto con otras personas que viven con VIH o sida. Además, los registros del sistema de vigilancia epidemiológica dejan entrever la existencia de un número mayor de personas que están en otras comunidades diferentes a las que participaron en el estudio.

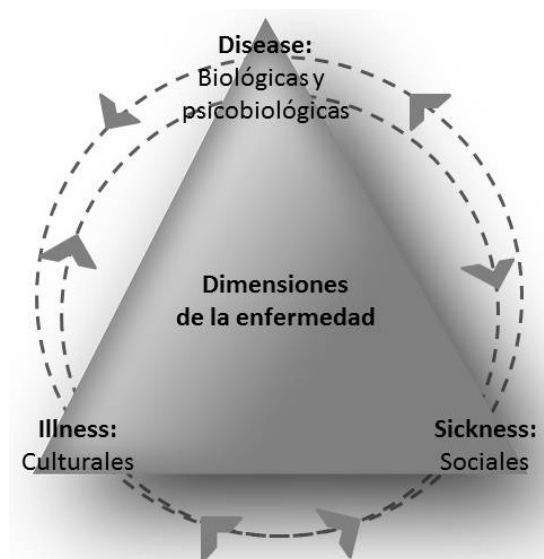
transformación social y cultural que da continuidad a la colonización y que busca entre otros fines, la uniformidad y globalización de la cotidianidad.

De las reflexiones anteriores, se desprende la idea de que, tal vez 10 años después de la llegada del VIH y sida a Colombia y de la mano de la globalización a la que no han escapado los indígenas, bajo la premisa de la búsqueda de la equidad y el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos (Brysk, 2009), ha llegado a ellos el VIH y sida y con éstos, los miedos e imaginarios que viven frente a los riesgos de transmisión propios del desconocimiento, lo que de la mano de sus formas de organización social, incide en la generación de actitudes y comportamientos cargados de estigma y discriminación hacia las personas que viven con el virus y hacia quienes desde su perspectiva pueden estar en riesgo de infectarse (Uribe-Rodríguez, 2005).

4. Abordar el VIH y sida en los wayuu, nos llevó a discursos en los que el 100% de los participantes recurrieron al concepto enfermedad o “*talechee*” para referirse tanto al virus como al sida. Razón por la cual fue necesario aproximarnos a la comprensión de la enfermedad como proceso cuya complejidad demanda no solo el abordaje biologicista de la misma, sino también el reconocimiento de sus contenidos sociales y su vinculación con el concepto de salud.

En los wayuu, hemos visto como la enfermedad en general es un estado con matices que trastocan o involucran las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, pues por una parte le dan un importante sentido a los síntomas asociados a la dimensión disease (véase figura 6.1.); por otra a las causas que pueden ser naturales, comunes o sobrenaturales y que por tanto involucran las tres dimensiones (disease, illness y sickness), la tierra, las lluvias y el viento que traen enfermedades, los espíritus o la interacción con el mundo *alijuna* como lo expresan para el VIH y sida; finalmente están las consecuencias de la enfermedad que terminan generalmente por limitar e impedir como ya lo hemos dicho antes en las formas de convivencia y construcción de la propia cotidianidad en las comunidades, en este caso, se comprometen las dimensiones sickness e illness que corresponden a las dimensiones sociales y culturales respectivamente.

Figura 6.1. Dimensiones de la Enfermedad



Fuente: Elaboración propia a partir de (Martínez, 2000, 2008).

5. El VIH y el sida o “*talechee*” como es nombrado por los wayuu participantes en el estudio, entra en esta dinámica de la multidimensionalidad, en ella devienen activamente las tres dimensiones, desde las cuales asignan sentidos y significados que involucran su cosmovisión y en general su cultura. Con la “enfermedad”, es decir el VIH y sida, emergen los síntomas y con ellos los miedos a infectarse por su relación directa con el rechazo en la comunidad y con la muerte misma, específicamente con la forma de morir que abre o cierra el paso a *Jepirra*.

6. Los wayuu han venido realizando unas construcciones sociales en las que homologan al VIH y al sida bajo la categoría de enfermedad o *talechee* de afuera, no asociada a su mundo cultural, traído por *alijunas*, específicamente por el contacto de los hombres wayuu con las trabajadoras sexuales *alijuna*, a sus comunidades y por consiguiente una amenaza para su integridad personal, familiar y social. Percepción que influye de manera importante sobre la forma como interactúan con su entorno y con quienes viven con el virus o con el síndrome ante el riesgo de expansión del mismo, forma de interacción que muchas veces puede ser transferida a otras personas que desde sus creencias e imaginarios podrían estar viviendo con el VIH.

Esta construcción social puede corresponder por una parte, con la tendencia que tienen los grupos étnicos, especialmente los que viven en áreas rurales, de ver en el mundo exterior una amenaza para su estar-bien ante la amplia oferta de nuevas formas de vida, que aunque muchas veces parece seducir principalmente a los jóvenes, no deja de significar cambio y por consiguiente riesgo especialmente para las personas mayores. Pero por otra, con la representación que se hizo del *alijuna* desde la época de la colonia, como responsables de la llegada de enfermedades y muertes en los pueblos amerindios (Chagnon, 2006) y a quien pueden sentir en ocasiones como generador de daños, como figuras de poder principalmente cuando se trata de los extranjeros que permanecen en la región vinculados a grandes multinacionales, asuntos que pudimos percibir durante el trabajo de campo, principalmente en las comunidades que están cerca de las compañías de explotación minera. En ambos casos se aprecia una relación ambivalente frente a las otras formas de expresión culturas y en general con el mundo no indígena, en la que se ve en esos “otros”, tanto a personas con las que pueden vivir situaciones constructivas y formativas, como también situaciones destructivas y negativas. Esta mirada es la que describe Bello (2004) cuando aborda el sentido de la identidad de la población rural que se desplaza a las ciudades.

7. Las percepciones identificadas dan cuenta también del miedo a lo desconocido y novedoso de esta *talechee* para su cotidianidad, lo que se materializa en miedo a infectarse, a morir por ello, pero también a que sus comunidades desaparezcan real y simbólicamente cuando dicen que pueden morir como han muerto muchas personas de sida. En todo caso subyace el miedo a la muerte vinculada a lo que representa para ellos el continuo entre vivir y morir para llegar a *Jepirra*, pero también a la pérdida de sus costumbres ante las nuevas dinámicas sociales y sexuales de las nuevas generaciones.

El VIH y sida se convierte para los wayuu en una consecuencia de lo que viene significando su interacción con el mundo *alijuna*, la ruptura con su cotidianidad, pero también la forma de materializar la transformación cultural que los ha llevado a hablar de dos tipos de wayuu marcados por el tiempo: los wayuu de antes y los de ahora, y son los de ahora los que corren el riesgo de infectarse con el virus, pero también los que ponen en riesgo a sus comunidades como posibles agentes de su expansión.

8. Las respuestas sociales en este estudio hacen alusión a las acciones y reacciones que han ido surgiendo en los wayuu de Maicao, La Guajira a partir de la emergencia del VIH y el sida en sus comunidades. Acciones y reacciones que hemos identificado desde dos puntos: el ideal o lo esperado según sus principios de convivencia, solidaridad y valoración de la familia a la que pertenecen como etnia; y desde lo real en tanto son las acciones que emergen a partir de las propias percepciones, de los imaginarios que tienen alrededor del riesgo de infección. En todo caso las acciones y reacciones aquí analizadas guardan relación con la fricción entre lo conocido y lo desconocido, lo que dicen los *alijunas* y lo que puede saberse desde el marco interpretativo de su mundo sociocultural, entre las que son sus prácticas cotidianas y las que han incorporado a partir de su interacción con el mundo no indígena.

9. En el caso de los wayuu, las respuestas sociales frente al VIH y sida, en las que hacemos énfasis son aquellas que dan cuenta de las formas como actúan o creen que deben actuar frente al problema, más desde la perspectiva social, que desde la mirada salubrista. Hemos identificado que las acciones y reacciones expuestas en sus discursos, se corresponden con las percepciones que tienen sobre el VIH y por tanto, sin que fuese una intención en el análisis, se evidencia el encuentro o entramado entre percepciones y respuestas sociales, hasta el punto de parecer como se dijo en otro apartado del texto, un continuo entre lo uno y lo otro. Este resultado va en la misma vía de lo que el construccionismo social plantea sobre el actuar de las personas según lo que para ellas significan las situaciones, los hechos y la enfermedad (Ibañez, 1990, 2004), en este caso específico el VIH, el sida, la presencia de personas que viven con el virus en las comunidades y el riesgo de expansión.

10. El estudio de percepciones aporta elementos para la formulación e implementación de programas de intervención para la prevención y atención integral del VIH y sida no sólo en indígenas wayuu, sino también en otras comunidades con similitudes en sus prácticas y características culturales. Intervenciones que se hacen necesarias también, a partir de los vacíos de conocimientos sobre la transmisión y prevención; resultados cualitativos que son coherentes con los hallazgos de proyectos relacionados, realizados por investigadores de la Universidad de Antioquia en Colombia (Rojas, 2015; Rojas, 2014), quienes en su último informe expusieron que a 2012, el 83%



de los encuestados pensaba que el VIH se transmitía al usar baños públicos, el 79% creían que se podían infectar a través de la picadura del zancudo (mosquito), entre otros hallazgos que dejaron ver la necesidad de programas socioeducativos y en contexto. No es una novedad que la educación para la prevención se reconozca como una prioridad en el ámbito de la SSR (Pérez-Morente *et al.*, 2017).

11. Desde la aparición y expansión del VIH y sida, los grupos humanos han buscado formas de referirse al virus y a la enfermedad según sus realidades socioeducativa, cognitiva y cultural. En algunos casos han creado palabras o han recurrido a conceptos que al parecer les ayudan a comprender y a asimilar lo que les es nuevo, desconocido y generador de miedo; ejemplo de ello es el uso que las comunidades gitanas de las que habla Otegui (2006), hacen de la palabra “bichos” para referirse al VIH, concepto que ayuda a hacer tangible lo intangible del virus; en oposición a esto, los wayuu no le dan un nombre particular, por el contrario lo que hacen es una generalización del virus bajo el término *talechee*.

En este pueblo indígena como en el mundo, la palabra enfermedad ha sido colmada de sentidos o como lo aborda Sontag (1996), de metáforas muchas veces con alto contenido moral, hasta el punto que amigos y parientes evitan el contacto con quien sufre una enfermedad desconocida, “contagiosa” como si hacerlo tuviera algo de infracción o algo de violación de un tabú, muchas veces nombrarla pareciera que tuviera igual efecto. Esto parece suceder con el VIH y sida en tanto enfermedad rara, desconocida y novedosa que fue vinculada directamente con la muerte y con prácticas sexuales por fuera de “lo común o lo normal” o lo que los wayuu reconocen como “mal visto”. Recurrieron entonces al concepto de enfermedad para referirse a algo que hace parte de todo lo que pone en riesgo su estar-bien, es una mirada generalizadora de la enfermedad que además rompe con su sistema de clasificación de las enfermedades.

12. Para los wayuu recurrir al concepto de “enfermedad” y calificarla como se expone en los resultados, les permite poner el VIH y sida desde la mirada de lo que afecta el estar-bien y por consiguiente como algo que invade y es mejor no nombrar; algo que viene de afuera y por tanto son “otros” los responsables de que hoy haga parte de su cotidianidad y así mismo de las posibilidades de tratamiento y búsqueda de una cura.

13. Como lo hemos dicho antes, los diversos sentidos asignados a la enfermedad están siempre influenciados por factores como las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales, de manera que es necesario trascender la mirada biologicista de entenderla y abrirse a lo que ésta significa para los diferentes grupos sociales. Los wayuu abordan una clasificación de las enfermedades en comunes o naturales y sobrenaturales, en estas últimas se incluyen las enfermedades relacionadas con los espíritus o *yaluja*, y las clasifican según causas y síntomas (Paz *et al.*, 2010), además en los discursos recogidos en campo, los wayuu hacen alusión a las enfermedades de manera integral en tanto no sólo impacta la condición física, sino que también inhabilitan y dificultan la socialización y la vida en comunidad, pero además influyen en lo que será su paso a *jepirra*; vida-muerte y salud-enfermedad como procesos que marcan una relación de reciprocidad.

14. La infección suele darse en personas con relaciones extramaritales o por fuera de su etnia, lo que hace del VIH y sida, una enfermedad punitiva que mata y que por no tratarse de una muerte como las demás (envejecimiento, insuficiencia cardiaca, entre otras), pone en riesgo su acceso al sitio de encuentro de los espíritus: *Jepirra*. Coincidimos con Farmer (2002) cuando expresa que la construcción social del VIH y sida tiene relación o resulta de la manera como las personas estructuran, construyen conocimiento acerca de las enfermedades y sus causas, especialmente, cuando se trata de una enfermedad nueva, como es el caso del VIH y sida para los habitantes de estas comunidades indígenas.

15. El VIH y sida es vivido por los wayuu participantes como una amenaza que puede atacarles a través del contacto personal, de la picadura del zancudo o mosquito. El primero de los imaginarios imperó en la sociedad general cuando en la década de los 80 se empezó a hablar de la expansión del VIH y del sida como una realidad trágica que desencadenó pánico moral y estigma (Cueto, 2001), sin que con ello estemos dando cuenta de un evolucionismo unilineal, es importante anotar que muchos de aquellos primeros imaginarios siguen siendo vigentes en grupos humanos con limitado acceso a servicios de educación y salud. Además, las percepciones que tienen los wayuu frente al VIH y sida son equiparables a lo que décadas atrás sucedía con la tuberculosis y el cáncer (Martínez, 2008). Todas ellas enfermedades que devoran y terminan con la vida de las personas, y que presentan algunos síntomas similares como pérdida de peso, palidez y fiebres.

16. El desconocimiento sobre el VIH y sida, su transmisión y prevención, influyen sobre las formas de interactuar con personas infectadas o que podrían estarlo. Desde la mirada prejuiciosa que se construye por el desconocimiento y los valores relacionados con la sexualidad, la forma común de protegerse son las actitudes y comportamientos de estigma y discriminación, de ahí que la educación en contexto se reafirma aquí como la mejor arma para prevenir el VIH y sida y todo lo que de él deriva. Y cuando hablamos de contexto hacemos referencia a la importancia de comprender previamente las percepciones y representaciones sociales que los grupos humanos tienen frente a la enfermedad y en este caso no sólo son importantes las percepciones de los indígenas, sino también del personal de salud que les atiende e interviene en sus comunidades y quienes pueden tener un papel decisivo en los procesos de intervención que muchas veces pueden estar viciados con sus prejuicios y preconcepciones sobre la población y sobre las personas que viven con el VIH y el sida.

17. El VIH es aquí el resultado de las transformaciones sociales y culturales que enfrentan los wayuu, en lo que coincidimos con Durkheim citado por Martínez (2008), cuando se refiere a una desviación o pérdida del consenso social. Estas rupturas conllevan una serie de cambios en la cotidianidad de las comunidades wayuu y por ende en sus creencias y costumbres, además son atribuidas generalmente al encuentro e intercambio con el mundo *alijuna*, específicamente intercambios de tipo sexual de los hombres con las trabajadoras sexuales.

Al respecto, podemos nombrar que también ha sido importante como antecedente, la presencia de las personas extranjeras, pero también de otras regiones del país, que llegan a trabajar en grandes empresas y que permanecen en la región. Esta forma de desarrollo de la región conlleva cambios en las dinámicas socioculturales de los wayuu en tanto han emergido disputas por sus tierras para la explotación de recursos minerales y con ello cambios en su forma de vida (Mancuso, 2008). Hecho que por años ha afectado a unas comunidades más que a otras, pero aunque en este estudio no fue tema de indagación, pudimos acceder a algunas experiencias relacionadas con embarazos en majayuras por relaciones ocasionales con hombres extranjeros y otros de grupos armados legales o ilegales que van y vienen a la región. La presencia de extranjeros lleva también a que se

incremente el comercio sexual, al que acceden también los wayuu en calidad de clientes, cuando salen de sus rancherías.

18. A diferencia de la mayor parte de los informantes que afirma que el VIH y sida viene de lejos, uno de los participantes lo explica como una enfermedad que está en el propio cuerpo, lo que responde a la interpretación popular que dice que el cáncer está en todo ser humano, pero que este se desarrolla o permanece pasivo; interpretación que corresponde a la afirmación de autores como Dethlefsen y Dahlke (2014: 165) “la célula cancerosa no es, como por ejemplo los bacilos, los virus o las toxinas, algo que viene de fuera a atacar el organismo, sino que es una célula que hasta ahora realizaba su actividad al servicio de su órgano [...] Pero, de pronto la célula cambia de opinión y deja de identificarse con la comunidad”.

Lo anterior pone en evidencia la coexistencia de diferentes percepciones individuales, sin embargo, es el VIH como responsabilidad de los *alijunas*, la percepción que toma sentido como construcción colectiva para los wayuu como resultado de la interacción y la intersubjetividad, tal como pudimos apreciar en los testimonios.

19. Para los wayuu el VIH y sida es una *talechee* actual que no tenían los wayuu de antes, una enfermedad emergente a partir de la interacción con los no indígenas y con sus prácticas culturales y específicamente sexuales. A nuestra manera de ver, esto es coherente con la postura de Ordoñez *et al.* (2000) cuando dice que en las comunidades indígenas se observa menos frecuencia de casos reactivos para VIH y sida, y destaca que comunidades como Guane, Buteragua, Guahibos, Tukanos y Nukak no presentan ningún caso de seropositividad, lo que atribuye a que en ellas no se permite el ingreso de personas que no pertenecen a su grupo, ni se mezclan con no indígenas, hechos que según los autores pueden relacionarse con la baja incidencia de la infección en sus habitantes. Asunto que no sucede en el caso de pueblos indígenas migrantes.

20. Si bien las mujeres tienen un lugar importante en las comunidades wayuu, hasta el punto que en algunos estudios etnográficos llegó esto a confundirse con matriarcado, es importante reconocer que es población en la que el machismo permanece y se materializa durante el estudio, tanto en el trabajo de campo como en el proceso de análisis. Fue una

constante en los discursos de los participantes, la influencia del sistema sexo-género de dominación masculina, heterosexista y con importante tendencia homofóbica. Un sistema que desde la forma de organización social en la que son los hombres los que juegan un papel fundamental en el control social, tal como corresponde al tío materno y actualmente al padre como resultado de la transformación cultural. En este caso hemos visto que las mujeres especialmente en lo que respecta a su sexualidad, pasan a tener un lugar de subordinadas, por tanto, los hombres gozan de privilegios sociales que los reivindica en su masculinidad a partir de comportamientos sexuales que en el caso de las mujeres puede desencadenar abandono, indiferencia y rechazo por parte de sus familias y su comunidad. Los hombres se inician sexualmente con burras, las mujeres viven el encierro, tiempo durante el cual son instruidas para desempeñarse como mujeres al interior de un hogar y de una relación afectiva con una sola pareja, a diferencia de lo que ha sido la realidad de los hombres y su historia de poligamia.

Por otra parte, la frecuencia con la que se hace alusión a las mujeres trabajadoras sexuales como quienes transmiten el VIH es mayor en los hombres (véase cuadro 4.2.), en cuyos discursos el énfasis está puesto en las trabajadoras sexuales o las “mujeres sin juicio” como son nombradas en algunos testimonios. Igual son los hombres quienes más hablan de la infidelidad como un comportamiento masculino y que consideran de riesgo para la expansión del virus. Posturas que reflejan lo que sucede actualmente con los wayuu en relación con la movilidad que cada vez es más común entre ellos. Esto refleja contradicciones ideológicas internas en las comunidades y tendencia al cambio sociocultural.

Por su parte las mujeres ven a los hombres como primeros en la expansión del VIH y sida, atribuido a su comportamiento “desordenado” al momento de acceder a los lugares de sexo y pagar a las mujeres que trabajan en ellos. Estas expresiones de las mujeres empiezan a darse como parte de todo un cuestionamiento que hacen ahora a los privilegios masculinos.

En esta misma línea, las mujeres han delegado en los hombres la responsabilidad de la prevención mediante el uso del condón, entendiendo que como es el hombre quien lo usa, son ellos quienes deciden si usarlo o no, actitud que refuerza el hecho de que son ellos,

quienes tienen autoridad para decidir en materia sexual sobre las mujeres. Las decisiones sobre el autocuidado y por ende sobre aspectos importantes en la SSR de las mujeres, queda en manos del poder masculino. Sumado a ello está el que consideran que las mujeres que demanden el uso del condón a sus maridos, lo hacen porque tienen varias parejas sexuales, lo que antepone el velo del estigma hacia la mujer que ejerce el derecho a protegerse de ITS o embarazos no deseados. Prejuicio que motiva un sistema de valoración desigual para hombres y mujeres y de privilegio masculino (Pérez-Morente *et al.*, 2017).

21. Las percepciones que los wayuu tienen del VIH y sida, dan lugar a las acciones y reacciones que en este estudio constituyen las respuestas sociales, las que a su vez fortalecen las formas de percibir a las personas que viven con el VIH y sida, a quienes consideran sujetos en riesgo de infección y a la “enfermedad” misma, configurándose así un círculo vicioso que solo puede romperse a partir de adecuados procesos de diagnóstico, prevención y atención integral, siempre y cuando estos sean transversalizados por estrategias de educación en contexto, con perspectivas de género y derechos.

22. Las respuestas sociales identificadas aquí ponen en evidencia el miedo al VIH y sida, no sólo por lo que significa enfermarse, sino también por lo que podría significar antes y después de la muerte. El continuo entre vida y muerte en los wayuu, pone a la una en relación de dependencia con respecto a la otra. Vivir enfermo es una forma de muerte simbólica en tanto inhabilita e impide la interacción con el mundo, con los otros. El antes de la muerte real, implica enfrentar expresiones de violencia, discriminación, afección social y física, rechazo y aislamiento tanto de la familia como de la comunidad. El después, es decir la muerte por sida u otras enfermedades a las que se les atribuye alto contenido moral, puede ser para ellos un estado en que el encuentro con los ancestros se verá obstaculizado o interrumpido.

23. En la cotidianidad de las comunidades, las mujeres son consideradas figuras importantes en negociaciones, en zonas o momentos de conflicto entre familias, ellas a diferencia de los hombres, pueden desplazarse sin problema entre comunidades. Además son respetadas cuando ejercen roles de autoridad, liderazgo o poder curativo desde la medicina tradicional wayuu. Razón que sumada a la actitud pasiva cuando de su SSR se trata, las convierte en agentes fundamentales para pensar la intervención y prevención del

VIH y sida y otras ITS. Pues por otra parte las abuelas y las madres son clave en la transmisión de la cultura a las nuevas generaciones y la preparación de las mujeres para su vida adulta como amas de casa, esposas y madres, esto sin desconocer la influencia del sistema sexo-género dominante en que el poder está en los hombres.

24. Metodológicamente hablando, el trabajo con pueblos indígenas ya sea de investigación o intervención en salud, demanda posturas críticas, abiertas, no lineales que lleven a investigadores y profesionales a generar procesos basados en las comunidades y sus realidades socioculturales. No es posible implementar instrumentos o acciones que pudieron ser efectivas en contextos urbanos o rurales con poblaciones no indígenas. Riesgo que se minimiza cuando se configuran equipos de trabajo mixtos, es decir agentes externos trabajando de la mano con líderes indígenas e institucionales de la región en la que habitan los pueblos indígenas.

Además en el caso de los wayuu su primera lengua es el wayuunaiki, lo que amerita que el contacto con ellos se haga directamente en su lengua nativa, pues pese a que el 60% son bilingües, el inicio de toda relación es en wayuunaiki. Son los investigadores a quienes les corresponde adaptarse al contexto y no el contexto a ellos. De manera que el trabajo con guías bilingües ha sido fortaleza y recurso invaluable en el estudio, pues no sólo fueron traductores, sino mediadores en el proceso, permitiendo esto que potenciaran y legitimaran su liderazgo ante las comunidades e instituciones de salud, al tiempo que fueron informantes clave a través de los diarios de campo que llevaron a cabo durante las visitas de campo y de los conversatorios permanentes con los investigadores (Patiño-Londoño *et al.*, 2016).

25. La comunicación permanente con autoridades, profesores de centros rurales indígenas y con médicos tradicionales permitió que las visitas de campo y las acciones propias del estudio alcanzaran reconocimiento y aceptación por parte de las comunidades, esto asociado al lugar que tienen las figuras de autoridad para los wayuu en tanto son figuras que orientan y toman decisiones en beneficio colectivo.

Igual que las comunidades se acogen a los tiempos, decisiones y acciones propuestas por sus figuras de autoridad, las instituciones y los investigadores partieron de

la consulta previa y el acercamiento paulatino a los wayuu, teniendo como referente la autorización de tales figuras, lo que fue visto por ellos como una muestra de respeto por parte de los investigadores *alijunas*. Desde esta misma perspectiva se configuró bajo coordinación de profesionales de la salud, una comisión conformada por personal wayuu e integrantes de instituciones de salud indígenas, para la revisión de documentación escrita por los investigadores. Comisión, que si bien con su mirada, ha validado los aportes académicos y el análisis de datos de este y otros estudios, lo más importante es que ha aportado y ajustado expresiones y posturas planteadas sobre pueblo wayuu. Ha sido con su ayuda como hemos podido recurrir a algunas palabras en wayuunaiki procurando mantener un adecuado uso de las mismas, al igual que de la comprensión de su cultura.

26. Realizar una lectura previa del contexto wayuu, de las formas de relación entre integrantes de la comunidad, sus dinámicas de poder y sus principales prácticas culturales mediante las cuales se materializa su sistema de creencias y visión del mundo, fue fundamental para pensar en las formas de acceder a las personas, la formulación y diseño de los instrumentos para la recolección de la información, el tipo de lenguaje que debía utilizarse con ellos y por consiguiente el momento y la forma de abordarlos sin ir en contravía de su cotidianidad y formas de pensar y actuar frente a los diferentes temas trabajados.

En consecuencia, las entrevistas fueron realizadas respetando sus principios de comunicación según el sexo, pues los asuntos relacionados con su sexualidad solo los abordan hombres con hombres y mujeres con mujeres. Así los líderes o guías bilingües asumieron el encuentro interpersonal uno a uno con personas del mismo sexo; y los grupos focales y de discusión se hicieron solo de hombres con facilitadores hombres y lo mismo en el caso de las mujeres. De manera que los instrumentos iban siempre acompañados de protocolos de implementación para procurar cierta homologación en la recolección de la información entre los líderes o guías bilingües que asumieron esta tarea. Lo que igual que ventajas, trajo desventajas por no ser los mismos investigadores quienes guiaran los encuentros cara a cara para recoger la información.

27. En el caso de los wayuu, son principales riesgos para la expansión del virus, la movilidad fronteriza, el acceso a estilos de vida *alijuna*, la asimilación de prácticas



sexuales no indígenas y especialmente la interacción sexual con trabajadoras sexuales *alijunas*. En este orden de ideas, para los mayores, conservar sus tradiciones y prácticas culturales son considerados factores protectores por ser estas formas de mantener el vínculo entre familias wayuu y por tanto podrían reducir así la interacción e intercambio sexual con mujeres *alijunas*.

Por otro lado, no ser conscientes de la infección y del riesgo, reduce en los wayuu la posibilidad de iniciar tratamiento oportuno y tomar medidas para evitar la transmisión a otras personas. Esto igualmente influye sobre la búsqueda de diagnóstico oportuno o temprano. Aspecto que es coherente con los hallazgos de MacKellar *et al.* (2005) en su estudio sobre las percepciones de riesgo en jóvenes. Algunos de estos elementos pudimos conocerlos a partir del contacto con las personas que viven con el VIH y sida, que aunque son sólo cinco identificadas en el estudio, nos permitieron conocer sus dificultades para asumir el diagnóstico y cómo estas interfieren en la adherencia al tratamiento. Tanto en estas personas como en quiénes hipotéticamente pensaron en llegar a vivir con el virus, el silencio se convierte en una alternativa para sobrellevar la situación sin ponerse en evidencia antes sus familias y comunidades, este silencio ha sido planteado en otros estudios, entre ellos el realizado por Zavaleta *et al.* (2007) en la Amazonía Peruana.

28. Los elementos de carácter sexual y moral en las percepciones están vinculados directamente con la estigmatización del padecimiento, en tanto el VIH y sida es visto como el resultado de la irresponsabilidad personal y de los comportamientos inadecuados socialmente en que incurren los wayuu cuando están fuera de sus comunidades. Se vislumbra además que el estigma hacia quienes viven con el VIH está anclada a la estigmatización que han enfrentado las prácticas homosexuales, el trabajo sexual y la sexualidad en sí misma.

El contenido moral aparece también anclado al manejo emocional en las percepciones principalmente de las mujeres, quienes expresan tristeza, dolor, sufrimiento por las personas que viven con el VIH y sida, pero igual emerge el rechazo y luego la culpa por considerar a estas personas parte de la familia wayuu. Así se manifiesta en los indígenas participantes, la ambivalencia que los lleva a pasar de la aceptación y solidaridad, al rechazo y estigmatización por miedo a la infección.

29. Para concluir, las percepciones y las respuestas sociales hemos de entenderlas como construcciones sociales dinámicas, no estáticas, en constante transformación conforme todo proceso social y humano. Construcciones que van siempre en relación con los momentos y los espacios en los que se configuran las realidades culturalmente hablando; así, en futuros estudios podríamos encontrar percepciones y respuestas que pueden parecer vigentes, pero en su mayoría se actualizarían a partir de las nuevas formas de interacción de los wayuu con el mundo *alijuna* y con las nuevas generaciones wayuu que vienen teniendo mayor acceso a centros educativos dentro y fuera de las comunidades.

Por otra parte en lo que a salud respecta y específicamente al VIH y sida, las percepciones y respuestas sociales podrán actualizarse y transformarse a partir de las acciones educativas que los proyectos, programas y servicios de las instituciones de salud hayan implementado y planean desarrollar dentro y fuera de las comunidades bajo la perspectiva de las metas del milenio y de las nuevas políticas para poner fin a la epidemia a 2030 (Naciones Unidas, 2016).

30. Pensar los procesos educativos implica partir de elementos tales como: el desconocimiento de los wayuu sobre el VIH y sida y sus formas de transmisión, los prejuicios en relación con la estructura dominante de poder masculino, los cuestionamientos que hacen las mujeres a los privilegios de los hombres en su sociedad, y las expresiones de transformación cultural como el reconocimiento del condón como alternativa para la prevención en los jóvenes. Elementos que es importante convertir en oportunidades para la alfabetización en salud desde las perspectivas de género y derechos. En toda intervención es tan importante la comprensión de las percepciones de los actores, como la oportunidad que los contextos ofrecen.

## **LIMITACIONES**

1. El deficiente interés de las organizaciones gubernamentales nacionales e internacionales en estudios sobre VIH y sida en pueblos indígenas, conlleva falta de recursos financieros para desarrollar proyectos en esta línea. Si bien se reconoce que ya se tienen casos seropositivos en algunas comunidades, aún no son vistos como uno de los grupos de riesgo o población clave para la intervención específica. Por otra parte, las

condiciones de inequidad y pobreza que les caracteriza hace que desde la lente de los gobernantes, las prioridades para la intervención estén en el orden de la satisfacción de necesidades básicas (agua, educación, servicios de salud, nutrición). Lente que es compartida por las mismas autoridades tradicionales y las comunidades, hasta el punto de responder a los llamados para las acciones de este y otros estudios, bajo la expectativa de lo que recibirían ya fuera en medicamentos, alimentos o agua.

2. Proyectos de este tipo requieren altas cifras para su financiación acordes con la necesidad de continuidad de los procesos, pues el desplazamiento a las comunidades que además están ubicadas en sectores rurales de difícil acceso por falta de infraestructura vial, ya es uno de los rubros más exigentes, a lo que se suma el desplazamiento de los investigadores desde Medellín hasta la lejana región guajira. Por otro lado la complejidad de la intervención requiere la participación de equipos interdisciplinarios para responder adecuadamente y en contexto a las necesidades de las comunidades. El equipo requiere personal en salud y ciencias sociales, además de guías bilingües previamente capacitados para el trabajo comunitario con fines investigativos y de intervención según el caso.

Adicional a lo anterior, el contacto previo con autoridades tradicionales y líderes wayuu, demandan un sinnúmero de visitas a la región, lo que puede llevar meses antes de acceder al campo para implementar las acciones, pues la lectura de contexto y la generación de un clima de empatía con los líderes es clave para el éxito de este tipo de estudios. Todo esto incrementa significativamente los costos de los estudios relacionados.

3. El desconocimiento de la lengua nativa por parte de los investigadores, ha sido un factor en contra que ha sido necesario superar con el compromiso y tiempo de trabajo previo con líderes y guías bilingües para su preparación para el trabajo en el terreno. Lo que es un factor positivo para la generación de capacidad instalada en las comunidades, pero que demanda recursos en tiempo y dinero para lograrlo. Por otra parte, la calidad de las entrevistas y los grupos focales estuvo sujeta a la capacidad del guía bilingüe para profundizar en las preguntas y trascender el protocolo de aplicación de los instrumentos (Castro *et al.*, 2013). Durante el análisis se identificaron puntos importantes que los investigadores habrían podido profundizar si tuviera el manejo conversacional del wayuunaiki. Lo anterior se dificulta cuando ciertos temas como la sexualidad entre otros

que están para ellos en el orden de lo íntimo, solo son abordados en su propia lengua a pesar del alto porcentaje de bilingüismo en las comunidades. Esta ha sido una de las principales razones para que no se pudo indagar sobre algunos aspectos que ya enfrentados al análisis, fueron dejando vacíos y sensación de insatisfacción por no poder disfrutar de otras fuentes complementarias y esenciales al momento de dar sentido a los datos existentes.

4. La alta movilidad que caracteriza a los wayuu fue un factor importante a tener en cuenta, pues muchas veces las mismas autoridades pasan largas temporadas por fuera de la comunidad y muchas veces al otro lado de la frontera colombiana, lo que postergaba el acceso a las comunidades en tanto solo era posible obtener su respuesta para la implementación de las actividades, tras la convocatoria directa por parte de la autoridad. Sin embargo pudo ejecutarse en un 100% aunque esto tomara mayor tiempo del esperado y además fueron necesarios constantes cambios en las agendas de trabajo.

Esta movilidad también obstaculizó el acceso a algunos participantes, pues no siempre era posible encontrarlos en sus comunidades y el tiempo de permanencia por fuera depende de las oportunidades laborales. Entre ellos contamos a algunas de las personas que viven con VIH y sida, pues por lo general están domiciliados fuera de sus comunidades o van y vienen frecuentemente.

5. La falta de datos epidemiológicos y sociodemográficos de los wayuu y demás pueblos indígenas a nivel nacional; lo que demandaba partir de censos realizados directamente por los investigadores para poder acceder a los informantes, igual con respecto a la falta de información sobre prevalencia e incidencia del VIH y sida, sin ellos se hace imposible realizar análisis comparativos relacionados e identificar los índices de mortalidad por sida en población indígena, pues muchas veces han carecido de diagnósticos previos y la forma de muerte de las personas puede ser especulaciones dadas desde el estigma que rodea este fenómeno tan desconocido para la población.

6. Las comunidades wayuu a diferencia de otros grupos indígenas del país, no cuenta con el nivel organizativo y la capacidad política que potencie el empoderamiento y por tanto la presencia de líderes capacitados específicamente en temas de salud, al igual los

médicos tradicionales no tienen un lugar de liderazgo reconocido para ser interlocutores en salud, por consiguiente todo proceso está sujeto concretamente a las comunicaciones con la autoridad tradicional y las instituciones de salud que les atiende.

7. La estructura y dinámica social y política de La Guajira, marcada por la politiquería y la corrupción; estructura en la que el poder está concentrado en unos cuantos grupos, partidos políticos y familias que hacen que el liderazgo y el empoderamiento de la población se vea limitado, mucho más en el caso de los indígenas y más aún si son homosexuales o mujeres. Es una región rica en recursos naturales, pero donde la pobreza es la primera cara ante la precariedad y las necesidades básicas insatisfechas, el agua que es escasa, ya es un objeto de comercio entre algunos actores de la región. Dicho así, la atención a los procesos de salud y a la intención educativa de los proyectos, se ha visto igualmente limitada pese al apoyo de unos cuantos funcionarios que poco podían hacer sin el aval de los poderes políticos y gubernamentales.

8. Las difíciles condiciones de trabajo por factores mencionados en otros apartes del escrito, hicieron que no fuera posible contar con los profesionales necesarios para conformar un equipo interdisciplinario de trabajo. Ya fuera el perfil o la disposición para estar en esta lejana y desértica región, en la que pueden pasar días y semanas sin agua en los hogares, evitaron la vinculación de personal.

9. Es limitado el desarrollo académico de la región, la universidad allí está inmersa en el sistema político y cuenta igual con limitados recursos para trabajar. Así que tampoco fue posible encontrar allí el interés para trabajar mano a mano con los investigadores de la Universidad de Antioquia, cuya intención principal era contar con interlocutores académicos de la región de los wayuu y contribuir a la superación del escaso desarrollo investigativo.

10. La inexperiencia y falta de conocimientos en el enfoque de género fue una limitación importante en los investigadores al momento de abordar, leer y analizar los datos obtenidos durante el trabajo de campo. Por lo que un proceso de análisis desde esta mirada se convierte en un reto importante para los investigadores.

## CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO

1. A nivel académico este estudio y los otros desarrollados por los investigadores de la Universidad de Antioquia con los wayuu han aportado información epidemiológica y de análisis cualitativo desde el paradigma de la investigación social, que ha permitido la consolidación de la única línea y equipo de trabajo que en Colombia viene trabajando sobre el VIH y sida en pueblos indígenas. Estos avances han favorecido la consecución de fuentes de financiación para dar continuidad a los mismos, además de importantes alianzas interinstitucionales e interuniversitarias para avanzar en los proyectos.

2. La formación de líderes indígenas en la región, conocidos también como guías bilingües, los ha posicionado como referentes educativos sobre SSR, específicamente en diagnóstico, atención y prevención del VIH y sida y otras ITS. Muchos de ellos están vinculados a programas, proyectos y servicios que ofrecen las instituciones de salud indígenas de La Guajira; además de servir de apoyo para el seguimiento comunitario de las personas que viven con VIH y sida, identificadas en el proyecto macro, buscando posibilitar el acceso a los programas de atención integral y la garantía de sus derechos en salud.

3. Las publicaciones relacionadas abren hoy un panorama importante para futuros estudios y para la planeación de acciones de intervención en pueblos indígenas, las cuales sirven hoy de referente para abrir el espectro de la investigación en el campo. Este estudio se constituye ahora en un punto de partida para la visibilización del riesgo de expansión del VIH y sida en indígenas y por qué no, para la generación de políticas de salud inclusivas y coherentes con la realidad de los grupos étnicos que muchas veces pasan desapercibidos en el sistema de salud o por el contrario son nombrados de manera general desde el enfoque de derechos, pero desconociendo sus particularidades y formas de vivir esta y otras patologías.

4. La experiencia investigativa alcanzada en este estudio ha permitido la protocolización de la implementación de las acciones, avance que podrá facilitar el desarrollo de proyectos similares tanto en pueblos indígenas como en otros grupos étnicos y rurales. Pues en esta experiencia el énfasis en la forma de acceder a comunidades y a la

información misma, está puesta en la contextualización de los procesos y en la importancia de realizar análisis previos de las realidades socioculturales que caracterizan a las poblaciones.

5. El acercamiento a las percepciones y respuestas sociales frente al VIH y sida en los wayuu podrá contribuir en la formulación de propuestas de intervención que involucren a las mujeres de manera significativa y que además le apuesten a la reducción del estigma y discriminación que se constituye en la principal respuesta social identificada.

## **SUGERENCIAS Y FUTUROS DESARROLLOS**

1. Dar continuidad a este tipo de estudios es un imperativo en tanto, por una parte las percepciones y respuestas sociales son dinámicas y están sujetas a transformaciones conforme avanzan los cambios socioculturales en las comunidades indígenas, por otra parte, es la posibilidad de adelantar en procesos de análisis comparativos con otros pueblos indígenas que no han sido estudiados hasta el momento en lo que al VIH y sida se refiere.

2. Avanzar en la publicación de resultados y nuevos análisis sobre el tema teniendo en cuenta que no hay hasta el momento otros estudios similares con este y otros pueblos indígenas en el país. Las aproximaciones alcanzadas por Betancourt y Pinilla (2011) son referente que invita a la profundización en este tipo de estudios, pero no han trabajado con los wayuu específicamente. Análisis como estos deberán darse a conocer en escenarios académicos y de discusión de políticas en salud indígena.

3. Mantener las alianzas interinstitucionales para procurar perspectivas amplias e interdisciplinarias de temas tan complejos como el VIH y sida. Solo así podremos procurar coherencia entre los discursos académicos, institucionales y comunitarios.

4. Realizar estudios con enfoque de género que permitan la aproximación a la sexualidad indígena para poder pensar una SSR en contexto y avanzar en la comprensión del VIH y sida y otras ITS en el marco de sus construcciones sociales sobre el cuerpo y la sexualidad, referente clave para comprender los comportamientos de riesgo y por ende las formas de prevención.

5. Realizar lecturas de percepciones y respuestas sociales del VIH y sida desde la perspectiva de las personas indígenas que viven con el VIH y el sida, implementando metodologías basadas en historias de vida. Estas podrían nutrir significativamente la comprensión del fenómeno y su riesgo de expansión en las comunidades, así como la frecuencia de diagnósticos tardíos, los problemas de adherencia al tratamiento y el alto riesgo de mortalidad por sida en indígenas seropositivos.

6. Ampliar la perspectiva del análisis de las respuestas sociales frente al VIH y sida, pues en este estudio se abordó el componente de los indígenas desde su discurso, quedando sin analizar los componentes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que igual hacen parte de las respuestas sociales. Análisis que deberá estudiarse buscando identificar la coherencia entre las acciones y las políticas nacionales e internacionales para la abolición del VIH y sida a 2030.



## **SUMMARY RESULTS**

Here we summarize the main results of the study of the perceptions and sociocultural responses to the VIH and AIDS both as an infectious agent and as a new disease that we found among the Wayuu. Some of these materials are being considered by international journals for its publication.

### **SOCIAL PERCEPTION OF HIV/AIDS IN AN INDIGENOUS POPULATION IN COLOMBIA**

HIV/AIDS research among Indigenous peoples has substantially increased in a number of countries (Bowden, 2005; Negin *et al.*, 2015; Zambrano *et al.*, 2013). However, in most Latin American countries the lack of an ethnicity identifier makes it difficult to obtain reliable incidence and prevalence figures of HIV/AIDS among Indigenous peoples (Ponce *et al.*, 2016). In Colombia, between 1983 and 2013 there were 94,000 new identified cases of HIV. In 2013 alone there were 8,200 new cases, 72% of which were males (MSPS, 2013). The epidemic in Colombia is concentrated among high risk men who have sex with men, although the numbers among women are increasing. The national prevalence in 2012 was of 0.5% of the population aged between 15 and 49 years old (UNAIDS, 2013). Despite Indigenous peoples in Colombia representing 3.5% of the total population, distributed among 87 Indigenous ethnic groups, the HIV incidence or prevalence rates among Indigenous peoples are unknown (Quiroz, 2010). To date, there have only been two studies in Colombia with two distinct Indigenous groups, the Embera Chamí and the Wayuu (Rojas, 2015; Zambrano *et al.*, 2013). Mortality associated with HIV/AIDS has been mostly related to late diagnoses, barriers to access to care, and lack of awareness of HIV/AIDS among community members. The studies showed a prevalence of 1% in 2011 among the Embera Chamí of Cristianía (Antioquia), and of 0.6% in 2012 among the Wayuu population of Maicao (La Guajira) (Rojas, 2015; Zambrano *et al.*, 2013). These studies have suggested an increase of HIV/AIDS cases since the year 2000. Consequently, it is important to understand the perceptions, knowledge and attitudes related to HIV/AIDS

among Indigenous peoples in Colombia, to implement socio-culturally relevant prevention and treatment initiatives.

Studies have suggested that risk factors for STIs, including HIV/AIDS, specifically among Indigenous communities are associated to inequities in social conditions, geographic location that hinder access, border locations with neighbouring countries, and rural areas with limited public health and education infrastructure (Negin *et al.*, 2015) Quintal López and Vera Gamboa (2015) state that health and illness are conditioned by poverty, marginalization, difficult access to health care and education, and in the case of Indigenous peoples also by racism. The evidence suggests that the health of Indigenous communities has been negatively impacted by colonization and acculturation (Chagnon, 2006). Despite national policies and programs to protect the rights of Indigenous peoples in Colombia, the reality is that they are a minority population immersed in poverty, and with difficulties to access education and health. The Wayuu are no exception.

The Wayuu are the largest Indigenous group in Colombia, representing almost 19.5% of the Indigenous population in the country. They live in La Guajira, a peninsula located in the northeast of Colombia, bordering the northwest of Venezuela and the coast of the Caribbean. The border location between two countries makes mobility across borders very common. Although there is constant mobility (Pérez, 2004) due to commerce and job opportunities, the Wayuu maintain their roots with their communities of origin. According to the 2005 Colombian census, there were 270,500 Wayuu (18,200 families) living in rural communities in La Guajira (DANE, 2007).

Despite a process of acculturation, the Wayuu maintain numerous cultural characteristics, such as traditional clothing, language, and rituals of passage and death. People living in the communities speak Wayunnaiki, and a high percentage is bilingual (also speaking Spanish) (Polo Figueroa & Ojeda Jayariyu, 2015). In the Wayuu territory there is a significant influence of non-Indigenous people (*alijunas*) mostly Colombians, but also foreigners drawn to the area because of jobs in the coal and gas industries, border smuggling, and legal and illegal armed groups. (Orsini, 2007).

The majority of the Wayuu live in small rural villages and hamlets spread across La Guajira. Housing conditions vary little across and within communities. The main building style is a wood frame plastered with mud, and less commonly constructions of concrete blocks and cement. A majority of the villages lack running water and electricity, although some households have generators. Access to clean water is a major concern in most Wayuu communities. The size of the villages and hamlets vary. However, all have traditional authorities that can be a man or a woman. Each community has several family units, and aside from the residences they also have collective corrals, vegetable gardens, and cemetery. They may also share windmills for water and small water reservoirs for animals and plants (ODPP, 2013).

Among the main sources of income is the production and selling of hand-woven hammocks or bags. Livestock (mostly goats) is of central importance, and the amount and type of livestock owned serve as an indication of a family's wealth (Boily-Larouche, *et al.*, 2013). Other informal sources of income are for instance the sale of gasoline obtained in Venezuela. Furthermore, there are people working across the border in Venezuela, and families with households in both Colombia and Venezuela who travel back and forth. Agriculture is limited, because the dry-land landscape of the region and the scarcity of water restrict its practice.

In relation to family lines, the Wayuu are matrilineal in assigning the name and membership to a clan. For instance, Apushaina, Epiayu, Uriana, Ipuana, are some of the 28 to 30 clan names that exist among the Wayuu. More so in the past than now, the clans were associated with socioeconomic status of families or groups (Simons, 1885). Presently, poverty is more generalized and differences between clans are not as apparent as before. Marriage is a form of external social and political alliance, consequently it is considered positive that people marry among those with dissimilar ascendants. Over time, marriages with *alijunas* (non-indigenous) have become more common.

Previous studies on how HIV/AIDS is perceived have, for the most part, focused on the purpose of prevention initiatives for specific population groups and in relation to risk perception (Li *et al.*, 2004; MacKellar *et al.*, 2005; Ramos *et al.*, 2009). There have been a number of studies from Brazil, Chile and Mexico on perceptions, understood as cultural

notions and social representations (Lozano González *et al.*, 2008; Torres López *et al.*, 2010). These have focused especially on adolescents and university youth. We have not identified studies related to Indigenous peoples and their views about HIV/AIDS. Authors such as Betancourt y Pinilla (2011); Núñez Noriega (2011); Zavaleta *et al.* (2007), have called for studies with an anthropological focus to gain a better understanding of the sociocultural and gender contexts of Indigenous peoples to design culturally appropriate initiatives. The present study sought to understand how the Wayuu perceive HIV/AIDS in relation to their sociocultural characteristics, and their social responses to the disease.

## 1. METHODOLOGY

The study was part of a larger research and intervention project implemented in partnership by several organizations. The two main partners were the Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia, and Empresa Promotora de Salud Indígena Anas Wayuu, La Guajira, Colombia. The initiative combined a series of quantitative and qualitative methodologies to achieve an epidemiological and social epidemiological understanding of the HIV/AIDS situation among the Wayuu population in the region, and to design and implement HIV prevention programs. The study received ethical approval from the Research Ethics Board of Universidad de Antioquia and from a Wayuu committee that included Wayuu traditional authorities representing Anas Wayuu and eight other Wayuu organizations.

Field work took place between 2012 and 2015 in 55 Wayuu communities of the Maicao region of La Guajira. The data sources were 9 focus groups, 29 semi-structured interviews, and field notes. The focus groups and interviews were conducted in Spanish and/or in Wayuunaiki. In the latter situation, they were conducted with bilingual guides as interpreters. The audiotapes were then reviewed by a Wayuu teacher and translator to verify (and rectify when necessary) the quality of the translations. The audiotapes were transcribed verbatim.

Seven Wayuu leaders that are bilingual guides in Indigenous health organizations received training in research methodology and worked as research assistants with the main researchers (Castro *et al.*, 2013). They assisted in all stages of the interview and focus

group process. Study participants were recruited by convenience sampling from the 55 Wayuu communities that were part of the study. Consent for the interviews and focus groups were provided at two levels. Firstly, community consent via traditional authorities of each village, and then individual consent from each study participant.

86 individuals participated in the study, all older than 16 years of age (56% female and 44% male). 57 of these individuals took part in the 9 focus groups. 29 were interviewed individually face to face. The inclusion criteria were to be: over 15 years of age; a resident of a Wayuu community; and sexually active currently or in the past. The average age was 43.5, ranging from 16 to 64 years of age. All were fluent in Wayuunaiki and 60% were also fluent in Spanish. In terms of occupation, 16 were teachers and the remaining from various occupations such as craft person, shepherd, agriculture worker, and homemaker. The field notes consisted of journals written by 20 Wayuu and non-Wayuu research assistants and main researchers.

The sample achieved saturation. The study used a qualitative inductive paradigm, from the perspective of social constructionism as a way of understanding the perceptions of HIV/AIDS by Wayuu people. The data was analyzed using NVivo 10 by identifying emerging codes using codification theory as formulated by Strauss and Corbin (Strauss & Corbin, 2002).

## 2. FINDINGS

The findings suggested four main themes: HIV/AIDS as “the illness”; Disease that is not of earth or wind; Dangerous, incurable and mortal disease; and *Talechee alijuna*: a “gift” from the non-Indigenous.

### 2.1. HIV/AIDS: “the illness”

All study participants talked about HIV and AIDS as if they were synonymous, and they considered both to be bad illnesses, incurable, and deadly:

*[...] it is the same, they are bad (Interview, craft person, female, age 47. Pushaina Clan. 2012)*

*They are the same, because they are transmitted by blood or sexual relations...* (Interview, craft person, female, age 29. Uriana Clan. 2012)

*Same as HIV, AIDS is an illness that kills the person* (Interview, homemaker, female, age 26. Pushaina Clan. 2012)

*In our language the Word HIV mmm, but it is the same for us HIV and AIDS, as some alijunas say it is the virus but we don't know how they call the virus, for us it's the same.* (Focus group, traditional authority and teacher, male, age 47. Ipuana Clan. 2013)

When talking about HIV and AIDS study participants referred to them as “the illness” and used the Wayuunaike term *talechee*, a word that is used to denote adverse conditions that have the same result: the loss of “well-being” (*anaa*). *Anaa* is what the Wayuu consider as health. The Wayuu refer to *talechee* as both the cause and the particularity of a symptom and an illness. It alludes directly to the presence of pain and discomfort in the body. Some of the quotes that follow exemplify this:

*Disease for me is when one has a headache, back pain or general discomfort caused by a “virosis” that the wind brings, an evil spirit because the disease does not come from nothing.* (Focus group, community leader, female, age 23. Uriana Clan. 2013)

*Disease for the Wayuu is when we have the flu, measles or when possessed by an evil spirit. That brings lots of sadness because you cannot continue your normal life and you must lie down because you have no strength.* (Interview, teacher, male, age 54. Jayariyü Clan. 2012)

These narrations suggest that the relationship between health and illness is seen from a perspective that integrates natural, cultural, spiritual and environmental aspects. The discourse includes a mix of biomedical elements such as a “general discomfort caused by a ‘virosis’”, and aspects associated with cultural beliefs such as “the wind and the rains” that bring disease. As well, they suggest a notion of health that transcends the absence of disease:

*I believe that health is being well, to not have something, to not have problems, to not have disputes with anybody, having good relations with others, without discrimination...being kind to others. (Interview, shepherd, male, age 40. Jayariyü Clan. 2013)*

*Health is being well, being calm even if one is hungry, the important thing is to be well, without problems, without having a disease in our body. (Interview, traditional authority and shepherd, male, age 64. Uriana Clan. 2012)*

Disease appears to be considered a series of symptoms that are felt in the body, that hinder community life and that put well-being (*anaa*) at risk.

## **2.2. Disease that is not of earth or wind**

When asked about HIV/AIDS and how it is transmitted, responses varied suggesting lack of clear understanding. Many interviewees kept silent, maybe not wishing to acknowledge that this was something new to them. Several named it as new disease, saying that it did not exist before and that it was external to their disease classification system.

*I haven't heard anything about this, how this disease is, I don't know what happens to a Wayuu when they have it or what shape it takes on the body or inside, and if it is the man. (Interview, shepherd, male, age 65. Pushaina Clan. 2012)*

*When he finds out that he has the disease he feels shame and says he has another type of illness so as not to be embarrassed, they know that the disease attacks people that are not clean. (Focus group, traditional authority and teacher, male, age 47. Ipuana Clan. 2012)*

*One person says that HIV/AIDS is like an abscess on the skin and others say that they don't know what HIV/AIDS is, they said they wanted to learn everything about this infection or disease. (Field notes, Wayuu leader and bilingual guide, male, age 28. 2013)*

*[Against that disease] we have no remedy, even if we look for the plant it is not a remedy, like the ones before for which we have a plant, because this is*

*a disease that came not long ago, it is not old.* (Focus group, homemaker, female, age 58, Sapuana Clan. 2013)

The expressions used by interviewees suggest that they consider HIV/AIDS as a *talechee* that has not been among them a long time, and consequently transcends or escapes the possibility of comprehension within the framework of their cultural system. It is characterized as being a novelty and unknown, and that they have no “remedy” for it and that it “came not long ago”. Consequently, the symptoms are not clear and the criteria of a disease brought by land, rain and wind do not apply, and neither do supernatural criteria. The lack of knowledge emerges in the discourse, not only when they mention not knowing much about it, but also when identifying the imaginary about the transmission of the virus. Frequently, it was related to what little they had heard about the topic:

*Disease that people have said that is transmitted by greeting or talking with a person ... It is a disease that is transmitted through clothing, I believe, that is what I have heard from people* (Interview, Craft person, female, age 65. Jayariyü Clan. 2012)

*I have not heard about it, I only know that it is among the alijuna and that it is transmitted in bathrooms, that is what I hear.* (Interview, homemaker, female, age 56. Sapuana Clan. 2012)

It is talked about as being “transmitted through clothing” or “in bathrooms”, and was compared to measles because it is a transmissible disease related to physical contact. These expressions suggest fear of infection and of being close to someone that is HIV positive.

### **2.3. Dangerous, incurable and mortal disease**

Study participants perceived HIV/AIDS as a disease that puts not only their lives at risk but also their path to *Jepirra*. *Jepirra* is the place where the Wayuu believe they go when they die, and the passage to *Jepirra* depends on the form and type of death:



*Yes, I've heard that it is a disease of great fear that has killed many people and has no cure. (Interview, student, female, age 16 años. Epieyu Cclan. 2013)*

*They commented that HIV is a non-curable disease [...] that it is a disease that can last even 10 years, basically a wasted life. (Fieldnotes, health leader and bilingual guide, male, age 28 años de edad. 2013)*

*Death is the second life, it is rest in Jepirra. Jepirra is like Paradise where the souls rest [...] it depends on the kind of death [...] the person who dies from bullets has a different place, the one that dies hanged has another place and from natural disease is the one that is in Jepirra because it was his/her day. The others do not enter in Jepirra. So those that die of HIV cannot go to a Jepirra because it was not a natural death that is why we the Wayuu think it is a mad disease. (Interview, health leader and bilingual guide, female, age 26. Epieyu Clan. 2014)*

The qualifiers of dangerous, incurable and mortal show a direct relation between the disease (*talechee*) and fear because it not only means confronting an unknown disease charged with imaginaries and stigma, but also because of what it means to die of it risking the passage to *Jepirra*. It is not the same to die of a disease that can be explained by the Wayuu disease classification system, than to die of a “strange”, “unknown” disease associated with behaviours “morally reprehensible” from a social perspective.

*The fear of this disease is because one will not have the same life and will be signaled out by the community. Also if a person dies of HIV it's possible that they not be provided with the same ritual than a person that dies a natural death, that they bath them, dress them and cry [...] if a person dies from AIDS or another similar disease almost nobody will want to bath him, touch, they would prefer to hire an alijuna for that. So according to the culture they may lose the right because they do not leave clean and purified. (Interview, health leader and bilingual guide, age 26. Epieyu Clan. 2014)*

Within the Wayuu belief system, life and death are a continuum where one determines the other. A lifestyle that is consistent with the principles of coexistence and of

well-being (*anaa*) open the passage to *jepirra*. Consequently, HIV/AIDS becomes a *talechee* with high moral and emotional implications that creates and sustains fear.

#### 2.4. *Talechee alijuna*: a “gift” from the non-Indigenous

For some study participants, HIV/AIDS is part of natural or common disease that can be caused by thorns, worms or contamination. However, for most it is considered an *alijuna* disease, not Wayuu, and that comes from far away. Consequently, the non-Indigenous are considered responsible for its transmission. Foreign *alijunas* and sex workers are in general perceived as the main threat for the expansion of this *talechee*:

*Oh for me the disease comes from far away and it was brought by alijunas... (Interview, homemaker, female, age 60. Epieyu Clan. 2013)*

*I mean that the alijunas were the ones that brought [the disease], but over there in Maracaibo there is plenty. (Focus group, traditional authority, male, age 56. Pushaina Clan. 2013)*

*If one is infected with this disease, where does it come from? It comes from there far away from there where the gringos are that have brought this disease here[...] I tell my children that they have to be careful with this disease and even husbands because we don't know with how many women they are with over there. (Interview, homemaker, female, age 60. Epieyu Clan. 2013)*

*When I hear about this disease, I think how bad it is and I know that it is a disease that comes from far away, it is not a Wayuu disease and was brought here and it goes to people that do not take care of themselves and when they have relations with women that are not judicious. (Interview, homemaker and traditional authority, female, age 52. Pushaina Clan. 2012)*

Locating HIV/AIDS as an *alijuna* disease offers the possibility of finding an explanation of something that has not been part of their world. Furthermore, it can be a way of delegating responsibility for its transmission as well as treatment, possibly as result of impotence in relation to something that is unknown. This form of perceiving HIV/AIDS is consistent with the idea that the *alijuna* brings the disease and as such is who knows about it and can provide treatment. Consequently, it has become one of the diseases that

motivate the Wayuu to go for Western medicine consultation, because it is the *alijuna* doctor who can provide the treatment and the orientation to work with those in the communities that are HIV positive. The tendency to seek *alijuna* medicine for HIV/AIDS is a response re-enforced by the *outsü* (traditional healer) who considers that traditional Indigenous medicine is not competent to treat this disease.

*There is no traditional medicine because the Wayuu do not know about it, because if it were a Wayuu illness the Wayuu would have a cure.* (Focus group, traditional authority and bilingual guide, male, age. Ipuana clan. 2013)

*I don't say anything [...] or I look for an alijuna that knows about the subject, because they are the ones that know, because they study that issue and that disease and what it is.* (Interview, craftperson and homemaker, female, age 28. Epieyu clan. 2012)

*[If my wife gets infected ...] I would take her to the alijunas to ask them with what to cure the disease or to a Wayuu.* (Interview, male, shepherd. Pushaina clan. 2012)

### 3. DISCUSSION

Research that have studied perceptions of HIV/AIDS have done so in relation to specific population groups such as migrant youth (Eguiluz-Cárdenas *et al.*, 2013), women (Ramos *et al.*, 2009), Roma from Spain (Otegui, 2006), and HIV positive individuals (Nyamathi *et al.*, 2010), among others. Nonetheless, there has been little progress on this in relation to Indigenous peoples in general, and none specifically in relation to the Wayuu. The present article provides some elements for the formulation and implementation of intervention prevention and holistic care HIV/AIDS programs, not only for the Wayuu but for other Indigenous communities with similar cultural characteristics and practices. Recent studies from our research group showed that among the Wayuu 83% of those surveyed in 2012 believed that HIV was transmitted by using public bathrooms, and 79% thought or were unsure that it could be transmitted by mosquito bites. (Rojas, 2015; UdeA, 2014). This suggests the importance of designing culturally relevant educational and prevention initiatives. Consequently, understanding the perceptions of HIV/AIDS of specific population groups is of crucial importance.

The Wayuu identify HIV/AIDS as “the illness”, and consider that it is incurable, fatal, transmitted from *alijunas* (non Wayuu), and beyond their understanding. Aspects of these notions are similar to how the general population perceived HIV/AIDS in earlier years of the epidemic. As Otegui (2006) states, the perceptions and ways of naming HIV/AIDS “articulate knowledges, representations and practices that allow individuals and social groups to confront and deal with suffering.” Identifying it as “the illness” conveys notions of HIV/AIDS as a non-Wayuu disease, associated with fear of infection and death due to personal interactions and sexual relations with *alijunas* from distant places.

Poverty, inequity and marginalization of Indigenous communities, as well as ongoing acculturation of Indigenous peoples have made them more vulnerable to epidemics (CRIC, 2004; Díaz *et al.*, 2005). HIV/AIDS became something new, current, and dangerous for the well-being the Wayuu consider to be health. Consequently, the notion of HIV/AIDS as an *alijuna* disease is understandable because it came from non-Indigenous people, jointly with social and cultural transformations that are a continuation of new forms of colonization.

Twenty years after the arrival of HIV/AIDS in Colombia, Indigenous people in the country are potentially highly vulnerable to the epidemic. HIV/AIDS has generated fears and imaginaries which heightened by the lack of knowledge about ways of transmission, have fostered attitudes of stigmatization and discrimination (Uribe-Rodríguez, 2005) within Indigenous communities. Different populations refer to HIV/AIDS with terms that help them understand and assimilate that which is new, unknown and fearsome. For instance, Otegui (2006) discusses how Roma communities in Spain use the word “bug” to refer to HIV, a term that makes an intangible virus tangible. In the case of the Wayuu, they use the term “illness” to refer to something that puts their well-being at risk. It appears to be a generalizing view of HIV/AIDS because it departs from their traditional classification of disease. The meanings that communities give to diseases are influenced by factors such as social inequality, power structures, and cultural models (Martínez, 2008). Consequently, it is necessary to transcend the biological view and understand the meanings ascribed by different social groups. The Wayuu classify diseases as common or natural, and supernatural. Among the latter are those related to the spirits (*yaluja*), and they classify them according to causes and symptoms (Paz *et al.*, 2010). Our study also found that the

Wayuu consider diseases holistically, insomuch that they not only have an impact on the body, but also on community life and the passage to *jepirra*. As such, life-death, health-illness, are processes of reciprocal relationships.

Among the Wayuu, the term “illness” has gained meaning of high moral content (Sontag (1996), to the point that friends and family avoid contact with those infected. It is as if having contact with the person is some form of infraction or violation of a taboo. Similarly, naming it would also be a taboo violation. This seems to be particularly the case with HIV/AIDS because it is a novel and unknown disease that is directly linked to death and with sexual practices that are “out of the ordinary” and that are considered wrong. This coincides with Farmer’s (2002) view of how people construct their understanding of HIV/AIDS, especially as a new disease. Among the Wayuu, the fact that HIV/AIDS may result from extra-marital sexual relations or and/or with non-Wayuu individuals, is considered a punitive disease that risks the passage of spirits to *Jepirra*.

Consequently, mentioning HIV/AIDS simply as “the illness” locates it as something that is better not mentioned, something that comes from outside, and that others are responsible for (including its treatment). The Wayuu consider HIV/AIDS as a menace that can attack them through person to person contact, and also mosquito bites. This is similar to notions that the general population had in the early years of the epidemic, including the moral panic and stigma (Cueto, 2001). As well, the notions of the Wayuu in relation to HIV/AIDS are somewhat similar to that of past decades in relation to tuberculosis and cancer (Martínez, 2008).



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguirre, D., González, R., y Panchí, M. (2013) *Manual de enseñanza y escritura ~eb~era-chamí*, Medellín, Gerencia indígena, Gobernación de Antioquia.
- Alarcón Puentes, J. (2006) La sociedad Wayuu, entre la quimera y la realidad. *Gazeta Antropol*, n° 22, pp. 1-7.
- Alcina Franch, J. (1969) Origen trasatlántico de la cultura indígena de América, *Revista Española de Antropología Americana*, n° 4, pp. 9-64.
- Alvarado, J. G., y Iñiguez-Rueda, L. (2009) Ethnography as a social science perspective: a review. *Ethnography*, vol. 40(1), pp. 7-16.
- Angrosino, M., Blanco, C. B., y Del Amo, T. (2012) *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa*, Madrid: Morata, S.L.
- Arias Valencia, M. M., y Cuesta Benjumea, C. d. I. (2004) El equilibrio inestable: el caso de los Chamibida de Cristianía en Antioquia, Colombia, *Index de Enfermería*, n° 46, pp. 23-28.
- Arias Valencia, M. M., y López Restrepo, A. D. (2014) *Potes de la enfermedad entre los embera: patogenia y cura*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Arnal, J., Del Rincón, D., Latorre, A., y Sans, A. (1995) *Técnicas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Dykinson.
- Baena, M. P. (2015) *Los retos de la salud indígena*, El Espectador,. en <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-retos-de-salud-indigena-articulo-596023> [Consultado el 22 de noviembre de 2016.
- Bautista Cabrera, Á. (2009) Raul Gómez Jattin: las fronteras del río Sinú (Migajas apresuradas), *Poligramas*, n° 31, pp. 107-118.
- Beltrán, M. (2003). *La realidad social*. Madrid, Tecnos.

Bello, A., y Rangel, M. (2002) La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe, *Revista de la CEPAL*, n° 76, pp. 39-54.

Bello, M. N. (2004) Identidad y desplazamiento forzado, *Revista Aportes Andinos*, n° 8, pp. 1-11.

Bennett, R. E. (2013) "A Nation Now Extinct," American Indian Origin Theories as of 1820: Samuel L. Mitchill, Martin Harris, and the New York Theory, *Journal of the Book of Mormon and Other Restoration Scripture*, vol. 20(2), pp. 30-51.

Berger, P. L., y Luckmann, T. (2005) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.

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

Bodnar, Y. (2006) Pueblos indígenas de Colombia: apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible, en CEPAL, *Pueblos indígenas de Colombia: apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible. Afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 135-154.

Boily-Larouche G, Du Plessis E, López L, Rueda Z, Rojas C, Mignone J (2013) *Determinants of maternal health services utilization in the Wayuu communities of Maicao, La Guajira, Colombia*. A collaborative report between Anas Wayuu and International Infectious Diseases and Global Health Training Program (IID&GHTP). Winnipeg/Maicao.

Bowden, F. J. (2005) Controlling HIV in Indigenous Australians. *Medical Journal of Australia*, vol. 183(3), pp. 116-117.

Bronfman, M., Leyva, R., y Negroni, M. (2004) *Movilidad poblacional y VIH/sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

Brysk, A. (2009) *De la tribu a la aldea global. Derechos de los pueblos indígenas, redes transnacionales en América Latina*. Barcelona, Bellaterra.



- Callejo, J. (2001) *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*, Barcelona, Ariel.
- Canales Cerón, M. (2006) *Metodologías de la investigación social*, Santiago de Chile, LOM Ediciones.
- Captain, D. M., y Captain, L. B. (2005) *Diccionario Básico: Ilustrado Wayuunaiki-Espanol; Espanol-Wayuunaiki*, Bogotá, Fundación para el Desarrollo de los Pueblos Marginados.
- Cardona-Arias, J. A., Rivera-Palomino, Y., y Carmona-Fonseca, J. (2014) Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomapieta, Caldas-Colombia, *Médicas UIS*, vol. 27(2), pp. 29-39.
- Castro, D. M., Gómez, N., Rojas, C. A., Patiño, S. Y., Lozano, M., Mignone, J., Montoya, C. J., y Zuleta, M. (2013) *corpus Metodológico para la Recolección de Información en el Marco del Proyecto "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH/sida en Comunidades Wayuu de Maicao – La Guajira, 2012 -2014"*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Coffey, A., y Atkinson, P. (2005) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Colina, C. (2000). *Críticas desde el enfoque constructivista: de la teoría de las representaciones sociales a las mediaciones*. Venezuela, Estudios Venezolanos de comunicación.
- Colombino, A. F. (1988) Parafilias (Parte IV). *Cuadernos de Sexología*, n° 7, pp. 1-10.
- Colón, C. (2014) *Diario de a bordo (Primer viaje)*, Madrid, EDAF.
- Coller, X. (2005) *Estudio de casos*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Comisión Económica para América Latina - CEPAL. (2016) *The social inequality matrix in Latin America*, Santo Domingo, CEPAL.
- Conde Gutiérrez Del Álamo, F., y Santoro Domingo, P. (2012) Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo, *Revista española de salud pública*, vol. 86(2), pp. 139-152.

- Correa, H. D. (1993) Los Wayúu: pastoreando el siglo XXI, en Correa, Francois [dir.] *Encrucijadas de Colombia amerindia*, Bogotá, Colcultura, pp. 203-228.
- Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC (2004) *Informe final proyecto "Reducción del riesgo de VIH/SIDA en comunidades indígenas del Cauca"*. Popayán, Programa de Salud Consejo Regional Indígena del Cauca.
- Cruz-Aconcha, A. R. (2012) Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema general de Seguridad Social en Salud, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 63(4), pp. 304-307.
- Cuche, D. (2004) *La noción de la cultura en las ciencias sociales*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Cueto, M. (2001) *Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. (Vol. 7). Lima, Consorcio de investigación económica y social.
- Curiel, E. B. M., y Ruiz, J. L. R. (2014) El capital social en los resguardos indígenas wayuu del municipio de Riohacha (La Guajira-Colombia), *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, vol.5(1), pp. 39-54.
- Chagnon, N. (2006) *Yanomamö: La última gran tribu*, Barcelona, Alba.
- Chirán Caipe, R. A., y Burbano Hernández, M. (2013) La dualidad andina del pueblo Pasto, principio filosófico ancestral inmerso en el tejido en guanga y la espiritualidad, *Plumilla Educativa*, n° 11, pp. 136-156.
- De Pedro, A. E. (2015) Two Proclamations by Francisco Xavier Mina: on Heroes and Villains. *Historia y MEMORIA*, n° 10, pp. 129-164.
- Del Popolo, F. y Jaspers, D. (2014) *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*, Santiago de Chile, CEPAL.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2005) *Censo general 2005: nivel Nacional*. Bogotá, DANE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2007) *Colombia Una Nación Multicultural: Su Diversidad Étnica*. Bogotá, DANE.
- Dethlefsen, T., y Dahlke, R. (2014) *La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*, Barcelona, Penguin Random House.

- Díaz, M., Garita, C., Monge, E., Muñoz, P., Sequeira, M., y Terwes, G. (2005) *Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Funcionarios/as en Atención de Adolescentes con Énfasis en VIH/sida*. Costa Rica, Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), Unidad de Prevención y Control del Sida/VIH/ITS.
- Dietz, G. (2011) Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 6(1), pp. 3-26.
- Domínguez Mon, A. (1997) De las ETS al Sida: la construcción de la práctica médica pública hospitalaria, en Kornblit, A.L. [Ed.], *Sida y Sociedad*, Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Donoso Niemeyer, T. (2004) Construcción social: aplicación del grupo de discusión en praxis de equipo reflexivo en la investigación científica, *Revista de Psicología*, vol. 13(1), pp. 9-20.
- Durand Alcántara, C. H. (1994) Crítica al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) referente a los pueblos indígenas, *Alegatos*, México, UAM-Azcapotzalco, n° 25-26, pp. 1-6.
- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P., y Allen-Leigh, B. (2013) Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 11(2), pp. 515-526.
- Farmer, P. (2001) Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19(2), pp. 111-126.
- Farmer, P. (2002) *Brujería, política y concepciones sobre el sida en el Haití rural*, Barcelona, Norma.
- Farmer, P., y Castro, A. (2005) El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití, *Revista de Antropología Social*, vol. 14, pp. 125-144.
- Freire, G. (2011) *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*, Quito, Abya Yala.
- Galarza Schoenfeld, P. (2010) *Inclusión de la variable etnia en las fuentes de información sociodemográfica del Ecuador*, Santiago de Chile, CEPAL.
- Galeano, E. (2010) *Las venas abiertas de América Latina*, Barcelona, Siglo XXI.

Gañán, J. (2010) *Los muertos de la Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, una razón de su ineficacia, caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia.

García Canclini, N. (2001) *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Bogotá, Centro Editorial Javeriano.

García, N., y Valbuena, C. (2004) Cuando cambian los sueños. La cultura wayúu frente a las iglesias evangélicas, *Opción*, vol. 20(43), pp. 9-28.

García San Pedro, M. (2010). *Diseño y validación de un modelo de evaluación por competencias en la universidad*, Doctoral thesis, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.

Geertz, C. (1973) *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York, Basic Books.

Gergen, K. J., Estrada Mesa, Á. M., y Diazgranados, S. (2007) *Construccionismo social: aportes para el debate y la práctica*, Bogotá, Universidad de los Andes.

Gibbs, G., Del Amo, T., y Blanco, C. (2012) *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*, Madrid, Morata, S.L.

Gil Flores, J. (1993) La metodología de investigación mediante grupos de discusión, *Enseñanza*, n°.10-11, pp. 199-214.

Goblet Malve, V. (1993) *Parteras, entre brujas y doctores: juegos de poder ambiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la sierra ecuatoriana*. Trabajo de Master en Antropología, Ecuador, FLACSO.

Gómez, N., Patiño, S., Castro, D., Lozano, M., Rojas, C., Mignone, J. (2015) Diferencias de género en el conocimiento del VIH y comportamientos sexuales inseguros entre indígenas wayuu de Maicao, La Guajira. Situación actual y respuestas frente a la epidemia del VIH/Sida en poblaciones indígenas, *Iniciativas por la salud pública*, vol. 7, pp. 28-30.

Gruzinski, S. (2007). *El pensamiento mestizo. Cultura amerindia y civilización del Renacimiento*, Barcelona, Paidós.

- Guerra Curvelo, W. (1998) *Apego a la tierra*, El Tiempo, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-826747> [Consultado el 15 de junio de 2015].
- Guerra Curvelo, W. (2000) Riohacha, ciudad inconclusa, en Abello A. [Ed.], *Poblamiento y ciudades del Caribe Colombiano*, Bogotá, Observatorio del Caribe Colombiano, pp. 311-342.
- Guerra Curvelo, W. (2002) *La disputa y la palabra: la ley en la sociedad wayuu*, Bogotá, Ministerio de Cultura.
- Guise, A. (2016) Next generation of comprehensive HIV prevention, *The Lancet*, vol. 387 (100036), pp. 2377-2378.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1984) Organización social wayuu, en *Perfiles de La Guajira*, Barranquilla, Vanguardia Juvenil pro la Paz Guajira, Asociación Carbocol-Intercor, pp. 39-61.
- Hall, S. (1996) When was 'the post-colonial'? Thinking at the limit, *The post-colonial question: Common skies, divided horizons*, n° 246, pp. 15-37
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994) *Etnografía, Métodos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Hofmann, B. (2010) The concept of disease-vague, complex, or just indefinable? *Medicine Health Care and Philosophy*, vol. 13(1), pp. 3-10.
- Hrdlicka, A. (1928) *The origin and antiquity of the American Indian*, Washington, Smithsonian Institution.
- Ibañez Gracia, T. (1990) *Aproximaciones a la psicología social*, Barcelona, Sendai ediciones.
- Ibañez Gracia, T. (2004) *Introducción a la psicología social*, Barcelona, Editorial UOC.
- Imbelloni, J. (1938) *Tabla clasificatoria de los Indios: regiones biológicas y grupos raciales humanos de América*, Bloomington, EEUU, Universidad de Indiana.
- Instituto Nacional de Salud - INS. (2013) *Segundo informe Observatorio Nacional de Salud. Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia*. Bogotá, INS.

Jahn, A. (1973) *Los aborígenes del Occidente de Venezuela*, Caracas, Monte Avila Editores.

Jiménez Bautista, F. (2004) *Las gentes del área metropolitana de Granada. Relaciones, percepciones y conflictos*, Granada, Universidad de Granada.

Jiménez Bautista, F. (2011) *Racionalidad pacífica. Una introducción a los estudios para la paz*, Madrid, Dykinson.

King, L. S. (1954). ¿What Is Disease? *Philosophy of Science*, vol. 21(3), pp. 193-203.

Najlah, F. (2016) Indigenous health in the Latin American golden decade. *The Lancet*, vol. 387(10021), pp. 818.

Laplantine, F., y Ruocco, M. A. (1999) *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Buenos Aires, Ediciones del Sol.

Laurell, A. C. (1982) La salud-enfermedad como proceso social, *Revista latinoamericana de Salud*, vol. 2(1), pp. 7-25.

Laurent, M. (2008) *Contrabando en Colombia en el siglo XIX: Prácticas y discursos de resistencia y reproducción*, Bogotá, Universidad de los Andes.

Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Wang, J., Cottrell, L., Harris, C. (2004) HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, vol. 16(6), pp. 538-556.

Lozano González, A. F., Torres López, T. M., y Aranda Beltrán, C. (2008) Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 6(2), pp. 739-768.

Lucena Salmoral, M. (1987) *Historia de Iberoamérica: Prehistoria e historia antigua* (Vol. 1), Madrid, Sociedad Estatal para la Ejecución de Programas del Quinto Centenario.

Lucena Salmoral, M. (2008a) *Historia de Iberoamérica: Historia Contemporánea* (Vol. 3). Madrid, Cátedra.

- Lucena Salmoral, M. (2008b) *Historia de Iberoamérica: Historia moderna* (Vol. 2), Madrid, Cátedra.
- Macías Llanes, M. E., Díaz Campos, N., y Bujardón Mendoza, A. (2012) Fundamentos para el estudio de la respuesta social al Programa de control de vectores del *Aedes aegypti* en el municipio de Camagüey, *Humanidades Médicas*, vol. 12(2), pp. 146-166.
- Macías, M. A., y Cepeda Garzón, J. (2005) Revisión bibliográfica analítica sobre los elementos culturales de la familia de los pueblos amerindios, kogi y wayúu, *Psicología desde el Caribe*, n° 16, pp. 128-147.
- Machado, A. (2011) *Colombia Rural: Razones para una esperanza Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011*, Bogotá, PNUD.
- MacKellar, D. A., Valleroy, L. A., Secura, G. M., Behel, S., Bingham, T., Celentano, D. D., Koblin, B. A., LaLota, M., McFarland, W., y Shehan, D. (2005) Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS, *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 38(5), pp. 603-614.
- Majumdar, B. B., Chambers, T. L., y Roberts, J. (2004) Community-based, culturally sensitive HIV/AIDS education for Aboriginal adolescents: Implications for nursing practice, *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 15(1), pp. 69-73.
- Malamud, C. (2014) *Historia de América*, Madrid, Alianza.
- Mancuso, A. (2006) Relaciones de género entre los Wayuu: estado de la investigación y nuevos campos de análisis. *Aguaita*, n° 13-14, pp. 39-61.
- Mancuso, A. (2007) Familia y parentesco Wayuu: antecedentes y cuestiones abiertas, *Revista javeriana*, n° 737, pp. 48-55.
- Mancuso, A. (2008) Descent among the Wayú. Concepts and social meanings, *Journal de la société des américanistes*, vol 94(94-1), pp. 99-126.
- Margolis, J. (1976) The concept of disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 1(3), pp. 238-255.
- Martín-Crespo, M. C., y Salamanca, A. B. (2007) El muestreo en la investigación cualitativa, *Nure Investigación*, vol. 4(27), pp. 1-4.

Martínez Bernal, D. R. (2016) *Caminando hacia la Satyagraha. Comunidad, lucha y kweet fxiindxi en los NASA (1971-2015)*, Tesis doctoral, Granada, Universidad de Granada.

Martínez Carazo, P. C. (2006) El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica, *Pensamiento & Gestión*, n° 20, pp. 165-193.

Martínez Hernández, A. (2008) *Antropología médica. Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.

Martínez, M. (2006) La investigación cualitativa (síntesis conceptual), *Revista de investigación en psicología*, vol. 9(1), pp. 123-146.

Martínez Miguélez, M. (2004) Los grupos focales de discusión como método de investigación, *Heterotopía* n°26, pp. 59-72.

Martínez, P. A. (2006) Colonización y VIH/sida: una narrativa de malestar de La Amazonia colombiana, *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, n° 3, pp. 179-198.

Martínez Rodríguez, J. (2011) Métodos de investigación cualitativa, *Revista de Investigación Silogismo*, vol. 1(08), pp. 1-12.

Massó, P. (2014). *Un aleph en el Callejón del Gato. Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños*, Tesis doctoral, Barcelona, Rovira I Virgili.

Mazin, R. (2011) De lugares comunes a recomendaciones concretas: el VIH entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental, *Desacatos*, n° 3, pp. 87-94.

Mejía, A. M. P. (2006) Simanca Pushaina, Estercilia. El encierro de una pequeña doncella, *Inti: Revista de literatura hispánica*, vol. 1(63), pp. 29-38.

Mignone, J., y Gómez Vargas, J. H. (2015) Commentary: Health care organization in Colombia: An Indigenous success story within a system in crisis, *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, vol. 11(4), pp. 417-425.

Ministerio de Salud y de la Protección Social - MSPS. (2012) *Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, MSPS.



- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. (2013) Situación del VIH/Sida. Colombia. *Boletín epidemiológico*, Bogotá, MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. (2014) *Análisis de Situación de Salud. Colombia 2013*, Bogotá, MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. (2016) *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*, Bogotá, MSPS.
- Montaña Pinto, J. (2004) *Derecho Indígena y Cambio Constitucional: la lucha por la visibilidad del derecho indígena en Colombia*, Tesis doctoral, Alicante, Universidad de Alicante.
- Montenegro, R. A., y Stephens, C. (2006) Indigenous health in Latin America and the Caribbean, *The Lancet*, vol. 367(9525), pp. 1859-1869.
- Moral, J., y Segovia, M. P. (2011), Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA, *Revista iberoamericana de psicología y salud*, vol. 2(2), pp. 185-206.
- Morales Chourio, E., Finol, J. E., y García Gavidia, N. (2009) Antropología del rito: la compensación matrimonial entre los wayúu. Fermentum, *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 19(56), pp. 547-569.
- Mukherjee, J. S., Farmer, P., Niyizonkiza, D., McCorkle, L., Vanderwarker, C., Teixeira, P., y Kim, J. (2003) Tackling HIV in resource poor countries, *BMJ: British Medical Journal*, vol. 327(7423), pp. 1104-1106.
- Naciones Unidas (2010) *Situación de los Pueblos Indígenas en el Mundo*, New York, Departamento de Información Pública.
- Naciones Unidas. (2015) *Objetivos del Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*, Nueva York, ONU.
- Naciones Unidas (2016) *Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030*, New York, ONU.
- Naciones Unidas (2015) *Los Pueblos Indígenas y las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe. Una visión regional*, Santiago de Chile, ONU.

Nájera, M., y Lozano, J. (2009). Curar la carne para conjurar la muerte. Exhumación, segundo velorio y segundo entierro entre los wayuu: rituales y prácticas sociales. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 23(40), 11-31.

Nájera, M. N., y Santos, J. L. (2009), Curar la carne para conjurar la muerte. Exhumación, segundo velorio y segundo entierro entre los wayuu: rituales y prácticas sociales, *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, vol. 23(40), pp. 11-31.

Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., y Reading, C. (2015) HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic. *AIDS and Behavior*, vol. 19(9), pp. 1-15.

Núñez, G. (2009) *Vidas vulnerables: hombres indígenas, diversidad sexual y vih-Sida*, México, Libros para todos.

Núñez Noriega, 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*, n° 35, pp.13-28.

Nyamathi, A. M., William, R. R., Ganguly, K. K., Sinha, S., Heravian, A., Albarrán, C. R., Thomas, A., Greengold, B., Ekstrand, M., y Ramakrishna, P. (2010) Perceptions of women living with AIDS in rural India related to the engagement of HIV-trained accredited social health activists for care and support, *Journal of HIV/AIDS & social services*, vol. 9(4), pp. 385-404.

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos - ODPP. (2013) *Diagnóstico de la situación del pueblo indígena wayúu*, en <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDSGlobalReport2013en.pdf> [Consultado el 12 de agosto de 2013].

Ochoa, R., y Sánchez, E. (2004) *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.

Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2002) *Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y tribales en Países Independientes*, en <http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/169.pdf> [Consultada el 26 de noviembre de 2014]

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2012) *Salud en las Américas*, Vol. Regional, Brasil, OPS.

- Ordoñez, V. A., Forero, E., Correal, M., Amaya, G., Ceballos, C., M.C., C., Cifuentes, P., Covaleda, A., Medina, A., Bello, S., y Gratz, A. (2000) Enfermedades Infecciosas, en L. Tobar y M. Chinchilla [Eds.], *Geografía humana de Colombia: Variación biológica y cultural en Colombia*, Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura Hispánica Guadalupe, pp. 263-269.
- Orduz Salinas, N. (2014) *La consulta previa en Colombia. Proyecto "Elites: Discriminación y Reconocimiento"*, Santiago de Chile, Fundación FORD.
- Orsini, G. (2007) *Poligamia y contrabando: nociones de legalidad y legitimidad en la frontera guajira siglo XX*. Bogotá, Uniandes-Ceso.
- Osorio, O. (1999) Los indígenas Wayuu, *Ethnia*, n° 83, pp. 1-10.
- Otegui, R. (2006) Virus, bichos y drogas: Las formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española. *Desacatos*, n° 20, pp. 53-76.
- Oyuela Caycedo, A. (1986). De los Taironas a los Kogi: Una interpretación del cambio cultural, *Boletín Museo del Oro*, n°17, pp. 32-43.
- Patiño-Londoño, S., Mignone, J., Castro-Arroyave, D., Gómez Valencia, N., y Rojas Arbeláez, C. (2016) Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia, *Salud Colectiva*, vol. 12(3), pp. 415-428.
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W., y González-Martínez, P. (2012) Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México, *Revista Biomédica*, n° 23, pp. 53-60.
- Paz, C. (2012) Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia, Bogotá, CEPAL.
- Paz Reverol, C. L., Leal Jerez, M., Alarcón Puentes, J., Valbuena Chirinos, C., García Gavidia, N., y Flores Díaz, D. (2010) Ser curador wayuu en la globalización y no morir en el intento trying. *Index de Enfermería*, vol. 19(2-3), pp. 88-92.
- Paz Reverol, C. L. (2012) Representaciones sobre la desnutrición en niños wayuu explicadas a partir de la cultura de un grupo de wayuu urbano de Venezuela, en Arnaiz,

M. G. [Ed.], *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios*, Tarragona, Publicacions URV, pp. 359-380.

Pérez-Morente, M.A., Cano-Romero, E., Sánchez-Ocón, M.T., Castro-López, E., Jiménez-Bautista, F. y Hueso-Montero, C. (2017) Factores de riesgo relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual, *Revista Española de Salud Pública*, nº 91, pp. 1-7.

Pérez-Pérez, I., Morón-Marchena, J. A., y Cobos-Sanchiz, D. (2015) Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses, *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 13(1), pp. 1-14.

Pérez, L. A. (2004) Los wayuu: tiempos, espacios y circunstancias, *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, vol. 13(1-2), pp. 607-630.

Pita Castro, J. C. (2012). Relatos autobiográficos, pruebas y despliegue de identidades, Documento presentado en *III Jornadas de Historias de Vida en Educación: La construcción del conocimiento a partir de historias de vida*, Oporto, Universidade do Porto.

Polo Figueroa, N., y Ojeda Jayariyu, G. (2015) Mirada a la cultura wayúu, base de su sistema normativo, *Verbum*, nº 9, pp. 109-117.

Ponce, P., Muñoz, R., Stival, M., Núñez, G., Bernal, D., y Vásquez, J. D. (2016) *Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas de América Latina*, México, SIPIA.

Popolo, F., y Schkolnik, S. (2013) Pueblos indígenas y Afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información, *Notas de Población*, Nº 97, pp. 205-247.

Poundstone, K. E., Strathdee, S. A., y Celentano, D. D. (2004) The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, *Epidemiologic reviews*, vol. 26(1), pp. 22-35.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA, (2013) *Global report 2013*. Génova, ONUSIDA.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA, (2014) *Datos estadísticos mundiales sobre VIH*, Suiza, ONUSIDA.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA, (2015a) *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* (Versión revisada), Génova, ONUSIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA, (2015b) *El sida en cifras 2015*, Génova, ONUSIDA.
- Quintal López, R., y Vera Gamboa, L. (2015) Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/sida entre mujeres mayas de yucatán, *Estudios de cultura maya*, n° 46, pp. 197-226.
- Quintino, F., y Leyva, R. (2011) *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*, México, INSP de Cuernavaca.
- Quiroz, E., Guilhem, D., La Valle, M.T. y Pires, M.S. (2010) Vulnerabilidad de las poblaciones nativas al VIH y acceso a la terapia antirretroviral: Aspectos éticos, *Bio-phronesis*, vol. 5(1), pp. 1-15.
- Ramos, W., Munive, L., Calderón, M., Velazco, S., y Velazco, M. (2009) Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Periodo 2004-2006, *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 13(3), pp. 1-7.
- Rangel, H. R., Maes, M., Villalba, J., Sulbarán, Y., De Waard, J. H., Bello, G., y Pujol, F. H. (2012) Evidence of at least two introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao population from Venezuela, *PloS one*, vol. 7(7), pp. e40626.
- Reichel-Dolmatoff, G. (1986) *Arqueología de Colombia: un texto introductorio*, Bogotá, Fundación Segunda Expedición Botánica.
- Restrepo, B. N., Restrepo, M. T., Beltrán, J. C., Rodríguez, M., & Ramírez, R. E. (2006) Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia, *Biomédica*, vol. 26(4), pp. 517-27.
- Restrepo, E. (2007) *Antropología y colonialidad El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, Bogotá, Universidad Central.
- Robert, K. (2003) *Investigación sobre estudios de casos: Diseño y Métodos*, Londres, SAGE Publicaciones.

Rodríguez Sabiote, C. (2003) *Nociones y destrezas básicas sobre el análisis de datos cualitativos. Paper presented at the Seminario Internacional: El proceso de Investigación en Educación, algunos elementos clave*, Santo Domingo, RD.

Rojas, C. (2015) Cambios en conocimientos y actitudes frente al VIH/sida en comunidades wayuu de Colombia. Situación actual y respuestas frente a la epidemia del VIH/sida en poblaciones indígenas. *Iniciativas por la salud pública*, vol. 7, pp. 90-99.

Rojas, C., Castro-Arroyave, D., Gómez Valencia, N., Patiño Londoño, S., Lozano Méndez, M., Yagarí, G., Yagarí, P. P., Soto Velásquez, M., y Paris Angel, S. (2016) *Bia'Buma. El VIH/sida en los embera chamí de Cristianía*, Medellín, Universidad de Antioquia.

Rojas, C., Castro, D., Gómez, N., Lozano, M., Congote, J., París, S., Soto, M., Yagarí, G., y Mignone, J. (2015) Prevalence, risk behaviors and HIV knowledge in an indigenous community in Colombia, *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 10(2), pp. 102-116.

Rojas, C., Castro, D., Lozano, M., Congote, J., Gómez, N., Yagari, P., y et.al. (2012) *Informe final del proyecto "Epidemiología, prevención y control del VIH/SIDA en una comunidad indígena de Colombia"*. Medellín, Colciencias.

Rojas, C., Castro, D., Patiño, S., y Gómez, N. (2014) *Informe técnico de avance segundo año (2013-2014) "Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao-Guajira"*, Medellín, Colciencias.

Rojas, C., Paniagua, L., Sierra, C., Hernández, C., y Rosero, A. (2007) *Informe final del proyecto "Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América 1995-2004: enfermedades transmisibles"*. Medellín, Universidad de Antioquia.

Rojas Soriano, R. (2007) *Guía para realizar investigaciones sociales*, México, Plaza y Valdes.

Romero, C. A. (2007) Gestión del Conocimiento, Asesoramiento y Mejora Escolar. "El caso de la escalera vacía", *Profesorado*, vol. 11(1), pp. 21-35.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012) *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.

- Rutter-Jensen, C. (2008) Silencio y violencia social. Discursos de VIH SIDA en la novela gay colombiana, *Revista Iberoamericana*, vol. 74(223), pp. 471-482.
- Sandoval, C. (1997). *Investigación cualitativa*, Bogotá, ICFES.
- Sikos, G. (1997). Sexualidad y Sida en el imaginario y las costumbres, en Kornblit A. L. [Ed.] *Sida y Sociedad* Buenos Aires: Editorial Espacio, pp. 143-154.
- Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unida - UNGASS (2014) *Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida Informe Nacional Ministerio de Salud y Protección Social*, Bogotá, MSPS.
- Silversides, A. (2006), Complex and unique HIV/AIDS epidemic among Aboriginal Canadian, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 175(11), pp. 1359.
- Simons, F. A. (1885) An Exploration of the Goajira Peninsula, US of Colombia, Documento presentado en *The Proceedings of the Royal Geographical Society and Monthly Record of Geography*, vol. 7(12), pp. 781-796.
- Sobero Martínez, Y. (2003) *Conflictos étnicos: el caso de los pueblos indígenas*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Sontag, S. (1996) *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*, Madrid, Taurus.
- Stake, R. E. (1998) *Investigación con estudio de casos*, Madrid, Ediciones Morata.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Suárez Mutis, M. C. (2001) Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas, *Revista Salud Pública*, vol. 3(supl. 1), pp. 71-84.
- Taboada, H.G. (2012) Para reorientar la historia de América: en busca de sus relaciones con la ecumene euroafroasiática, *Astrolabio*, n° 9, pp. 118-150.
- Torres, J. L., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., y Franco, F. (2003) La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud*, pp. 41-54.

Torres López, T. M., Reynaldos Quinteros, C., Lozano González, A. F., Munguía Cortés, J. (2010) Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México, *Rev Saúde Pública*, vol. 44(5), pp. 820-829.

Turizo, J. M., y Iglesia, M. A. (2015) Comunidad LGBT: Historia y reconocimientos jurídicos, *Revista Justicia*, vol. 15(17), pp. 78-110.

Universidad de Antioquia (2014) *Informe técnico de avance segundo año: proyecto Wayuu (2013-2014)*, Medellín, Colciencias.

United Nations (2009) *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*, Genova, ONU.

Uribe-Rodríguez, A. F. (2005) *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos*. Tesis doctoral, Granada, Universidad de Granada.

Uribe, A. F., Orcasita, L. T., y Vergara Vélez, T. (2010) Factores de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes y jóvenes colombianos, *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 13(1), pp. 11-24.

Uribe de Hincapié, M. T. (2001) Las guerras por la nación en Colombia durante el siglo XIX, *Estudios Políticos*, n°18, pp. 9-27.

Uribe Gómez, M. (2009) La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003), *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8(17), pp. 44-68.

Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., y Toro-Alfonso, J. (2004) *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*, San Juan, Ediciones Huracanes.

Vargas, J., y Molina, M. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27(2), pp. 121-130.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994) Sobre el concepto de percepción, *Alteridades*, vol. 4(8), pp. 47-53.

Vasco, L. (1985). *Jaibanás: los verdaderos hombres*, Bogotá, Fondo de Promoción de la Cultura del Banco Popular.



- Vasilachis de Gialdino, I. (2009) Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa, *Forum Qualitative Social Research*, vol. 10(2), pp. 3-26.
- Velásquez, C., y Quintero, E. (2013) La conciliación en el sistema normativo wayúu como expresión del poder de la palabra y la retórica mediada por el pütchipu o palabrero, *Comunicación y Ciudadanía*, n° 6, pp. 21-35.
- Villa, W., y Houghton, J. (2005) *Violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia, 1974-2004*, Bogotá, Iwgia.
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos, *Psychologia: avances de la disciplina*, vol. 6(1), pp. 123-136.
- Vizcaíno, E. (1999) *Sociología del derecho y la cultura wayuu*. Barranquilla, Editorial Antillas.
- Wallerstein, I. M. (2004) *World-systems Analysis: An Introduction*, Florida, Duke University Press.
- Weeks, J. (2012) *Lenguaje de la sexualidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Wiik, F. B. (2001) Contact epidemics and the body as agents of change: a study of AIDS among the Xokleng indians in the State of Santa Catarina. Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17(2), pp. 397-406.
- Zambrano, F. (2000) Historia del poblamiento del territorio de la región Caribe de Colombia, en Abello, A. [Ed.] *Poblamiento y ciudades del Caribe Colombiano*, Bogotá, Observatorio del Caribe Colombiano, pp. 1-96.
- Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., y Rojas, C. (2013) Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia, *Investigaciones Andina*, n° 15, pp. 640-652.
- Zavaleta, C., Mujica, J., Ypanaqué, P. J., y Cueva, N. (2007) Infecciones de transmisión sexual y VIH en poblaciones indígenas amazónicas: consideraciones culturales, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 24(3), pp. 315-316.
- Zinn, H. (2011) *La otra historia de los Estados Unidos. Desde 1492 hasta el presente*. New York, Seven Stories Press.



# **ANEXOS**



## ANEXO B

## Participantes en entrevista

Código	Sexo		Edad	Ocupación	Clan
	M	F			
AF250912		1	28	Ama de casa	Epieyu
AF040313		1	60	Ama de casa	Epieyu
AF040912		1	16	Apoya en casa	Epieyu
AF050313		1	16	Apoya en casa	Epieyu
CF180912		1	47	Artesana	Pushaina
CF210912		1	40	Profesora/artesana	Jayariyu
DF190912		1	30	Artesana	Jayariyu
DF240912		1	49	Pastoreo	Ipuana
FF031012		1	65	Artesana	Jayariyu
FF120912		1	54	Profesora	Jayariyu
FM060912	1		55	Pastoreo/siembra	Apushana
GF040912		1	29	Artesana	Uriana
LF130912		1	26	Ama de casa	Pushaina
LF260912		1	24	Artesana	Uriana
LM080313	1		40	Pastorea	Jayariyu
MF040313		1	34	Artesana	Pushaina
MF270912		1	30	Profesora	Jayariyu
MM041012	1		38	Ama de casa	Pushaina
MM130912	1		53	Autoridad	Pushaina
MM270912	1		N/S	Pastoreo	Pushaina
NF200912		1	42	Artesana	Epieyu
OM250912	1		50	Pastoreo/traducción	Sin dato
OM260912	1		64	Autoridad/Pastoreo	Uriana
PM180912	1		62	Pastoreo/siembra	Pushaina
PM210912	1		56	Pastoreo	Sapuana
RF110912		1	20	Artesana	Apushana
SM120912	1		N/S	Ama de casa	Pushaina
YF041012		1	30	Autoridad/profesora	Epieyu
ZF060912		1	32	Profesora	Apushana

Fuente: Elaboración propia.

**ANEXO C****Participantes Grupos Focales de Discusión**

Nº Grupo	Código	Sexo	Edad	Ocupación	Clan
1	GFH040413-1	M	45	Pastoreo	Apushana
	GFH040413-2	M	40	Albañil	Jusayu
	GFH040413-3	M	28	Autoridad tradicional	Apushana
	GFH040413-4	M	37	Líder	Apushana
	GFH040413-5	M	45	Docente	Epieyu
	GFH040413-6	M	81	Autoridad tradicional	Ipuana
2	GFM040413-7	F	58	Autoridad tradicional, artesana	Sapuana
	GFM040413-8	F	64	Autoridad tradicional	Uriana
	GFM040413-9	F	57	Autoridad tradicional	Pushaina
	GFM040413-10	F	42	Artesana	Uriana
	GFM040413-11	F	42	Autoridad tradicional	Uriana
	GFM040413-12	F	N/S	Ama de casa	Sapuana
3	GFH070313-13	M	52	Representante legal asociaciones	Jayariyú
	GFH070313-14	M	35	Lider comunitario, Labores domésticas, educación	Ipuana
	GFH070313-15	M	51	Autoridad, agricultura y ganadería	Jayariyú
	GFH070313-16	M	56	Guía espiritual, Autoridad, transportador	Apushana
	GFH070313-17	M	57	Agricultura y ganadería	No informa
	GFH070313-18	M	48	Pastoreo	No informa
	GFH070313-19	M	62	Mototaxista	Sapuana
GFH070313-20	M	57	Autoridad tradicional, Agricultura y ganadería	Epieyu	
4	GFM050313-21	F	52	Autoridad tradicional, ama de casa	Jayariyú
	GFM050313-22	F	28	Artesanías	Jusayú
	GFM050313-23	F	60	Autoridad tradicional	Jusayú
	GFM050313-24	F	48	Manipuladora alimentos	Uriana
	GFM050313-25	F	42	Lider, Labores domésticas	Juyariyú
	GFM050313-26	F	53	Docente	Apushana
5	GFH220213-27	M	58	Autoridad tradicional	Epieyu
	GFH220213-28	M	56	Consejo directivo Anas Wayuu	Ipuana
	GFH070313-14	M	35	S/Dato	Ipuana
	GFH220213-29	M	56	Autoridad tradicional	Pushaina
	GFH220213-30	M	58	Autoridad tradicional	Arpushana
	GFH220213-31	M	77	Autoridad tradicional	Ipuana

Nº Grupo	Código	Sexo	Edad	Ocupación	Clan
6	GFM210213-32	F	38	Labores domésticas	Urariyú
	GFM210213-33	F	18	Estudiante, ama de casa	Jusayú
	GFM210213-34	F	37	Artesanías, manipuladora de alimentos	Jusayú
	GFM210213-35	F	38	Agricultura y ganadería	Jusayú
	GFM210213-36	F	16	Estudiante	Pushaina
	GFM210213-37	F	22	Agente educativo	Sayariyú
	GFM210213-38	F	22	Labores domésticas	Aphana
	GFM210213-39	F	22	Madre comunitaria	Jayariyú
7	GFM091112-40	F	65	Autoridad tradicional	Epieyú
	GFM091112-41	F	48	Docencia	Aphana
	GFM091112-42	F	47	Docencia	Juyariyú
	GFM091112-43	F	59	Coordinadora CEIR	Juyariyú
	GFM091112-44	F	36	Líder comunitaria	Pushaina
	GFM210213-39	F	22	Madre comunitaria	Juyariyú
	GFM091112-45	F	25	Artesana	Juyariyú
	GFM091112-46	F	54	Docencia	Juyariyú
	GFM091112-47	F	54	Autoridad tradicional	Urariyú
	GFM091112-48	F	33	Docencia	Jayariyú
8	GDH070313-49	M	47	Autoridad tradicional, docente, guía biligüe en clínica wayuu	Ipuana
	GDH070313-50	M	58	agricultura y ganadería	Arpushana
	GDH070313-51	M	38	Docente	Arpushana
	GDH070313-52	M	48	Pastoreo	Ipuana
9	GDH060313-53	M	57	Autoridad tradicional, guía bilingüe Anas Wayuu	Ipuana
	GDH060313-54	M	54	Ganadero	Epiayú
	GDH060313-55	M	29	Vigilante	Ipuana
	GDH060313-56	M	60	Autoridad tradicional, Portero Anas Wayuu	Jusayú

Fuente: Elaboración propia.

## **ANEXO D**

### **Acta de Confidencialidad**

#### **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

**Proyecto: “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH/sida en Comunidades Wayuu de Maicao-La Guajira, 2012-2014”**

#### **Información del estudio**

La Universidad de Antioquia, Asocabildos, Sumuywajat, Anas wayuu, Mediser y la Universidad de La Guajira, con el apoyo financiero de Colciencias, están realizando el estudio “Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao-La Guajira, 2012-2014”. El VIH es un problema de salud que afecta cada vez con mayor frecuencia a los pueblos indígenas del mundo, incluyendo a Colombia. Esto ya se pudo comprobar en otro estudio adelantado en 2010 en una comunidad indígena de Antioquia. Es por lo tanto importante conocer que está pasando con el VIH en las comunidades indígenas Wayuu de Maicao, Guajira, y diseñar estrategias para su control.

Este proyecto tiene como propósito investigar, diseñar, implementar y evaluar, con la participación de comunidades indígenas Wayuu de Maicao, una intervención culturalmente apropiada para prevenir la transmisión de VIH. Con este fin se realizarán encuestas, grupos focales, entrevistas y visitas a familias y comunidades que ayuden a conocer más sobre la situación de VIH/sida en estas comunidades y poder evaluar el efecto de la intervención que se piensa realizar. Debido a que la mayor parte de los habitantes de las comunidades solo hablan el idioma Wayunaiki, el estudio requiere contar con el apoyo de funcionarios de las instituciones locales que conozcan la cultura wayuu hablen y lean Español y Wayunaiki (bilingües).

#### **Confidencialidad**

Los investigadores y todas las personas que participen en la realización de este proyecto deben garantizar un manejo confidencial de la información y registros suministrados por las instituciones y por las personas de las comunidades wayuu que participen en el estudio.

#### **Acuerdos**

1. Firmar y cumplir lo establecido en el presente acuerdo de confidencialidad.
2. Realizar un manejo anónimo y confidencial de toda la información suministrada por las instituciones y las personas participantes.
3. Utilizar la información y registros suministrada por las instituciones participantes y las personas de las comunidades wayuu solamente para cumplir los objetivos del proyecto.



4. Todas las personas de las comunidades wayuu, así como el personal médico y administrativo de las IPSI locales, que participen en el estudio deben ser identificadas con un código de participante y un código de comunidad. Ni el nombre de los participantes ni cualquier información personal que permita su identificación puede aparecer en los cuestionarios escritos, grabaciones de audio o informes del estudio.

### **Aceptación**

Su firma a continuación indica que usted entiende y se compromete a cumplir este acuerdo de confidencialidad

Nombres y Apellidos	Institución donde trabaja	Lugar y Fecha <i>(día/mes/año)</i>	Firma
<i>(En letra clara)</i>			

## ANEXO E

Cuadro: Codificación – Categorización

Nodo/ códificación <i>in vivo</i>	Fuentes	Referencias	Codificación Axial	Codificación Selectiva	
Aculturación	22	39	Aculturación	Rupturas sociales y culturales	
Wayuu de antes	17	31			
Medicina occidental sobre medicina tradicional	23	47	Mejor la medicina de <i>alijunas</i>		
Al que le da, hay que quemarlo	4	8	Estigma y discriminación	Rechazo y exclusión. El miedo tiene la palabra	
Que hacer si se contagia	6	8			
Rechazo y discriminación	28	135			
Enfermedad de maricas	5	8	Enfermedad de homosexuales	Vivir bajo las normas morales	
Trato a homosexuales	9	38	Ni homosexuales, ni promiscuidad		
Aceptación de la familia	4	8	Aceptación de PVV como ideal	Aceptación y solidaridad con el <i>ayuishi</i> : otra cara de la dualidad	
Aceptación de PVV	6	8			
Aceptación seguida del conocimiento	6	18			
Solidaridad en caso hipotético	7	19			
Autoprotección tras aprendizaje	2	4	Ideal de la prevención		
Autoridad para ser escuchada	9	13	Autoridad y prevención		
Autoridades frente a la prevención	10	22			
Evitable con educación y autoridad	2	2			
Condón asunto del hombre	12	31	Condón asunto de hombres		Hombres y mujeres frente al condón
Condón deber masculino	2	2	No aceptación del condón		
Condón causa agresión a mujer	3	6			
Condón generador de risa	8	18			
Maleiwa nos hizo sin condón	1	1			
Mejor sin condón	2	2			
Razones para no usar condón	3	4			
Definición de condón	10	11	Desconocimiento del condón		
Condón es media para el pene	2	2			
Condón trae enfermedad	5	5			
Desconocimiento del condón	25	35			

Condón para los jóvenes	2	2	Condón asunto de jóvenes	
Condón para mujeres promiscuas	2	5	Condón y promiscuidad femenina	
Contexto cultural wayuu	34	123	Características socioculturales	Contexto cultural wayuu
Cuerpo humano es casta	3	11		
Diferencias hombre-mujer	32	90		
Formar pareja	25	53		
Noviazgo y enamorarse	3	7		
<i>Majayu</i> embarazada-dote menor	2	2		
Movilidad a Venezuela	1	2		
Solo hablan su lengua	4	5		
Definición enfermedad y salud	16	34		
Enfermedad	59	1020		
Medicina occidental sobre medicina tradicional	23	47		
Medicina Wayuu mejor que la alijuna	24	53		
Relación enfermedad tristeza	10	12	Enfermedad-emociones	
Enfermedades de tierra y viento	3	5	Origen de las enfermedades	Clasificación de las enfermedades
Enfermedad que llega y entra al cuerpo	2	4	Imaginario frente a la transmisión	La transmisión: una realidad revestida de imaginarios
Creencias sobre la transmisión	20	41		
Práctica sexual con burra	6	12		
Miedo a la infección	16	29		
De VIH hablan los arijunas	7	10	De VIH saben los arijunas	Que hagan los que saben
No saber protege	2	7		
Que hacer si se contagia	6	8		
Preferencia con los alijunas	2	5		
Responsabilidad y conocimiento alijuna	19	29	Responsabilidad alijuna	
VIH no da a cristianos	1	1	Vergüenza y moralidad	Enfermedad moral, enfermedad de miedo
Enfermedad mala	14	19		
Vergüenza frente a temas sexuales	14	22	VIH y miedo	
VIH y miedo	12	55		
Miedo a la infección	16	29	Fidelidad protege	
Una sola pareja previene	5	6	VIH por vida desordenada	
VIH por vida desordenada	12	22	Mujeres y VIH	Una enfermedad de hombres y mujeres
Mujeres pueden llevar VIH	15	24		

Pasa entre hombres y mujeres	14	35		
Los hombres son cochinos	2	2	Hombres transmiten VIH	
Infidelidad es de hombres	6	15		
Pasa entre hombres y mujeres	14	35		
ITS y prostitución	4	5	VIH en sitios para sexo	Responsables: trabajadoras sexuales y hombres promiscuos
VIH en sitios para sexo	9	10		
No es wayuu	5	10	Enfermedad no wayuu	El VIH/sida, otro regalo de los no indígenas: <i>Talechee alijuna</i>
VIH es de alijunas	19	28	Enfermedad alijuna	
Responsabilidad wayuu en enfermedad	1	2		
VIH lo traen de lejos	19	28	Viene de lejos	
Mujer infectada en Venezuela	1	1		
VIH es una enfermedad	17	32	VIH es una enfermedad	El VIH/sida: ni de tierra, ni de viento
VIH y sida son lo mismo	10	15	VIH y sida son lo mismo	
Desconocida y novedosa	27	60	Enfermedad desconocida	
Enfermedad actual	4	6	Enfermedad de hoy	
Enfermedad incurable y mortal	30	66	Enfermedad incurable y mortal	
Enfermedad peligrosa	4	9		
Enfermedad como cáncer y dengue	8	11	Enfermedad como otras	Confluencia del VIH y el sida con otras enfermedades
TBC la enfermedad	3	5		


**ANEXO F****Censo de las 55 comunidades participantes**

<b>CODIGO COMUNIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA COMUNIDAD</b>	<b>N° DE VIVIENDAS</b>	<b>N° DE VIVIENDAS CENSADAS</b>	<b>TOTAL POBLACION</b>
1	AIPIAIN	11	11	50
2	AMUSCHON	5	5	23
3	BUENOS AIRES	7	5	26
4	CHUPULIWOU	8	5	21
5	SALAO	14	14	87
6	ICHICHON	8	8	37
7	IRRUWAIN	27	27	128
8	JARESAPAIN	10	10	53
9	JOTOMANA	13	13	68
10	KALEKISHIMANA	6	6	30
11	KARRIZAL	19	19	101
12	KASICHI	4	4	19
13	KOTOTOMANA	9	9	65
14	MASHI 2	10	10	39
15	MOTIN	7	7	35
16	PANTERRAMANA	10	8	29
17	PASANUALU	17	17	70
18	PASIPAMANA	36	34	132
19	SAN ANTONIO DE GUAMAYAO	4	4	15
20	TUMOU	9	9	41
21	WOLIWA	5	5	21
22	AMALIJUNA	11	11	69
23	ANUTPALAU	15	15	89
24	BETANIA	7	7	52
25	CACHUYAS	7	7	22
26	CERRO PELAO	5	5	21
27	CURARIR	8	8	49
28	GUAMAYAO	10	10	39
29	WARE WAREN	71	71	331
30	JAUPALIJUNAY	21	21	74
31	JATURRUYCHON	66	66	279
32	KAITIMANA	18	18	58
33	KIJOMANA	3	3	12
34	KULY	4	4	36
35	LA ESTRELLA	32	32	179
36	MONTAÑITA	31	31	134
37	MATAJUNA	28	27	137
38	PARRULUAMANA	3	3	15

<b>CODIGO COMUNIDAD</b>	<b>NOMBRE DE LA COMUNIDAD</b>	<b>N° DE VIVIENDAS</b>	<b>N° DE VIVIENDAS CENSADAS</b>	<b>TOTAL POBLACION</b>
39	PATAJATAMANA	8	8	36
40	PIYUUSHIPANA	35	35	179
41	PINSKI	11	11	65
42	SIMALUNSIRRA	26	26	114
43	WAYUUMANA	10	10	55
44	WARRALALAIN	16	14	64
45	WASIMAL	18	17	118
46	YOSUIPA	11	9	44
47	YOULEJUNAY	8	8	33
48	YUNA	16	14	51
49	CARDONAL	11	11	61
50	KOURIPUNA	13	12	69
51	ULAIN	31	30	149
52	MAROUYEN	7	7	24
53	MAKU	24	24	95
54	CHONKOMANA	7	7	39
55	KANASMANA	11	11	64
<i>Totales</i>		842	690	3946

Fuente: Fuente: Material de georreferenciación. Programa de Investigación en Prevención del VIH y otras ITS con comunidades. UdeA. 2013-2014.

## ANEXO G

	<b>Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao - La Guajira 2012-2014</b>
---	---

### INFORMACIÓN Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO (ENTREVISTA)

#### Introducción

La Universidad de Antioquia, Asocabildos, Sumuywajat, Anas Wayuu, Mediser y la universidad de la Guajira, con el apoyo financiero de Colciencias, están realizando el estudio “Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao-Guajira, 2012-2014”. El VIH es un problema de salud que afecta cada vez con mayor frecuencia a los pueblos indígenas del mundo, incluyendo a Colombia. Esto ya se pudo comprobar en otro estudio adelantado en 2010 en una comunidad indígena de Antioquia. Es por lo tanto importante conocer que está pasando con el VIH en las comunidades indígenas Wayuu de Maicao, Guajira, y diseñar estrategias para su control.

#### Propósito

Este estudio tiene como propósito investigar, diseñar, implementar y evaluar, con la participación de comunidades indígenas Wayuu de Maicao, una intervención culturalmente apropiada para prevenir la transmisión de VIH. Con este fin se realizarán entrevistas que ayuden a conocer la situación de VIH y de salud sexual y reproductiva en estas comunidades.

#### Por qué se le invita a participar de la entrevista

Se le invita a participar de la entrevista porque usted hace parte de una de las comunidades indígenas Wayuu de Maicao, es mayor de 15 años y ha informado que tiene vida sexual activa. Usted hará parte de un grupo de personas a las que se les realizarán preguntas sobre su salud, sexualidad, comportamientos y conocimientos sobre VIH.

#### Participación

Usted es libre de participar o no en la entrevista. Si usted decide participar, le pediremos hacer las actividades que se mencionan a continuación:

1. Firmar este formato de consentimiento informado y en caso de no saber firmar permitir la toma de la huella digital.

2. Responder una serie de preguntas relacionadas con su salud, comportamientos sexual, conocimientos, creencias, hábitos, y comportamientos frente al VIH. La entrevista tendrá una duración máxima de una hora y media y se realizara en su comunidad.
3. Autorizar la grabación en audio de la entrevista.

### **Costos y compensación**

Usted no recibirá dinero por participar en la entrevista. El desplazamiento de los investigadores a su comunidad y otros costos que tenga la entrevista serán pagados por la Universidad de Antioquia.

### **Beneficios**

Usted no obtendrá beneficio económico por su participación en la entrevista. El beneficio será en la medida en que la información suministrada por usted aportará a la construcción de actividades educativas para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH.

### **Riesgos**

Participar en la entrevista es como conversar con una persona que le estará haciendo algunas preguntas, por lo tanto no tiene un riesgo para su salud. Los principales riesgos que tiene una entrevista tienen que ver con el uso y manejo de la información que usted suministre. Para disminuir estos riesgos, las entrevistas serán realizadas por profesionales entrenados y se garantizara un manejo confidencial y restringido de la información que usted suministre.

### **Derechos**

Usted es libre de participar o no en la entrevista y puede retirarse en el momento que lo quiera hacer, sin que esto afecte su derecho a beneficiarse de las actividades de educación en salud que se van a llevar a cabo durante el estudio y su derecho a la atención médica que pueda requerir en caso de presentar infección por VIH.

### **Confidencialidad**

Los investigadores guardaremos confidencialidad de los registros que puedan identificarle a usted hasta donde nos lo permita la ley. Usted será identificado por un código de participante que consta de la inicial de su nombre, el sexo y la fecha en que se realizó la entrevista. Su nombre no aparecerá en la grabación de audio, ni en las notas en nuestros cuadernos y ni en los informes del estudio.



Las grabaciones de audio se guardarán en un lugar seguro y se utilizarán solamente para alcanzar los objetivos propuestos por el estudio.

### **Personas a contactar**

Si tiene preguntas adicionales o algún comentario con respecto al estudio o a la entrevista, puede comunicarse con el profesor Carlos Rojas, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, al teléfono 219 6830 o al celular 314 863 2972. También puede contactar a la profesora Margarita Montoya, del Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, al teléfono 219 6840.

### **Aceptación**

Por favor, pregunte si tiene cualquier duda acerca del estudio, la entrevista o de este formato de consentimiento. Su firma o huella digital abajo indica que usted decidió participar en esta entrevista.

*FIRME O COLOQUE SU HUELLA DIGITAL SI USTED LIBREMENTE DECIDIÓ PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA.*

	Nombres y Apellidos <i>(En letra clara)</i>	Lugar y Fecha <i>(día/mes/año)</i>	Firma o huella digital
Participante			
Investigador o su delegado			

## ANEXO H



### Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao - La Guajira 2012-2014

#### INFORMACIÓN Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

#### GRUPO FOCAL

**Código comunidad:** \_\_\_\_\_

#### **Introducción**

La Universidad de Antioquia, Asocabildos, Sumuywajat, Anas Wayuu EPSI, Mediser y la universidad de La Guajira, con el apoyo financiero de Colciencias, están realizando el estudio “Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/sida en comunidades Wayuu de Maicao - La Guajira, 2012-2014”. El VIH es un problema de salud que afecta cada vez con mayor frecuencia a los pueblos indígenas del mundo, incluyendo a Colombia. Esto ya se pudo comprobar en otro estudio adelantado en 2010 en una comunidad indígena de Antioquia. Es por lo tanto importante conocer que está pasando con el VIH en las comunidades indígenas Wayuu de Maicao, La Guajira, y diseñar estrategias para su control.

#### **Propósito**

Este estudio tiene como propósito investigar, diseñar, implementar y evaluar, con la participación de comunidades indígenas Wayuu de Maicao, una intervención culturalmente apropiada para prevenir la transmisión de VIH. Con este fin se realizarán grupos focales que ayudarán a conocer la situación de VIH y de salud sexual y reproductiva en estas comunidades; información que posteriormente permitirá implementar una intervención con las comunidades del estudio.

#### **Porque lo estamos invitando a participar en un grupo focal**

Lo estamos invitando a participar en un grupo focal porque usted hace parte de una de las comunidades indígenas de Maicao, tiene más de 14 años y ha informado que tiene vida sexual activa. Usted hará parte de un grupo de personas, que participará del grupo focal, con aproximadamente 8 participantes cada uno, y a quienes se les realizarán preguntas sobre su salud, sexualidad, comportamientos y conocimientos sobre VIH.

#### **Participación**

Usted es libre de participar o no en el grupo focal. Si usted decide participar, le pediremos hacer las actividades que se mencionan a continuación:

4. Firmar este formato de consentimiento informado.

5. Participar activamente en el grupo focal expresando sus opiniones sobre: percepción frente a la sexualidad, conocimientos, actitudes, creencias, hábitos y comportamientos frente al VIH.
6. Permitir que sus intervenciones en el grupo focal sean grabadas y fotografiadas.

### **Costos y compensación**

Usted no recibirá dinero por participar en el grupo focal. El desplazamiento de los investigadores a su comunidad y otros costos que tenga el grupo focal serán pagados por la Universidad de Antioquia.

### **Beneficios**

Usted no obtendrá beneficio económico. Por su participación en este grupo focal usted recibirá un certificado de participación, porque aportará al proceso formativo que sobre el tema se llevará a cabo con su comunidad.

### **Riesgos**

Participar en el grupo focal es como conversar con un grupo de personas que le estarán haciendo algunas preguntas, por lo tanto no tiene un riesgo para su salud. Usted podrá hablar de lo que quiere y no está obligado a hablar de asuntos que no quiera. Los principales riesgos que tiene un grupo focal tienen que ver con el uso y manejo de la información que usted suministre. Para disminuir estos riesgos, los grupos focales serán realizados por personal entrenado y se garantizará un manejo confidencial y restringido de la información que usted suministre.

### **Derechos**

Usted es libre de no participar en el grupo focal o de retirarse en el momento que lo quiera hacer, sin que esto afecte su derecho a beneficiarse de las actividades de educación en salud que se van a llevar a cabo durante el estudio y su derecho a la atención médica que pueda requerir en caso de presentar infección por VIH.

### **Confidencialidad**

Guardaremos privacidad de las grabaciones y demás registros que puedan identificarlo a usted, hasta donde nos lo permita la ley. Ni sus grabaciones ni registros serán identificados con su nombre, solo se utilizará su código de participante. Su nombre no aparecerá en ningún informe de este estudio.

### **Personas a contactar**

Si tiene preguntas adicionales o algún comentario con respecto al estudio o al grupo focal, puede comunicarse con el profesor Carlos Rojas, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, al teléfono 219 6820 o al celular 314 863 2972. También puede contactar a la profesora Margarita Montoya, del Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, al teléfono 219 6840.

### **Aceptación**

Por favor, pregunte si tiene cualquier duda acerca del estudio, el grupo focal o de este formato de consentimiento. Su firma o huella digital abajo indica que usted decidió participar en este estudio.

*FIRME (O COLOQUE SU HUELLA DIGITAL) SI USTED LIBREMENTE DECIDIÓ HACER PARTE DEL GRUPO FOCAL.*

	<b>Nombres y Apellidos (En letra clara)</b>	<b>Clan</b>	<b>N° de celular</b>	<b>Lugar y Fecha (día/mes/año)</b>	<b>Firma o huella digital</b>
Participante 1					
Participante 2					
Participante 3					
Participante 4					
Participante 5					
Participante 6					
Participante 7					
Participante 8					
Investigador o su delegado					

***SI USTED LO DESEA, UN DUPLICADO DE ESTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADO***