



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Helen Palma Pinedo

“Alimentando al capital humano: Salud pública, anemia y desarrollo entre los awajún en
Santa María de Nieva”

Florianópolis – SC

2023

Helen Palma Pinedo

“Alimentando al capital humano: Salud pública, anemia y desarrollo entre los awajún en
Santa María de Nieva”

Tese submetida ao Programa de Antropologia Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do
título de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Prof. Dra. Esther Jean Langdon

Florianópolis, SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Palma Pinedo, Helen

"Alimentando al capital humano: Salud pública, anemia y desarrollo entre los awajún en Santa María de Nieva" / Helen Palma Pinedo ; orientadora, Esther Jean Langdon, 2023.
219 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Anemia. 3. Awajún. 4. Políticas de salud. I. Langdon, Esther Jean. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. III. Título.

Helen Palma Pinedo

“Alimentando al capital humano: Salud pública, anemia y desarrollo entre los awajún en Santa María de Nieva”

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 10 de outubro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dra. Esther Jean Langdon
Programa de Pós-graduação em Antropologia Social / UFSC

Prof.(a) Dra. Sônia Weidner Maluf
Programa de Pós-graduação em Antropologia Social / UFSC

Prof.(a) Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira
FIOCRUZ / Manaus

Prof.(a) Dra. Bronwen Margaret Gillespie
University of Sussex

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof. Dra. Esther Jean Langdon,
Orientadora

Florianópolis, 2023.

A Elena y Martina. El recuerdo de donde vengo y hacia donde voy.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Programa de Posgraduación en Antropología Social de la UFSC por facilitarme las condiciones para realizar este doctorado, lo que involucró una beca CAPES durante todo el tiempo que duró mi programa. Mi experiencia a partir de sus aulas me permitió conocer el poder transformador de la educación pública de calidad, y de un sistema que pone en primer lugar a sus estudiantes. Esto me ha hecho reafirmar la importancia de contribuir a esta lucha en mi país. Doy gracias también a sus docentes que desde sus distintas especialidades me dejaron la importancia y valor de una antropología hecha desde el Sur.

Agradezco además al INCT Brasil Plural por contribuir con el financiamiento de varias actividades de mi investigación, lo cual se dio en momentos claves, siendo uno de ellos la pandemia, lo que me permitió seguir avanzando. De otro lado, el Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas (NESSI) fue en estos años un espacio para el intercambio con colegas del PPGAS/UFSC con los cuales compartimos intereses comunes. Participar en ambos, con la dirección de la profa Jean Langdon, me remarcaron la importancia de construir en red y a partir de un diálogo abierto a la interdisciplinariedad.

Mi agradecimiento más profundo es para mi orientadora, quien ha hecho de estos años un camino de aprendizajes y momentos que me acompañarán siempre. Sus enseñanzas y apoyo desde el día uno de este proceso han sido centrales para llegar a este punto. Con la sabiduría que la caracteriza, ella siempre supo de antemano a qué nos enfrentábamos Julio y yo en cada etapa, dándonos consejos acertados y ayudándonos a tomar las decisiones correctas. ¡Gracias profa Jean! ha sido un gran honor ser su orientada y un privilegio haber compartido con usted dentro y fuera de las aulas. Siempre será una inspiración para mí en todo sentido.

En Santa María de Nieva, agradezco a Luzmila Bermeo, Eliseo Impi y Gloria quienes nos hicieron sentir parte de su familia y nos ayudaron en nuestro proceso de instalación. Eliseo y Gloria, gracias por su amistad! A las mujeres de Kampagkis y Paraíso con las que compartí, quienes me recibieron con generosidad y me permitieron conocer de sus vidas y aprender de ellas. Tienen todo mi cariño. A Irma Tuesta, Amelia Etsam, Juan Yampis y Mateo Yampis. Gracias por compartir su valioso conocimiento conmigo, y siempre responder con paciencia y buena gana mis preguntas. Guardo en mi memoria cada conversación y momento compartido con ustedes. Irma y Amelia, gracias por siempre ser tan amorosas y preocuparse por Martina y por mí. Gracias también a Elio Suamut y Juni Bucuingo, por las caminadas juntos por

Kampagkis y Paraíso. Agradezco también al director y docentes de la escuela primaria de Juan Velasco Alvarado por habernos recibido con amabilidad y ayudar a Martina en su paso por su institución.

Gracias al personal de la Red de Salud Condorcanqui, del hospital y centro de salud de Santa María de Nieva. Particularmente a Magdalena García por su gentileza y darme las facilidades para acompañar varias actividades, a César Velásquez por dejarme conocer su trabajo y sus comentarios francos, a Marvely Callahua por su invaluable apoyo y convertirse en una amiga.

A Ruth Iguñiz, le agradezco por invitarme a ser parte de dos redes de investigación y discusión como parte de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que han sido muy estimulantes, y me ayudaron a afianzar mis ideas durante el proceso de redacción de la tesis. Particularmente, fue relevante la Red de Historia y Nutrición Crítica¹ que ha sido un espacio de trabajo colaborativo muy gratificante.

A Elena, mi madre. Gracias por ir a Santa María de Nieva y quedarte un par de semanas con nosotros cuando más los necesité. Ese tiempo fue vital para avanzar en mi trabajo de campo. Gracias también por mantenerme conectada desde niña con mis raíces amazónicas a través de tu buen humor, historias, y comida. Eres mi ejemplo de resiliencia y generosidad.

A Julio, mi compañero de vida, colega y “parceiro” de esta aventura. Gracias por ser quien insistió en emprender este camino juntos como familia, y siempre empujarme a ir más allá. Sabes que tenía muchas dudas al inicio, ahora simplemente no imagino nuestra vida sin estos años. Me hace feliz haber transitado esta ruta contigo.

A Martina, mi hija. Has sido un miembro fundamental de este equipo de tres, que en los momentos precisos me ayudó a recordar lo realmente importante en esta vida. Gracias por acompañarnos en nuestros anhelos y locuras. Sé que no fue fácil, pero pasado el tiempo veo con admiración y orgullo como has sabido transformar tu paso por Floripa y Nieva en aprendizajes plasmados a través de tu arte y observaciones agudas. Ahora que empiezas a trazar tu propio camino, también te acompañaré.

¹ Proyecto “Remembering and acting on ‘Malnutrition’: A Latin American Network to Foster Deep Learning on Nutrition Interventions Past and Present” (IDS-Universidad de Sussex).

“Nossas pesquisas são fragmentos do que nós pensamos sobre o que outros pensam que é a realidade”.

(E. Jean Langdon. Primeira aula de Antropologia Simbólica, 2018-I)

“For anthropologists to admit that many of our hard-won insights are provisional and incomplete is not to reject empirical methods or surrender to personal idiosyncrasy. It is only to acknowledge that we are engaged in a difficult enterprise that will always leave room for differing outlooks and vexing uncertainties”.

(Michael Brown, 2014:15)

RESUMEN

Esta tesis examina críticamente la construcción de agendas en salud pública, basándose en el caso de la intervención contra la anemia en Perú, y particularmente entre los awajún en Santa María de Nieva. Con ese fin, se hace un análisis histórico-político que recorre los campos de la salud global y local, demostrando que más allá de lo estrictamente sanitario, se entremezclan en el tiempo asuntos teóricos, ideológicos y políticos. Muestra de ello es el concepto de capital humano aplicado a la niñez y la incorporación de la mujer desde una mirada maternalista, lo cual guió las estrategias de salud nutricionales diseñadas desde el Norte Global para el desarrollo del Sur Global. El análisis de la historia de la región de Condorcanqui y de los propios awajún, complementa lo anterior. Los distintos tipos de colonialismos, la influencia de agentes foráneos, las transformaciones en su sistema de subsistencia y las tensiones con el Estado, son parte del contexto en el que se insertan las políticas nutricionales. El resultado de estos procesos se hace claramente visible en los niveles de anemia y desnutrición que aumentan considerablemente en el siglo XXI en comparación a los años 70s. El estudio etnográfico de las actividades sobre la anemia en Santa María de Nieva dirigidas a madres awajún, demuestran como las narrativas de profesionalización e ideologías conservadoras sobre el rol reproductivo de las mujeres recrean el concepto de capital humano. De esta manera, las mujeres indígenas pobres acaban siendo responsabilizadas por esta política nutricional que las posiciona como culpables de la anemia de sus hijos y de las consecuencias en su futuro.

Palabras clave: anemia; awajún; políticas de salud

ABSTRACT

This thesis critically examines the construction of public health agendas of anemia intervention in Peru, and specifically the case of intervention among the Awajún in Santa María de Nieva. The historical-political analysis draws from the fields of global and local health, demonstrating that theoretical, ideological and political issues intermingle and go beyond strictly sanitary considerations, to promote a specific concept of human capital that combines a notion of childhood with a maternalist vision of women. This concept guides the strategies of health campaigns designed by the Global North for development of the Global South. Analysis of the history of the Condorcanqui region and of the Awajún complements the argument. Different types of colonialism, influence of foreign agents, transformations in the subsistence system and tensions with the State, are considered part of the context in which nutritional policies are inserted. The result of these processes is clearly visible in the levels of anemia and malnutrition that have risen considerably in the 21st century in comparison to the 70s. The ethnographic study of the activities in Santa María de Nieva aimed at Awajun mothers to educate them about anemia demonstrates how “narratives of professionalization” and conservative ideologies about women’s reproductive roles fortify a concept of human capital. In this way, poor indigenous women are attributed an undesirable responsibility in a nutritional policy that positions them as accountable for the anemia of their children and consequently for their future success or failure.

Keywords: anemia; Awajún; health policies.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

Esta tese examina criticamente a construção de agendas de saúde pública, com base no caso da intervenção contra a anemia no Peru e, particularmente, entre os Awajún² em Santa María de Nieva³. Para esse fim, é feita uma análise histórico-política que atravessa os campos da saúde global e local, demonstrando que, além das questões estritamente relacionadas à saúde, estão entrelaçadas questões teóricas, ideológicas e políticas.

Um exemplo disso é o conceito de capital humano aplicado às crianças e a incorporação das mulheres a partir de uma perspectiva maternalista, que orientou as estratégias de saúde nutricional projetadas pelo Norte Global para o desenvolvimento do Sul Global. A análise da história da região de Condorcanqui e dos próprios Awajún complementa o exposto acima. Os diferentes tipos de colonialismos, a influência de agentes estrangeiros, as transformações em seu sistema de subsistência e as tensões com o Estado fazem parte do contexto no qual as políticas nutricionais estão inseridas. O resultado desses processos é claramente visível nos níveis de anemia e desnutrição que aumentaram consideravelmente no século XXI em comparação com a década de 1970. O estudo etnográfico das atividades de combate à anemia em Santa María de Nieva, voltado para as mães Awajún, demonstra como as narrativas de profissionalização e as ideologias conservadoras sobre o papel reprodutivo das mulheres recriam o conceito de capital humano. Dessa forma, as mulheres indígenas pobres acabam sendo responsabilizadas por essa política nutricional que as coloca como culpáveis pela anemia de seus filhos e pelas consequências para o futuro deles.

A tese está organizada em quatro capítulos. O primeiro corresponde à contextualização, oferecendo antecedentes históricos e etnográficos relacionados aos Awajún e referências recentes a Santa María de Nieva. O segundo capítulo é dedicado ao desdobramento de informações ligadas à saúde em um sentido amplo, desde dados sobre subsistência, alimentação e cosmologias ligadas à horticultura entre os Awajún até os agentes que introduziram a biomedicina no século passado, e dados sobre a transformação nutricional nas últimas décadas ligada a esse grupo. O terceiro capítulo analisa o posicionamento da anemia na agenda pública desde um ponto de vista histórico e político, passando pelo cenário global e depois por sua inserção na agenda peruana, considerando a política interna dos últimos trinta anos. Além disso, é feita uma análise do tratamento proposto a partir de um ponto de vista que envolve criticamente o humanitarismo transnacional e o conceito de capital humano, que é contrastado com dados etnográficos. Por fim, o quarto capítulo descreve a intervenção para prevenir e controlar a anemia, detalhando o plano comunicacional, bem como as descrições das observações das atividades das equipes de saúde.

Objetivos

Esta tese tem três objetivos. Em primeiro lugar, explicar os fatores que intervêm na construção das agendas de saúde pública, tomando como exemplo o caso da intervenção sobre a anemia. Em segundo lugar, descrever a chegada da saúde pública em Santa María de Nieva, onde esta

² Os Awajún ou Aénst são um dos 55 povos indígenas reconhecidos pelo estado peruano, sendo o segundo maior povo amazônico depois dos Asháninka.

³ Santa María de Nieva está localizada no extremo norte da Amazônia peruana, na fronteira com o Equador. É a capital e o centro urbano da província de Condorcanqui, pertencente à região amazônica.

tese se concentra, enfatizando as intervenções ligadas à nutrição. E, finalmente, analisar o lugar da mulher na estrutura desse tipo de política, prestando atenção às ideologias e subjetividades que são reproduzidas.

Nesses três objetivos, o peso dado à história é transversal. Em cada caso, se tenta incorporar dados históricos relevantes, seja no nível da saúde pública peruana, da saúde global e da nutrição como um campo de conhecimento e ação; no nível da história dos próprios Awajún e da região que é foco; e em como as mulheres foram incorporadas a esse tecido. Os aspectos históricos mencionados acima são contrastados com os registros etnográficos que foram feitos durante o trabalho de campo referente à intervenção sobre anemia em Santa María de Nieva.

Metodologia

A metodologia desta tese foi baseada em uma etnografia desenvolvida por meio de trabalho de campo durante 2019. Os dados foram construídos por meio de acompanhamentos, observações, entrevistas e conversas com diferentes tipos de atores. No caso dos dados correspondentes às atividades realizadas pelas equipes de saúde, foram feitas observações de eventos como campanhas de saúde, oficinas de treinamento para agentes de saúde, reuniões de coordenação entre os responsáveis envolvidos, bem como entrevistas e conversas com o pessoal que participou dessas ações. Também foram realizadas entrevistas com funcionários envolvidos nessa intervenção no Ministério da Saúde em Lima.

Por outro lado, a partir do contato com mulheres awajún de dois bairros localizados na periferia de Santa María de Nieva, foi possível conhecer sobre algumas práticas terapêuticas e recursos relacionados ao cuidado infantil. Essas informações foram complementadas pelas valiosas contribuições de mulheres e homens Awajún, que não só compartilharam sua sabedoria e experiências, mas também contribuíram com algumas fotos tiradas por eles mesmos em seus jardins e chacras, com a intenção de serem exibidas na tese.

Resultados e discussão

Um primeiro objetivo desta tese foi problematizar a construção de agendas de saúde pública, tomando como exemplo o caso da intervenção contra a anemia no Peru. Com base nisso, foi realizada uma análise que abrangeu as áreas de saúde global e local. No caso da saúde global, o papel do humanitarismo transnacional foi destacado como um dos atores que moldaram o interesse no campo da desnutrição desde o início do século XX. A associação desse problema de saúde com a pobreza fez com que o binômio mãe-filho fosse o foco das intervenções. Isso se baseou em teorias do final do século XIX que concebiam a criação de filhos como um meio de melhorar a natureza, enquanto as mulheres eram incorporadas a partir de uma visão maternalista centrada em seu papel reprodutivo.

Por outro lado, como resultado de tratados como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), esses grupos começaram a se tornar sujeitos de direito merecedores de atenção. Isso coincidiu com o fortalecimento da cooperação internacional e com a chamada "Década do Desenvolvimento", na qual entidades como o UNICEF desempenharam um papel importante na área em países classificados como "subdesenvolvidos". O interesse em erradicar a desnutrição seria posicionado em nível global por meio de acordos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000), posteriormente substituídos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2015).

Nesse histórico, também são relevantes as características intrínsecas do campo da nutrição, que tem ligação com o campo da economia, no qual a validação da saúde, a partir de várias medidas e indicadores, passou a fazer parte dos padrões globais de desenvolvimento a serem cumpridos. Como se pode deduzir, o que predominou nesse campo foi uma noção de saúde e desenvolvimento baseada na biomedicina ocidental. Essa visão de saúde adquiriu novas nuances quando associada ao neoliberalismo a partir da década de 1980, que propôs uma visão economicista da saúde e do indivíduo. Isso resultou na revitalização do conceito de capital humano aplicado à saúde, que estabelece as pessoas como um meio de alcançar maior desempenho e crescimento econômico das nações. Portanto, uma primeira conclusão é a existência de uma associação de origem entre o interesse das intervenções nutricionais implementadas no campo da saúde materno-infantil e as teorias de desenvolvimento que tinham uma inclinação marcadamente econômica.

Ao levar a análise para o caso peruano, vemos como esse contexto toma forma e ganha vida a partir da anemia, o que envolveu uma análise das políticas nutricionais das últimas três décadas no Peru. Nesse contexto, foi decisivo o impacto da tendência neoliberal desde o início da década de 1990, anos em que a anemia como tal começou a fazer parte da agenda pública. A justificativa para isso foram os vínculos entre esse problema de saúde e a pobreza que se arrastava desde os anos de hiperinflação. A intervenção do UNICEF na história do posicionamento da anemia e de seu tratamento, tanto em nível global quanto local, é de destacar. Conforme descrito na tese, foi um ator que trouxe à mesa a necessidade de abordar esse problema globalmente, especialmente nos países em desenvolvimento, o que levou à criação do suplemento que mais tarde seria distribuído e incorporado às políticas de saúde peruanas, como em dezenas de outros países. Uma segunda conclusão, portanto, é a importância de rastrear o papel das entidades e dos agentes financiadores que definiram a agenda da saúde nessa questão.

Nesse sentido, os multimicronutrientes são um exemplo dos resultados de uma aliança entre organizações multilaterais, uma elite científica, organizações não governamentais e o setor empresarial. Essa é uma aproximação dos mecanismos que fazem parte da geopolítica da saúde. Isso teve sua versão nacional na geração de evidências científicas para justificar a abordagem da anemia no Peru, que se traduziu em demonstrar, por meio de um estudo, o custo para o país de crianças com anemia. Essa linguagem econômica se encaixou na apresentação de multimicronutrientes pelo UNICEF como a solução mais econômica, o que fez com que essa tecnologia proposta pelo Norte Global fosse inserida na política nacional. Subjacente a essa estratégia estava a ideologia que vê as crianças como capital humano que não pode ser desperdiçado e subtraído do produto nacional bruto, o que foi associado à promessa de "balas mágicas" que alegavam controlar o problema. Além disso, não se pode ignorar o fato de que esse produto sempre se concentrou nas crianças pobres e nas mulheres grávidas do mundo, muitas delas indígenas, apresentando, portanto, uma subcorrente de raça e classe.

Enquanto isso, à medida que sua distribuição começou a se tornar mais difundida no Peru, a questão da anemia se tornou mais politicamente carregada, pois foi usada em discursos presidenciais como um reflexo do paradoxo do crescimento econômico por mais de uma década e uma população mal nutrida. A preocupação com a anemia atingiria seu pico entre 2015 e 2020, quando foi nomeada como uma prioridade nacional e incluída como parte da política geral do governo para 2021. Uma conclusão que emerge da análise dos últimos trinta anos de ações contra a anemia no Peru mostra um resultado muito discreto. Embora tenha havido uma redução na prevalência de pelo menos 15%, os especialistas concluem que isso não é o que se esperava em vista dos grandes esforços e investimentos feitos. De fato, alguns atribuem essa redução ao crescimento econômico do país e não ao tratamento proposto.

Intervenções como essas podem ter resultados insuspeitados quando colocadas em prática em lugares como Santa María de Nieva. Isso leva aos resultados relativos aos outros dois objetivos desta tese, que tinham a ver com a observação de sua inserção nesse contexto, tomando como parte da análise a história dessa região e considerando o papel atribuído às mulheres e as subjetividades que são produzidas.

Como outros trabalhos têm demonstrado há vários anos, os multimicronutrientes não funcionaram nesse e em outros cenários no Peru. Entre os motivos estão as características do produto em si, mas, acima de tudo, a estrutura de relações na qual ele estava inserido. Nesse ponto, foram de grande relevância os programas sociais do Estado, que estabeleceram como parte de suas condições o consumo desse suplemento, bem como a triagem periódica da hemoglobina. Aqui, as mulheres, em seu papel de mães e gestantes, foram chamadas a garantir o cumprimento dessas condições. Uma conclusão sobre esse ponto é que vemos que, na rejeição dessa tecnologia, podemos ver desacordos e tensões de longa data com o que o Estado e os mestiços representam. Se levarmos em conta o que outros trabalhos e etnografias de várias décadas atrás apontam, a rejeição ou as "narrativas de extermínio", como as chamo, também ocorreram com outras tecnologias e materialidades que significavam uma imposição ou geravam desconfiança. Portanto, uma conclusão aqui é a importância da contribuição da antropologia com uma visão histórico-política desses processos, o que ajuda a deixar de observar esses tipos de situações ligadas a medicamentos a partir de uma perspectiva culturalista, que sabemos que pouco contribui para uma compreensão real desses fenômenos, em vez de estigmatizar a população indígena.

Nesse sentido, a tese relata algumas das manifestações mais marcantes do colonialismo na região desde o século passado, sustentadas pela visão nacional da Amazônia, traduzida na teoria do vazio demográfico e na proposta de fronteiras vivas. Os impactos são diversos, mas, no que diz respeito ao tema desta tese, destacam-se as transformações na situação de subsistência e nutrição dos Awajún. A esse respeito, são gráficas as conclusões de estudos realizados na década de 1970, nos quais os Awajún parecem estar bem nutridos e ser uma população saudável em termos gerais, em comparação com a população mestiça ou colonizadora que foi vítima de desnutrição. Isso contrasta com os resultados de estudos realizados a partir dos anos 2000, nos quais a desnutrição e a anemia atingem altos níveis entre os Awajún, reforçando a imagem de uma população vulnerável, em oposição à população mestiça, que apresenta melhores indicadores. Em conclusão, vemos nesses dados um reflexo do colapso de um sistema de subsistência que lhes garantiu alimentação suficiente por muito tempo e que foi progressivamente substituído por uma agricultura capitalista baseada em monocultivos sob a justificativa de gerar desenvolvimento nessa área. Em seu lugar, as práticas ancestrais foram enfraquecidas e foram criadas a colonização e a dependência alimentar.

Nesse cenário, a inserção de diversas atividades econômicas extrativistas e seu impacto no nível de gênero não podem ser ignorados. Como apontam alguns estudos, a agricultura passou por um processo de masculinização, deslocando as mulheres de seu campo de prestígio e tornando os homens os participantes da economia monetária. Isso gerou desequilíbrios de gênero ao diminuir o valor do trabalho ancestral das mulheres e do conhecimento associado à horticultura. Algo semelhante aconteceu com seu conhecimento sobre cura e manutenção da saúde, que foi ofuscado pelos produtos farmacêuticos que acabaram chegando em massa.

É dentro dessa história que intervenções como as relativas à anemia são inseridas como parte da trama estatal-indígena, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde. Nesse contexto, as mulheres awajún adquiriram um protagonismo indesejado que as coloca como responsáveis pelo sucesso ou fracasso de seus filhos e por essa estratégia em geral. Nesse ponto, com base na análise da biocomunicabilidade dessa intervenção, procura-se identificar as ideologias que

acompanham as diferentes mensagens e eventos que fazem parte de suas ações. Observa-se que o medo continua sendo usado como mecanismo de convencimento na saúde pública, com poucos resultados. Entretanto, o aspecto mais marcante é a reprodução, em nível local, da ideologia do capital humano visível, baseada em narrativas de profissionalização que se opõem aos modos de vida indígenas ou rurais.

A análise dessa intervenção em Santa María de Nieva envolveu a observação de alguns eventos de comunicação nos quais as interações e os diálogos entre os participantes foram registrados. Nesse caso, uma das descobertas foi a retroalimentação da ideologia do capital humano com uma ideologia conservadora manifestada em mensagens contra o aborto. Mais uma vez, o valor da mulher nessa política foi considerado apenas em termos de sua maternidade, que é vulnerável a ser culpada por cuidados precários, por não cumprir as exigências de saúde e por ser moralmente julgada em casos de aborto. A ausência de homens, tanto em nível discursivo quanto real, é digna de nota. Questões latentes relacionadas às relações de gênero e ao papel dos homens nessas questões são simplesmente omitidas.

Por outro lado, em outros eventos, foram observadas expressões que questionavam o conhecimento transmitido sobre a anemia. Assim, enquanto para a equipe de saúde a anemia era uma doença grave, para os agentes comunitários ela não se enquadrava em sua noção de gravidade. Além disso, enquanto para os funcionários a solução era melhorar a dieta e dar suplementos às crianças, para os Awajún a solução era melhorar o acesso ao trabalho que lhes permitiria ter os recursos econômicos para adquirir os alimentos necessários.

Da mesma forma, a partir do trabalho realizado com algumas mulheres e famílias awajún, foi possível conhecer um pouco mais sobre o putsumat - a versão nativa da anemia - e diferentes recursos utilizados no campo da saúde infantil que fazem parte de seu conhecimento ancestral. Uma conclusão disso é que a deficiência nutricional e suas consequências fazem parte das preocupações dos Awajún desde muito antes de a saúde pública colocá-la na agenda dessa área. Além disso, a variedade de recursos utilizados para sua prevenção e tratamento é um indicativo do interesse dessa população em adotar os melhores meios disponíveis para manter sua saúde. Isso também demonstra mais uma vez o papel e o conhecimento das mulheres na prevenção e no tratamento desse tipo de doença.

Considerações finais

A partir da análise crítica do posicionamento da anemia na agenda global, observou-se o papel do humanitarismo transnacional como parte dos atores que moldaram o interesse por essa questão desde o início do século XX. Isso contribuiu para a associação desse problema de saúde com a pobreza, o que fez com que o binômio mãe-filho fosse o foco das intervenções nutricionais. Isso se baseou em teorias eugênicas que concebiam a educação como um meio de melhorar a natureza, enquanto as mulheres eram incorporadas a partir de uma visão maternalista centrada em seu papel reprodutivo.

A observação do caso peruano leva à conclusão de que a tendência neoliberal tem sido relevante desde o início da década de 1990, quando a anemia como tal começou a fazer parte da agenda pública do ponto de vista técnico. A justificativa estava nos vínculos entre esse problema de saúde e a pobreza que existia desde os anos de hiperinflação. A intervenção do UNICEF na história do posicionamento da anemia e de seu tratamento, tanto em nível global quanto local, foi fundamental.

A evidência etnográfica dessa intervenção em Santa María de Nieva deixa algumas conclusões adicionais. Com relação aos multimicronutrientes, a tecnologia proposta nesse caso, podemos

ver que os desacordos e as tensões de longa data com o que o Estado e os mestiços representam foram atualizados. Nesse sentido, uma conclusão é a importância de contribuir com uma visão histórico-política desses processos. Por outro lado, a reconstrução da história regional de Condorcanqui e dos próprios Awajún revela o colapso de um sistema de subsistência que lhes garantiu alimentação suficiente por muito tempo e que foi progressivamente substituído por uma agricultura capitalista baseada em monocultivos sob a justificativa de gerar desenvolvimento nessa área.

Por fim, vemos hoje que o capitalismo na saúde revelado pelas teorias do capital humano continua a ser reproduzido em todo o mundo. Nesse sentido, o exemplo desenvolvido nesta tese ajuda a questionar a eficácia de tais abordagens em nível macro e os efeitos perversos que elas têm em nível micro. A tese também mostra que a insistência em obter capital humano com as condições exigidas pelo sistema neoliberal tem um custo de gênero que é suportado pelas mulheres, mas, pelo menos nesse caso, não por todas as mulheres, mas pelas mulheres indígenas pobres.

Palavras-chave: anemia, awajún, políticas de saúde

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN.....	19
1.1 ¿POR QUÉ ANEMIA?: MOTIVACIONES INICIALES	19
1.2 OBJETIVOS Y ENFOQUES CONCEPTUALES	22
1.3 METODOLOGÍA Y CIRCUNSTANCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO	24
1.4 ORGANIZACIÓN DE LA TESIS	30
2 LOS AWAJUN Y LA TIERRA DE LOS CINCO RÍOS: EL CONTEXTO DE ESTA INVESTIGACIÓN	31
2.1 LOS AWAJÚN: NOTAS INICIALES	32
2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ETNOGRÁFICOS.....	36
2.2.1 Primera ola: El encuentro colonial y la actividad misionera en el siglo XX	37
2.2.2 Segunda ola: “Peruanización”, colonización estatal, y las semillas de la organización política indígena	44
2.2.3 Tercera ola: Consolidación de la organización política awajún, extractivismo y las luchas por el territorio.....	51
2.3 SANTA MARÍA DE NIEVA: NOTAS CONTEXTUALES ACTUALES.....	58
2.3.1 Santa María de Nieva: Algunos datos básicos	58
2.3.2 Indígenas, <i>apách</i> , mestizos y cruzados: Una convivencia interétnica entre la turbulencia y las alianzas.....	69
2.3.3 Kampagkis y Paraíso: una comunidad dentro del pueblo.....	72
3 SALUD Y ALIMENTACIÓN ENTRE LOS AWAJÚN: REGISTROS ETNOGRÁFICOS E HISTÓRICOS.....	84
3.1 SUBSISTENCIA, ALIMENTACIÓN, Y PRÁCTICAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD ENTRE LOS AWAJÚN	85
3.1.1 Subsistencia y cosmologías femeninas de la huerta	85
3.1.2 Noción de cuerpo, prácticas y recursos para el mantenimiento de la salud.....	92
3.1.3 Prácticas de autoatención vinculadas al cuidado infantil: un ejemplo del uso del ajengibre	98
3.1.4 <i>Putsumat</i> : una noción nativa sobre la anemia.....	104
3.2 DISCURSOS MÉDICOS Y AGENTES SANITARIOS: BREVE RECORRIDO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA BIOMEDICINA ENTRE LOS AWAJÚN	111
3.2.1 Higienismo y educación sanitaria: Medicina misionera	111
3.2.2 La dimensión política de la salud: El “Grupo D.A.M” y la organización indígena	114
3.2.3 La acción estatal: Medicalización y una noción de interculturalidad problemática	117
3.3 TRANSFORMACIONES Y DESEQUILIBRIOS EN EL BIENESTAR: NEOCOLONIALISMO, VULNERABILIDAD Y DEPENDENCIA ALIMENTARIA	121
3.3.1 Las varias “crisis” de la sociedad awajún y sus impactos en el bienestar	121

3.3.2	Colonización alimentaria y dependencia nutricional.....	126
3.4	SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS AWAJÚN EN EL TIEMPO.....	136
3.4.1	Datos biomédicos y etnográficos vinculados a la nutrición de los awajún recolectados en los años 70.....	137
3.4.2	Datos biomédicos sobre la nutrición de los awajún recolectados a partir de los años 2000	139
4	LA ANEMIA EN LA AGENDA PÚBLICA: UNA MIRADA HISTÓRICA, POLÍTICA Y SOCIOCULTURAL.....	142
4.1	LA ANEMIA DESDE LO GLOBAL: HUMANITARISMO, TEORÍAS DE DESARROLLO, Y LA IMPORTANCIA DEL BINOMIO MADRE-NIÑO.....	143
4.2	RE-PRODUCIENDO LA ANEMIA EN PERÚ: UN ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ENTRE EL PERÍODO 1990-2020.....	147
4.2.1	Período 1990-2000: Ajuste estructural, y las primeras estrategias sostenidas en nutrición y anemia.....	147
4.2.2	Período 2001-2010: Bonanza económica, inicio de “Juntos” y entrega de “Sprinkles”	150
4.2.3	Período 2011-2020: Discursos de “inclusión”, programas sociales y anemia como prioridad nacional.....	153
4.3	UN PROBLEMA GLOBAL, UNA SOLUCIÓN GLOBAL: SOBRE MULTIMICRONUTRIENTES Y “MAGIC BULLETS”.....	158
4.3.1	Los inicios de “Sprinkles”: Una historia de humanitarismo transnacional.....	158
4.3.2	“Sprinkles” en Perú: El papel de los organismos transnacionales y la generación de una demanda.....	160
4.3.3	Una evidencia problemática: De capital humano y sujetos neoliberales.....	161
4.3.4	Discursos confrontados: Falta de adherencia versus narrativas de exterminio.....	163
5	LA INTERVENCIÓN CONTRA LA ANEMIA EN SANTA MARÍA DE NIEVA.....	170
5.1	LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA ...	173
5.1.1	El plan comunicacional a nivel nacional.....	173
5.1.2	El plan comunicacional a nivel local.....	179
5.2	LAS ACTIVIDADES EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA: IDEOLOGÍAS COMUNICATIVAS EN SALUD.....	181
5.2.1	Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud.....	181
5.2.2	Sesión demostrativa de preparación de alimentos.....	192
5.2.3	El trabajo desde los programas sociales.....	196
6	CONCLUSIONES.....	200
7	REFERENCIAS.....	207

1 INTRODUCCIÓN

1.1 ¿POR QUÉ ANEMIA?: MOTIVACIONES INICIALES

El tema de esta tesis surgió de un desencuentro durante mi experiencia en la salud pública. Los siete años anteriores a iniciar el doctorado trabajé en el sector público, cinco de los cuales fueron en el Ministerio de Salud de mi país. Antes había estudiado antropología en la universidad como parte del pregrado, años en los que había aprendido algo de teoría y había sido entrenada para hacer etnografía. De pronto, siendo parte del Estado, me veía en un escritorio haciendo documentos burocráticos, asistiendo a reuniones, y siendo la responsable de entender la cultura de los grupos en los cuales se presentaban problemas a la hora de aplicar las políticas de salud. Si empiezo esta introducción mencionando algo de mi trayectoria es porque, además de explicar el origen de esta tesis, creo que representa parte de las vicisitudes que algunas antropólogas y antropólogos pasamos en nuestro tránsito por el campo laboral.

Es sabido que el Estado es en el último par de décadas uno de los principales empleadores de antropólogos en el Perú, y creo que esto puede ser bueno y malo a la vez. Por un lado, representa el interés de los distintos sectores estatales por tener a profesionales que aporten una mirada sociocultural a las políticas de cada sector, algo que tiempo atrás era casi inexistente. En mi caso, fue por eso que ingresé al Ministerio de Salud. El director de ese momento del área a la que me incorporé estaba interesado por contar con alguien de antropología que ofrezca esa perspectiva, había pasado más de una década en la que no se había contratado allí a alguien de esta especialidad. Él era en ese momento una excepción al estándar de cómo se pensaba en ese momento en ese sector. Cuando ingresé, el equipo del que formaba parte, todos de especialidades de la salud, no entendían que hacía una antropóloga allí, y si lo merecía. Por tanto, mis primeros dos grandes retos fueron empezar a entender la cultura salubrista, y luego, mostrar que la antropología podía ofrecer algunas cosas interesantes para los temas que eran importantes de atender allí.

Esos retos fueron una constante en esos años, e intentar resolverlos una y otra vez me dejaron aprendizajes muy importantes. En primer lugar, pude conocer algo de las concepciones que guían la formulación de políticas en salud, algo sobre los factores que intervienen en su construcción, y sobre todo los desafíos en su aplicación. En segundo lugar, las experiencias de campo que pude realizar como parte de esa área me permitieron ver de primera mano las

condiciones precarias en las que labora el personal de salud de los primeros niveles de atención en distintas regiones del país, las inequidades entre estos profesionales, etc. Esto me ayudó a humanizar a este personal, algo que, como antropóloga, creo que me hacía falta. Como parte de mi formación en el pregrado, era usual leer ciertos textos o escuchar expresiones que caían en el lugar común de satanizar al personal de salud y posicionar a los pacientes, sobre todo si eran indígenas, como constantes víctimas de sus malos tratos. No obstante, acompañándolos en sus actividades, conociendo sus condiciones laborales, en las que sus responsabilidades muchas veces sobrepasaban ampliamente para lo que fueron formados, pude comprender mejor sus circunstancias y saber que, como en toda especialidad, había profesionales de calidad y comprometidos con las poblaciones que atendían, y otros que no.

Después, comencé a atravesar los problemas que aparecen cuando la antropología o el antropólogo/a comienza a querer ser domesticado por el Estado. Por un lado, el distanciamiento con la experiencia que ofrece la etnografía, puede hacer que la labor como trabajador estatal sea un proceso alienante. Además, el ejercicio antropológico puede verse restringido al tener como fondo la tensión de satisfacer las expectativas que los funcionarios tienen de esta (KELLY, 2011). De otro lado, el riesgo de hacer una antropología al servicio de la agenda de momento y que no necesariamente refleja las preocupaciones de la población que se busca atender, es algo latente, y que una hace el esfuerzo por esquivar. Estos últimos años en los que la política peruana viene siendo consumida por una fuerte inestabilidad en la que han primado intereses particulares, donde la meritocracia es una casualidad, en la que se normalizan las formas autoritarias, y en los que el racismo se convirtió en un espectáculo; pues esto ha debido ser algo titánico.

Aquí viene la parte del desencuentro que mencioné al inicio, y que fue origen del tema de esta tesis. En 2015, uno de los jefes de mi área me comentó preocupado que diversas autoridades estaban inquietas porque los multimicronutrientes, tratamiento en el cual el gobierno de turno había invertido varios millones de soles y era la apuesta principal para combatir la anemia, no estaban teniendo los resultados esperados. La anemia venía posicionándose por esos años como un asunto prioritario en la agenda de salud pública peruana, y venía suscitando el interés no solo de la comunidad salubrista, sino también de las ciencias sociales y medios de prensa. Un punto de inflexión ante la opinión pública fue la difusión en ese tiempo de las cifras que revelaban que la anemia había aumentado llegando al 43,6%. ¿Cómo era posible que un país como el Perú, que había tenido un crecimiento sostenido de su

economía por más de diez años tuviera tanta población anémica? En el imaginario social la anemia tiene una conexión directa con la pobreza, por tanto, la contradicción que surgía de las cifras que reflejaban una bonanza económica versus las de una población mal alimentada generaba varios cuestionamientos. Como señala el antropólogo Eduardo Menéndez, las enfermedades no son solo padecimientos, sino que muestran también contradicciones del sistema. De otro lado, bajo la asesoría de UNICEF, el Perú había optado por invertir importantes esfuerzos y recursos en los multimicronutrientes como principal estrategia, sin embargo, comenzaba a haber evidencia que señalaba la existencia de varios problemas en su consumo. Fue en ese escenario que me pidieron visitar tres zonas del país para obtener más pistas de lo que estaba pasando.

De esta manera, visité un lugar en la Costa al sur de Lima, un lugar de los Andes centrales, y otro en la Amazonía, muy cerca de donde realicé el trabajo de campo para esta tesis y en el que residía población awajún. En estos lugares sostuve conversaciones e hice entrevistas a personal de salud, autoridades locales, y madres de familia. Durante esas visitas pude comprobar, en primer lugar, que la adherencia a este tratamiento era en general bastante baja, lo que causaba varios dolores de cabeza a los responsables de esta estrategia que acababan siendo reprendidos por sus superiores. Pero, más allá de eso, lo que en realidad llamó mi atención fueron otras cosas, que en buena cuenta tiraban abajo varios de los supuestos que habían motivado que me envíen a esos lugares. Mientras desde Lima se asumía que las madres no sabían bien qué era la anemia ni lo que había que hacer para mejorar el nivel de hemoglobina de sus hijos, encontré que las mujeres manejaban información muy detallada sobre estos temas. Mientras se asumía que estas prestaban poca atención a la alimentación y estado nutricional de sus hijos, observé cómo los suplementos vitamínicos y las fórmulas lácteas infantiles eran productos muy consumidos por mujeres awajún y quechuas, en los cuales gastaban el escaso dinero que podían tener algunas de ellas, siendo estos productos costosos. Además, observé cómo en comunidades consideradas alejadas los alimentos envasados altos en azúcar y sodio formaban parte de la dieta cotidiana de los niños mucho más de lo que se podían imaginar aquellos que estaban preocupados por la anemia desde la capital.

Al mismo tiempo, no dejó de llamar mi atención el hecho que mientras desde Lima se diseñaban una serie de estrategias comunicacionales que luego eran replicadas en estas regiones y que obedecían al slogan “niños sin anemia, niños con futuro”, asegurando que los multimicronutrientes ayudarían a que los pequeños sean “más inteligentes”; mujeres awajún

me expresasen que no querían que sus hijos los consuman porque eran un veneno que se repartía en esas zonas para eliminar a los indígenas, o que mujeres quechuas me dijese que no se lo daban a sus hijos porque los volvería “sonsos” o menos hábiles. Era evidente que varias cosas se ocultaban tras la fachada de la anemia que no se estaban considerando en ese momento.

Este primer acercamiento que puede tener al tema, fue en ese momento para mí una constatación poderosa no solo del desconocimiento del que parten ciertas políticas públicas, sino también de la miopía y soberbia que el inagotable centralismo limeño trae. A partir de ello, escribí un informe que en lugar de explicar qué se podía hacer para mejorar el consumo de los multimicronutrientes según la cultura de cada lugar, hablaba de la atención que había que prestar a los cambios en las dietas y la disponibilidad de alimentos en estos lugares, el acceso a servicios básicos, y al papel que podían estar teniendo las relaciones de género y rupturas en los sistemas de cuidado, habiendo observado en estas visitas una alta frecuencia de hogares encabezados por madres solteras con un pobre acceso al trabajo, lo cual repercutía en la alimentación de sus hijos. En resumen, concluía que la adherencia a los multimicronutrientes no debía ser la principal preocupación y que, en todo caso, este era un producto que por sus características era muy complicado de hacerse sostenible en estas zonas.

La consecuencia de esto fue que el documento se archive y no obtenga mayor atención. A los pocos meses, decidí retirarme llevándome varias lecciones de cómo se hacía la salud pública en el país. A partir de ahí, y ya alejada de ese tema, observé de lejos como el interés sobre la anemia crecía y los estudios y publicaciones sobre la adherencia a los multimicronutrientes se multiplicaban. No obstante, poco o nada se discutía sobre las ideologías y premisas que acompañaban esta estrategia, menos sobre cómo aterriza esta política y las fricciones con las realidades más locales. Iniciando este doctorado decidí que era momento para mí de hacer antropología de la salud pública tomando este caso como punto de partida. En cierto sentido, la motivación de fondo fue hacer una investigación no solo centrada en los awajún, sino en la salud pública y políticas sociales como objetos de estudio, y en relación con el contexto que elegí.

1.2 OBJETIVOS Y ENFOQUES CONCEPTUALES

Esta tesis busca dar cuenta de tres aspectos. En primer lugar, los factores que intervienen en la construcción de las agendas de salud pública, tomando como ejemplo el caso

de la política sobre la anemia. En segundo lugar, dar cuenta de la llegada de la salud pública en Santa María de Nieva, ámbito donde se enfoca esta tesis, enfatizando las intervenciones vinculadas a la nutrición. Y, por último, analizar el lugar que tienen las mujeres en el marco de este tipo de políticas, prestando atención a las ideologías y subjetividades que se reproducen.

En estos tres objetivos, el peso que le doy a la historia es transversal. Como se verá, en cada caso hago el intento de incorporar datos históricos que sean relevantes, ya sea a nivel de la salud pública peruana, salud global, y de la nutrición como campo de conocimiento y acción; a nivel la historia de los propios awajún y de la región en la que me concentro; y sobre cómo la mujer ha sido incorporada en esta trama. Los aspectos históricos antes señalados, son contrastados con los registros etnográficos que realicé durante el trabajo de campo referentes a la intervención sobre la anemia en Santa María de Nieva.

Un concepto clave para el análisis de la evidencia que obtuve vinculada al desenvolvimiento de esta política es el de biocomunicabilidad (Briggs, 2007), el cual pone el foco no solo en los procesos comunicacionales en salud, sino en las ideologías que las acompañan y la producción de jerarquías a partir de ello. El uso de este concepto no es algo antojadizo, sino que emerge de la relevancia que la dimensión comunicacional tiene en esta política, algo que se observará cuando sea descrita. En el análisis de las relaciones entre los actores involucrados en estos procesos, se destaca la historia de relacionamiento entre el Estado y los awajún, así como el peso de las relaciones interétnicas, intentando ir más allá de lo médico (KELLY, 2009). Esto tiene importancia considerando la convivencia interétnica entre los awajún y mestizos⁴, tanto a nivel de las esferas vinculadas a la salud, como en la vida cotidiana.

De otro lado, se ofrece una mirada de la construcción de las políticas nutricionales en Perú que incorpora aspectos históricos vinculados a los organismos de desarrollo y humanitarismo, así como de política interna peruana, que ayudan a entender cómo se da el posicionamiento de la anemia en la agenda pública y el establecimiento del tratamiento. Esto va en la línea de evidenciar que, tal como señala Fassin (2004), no basta con que una patología exista para que constituya un problema de salud, sino que hace falta primero que la movilización de agentes le otorgue una existencia social. En esta trayectoria, se consideran tanto las

⁴ “Mestizo” es una categoría étnica de origen andino empleada en distintos ámbitos del Perú. En el caso de Santa María de Nieva, hace referencia a migrantes de origen campesino andino o costeño, que llevan mucho tiempo radicando en la zona. Se ofrece más información de esto en el acápite 1.3.2.

dinámicas y percepciones generadas en torno a este medicamento (DIEHL; LANGDON, 2020), como el papel asignado a las mujeres y niños como sujetos que deben encarnar las narrativas globales y locales de progreso. Además, a partir de la descripción de las acciones vinculadas a la anemia en Santa María de Nieva, se intenta contribuir a un enfoque del Estado y sus políticas que considere a los actores responsables de su ejecución como agentes sociales con disposiciones morales y subjetivas particulares que intervienen en su reinterpretación cotidiana (MALUF; ANDRADE, 2017).

Asimismo, en cuanto a la historia regional y particular vinculada a los awajún, se hace un recuento de los principales agentes que introdujeron la biomedicina desde las primeras décadas del siglo pasado, así como los proyectos que tuvieron a la salud y nutrición como parte de sus ejes. En ello, se destaca la movilización de los propios awajún en torno a la salud, enfatizando el sentido político que esta tenía, y que se desarrolló bastante antes que el Estado y sus servicios de atención se asienten en esta zona. El interés es enfatizar que ni todo inicia ni todo termina con el Estado. En ese mismo sentido, se presentan algunos recursos y prácticas de autoatención que pude registrar vinculados a la anemia y salud infantil durante el trabajo de campo, en el que las mujeres awajún son protagonistas y pueden desplegar su agencia, en contraste con el rol pasivo y culpabilización que se ejerce sobre ellas desde las campañas contra la anemia.

1.3 METODOLOGÍA Y CIRCUNSTANCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO

En este punto describiré las circunstancias y particularidades que moldearon la experiencia etnográfica vinculada a esta tesis. Como mencioné antes, en 2015 tuve una primera aproximación a los awajún siendo parte del Ministerio de Salud a partir de la preocupación que existía por la adherencia a los multimicronutrientes, sin embargo, fue un par de meses después en ese mismo año que conocí por primera vez Santa María de Nieva. Siendo aún parte de dicho ministerio, tuve la oportunidad de ir como parte de una comisión con responsables de distintas áreas, así como de otros sectores, con el objetivo de participar de una actividad vinculada a las acciones que se venían desplegando en la zona para controlar el VIH⁵. En esa actividad

⁵ Como se desarrollará en el Capítulo 2, antes que la anemia fuera parte central de las políticas de salud, la agenda salubrista correspondiente a esta región estuvo dominada por el VIH a partir de la detección de una epidemia, por lo que desde algunos años atrás se venían realizando acciones intensas para su control.

participaron distintos apus⁶ de comunidades que llegaron a Santa María de Nieva para recibir información sobre este tema y dar sus impresiones sobre las estrategias que se habían ejecutado hasta ese momento. Esa experiencia quedó en mi memoria por la potente interpelación que hicieron algunos de ellos a algunas de las acciones, algo que no había observado en actividades con otros pueblos indígenas a los que había podido asistir. Si bien estas primeras aproximaciones que tuve fueron desde una entrada salubrista, me dejaron inquietudes de otro tipo cuyo abordaje supe que estaban fuera de este campo. Esto también motivó mi interés por retomar una reflexión desde la antropología y la elección de este contexto.

El trabajo de campo para esta tesis fue realizado durante todo el 2019, y tuvo la particularidad de ser hecho en familia. Durante ese año viví en Santa María de Nieva junto a Julio Portocarrero, mi esposo y colega quien también realizaba el trabajo de campo para su tesis doctoral como parte del PPGAS/UFSC, y nuestra hija Martina de diez años en ese entonces. Ya habíamos pasado juntos la aventura de mudarnos a Florianópolis desde Lima en 2018 con motivo del doctorado, por lo que fue natural en ese momento que el siguiente paso fuera continuar el camino juntos con una nueva mudanza a Santa María de Nieva en 2019. Aunque individualmente cada uno tuvo su experiencia allí, el hecho de llegar como familia marcó nuestra inserción en el campo. Nos vieron llegar de ese modo, y fue así como nos recibieron en el barrio que nos acogió. Por ello se verá que en algunas partes descriptivas escribo a título personal, mientras que en otras lo hago en plural, cuando se refiere a situaciones que experimentamos en conjunto.

Al empezar el trabajo de campo, una de las primeras cosas que tuvimos que resolver fue asegurar la vacante en la escuela primaria para nuestra hija, ya que el año escolar estaba próximo a iniciar. No imaginaba hasta ese momento que este espacio sería relevante en mi experiencia inicial de inserción y con las mujeres de nuestro barrio. Si tuviera que definir de manera escueta esa experiencia a partir de la escuela, diría que fue inesperadamente abrupta. Esto tuvo que ver con un hecho que se dio en la primera reunión de padres de familia del grado de Martina a la que asistimos, y que fue relevante en este proceso. En esa reunión, parte de la agenda era la presentación del docente y la elección del comité de aula, que venía a ser un grupo de madres que debían ser elegidas para hacerse cargo de ciertas coordinaciones con el docente en representación de la promoción. Tenía claro que de ninguna manera me involucraría en esos

⁶ Apu es el término con el que se denomina a los líderes awajún.

temas, y más bien estaba interesada en conocer más el espacio donde mi hija tendría que insertarse, estudiar, y pasar varias horas de su día. Sin embargo, al llegar el momento de la elección del comité pasó lo que muchas veces pasa en esos casos: nadie quería ser parte de él.

A falta de voluntarias, las asistentes comenzaron a nombrar candidatas para algunos de los cargos como secretaria, vocal, tesorera, vice presidenta; los cuales se fueron ocupando poco a poco quedando solo vacío el de presidenta. Yo me mantenía al margen de la situación y en papel más de observadora, hasta que uno de los varones awajún presentes me señaló diciendo “¿por qué no usted señora?” a lo que con gestos respondí que no. En ese momento empezó una discusión que fue un tanto confusa e incómoda. El señor que me propuso hizo un comentario diciendo algo como que qué mejor que personas “notables” y “educadas” asuman ese cargo y que además seguro nos estábamos llevando una mala imagen de ellos por las discusiones y poca voluntad de participación que estaban teniendo. Yo comencé a intentar decir que no era ese el caso, hasta que una de las madres awajún interrumpió de forma enérgica para reprocharle al señor por lo que acababa de decir, afirmando que nosotros éramos como cualquiera y no tenía por qué ponerlos a ellos como menos. Nosotros optamos por permanecer en silencio mientras se discutía un poco más qué tan notables éramos... Pasados unos minutos las personas simplemente ya querían que acabe la reunión y volver a sus actividades, así que se retomó la propuesta de que yo sea presidenta. Intervine y dije que no tenía ninguna experiencia y que por tanto consideraba que no debía serlo, a lo que un par de las señoras que ya habían sido elegidas como parte del comité replicaron diciéndome que no me preocupe, y que ellas me ayudarían en todo. En ese momento otras empezaron a animarme y decirme que ya de una vez acepte para terminar con todo. Con la presión encima y aferrándome a lo me dijeron las que serían mis compañeras, terminé aceptando. Pensaba que en todo caso cedería el protagonismo a las demás mujeres del comité, y que yo intentaría mantenerme con un perfil bajo. Como era de esperarse, esto no funcionó.

Cada semana que pasaba fui dándome cuenta de la responsabilidad que esto implicaba y el tiempo que demandaba. Había que tener coordinaciones frecuentes con las demás mujeres del comité para organizar distintas actividades, como por ejemplo para la limpieza de aula y la recaudación de fondos para las fechas festivas. Además, había que gestionar el dinero de lo recaudado, llevar un libro de actas que fuera lo más detallado posible, etc. Aunque yo no debía hacerme cargo de eso sola, sí debía estar al pendiente de todo mientras a la par iba cayendo en cuenta de lo que todo ello suponía. Luego vino la parte más dura. Entendí que la presidenta del

comité debía dirigir las reuniones de padres de familia, hacer propuestas de mejora, participar de ciertos espacios de decisión a los que solo las presidentas de comités asistían, entre otros. En pocas palabras, las presidentas debían ser actores políticos que debían saber fluir y tener una postura en el espacio también político que era la escuela. Fui enterándome de como varias mujeres y varones awajún y mestizos que tenían un rol destacado y cargos de poder en el barrio, habían sido también presidentas/es de comités en la escuela y poco a poco habían escalado asumiendo cargos con más responsabilidades. Es decir, que mientras yo había pensado que mi estrategia inicial para sortear esta responsabilidad sería ser perfil bajo e intentar pasar desapercibida, en realidad lo que se esperaba de mi era todo lo contrario.

Está demás decir que estuve nada preparada para ello y que me sentía totalmente incompetente en ese rol. No obstante, esa incompetencia terminó siendo un punto de partida para el aprendizaje de cuestiones que probablemente no habría podido tener de otra forma. Por ejemplo, pude experimentar lo que la escuela demanda de las madres y padres de familia en términos de tiempo, dedicación y dinero. Además, a partir de las actividades y reuniones en las que participé pude observar las jerarquías y tensiones entre mujeres awajún y mestizas, pero también las oportunidades de colaboración cuando hay objetivos comunes. Mi comprensión de la escuela como una arena en la que docentes, alumnos, y madres de familia coexisten y se posicionan, no se hubiera dado sin mi inserción como madre de familia y miembro del comité en ese espacio.



Descripción: Fotos de una sesión de cine al aire libre y venta de comida, la cual fue una actividad desarrollada por nuestro comité de aula para recaudar fondos para los gastos escolares.

Así y sin pensarlo, terminé desarrollando una observación participante de esta escuela y comunidad educativa que iba más allá de lo que podría haber leído antes en algún manual de

metodología. Finalmente, luego de dos meses como parte del comité decidí renunciar, no solo por el tiempo que esto exigía sino en un afán de evitar posibles asperezas con otras mujeres, lo cual no era algo extraño cuando se estaba en un rol de ese tipo. Estos primeros meses que describiría como intensos, significaron para mí un punto de quiebre y me aportaron un significado más profundo de lo que implica hacer etnografía.

De otro lado, nuestra inserción como una familia más en el barrio donde nos asentamos abrió la oportunidad de compartir colectivamente con otras personas y familias. Al inicio, como es de imaginar, éramos objeto de observación y vigilancia por nuestros vecinos, más aún considerando que la pequeña casa de madera que alquilamos -que en realidad era un taller de carpintería- no contaba con cortinas en la parte frontal, por lo que básicamente todos podían ver lo que hacíamos dentro. Incluso algunos niños se apoyaban por momentos en nuestra ventana a simplemente mirar qué estábamos haciendo en ese instante. Pasado algo de tiempo y de experiencias vividas en común, esta sensación de vigilancia bajó. Una de las experiencias marcantes que nos tocó vivir con nuestros vecinos fue el terremoto de 8.0 grados que se dio en el mes de mayo de 2019 y que tuvo como epicentro una localidad ubicada a pocos kilómetros de Santa María de Nieva. El terremoto se desató cerca de la medianoche, horas en la que la energía eléctrica era inexistente, por lo que el movimiento arrebatado de la tierra nos agarró de golpe mientras dormíamos y en total oscuridad. Las características de la vivienda en la que estábamos hicieron que esta se sumerja en un fuerte vaivén que sentimos interminable. Pasamos esa madrugada con algunas mujeres y niños de las viviendas vecinas compartiendo sobre lo sucedido. Posteriormente, algo que en ese momento fue motivo de mucha angustia, se transformó luego en una anécdota y motivo de bromas cómplices.

Mi aprendizaje de lo que implica vivir en Santa María de Nieva, se dio también a partir de compartir algunas condiciones de vida propias de este lugar, como la falta de servicios básicos. Esto ayudó a conocer de primera mano las dificultades cotidianas que las familias tienen para resolver las actividades domésticas, así como las consecuencias que esto tiene en la salud. Como describiré en uno de los capítulos, el agua que llegaba por un par de horas al día no era potable y presentaba contaminación con distintos tipos de residuos, lo que generaba problemas de salud recurrentes incluso en personas que llevaban mucho tiempo viviendo allí. Una de los más comunes era la fiebre tifoidea, algo que tanto mi hija como yo pasamos en más de una oportunidad. La primera vez que pasé por ese evento de enfermedad intenté al inicio de manera absurda no hablar del asunto por temor a ser vista como muy débil. Al darme cuenta de

este error, comprendí que esto era algo que unía a las personas tanto indígenas como indígenas que vivían allí, y motivo de cohesión para el reclamo colectivo a las autoridades por mejores servicios.

En cuanto a los datos vinculados más específicamente al tema de la tesis, estos fueron contruidos a partir de acompañamientos, observaciones y conversaciones diversas con distintos tipos de actores. En el caso de los datos correspondientes a las actividades desarrolladas por los equipos de salud en torno a la anemia, realicé observaciones de eventos como campañas de salud, de talleres de capacitación a agentes de salud, un par de reuniones de coordinación entre los responsables involucrados, así como entrevistas y sobre todo conversaciones con el personal que participaba en estas acciones. También realicé algunas entrevistas a funcionarios vinculados a esta intervención en el Ministerio de Salud en Lima.

En Santa María de Nieva mi contacto inicial fue con la Red de Salud de Condorcanqui, a la cual me presenté sin ninguna mediación de por medio, explicando el interés de mi tesis doctoral. Debo decir que siempre fui bien recibida, y la persona responsable de estas actividades en ese momento me integró con un interés real de que alguien externo, y sobre todo de antropología, pudiese aportar con observaciones constructivas al trabajo que venían realizando, algo que intenté hacer a lo largo de ese tiempo. De otro lado, como se describe en el último acápite del Capítulo 1, me vinculé con mujeres awajún de dos barrios ubicados en la periferia de Santa María de Nieva, llamados Kampagkis y Paraíso. Con ellas conocí sobre algunas prácticas vinculadas al cuidado infantil, así como sobre recursos terapéuticos utilizados con los niños. Esta información se complementó con los valiosos aportes de mujeres y varones awajún mayores y de mucho conocimiento como Irma Tuesta, Amelia Etsam, Juan Yampis (†2023)⁷ y Mateo Yampis. Ellas y ellos no solo compartieron conmigo su sabiduría y experiencias, sino que contribuyeron con algunas fotos tomadas por ellos mismos en sus huertas y chacras que me fueron enviadas con el interés de que sean expuestas en esta tesis. Como se verá, estas han sido referenciadas con el nombre de la persona que las tomó en el Capítulo 2. Los lazos que establecí con varias personas de estos distintos grupos se prolongaron más allá del trabajo de campo y se vieron fortalecidos a pesar de la distancia durante la pandemia, a partir de la comunicación

⁷ Al poco tiempo de haber defendido esta tesis se dio la dolorosa partida del señor Juan Yampis, técnico sanitario awajún formado por el Consejo Aguaruna-Huambisa, y trabajador del Hospital de Santa María de Nieva. Su aporte fue central para el capítulo sobre salud, pero más allá de eso, fue siempre un interlocutor cercano y sobre todo querido.

telefónica. Afortunadamente, logré regresar por unos cuantos días en el 2022 y luego en el 2023, pudiendo continuar estrechando estos lazos.

Otro punto a mencionar es que, como se verá en el texto, en algunos casos coloqué los nombres reales de las/los protagonistas de mis descripciones, pero en otros opté por mantener el anonimato. Esto es algo que decidí mantener en el caso del personal de salud a fin de evitar algún tipo de perjuicio, y en el caso de las mujeres que compartieron conmigo información sensible vinculada a su ámbito personal y familiar.

1.4 ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

La tesis está organizada en cuatro capítulos. El primero corresponde a la contextualización tanto en cuanto a los antecedentes históricos y etnográficos vinculados a los awajún, como a referencias recientes de Santa María de Nieva, ámbito donde se sitúa esta tesis. El segundo capítulo está dedicado a desplegar información vinculada a la salud en un sentido amplio, que va desde datos sobre subsistencia, alimentación y cosmologías vinculadas a la huerta entre los awajún; hasta los agentes que introdujeron la biomedicina en el siglo pasado, y datos sobre la transformación nutricional en las últimas décadas vinculadas a este grupo. El tercer capítulo está dedicado a hacer un análisis del posicionamiento de la anemia en la agenda pública desde un punto de vista histórico y político, atravesando la escena global y luego su inserción en la agenda peruana considerando la política interna de los últimos treinta años. Además, se hace un análisis del tratamiento propuesto desde un punto de vista que involucra críticamente al humanitarismo transnacional y el concepto de capital humano, lo cual es luego contrastado con evidencia etnográfica. Luego, en el cuarto capítulo, se describe la intervención para prevenir y controlar la anemia en Santa María de Nieva, en el que se detalla el plan comunicacional, así como descripciones de observaciones de algunas actividades.

2 LOS AWAJUN Y LA TIERRA DE LOS CINCO RÍOS: EL CONTEXTO DE ESTA INVESTIGACIÓN

“El pueblo awajún ha sido siempre constructor de caminos. ¿Qué caminos hemos construido hasta ahora? Uno, el pueblo awajún fue el primero en llegar a la universidad, tuvimos un universitario de nuestro pueblo. Dos, fue el primero en organizar a su pueblo, y luego organizamos a la Amazonía. Tres, tuvo el primer alcalde indígena. Cuatro, fue el primero en tener una creación cultural a partir de sus grupos musicales en awajún. Cinco, construimos el camino para entrar al Congreso, y así tuvimos un congresista awajún. Después ya llegarán otros, porque ya está hecho el camino. Seis, se declaró la guerra al Gobierno, nosotros nos enfrentamos en el ‘Baguazo’. Un sétimo camino es que ¡queremos que nuestro equipo de fútbol llegue a Lima!”

Gerardo Shimpukat (†2020)⁸

Estas fueron las palabras de Gerardo Shimpukat, educador awajún y difusor de su cultura, durante su primera visita a nuestra casa en Santa María de Nieva en el barrio de Juan Velasco Alvarado. Llevábamos pocas semanas allí y una de las primeras cosas por las que preguntamos fue por alguien que nos pudiera dar clases de awajún. Varias personas refirieron que el señor Gerardo era la persona más indicada. Cuando lo contactamos respondió de forma muy gentil, y se mostró dispuesto a empezar pronto con las lecciones. Ese día llegó con un libro-guía bajo el brazo elaborado por él mismo, y que utilizaba con todos aquellos que quisieran aprender su idioma. Durante los primeros minutos de nuestra conversación nos presentamos, le comentamos por qué estábamos allí y por qué nos interesaba aprender algo de awajún. No fue necesario explicar mucho más, no era nuevo para él tratar con antropólogos; su larga y destacada trayectoria como educador indígena lo llevó a vincularse y trabajar de cerca con investigadores de diversas áreas. Entre las cosas que comentó como respuesta a nuestro interés está la cita de arriba. Él sabía bien que pretender aprender su lengua implicaba también conocer su cultura e historia, y qué mejor que presentar al pueblo awajún con una narrativa heroica. Considero que esta es una excelente síntesis y forma de iniciar este capítulo al reunir varios eventos que hacen parte de la historia y conquistas contemporáneas de los awajún.

Esto es algo que cobra aún más sentido al saber que su mitología y relatos sobre sus antepasados se caracteriza por estar compuesta en gran parte por una serie de figuras heroicas

⁸ Inicio la tesis con esta cita de Gerardo Shimpukat, quién lamentablemente partió de forma prematura en el 2020, como una forma de homenajearlo y agradecer lo que compartió con nosotros al inicio del trabajo de campo.

que han sido un marco de referencia para interpretar el mundo, así como un tipo de código moral en los grupos jíbaros (BROWN, 1984)⁹. Por ello, como señala uno de sus más destacados líderes y pensadores actuales Gil Inoach (2021:36), “*para un awajún es natural tomar como ejemplo hazañas heroicas como referente principal de formación y valor*”. De otro lado, el “abrir” o “construir” caminos es una metáfora de vida central entre los awajún, como está bien reflejado en la cita del señor Gerardo Shimpukat.

El camino que describió trazaba una ruta que unía los logros colectivos en la educación formal, la organización política, la escena artística, la llegada a puestos de poder importantes, y su enfrentamiento con el Estado. Esto condensa bien algunas de sus hazañas en medio de una historia de colonialismos y formas de imposición ante las cuales los awajún han sabido siempre resistir; y que da las bases para que aún en la actualidad se reconozcan y muestren como excelentes guerreros que saben luchar y adaptarse a los nuevos campos de batalla.

El propósito de este primer capítulo es describir parte de ese camino, centrándome en la descripción de los procesos y eventos que considero más relevantes para esta tesis. Para ello, abordaré tres puntos. En el primero, ofreceré algunos datos básicos sobre los awajún y su territorio. El segundo, consiste en la descripción de los antecedentes históricos y etnográficos. Y, el tercero, en la descripción de Santa María de Nieva, contexto donde se realizó el trabajo de campo, enfocándome en aspectos que darán cuenta de las condiciones más actuales y procesos que afectan a su población.

2.1 LOS AWAJÚN: NOTAS INICIALES

Los awajún o *aénts* son uno de los 55 pueblos indígenas reconocidos por el Estado peruano¹⁰, siendo el segundo pueblo amazónico más numeroso, después de los asháninka¹¹. Por

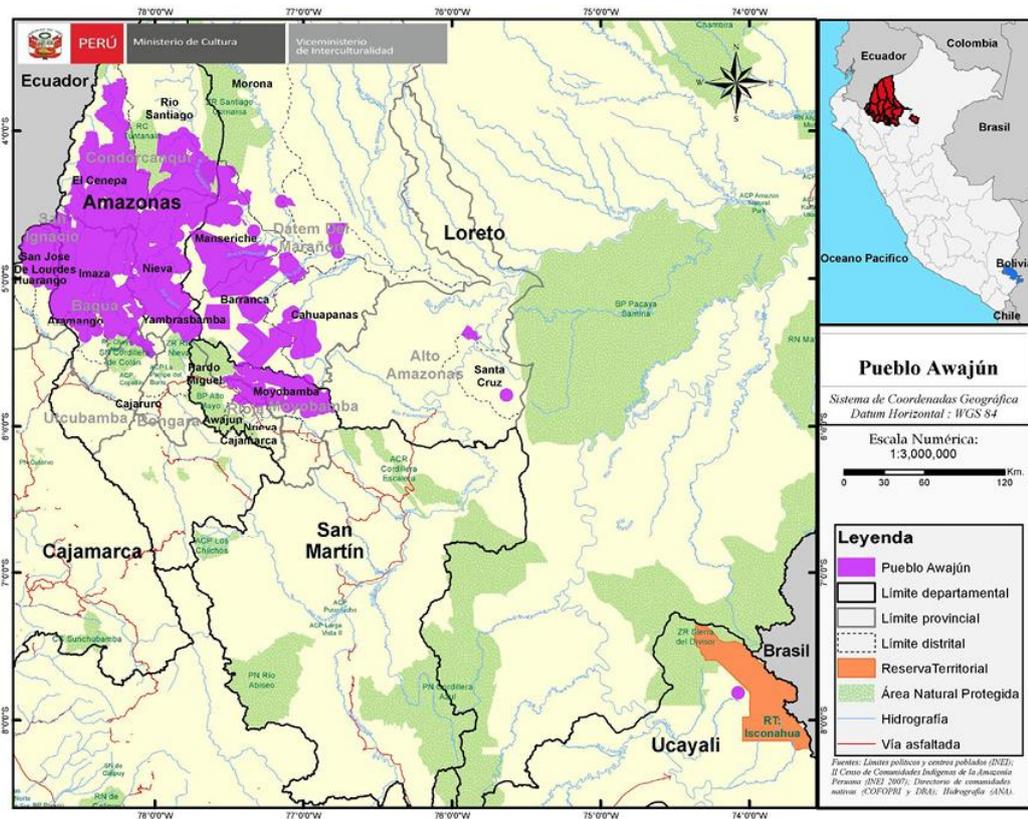
⁹ Entre estas figuras destacan Bikut -un guerrero legendario-, Etsa -el sol-; Tsúgki -espíritu de las aguas-; y Nungkui, espíritu de la tierra que enseñó a las mujeres a cultivar las plantas y a fabricar las vasijas.

¹⁰ El Ministerio de Cultura es la entidad responsable de identificar y reconocer oficialmente a los pueblos indígenas u originarios en el Perú, proceso que no ha sido exento de controversias (Alva-Arévalo, 2020). De los 55 pueblos indígenas reconocidos a la fecha, 51 son de la Amazonía y 4 de los Andes.

¹¹ El 2017 fue la primera vez que el Perú incluyó una pregunta para la autoidentificación étnica en el Censo Nacional. El resultado fue que 37,693 personas se autoidentificaron como awajún. Aunque este proceso, al igual que el correspondiente para la identificación de pueblos indígenas ha sido también materia de discusión y debate, es un referente oficial que se toma en cuenta para las políticas públicas.

muchos años los awajún fueron conocidos con el nombre de aguarunas. Por ello, las etnografías y trabajos que fueron realizados desde los años 50 hasta inicios de los 2000, mantenían esa denominación. Su territorio ancestral se ubica en la Amazonía norte del Perú, en la zona fronteriza con el Ecuador, en localidades de los departamentos de Loreto, Amazonas, San Martín, y Cajamarca (Figura 1).

Figura 01. Ubicación de localidades awajún

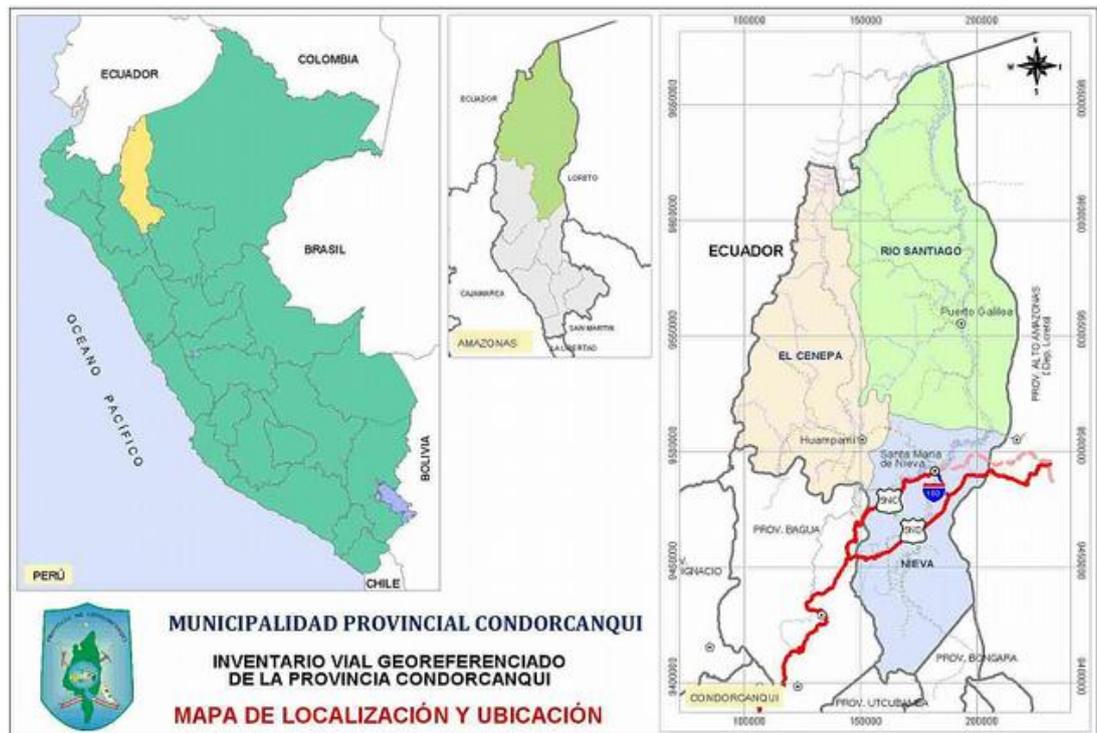


Fuente: Ministerio de Cultura del Perú, 2007.

El trabajo de campo para esta investigación se desarrolló al interior del departamento de Amazonas, el cual se subdivide en siete provincias, siendo la provincia de Condorcanqui la que concentra la mayor cantidad de comunidades awajún. Esta provincia suele ser llamada por sus moradores como “la tierra de los cinco ríos”, ya que por su territorio recorren el río Marañón y sus afluentes Chiriaco, Nieva, Cenepa y Santiago; que precisamente dan nombre a sus distritos. Las actividades del trabajo de campo se localizaron específicamente en Santa María de Nieva -distrito Nieva-, que viene a ser capital y centro urbano de la provincia de Condorcanqui (Figura 2)¹².

¹² El mapa presenta al lado izquierdo, en amarillo, la Región Amazonas; al centro, en verde, a la Provincia de Condorcanqui; y la parte derecha distingue en colores sus tres distritos: El Cenepa, Río Santiago y Nieva. En la

Figura 02. Ubicación de la Región Amazonas y la Provincia de Condorcanqui



Fuente: Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

Etnolingüísticamente, los awajún son parte de la familia jíbaro, la cual está conformada además por los pueblos wampis, achuar y shuar, estos últimos presentes también en el Ecuador, y entre los cuales sostenían vínculos de intercambio desde tiempos prehispánicos (LATHRAP, 1981). La lengua awajún es considerada actualmente en estado vital la cual, según resultados del Censo Nacional 2017, es lengua materna de 56,584 personas.

Los grupos jíbaros han solido ser destacados por su ferocidad y belicosidad en documentos antiguos y literatura diversa que va desde el siglo XVI (Brown, 2014:8), características que impidieron que fueran objeto de fácil dominación y conquista. En el caso de los awajún, se resalta su indomabilidad en los enfrentamientos con los guerreros moche e incas, y posteriormente con los primeros exploradores, encomenderos, y misioneros con los que tuvieron contacto. No obstante, el uso del término jíbaro y esta imagen de agresividad que la acompaña han sido problematizadas con el tiempo. Como señala Greene (2009), jíbaro - originalmente *xívaro*- es un etnónimo español que data del siglo XVI que, dadas las

sección de Nieva, es posible visualizar en un punto a Santa María de Nieva, capital del distrito y de la provincia, en donde centralicé el trabajo de campo.

circunstancias de origen, conlleva una gran carga colonial. Además, bajo dicha categoría etnolingüística se continúa agrupando a pueblos que viven en Perú y Ecuador con opiniones que difieren sobre su uso. Al respecto, fue publicada una nota en el *Journal de la Société des Américanistes* (DESHOULLIÈRE; UTITIAJ, 2019) en la que se destaca que mientras en Perú el término ha sido usado desde las organizaciones indígenas para señalar un grupo sociocultural, en el caso del Ecuador presenta fuertes connotaciones peyorativas, por lo que líderes e intelectuales indígenas representantes de estos pueblos vienen proponiendo otras denominaciones. Algo similar ha venido sucediendo con el nombre del pueblo awajún, antes aguaruna, y que en los últimos años se viene promoviendo su denominación como *aénts*¹³.

Los grupos jíbaros han motivado desde las primeras décadas del siglo pasado, el desarrollo de investigaciones y etnografías que son referentes importantes en el campo de la etnología indígena. En el caso de los awajún, destacan los trabajos del antropólogo Michael Brown realizados desde los años 70 hasta inicios del presente siglo, los cuales abarcan una amplia gama de temas al estilo de las etnografías clásicas que predominaban en la época, entre los cuales resaltan sus estudios sobre chamanismo, cosmología, magia, y el análisis de los dilemas sociales y políticos que los afectaban. También están los trabajos de Shane Greene que van desde hace poco más de veinte años, quien actualizó algunos aspectos vistos por Brown, enfocándose en dimensiones políticas e históricas y en el análisis de prácticas chamánicas. Vale señalar que ambos antropólogos centraron sus trabajos en localidades awajún del río Alto Mayo en el departamento de San Martín.

En el caso de los awajún del Alto y Bajo Marañón en el departamento de Amazonas, en el cual se realiza esta tesis, los primeros trabajos difundidos fueron desarrollados por misioneros jesuitas y misioneras del Instituto Lingüístico de Verano, centrándose en aspectos

¹³ La palabra awajún se derivó de “aguaruna” cuando la “r” fue reemplazada por la “j” por los hablantes nativos, palabra que viene del quechua y que tiene un origen sobre el que aún no hay consenso. Karsten (2000:80) señalaba que “agua” era el nombre de un tipo de palma mientras que “runa” significa “gente” u “hombre” en quechua, lo que al final significaría algo similar a “gente del bosque o floresta”. En tanto Guallart (1990:13) menciona que el término podría referir más bien “el hombre que teje” al sostener que *awaq* significa “tejer”, actividad que los varones realizaban tradicionalmente para fabricar su vestimenta; mientras que Reagan (1993), quien hace un análisis específico del término, sostiene que es más probable que signifique “gente de arriba” o “gente de la cordillera”. Esta propuesta cobra sentido al considerar los lugares que preferían ocupar originariamente los awajún, los cuales eran espacios de difícil acceso donde la selva y los Andes se encontraban. Desde hace varios años algunos representantes awajún vienen proponiendo en su reemplazo el término *aénts* (“nosotros la gente”), sin embargo, su uso es aún limitado. En esta tesis mantengo la denominación de awajún ya que es así como encontré que continúan identificándose mis interlocutores.

vinculados a la lengua, mitología, etnobotánica, entre otros¹⁴. Brown (1984), en los años 80 advertía que la situación de los awajún del Alto Marañón era menos favorable que los del Alto Mayo por poseer menos tierras para su subsistencia, además de haber sido más impactados por las actividades misioneras y proyectos extractivos de gran escala que comenzaban a desarrollarse en esa época. Esto fue reflejado en los informes de los antropólogos Varese et al. (1970), Uriarte (1971) y Siverts (1972), los cuales describían los problemas en torno a la posesión de tierras, problemas económicos y sociales, y conflictos interétnicos. En el caso de Santa María de Nieva, se puede decir que no es un lugar que haya tenido mucha atención por parte de las etnografías de esa época e incluso más adelante, probablemente por ser identificado como un lugar mestizo. Las mayores referencias están en textos de los misioneros jesuitas por ser el lugar donde se ubicaba esta misión. La atención de este espacio y de los awajún que residen allí desde la antropología ha sido más contemporánea, un ejemplo es la tesis de Garra (2017) sobre brujería y chamanismo a partir de casos de varones que fueron expulsados a Santa María de Nieva desde sus comunidades de origen por ser acusados de brujos.

En el caso de los grupos jíbaros achuar y shuar, pertenecientes al Ecuador, presentan una literatura amplia y destacada entre los cuales resaltan los tempranos trabajos de Karsten en los años 30, de Harner en los 70, Descola y Taylor a partir de los 80, entre otros. Aunque esta producción responde a las particularidades de los achuar y shuar, esta es referenciada en la tesis en algunos momentos por ser todos pueblos jíbaros que comparten lazos y prácticas ancestrales.

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ETNOGRÁFICOS

Los awajún, al igual que otros pueblos indígenas de la Amazonía, han pasado por lo que Santos Granero (2021; 1996) define como olas de cambio. Es decir, procesos que implicaron transformaciones significativas a nivel demográfico, territorial, político, cultural, etc. Según el autor, la primera de ellas estuvo marcada por el encuentro colonial, mientras la segunda ola lo fue por el proceso de expansión capitalista durante parte de los siglos XIX y XX, en tanto una tercera ola tuvo su inicio alrededor de 1980 con la globalización. La intención de esta sección es describir la forma en que estas olas se tradujeron en la historia del pueblo awajún, a través de la descripción de algunos de sus procesos de cambio más relevantes.

¹⁴ En el caso de los jesuitas destacan los escritos de Manuel García Rendueles y José María Guallart, mientras que en el caso del ILV están trabajos como los de Jeanne Grover y Mildred Larson.

En el caso de la primera ola, señalaré algunas referencias a los primeros encuentros coloniales, para luego destacar la llegada y principales actividades de los misioneros realizadas entre las décadas de 1920 y 1960. En la segunda ola, me centraré en los procesos de “peruanización” y colonización interna impulsadas por el Estado, realizados desde los años 1940 hasta la década de 1970. Por último, como parte de la tercera ola, me enfocaré en los procesos de organización política awajún, las luchas por el territorio, y enfrentamiento con el Estado. En este caso, el análisis involucra el período que va desde 1980 hasta inicios del presente siglo.

De otro lado, se notará que en el detalle de algunos procesos intentaré diferenciar aquellos que se remiten al Alto Marañón, de aquellos que específicamente se sitúan en Santa María de Nieva. Realizo esto no solo porque son espacios que han presentado algunas dinámicas distintas, sino también a fin de resaltar aquellos procesos vinculados más directamente con el espacio donde realicé mi trabajo de campo.

2.2.1 Primera ola: El encuentro colonial y la actividad misionera en el siglo XX

En esta primera ola de cambios, describiré eventos destacados referentes al encuentro colonial y a la actividad misionera en el siglo XX, enfatizando el período que va desde inicios del siglo pasado hasta la década de los 50’s.

2.2.1.1 El encuentro colonial

El territorio habitado tradicionalmente por los awajún motivó el interés temprano de encomenderos, exploradores y viajeros. Uno de los factores que influyó en esto fue la presencia de importantes yacimientos de oro en esa región, algo que quedó reflejado en la famosa obra del escritor peruano Ciro Alegría “La Serpiente de Oro” de 1935, título que hacía referencia al río Marañón y sus riquezas auríferas. Esto definió desde el inicio de los contactos un modelo de ocupación extractivista en esta zona.

Sin embargo, como ya fue señalado, los awajún han tenido desde tiempos antiguos una fama ganada de buenos guerreros, lo que hizo que los intentos de dominación de estos agentes fueran muchas veces fallidos. Sobre esto, Guallart (1997a) afirma que desde la época colonial

la administración de esta región no fue sencilla, por el contrario, fue siempre considerada incómoda y problemática, lo que explica los varios cambios en sus límites y administración.

Así, por ejemplo, en 1555 se da la fundación de Santa María de Nieva a cargo de Juan Salinas de Loyola, quien le otorga ese nombre en honor el Virrey Conde de Nieva (GUALLART, 1997a). Sin embargo, al poco tiempo fue desocupada ante el fracaso de las campañas de los españoles contra los jíbaros. Luego, durante el siglo XVII, se suscitan nuevos intentos para conquistarlos y convertirlos al cristianismo, no obstante, las campañas fueron tan poco exitosas que los jesuitas fueron prohibidos desde Roma de insistir en su tarea misionera dadas las grandes pérdidas generadas (BROWN 1984: 23; GROHS 1974:112). Parte de las historias que más circulaban sobre los jíbaros tenían que ver con el ritual del *tsántsa*, consistente en la reducción de cabezas de sus enemigos asesinados (BROWN, 2014). Esto, como es de imaginar, desanimaba a los funcionarios coloniales y otros interesados a acercarse mucho a estos grupos.

Hacia adelante, existen más registros que refuerzan la determinada resistencia de los awajún contra los intentos de dominación de agentes foráneos. Por ejemplo, Hans Brüning relata en las memorias de su expedición por el Alto Marañón en 1902 el levantamiento de los awajún en contra de los blancos y mestizos, lo cual describe como baños de sangre acontecidos como parte de actos de venganza (BRÜNING, 2015)¹⁵. A la fama guerrera de los awajún, se sumaban los peligros que significaban atravesar los pongos en sus ríos, lo cual fue otro factor que jugó a favor de que este territorio sea habitado casi exclusivamente por su población originaria por más tiempo que otros espacios de la Amazonía peruana. Estos factores impidieron, por ejemplo, que las actividades ligadas al “boom del caucho” de inicios del siglo XX afecte esta zona como sí lo hizo con otros pueblos ubicados más al este, como los bora o witoto. Aunque sí se llegaron a instalar algunos puestos caucheros en la zona, estos tuvieron una corta duración por los varios levantamientos de los awajún, por lo que se dice que esta región no fue directamente afectada por los eventos y crímenes asociados a esta época (BROWN, 2014). No obstante, a pesar de estas particularidades, no se evitó que los contactos que se llegaron a tener con los no indígenas en ese tiempo tuvieran un impacto en los awajún,

¹⁵ A pesar de este evento sangriento, Brüning (2015) describe a los awajún como “inteligentes, despiertos, hospitalarios y generosos”. Enfatizando que le llamó la atención toparse con chicos que mostraban “una gran sed de conocimiento” y que además gustaban de dar explicaciones sobre su entorno, lo que lo hacía lamentarse por la ausencia de referentes civilizadores que valoren dichas cualidades.

tales como disminución demográfica a causa de epidemias, desplazamiento territorial, transformación tecnológica, entre otros.

2.2.1.2 Actividad misionera en el siglo XX

En el siglo XX se tiene evidencia de relaciones más pacíficas entre los awajún y los no indígenas a partir del establecimiento de la Iglesia Nazarena a alrededor de 1920 y del Instituto Lingüístico de Verano a partir de 1940 en la zona del Alto Marañón. Algunos años después llegarían los jesuitas, quienes se asentaron de manera más estable desde 1950 en Santa María de Nieva, los cuales tuvieron varias fricciones con el Instituto Lingüístico de Verano por el protagonismo y dominio en esta región (GREENE, 2009).

Además de la labor evangelizadora, parte de las acciones más significativas desenvueltas por los misioneros tuvo que ver con el campo educativo, traducido en el establecimiento de escuelas e internados para los niños y niñas, así como el desarrollo de un programa de formación de docentes indígenas. Paso a describir brevemente cada caso.

- La Iglesia Nazarena. -

Fue la primera iglesia que instaló en el Alto Marañón una escuela bajo el esquema de lo que se concibe como una educación formal, en la que se enseñaba la Biblia y el castellano a los indígenas. Un personaje central en esta historia fue el Pastor Roger Winnans quien, junto a su esposa Esther Carsons, comenzaron a educar a un grupo pequeño de awajún. Este trabajo tuvo una interrupción cuando la mujer falleció, y fue retomado a fines de los 30 por Winans, quien fundaría las misiones de Yamayakat y Wachintsa, pertenecientes a lo que hoy es el distrito de Imaza. La presencia nazarena estuvo focalizada en estas misiones y no llegó a tener la amplitud que tendrían sus sucesores protestantes y católicos entre las décadas de los 50's y 80's. No obstante, contemporáneamente, es una de las iglesias de mayor influencia en esta región.

- Instituto Lingüístico de Verano. -

Sus acciones se destacaron por el establecimiento de escuelas bilingües permanentes, así como por el desarrollo de un programa de formación dirigido a un grupo selecto de indígenas que ya hablaba español, a fin de convertirlos en educadores bilingües que pudiesen trabajar en sus

comunidades de origen y transmitir valores cristianos y de modernidad (GREENE, 2009:156). Si bien su presencia entre los awajún se remonta a la década del 40, sus acciones se vieron fortalecidas en los años 50 a partir de un acuerdo firmado con el Estado peruano durante el gobierno militar de Odría en 1952. Esto hizo que el número de sus escuelas bilingües se incrementen y amplíen hacia otras regiones de la Amazonía¹⁶. De esta manera, sus acciones llegaron a abarcar a cada grupo lingüístico amazónico del Perú, siendo relevante en la construcción identitaria y política de estos pueblos. Esto, sirvió de contrapunto al predominio de la cultura andina tanto en los movimientos indigenistas peruanos como en el imaginario nacional de la época.

Como señala Greene (2009:168), el caso de los awajún resulta emblemático para ilustrar la influencia del Instituto Lingüístico de Verano en Perú, en términos de la extensión que tuvo; lo que se reflejó en la cantidad de maestros bilingües y estudiantes formados, así como en la cantidad de comunidades creadas alrededor de estas escuelas. Como expresa Romio (2020), la respuesta favorable que los awajún tuvieron hacia el instituto tuvo mucho que ver con el vínculo afectivo que se estableció entre los jóvenes indígenas que participaron de sus iniciativas y los lingüistas norteamericanos, cuyo rol combinaba los papeles de guía espiritual, ‘padre’, y buen patrón.



Descripción: Misionera Mildred Larson y un niño awajún en una escuela del Instituto Lingüístico de Verano del Alto Marañón. **Fuente:** “Customizing indigeneity: paths to a visionary politics in Peru”, Shane Greene (2009).

¹⁶ Para 1967, el Instituto Lingüístico de Verano llegó a operar 46 escuelas.

Gerardo Shimpukat, citado al inicio de este capítulo, fue parte de este programa de formación de docentes. En una de nuestras conversaciones iniciales recordaba con nostalgia y orgullo esa época, resaltando como ellos, a diferencia de otros educadores, tuvieron una formación de calidad que involucró a profesionales extranjeros. Comentó que como parte de esa formación fueron llevados a Pucallpa, ciudad amazónica del departamento de Ucayali, para concentrarse en su aprendizaje por varios meses e intercambiar con sus futuros colegas.

La presencia del Instituto Lingüístico de Verano comenzaría a ser cuestionada a partir de los años 70 con el establecimiento del régimen nacionalista del presidente Juan Velasco Alvarado, por representar una intromisión estadounidense en el Perú. Finalmente, su rol empezaría a debilitarse hacia fines de esa década y en la siguiente.

- Misión Jesuita. -

La presencia de los misioneros jesuitas comenzó a consolidarse en los años 50. No obstante, en 1949, el jesuita Martín Cuesta ya había fundado la misión en Santa María de Nieva, quien mostró abiertamente su rechazo a la llegada del personal del Instituto Lingüístico de Verano cuando sus escuelas comenzaron a funcionar y extenderse¹⁷. La misión se fue ampliando hasta incluir un internado para varones y otro para niñas, a cargo de las misioneras del Sagrado Corazón, quienes tuvieron un papel importante en la formación de las niñas y adolescentes. Para 1955, egresa de la escuela de Nieva el primer muchacho awajún con primaria completa (GUALLART, 1997a).

Esta misión instaló también un dispensario en el que se tenían medicinas para las epidemias más recurrentes en ese momento, tales como el sarampión y uta. Los niños que más destacaban en sus internados eran seleccionados para continuar con su formación en pedagogía, salud, y otros estudios técnicos.

¹⁷ La historia de tensiones entre ambas instituciones religiosas por mantener sus dominios tiene varias aristas. El libro de Greene (2009) resumen bien varios detalles de esa historia en uno de sus capítulos.



Descripción: José Martín Cuesta dirigiendo la construcción del puesto misional jesuita en Santa María de Nieva en 1949 junto a awajúns y mestizos. **Fuente:** “Entre el Cóndor y el Marañón. Memorias misioneras”, José Martín Cuesta (1992).

Pude saber más detalles de esta historia a partir de la señora Edith Longinote, técnica del centro de salud de Santa María de Nieva que asistió en su niñez al internado de los jesuitas dirigido por las madres del Sagrado Corazón. Su abuelo fue parte de los primeros mestizos que se asentaron permanentemente en Nieva, el cual se casó con una mujer awajún y tuvieron sus hijos allí. La señora Edith describió su experiencia en el internado así:

“Asistí cuando tenía 6 años. Entrar al internado era como desprendernos de nuestra madre, todas llorábamos. Pero las hermanas realmente nos reemplazaban ese amor de madre, y nos acostumbramos. Teníamos qué comer, nos traían juguetes, nos cuidaban, hasta aceite de hígado de bacalao nos daban para crecer sanitas. Nos hemos criado y estudiado bien con ellas (...) El padre Puerta era el coordinador de educación de los jesuitas. A los que ocupaban los primeros puestos en la primaria los escogían y llevaban a Pucallpa a entrenarlos en pedagogía. Mi hermana Luzmila fue una de las elegidas para ser normalista, y a mi hermana Amanda la mandaron a Jaén a hacer su secundaria (...) A mí me eligieron para estudiar para ser técnica de enfermería en el dispensario. Tenía 12 añitos cuando empecé a trabajar con las hermanas, estuve dos años. Me enseñaron anatomía y primeros auxilios, hasta ahora a ojos cerrados sé todo del cuerpo humano (...) pero no llegué a terminar porque el convenio que tenían con España se acabó, entonces me mandaron a Pucallpa a estudiar pedagogía. A los 15 años me nombré como profesora y empecé a trabajar aquí en Nieva en la primaria (...) Después, como a los 27 años retomé mis estudios de anatomía con las hermanas y me volví técnica de salud”.

Lo señalado por Edith Longinote revela los lazos íntimos y afectivos que las internadas llegaban a sostener con las religiosas, además de su papel educador en las mujeres jóvenes de esa época. No obstante, si bien la labor de los jesuitas llegó a tener mucha influencia en Nieva, su impacto a nivel de la región fue menor al que alcanzó el Instituto Lingüístico de Verano. Esto se debió a que el lugar donde estaba ubicada la misión tuvo desde sus inicios una fuerte presencia mestiza, por lo que aquellos awajún que querían ser parte de sus internados y vivían fuera de Nieva, debían dejar sus familias e ir a un espacio que les resultaba muy ajeno. Sobre esto, Inoach (2021:60) señala que las escuelas jesuitas no alcanzaron el mismo éxito porque los padres indígenas no querían sacrificar a sus hijos mandándolos a un poblado mestizo donde no tenían familia.

Hasta este punto, se puede afirmar que la intervención de estas tres misiones fue una de las olas de cambio más importantes en la historia de los awajún y de esta región. Algunos de los impactos más visibles desde el inicio fueron los cambios en el uso de plantas alucinógenas y en las prácticas dirigidas a tener una visión (BROWN, 1978). Otro impacto fue la formación de núcleos de población o comunidades alrededor de las escuelas y en zonas ribereñas, cuando la forma de asentamiento tradicional había sido dispersa y en espacios montañosos. De otro lado, es importante señalar que la educación bilingüe no llegó a integrar realmente elementos de la cultura awajún, manteniéndose una visión etnocéntrica en la educación (GREENE, 2009).

Con el tiempo, la formación de maestros bilingües significó el surgimiento de un nuevo tipo de autoridad indígena con poder de mediación con el mundo mestizo, quienes se conformarían en actores políticos importantes y referentes de modernidad indígena en sus comunidades. Esto será desarrollado en la siguiente ola de cambios que viene a continuación.

Tabla 01. Resumen de procesos relevantes en la “primera ola” de cambios

1920's	- Llegada de pastores de la Iglesia Nazarena y establecimiento de la primera escuela bilingüe en el Alto Marañón.
1940's	- Funcionamiento de las misiones nazarenas en Yamayakat y Wachintsa, en el Alto Marañón. - Llegada de misioneros del Instituto Lingüístico de Verano al Alto Marañón.
1950's	- Fundación de la misión jesuita en Santa María de Nieva. - Ampliación y consolidación de escuelas bilingües y del programa de formación de docentes indígenas del Instituto Lingüístico de Verano y de los misioneros jesuitas.

2.2.2 Segunda ola: “Peruanización”, colonización estatal, y las semillas de la organización política indígena

Como parte de esta segunda ola, describiré dos procesos que también significaron transformaciones relevantes en la sociedad awajún y esta región. El primero, corresponde a las acciones impulsadas por el Estado que hicieron parte de la “peruanización” y colonización de esta zona. El segundo, tiene que ver con el surgimiento de la organización política indígena que se iría configurando como una fuerte instancia de representación y negociación. El desarrollo de estos procesos va desde aproximadamente la década de los 40’s hasta los 70’s. En ese sentido, varias de las cosas que se señalarán aquí se fueron dando en paralelo a las acciones que los misioneros venían desplegando y que fueron descritas en la ola anterior.

2.2.2.1 “Peruanización” y colonización estatal

Durante las primeras décadas del siglo pasado, la presencia foránea en esta zona estuvo vinculada en gran medida a las actividades religiosas y militares. Desde la década de 1930, el Estado peruano ingresó al territorio awajún a través de destacamentos militares que, sin reconocer formalmente la presencia indígena, ejecutaron actividades de aseguramiento de frontera, cartografía y mapeo de sus recursos naturales. No obstante, este proceso de militarización tenía varios antecedentes vinculados a una disputa fronteriza de larga data con el Ecuador, que trajo varios enfrentamientos desde el siglo XIX y que continuaron en el XX.

Esto se intensificó a partir de 1940 con la firma del Protocolo de Río de Janeiro en 1942 luego de una guerra el año anterior entre ambos países, a partir del cual el Perú comienza a querer reafirmar sus derechos sobre los territorios amazónicos al norte del río Marañón. Este evento propició una campaña propagandística por parte del gobierno de turno dirigida a ensalzar al presidente Manuel Prado y su papel en la guerra, pero también a presentar un discurso integrativo de la Amazonía como parte de los 400 años de descubrimiento del río Amazonas por Orellana (BIGNON, 2018). Esto se expresa en la foto de abajo.



Descripción: Exposición Amazónica en 1943 realizada en Lima como parte de la celebración de los 400 años del descubrimiento del río Amazonas. **Fuente:** © Turismo: Revista de viajes, artes, letras y actualidad, julio de 1943. Disponible en “Propaganda pradista: Patria, caídos y Amazonía en torno a la guerra Perú-Ecuador de 1941” de Bignon (2018).

El último enfrentamiento entre ambas naciones fue la Guerra del Cenepa de 1995, en la cual muchos jóvenes awajún y wampis tuvieron una participación importante al ser reclutados para atender campamentos militares, así como abrir y mantener caminos. Esta guerra llegaría a su fin con la Declaración de Paz de Itamaraty en 1995. Este evento bélico permanece vivo en la memoria de muchos awajún, y parece ser parte de la valorada experiencia guerrera que viene desde sus antepasados. A modo de anécdota, recuerdo que en dos ocasiones mientras me encontraba en la cabina de internet a la cual solía ir en Nieva, la cual paraba llena de muchachos que iban a entretenerse en sus redes sociales y juegos en línea por las tardes, observé que jóvenes awajún veían con mucho interés videos en YouTube sobre esta guerra. Fue interesante ver el entusiasmo con el que los miraban, incluso en una de las oportunidades uno mayor parecía enseñarle a otro más pequeño los lugares y personas que aparecían, como intentando reconocer los parajes y personas que aparecían.



Descripción: Imagen que grafica la participación de indígenas awajún en la Guerra del Cenepa de 1995. **Fuente:** Disponible en <https://rpp.pe/peru/historia/imagenes-del-conflicto-con-ecuador-a-20-anos-del-acta-de-brasilvia-noticia-1159227>

Como parte de este proceso de militarización se empieza a despertar el interés de autoridades y políticos en esta área geográfica, la cual era descrita como deshabitada y de gran potencial agrícola. Por ello, ante el supuesto “vacío demográfico”, se planteó como alternativa la ocupación territorial de la zona bajo una política de “fronteras vivas” que buscaba garantizar la presencia peruana en la región (GUALLART, 1981). Una de las estrategias fue propiciar que los licenciados del ejército, una vez acabado su servicio militar, se queden en la zona y formen sus propias colonias basadas en la agricultura; algo similar se hizo desde el lado ecuatoriano (CHIRIF, 2015). Sin embargo, solo algunos siguieron este plan y la mayoría retornó a su lugar de origen. Esto empujó a que el Estado cambie de estrategia y decida promover la colonización desde regiones próximas como Cajamarca y Piura.

De esta manera, la inmigración sería una estrategia de colonización interna que se fue concretando a partir de varias etapas. Durante los años 40 se da una primera oleada de migración de colonos, lo cual fue incrementándose con el tiempo como producto de los varios proyectos de colonización incentivados. En 1948 un grupo de estos refunda el pueblo de Santa María de Nieva con cinco casas y una pequeña escuela (GUALLART, 1997a). Por esto, se puede decir que desde sus inicios este lugar fue el punto de la región con un contacto más intenso con los colonos o mestizos andinos.

A partir de los años 60, el proceso de colonización e integración nacional de esta región y de la Amazonía en general, tuvo como personaje central al presidente Fernando Belaúnde Terry¹⁸, siendo una de las autoridades que más influenció en su destino. Bajo su doctrina plasmada en “La Conquista del Perú por los peruanos” (1959), Belaúnde fue considerado el “presidente constructor” que aplicó una visión desarrollista en el país que involucraba entre sus componentes una colonización vial que debía integrar el área amazónica al resto del país. Esto se concretó a partir de la Carretera Marginal de la Selva, que más tarde sería rebautizada con su nombre en su honor; y que buscó inicialmente conectar las regiones amazónicas de Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia. Este tipo de visión e interés sobre el espacio amazónico no era algo aislado, sino que era compartida por presidentes de otros países de la región¹⁹.

Como señalan Espinosa y Romio (2021), este proceso refleja la construcción simbólica de la Amazonía como espacio de conquista, que impulsó el fortalecimiento de un nacionalismo militante visible en los incentivos para su colonización por parte de agricultores migrantes y empresarios.



Descripción: El presidente Belaúnde en su recorrido por la Amazonía peruana. **Fuente:** Archivo fotográfico digital “Fernando Belaúnde Terry” de la Universidad San Ignacio de Loyola.

La Carretera Marginal de la Selva significó cambios acelerados para la Amazonía. En el caso de los awajún, el mayor impacto vino al facilitar los accesos a Condorcanqui desde Jaén

¹⁸ Fernando Belaúnde Terry gobernó a lo largo de dos períodos entre los años 1963 -1968 y 1980 – 1985.

¹⁹ Tal era el caso del presidente Juscelino Kubitschek (1956- 1961) de Brasil que con la construcción de la Transbrasiliana unió Belém y Brasilia.

y Bagua a partir del proyecto especial Jaén-Bagua-San Ignacio. Esto se tradujo en el ingreso masivo de colonos, ocupación de tierras, y la explotación desordenada de recursos. La sumatoria de estos hechos desencadenó continuos conflictos entre los awajún y mestizos -como fueron llamados los colonos-. Parte del descontento de los indígenas tenía que ver con que dicha carretera construida en su territorio parecía beneficiar solo a los mestizos, quienes transitaban y circulaban mercadería a través de ella. El antropólogo Michael Brown supo plasmar este escenario en el título de uno de sus libros, “Una paz incierta. Historia y cultura de las comunidades aguaruna frente al impacto de la Carretera Marginal” (1984).

El proyecto de nacionalizar esta región a partir de la colonización política, económica, cultural y social continuaría en las décadas venideras, alcanzando niveles álgidos de tensión a partir de sucesos que serán descritos en la siguiente ola de cambios.

2.2.2.2 Las semillas de la organización política indígena

El origen de la organización política awajún está enlazado y es en cierta forma consecuencia de los procesos antes descritos. Por un lado, los programas de formación de docentes indígenas llevados a cabo por el Instituto Lingüístico de Verano y los jesuitas, coadyuvó al surgimiento de líderes awajún y wampis que asumirían luego un rol protagónico en la lucha por sus derechos. Las destrezas que aprendieron de los misioneros como parte de su proceso civilizatorio, fueron asimiladas por los awajún como nuevas tácticas bélicas que podían reemplazar los enfrentamientos violentos, y que supieron utilizar luego para la movilización étnica (GREENE, 2009:168).

De otro lado, la conformación de comunidades inicialmente incentivada por el establecimiento de las escuelas de los grupos religiosos, se vio potenciada a partir de la Ley de Comunidades Nativas de 1974 promulgada durante el gobierno nacionalista de Juan Velasco Alvarado, lo cual terminó de transformar los patrones consuetudinarios de asentamiento y autoridad. Además de favorecer el proceso de nucleamiento, este hecho empujó el

nombramiento de autoridades comunitarias a fin de facilitar esta nueva lógica territorial y política²⁰.

Un tercer factor que ayudó a encaminar la organización política awajún se desarrolla también en los años 70, y tiene que ver con la aparición en escena de un grupo de jóvenes profesionales españoles inicialmente vinculados a la misión jesuita, que sería conocido con el nombre de “Grupo de Desarrollo del Alto Marañón” o “Grupo D.A.M”. Este grupo fue parte de una iniciativa promovida por el jesuita Javier Vallado responsable de la misión de Chiriaco, y que surgió ante la necesidad de notar que las familias asentadas en las nuevas comunidades indígenas requerían de cierto tipo de asesoramiento y preparación técnica en áreas como salud, agricultura, manejo forestal, iniciativas económicas, y organización cooperativa y político-representativa.



Descripción: Integrantes del “Grupo D.A.M” en la comunidad de Yampits. **Fuente:** Izquierda, foto publicada en el libro “Querido, Perico” (IWGIA, 2015:154). Derecha, foto de 1975 del archivo personal de María Victoria Antón Nardiz, quien fuera parte del D.A.M, compartida gentilmente conmigo.

Alberto Chirif (2015) describe en el libro-homenaje a Pedro García Hierro o “Perico”, quien fuera uno de los personajes más visibles del “Grupo D.A.M” y aliado de varias luchas indígenas, la conversación que tuvo con el jesuita Javier Vallado antes de que esto se concrete:

“A Javier lo visité durante los años 1968-69. Fue en una de nuestras conversaciones que él me habló de promover la venida de jóvenes voluntarios de España para

²⁰ La promulgación de esta ley puede ser considerada como otro de los procesos de cambio más relevantes en la Amazonía peruana. Parte de sus efectos más grandes tuvo que ver con el posicionamiento de los indígenas amazónicos como “nativos” en el discurso oficial, lo que se diferenció de lo que venía sucediendo en los Andes, en donde los indígenas andinos pasaron a ser “campesinos” como parte del proceso de desetnización impulsado por el presidente Velasco en esa área (GREENE, 2009).

acompañar a los awajún en campos especializados que ellos como misioneros no manejaban. Era consciente que si algo así no se hacía, la mal llamada civilización pasaría sobre los indígenas y los destruiría”.

Fue así que este grupo llegaría al Alto Marañón en 1971. No obstante, no pasó mucho tiempo para que las diferencias entre los ideales y visiones sobre el rumbo que se debía seguir con los awajún aparezcan, generándose un irremediable conflicto entre el “Grupo D.A.M” y los jesuitas asentados en Nieva. José Guallart, quien tenía a cargo dicha misión, describe ese momento como “un capítulo antipático” que “causó daños irreparables” en sus contactos con las comunidades y que parecía que ellos “venían a hacer un trabajo más de tipo de agitación política” (1997b:206). Luego de esta confrontación, el “Grupo D.A.M” decidió independizarse de los jesuitas e instalarse en el Alto Marañón. Durante casi todos los años 70 realizaron múltiples acciones de capacitación y organización con un trasfondo político, que derivaron en la formación de la organización indígena denominada “Consejo Aguaruna – Huambisa” hacia fines de esa década. Esta, se constituiría como una de las organizaciones indígenas más fuertes de ese momento.

Con la creación del Consejo Aguaruna – Huambisa, el “Grupo D.A.M” decidió concluir sus actividades y trasladar todas las iniciativas a esa organización. El proceso organizativo indígena de esta región agarraría un mayor peso frente a las crecientes amenazas a su territorio, lo que será desarrollado en la siguiente ola de cambios.

Tabla 02. Resumen de procesos relevantes en la “segunda ola” de cambios

1940's	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de militarización y “peruanización” de la frontera de Perú con Ecuador. - Ampliación de destacamentos militares y primera oleada de migración de colonos mestizos incentivada por el Estado. - Refundación de Santa María de Nieva.
1960's	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de colonización e integración nacional de la Amazonía incentivado por el presidente Fernando Belaúnde Terry. - Inicio de la construcción de la Carretera Marginal de la Selva que conllevó el ingreso masivo de colonos al territorio awajún.
1970's	<ul style="list-style-type: none"> - Promulgación de la Ley de Comunidades Nativas durante el gobierno de Juan Velasco Alvarado. - Conformación y desarrollo de actividades del “Grupo D.A.M”. - Conformación del Consejo Aguaruna-Huambisa.

2.2.3 Tercera ola: Consolidación de la organización política awajún, extractivismo y las luchas por el territorio

Esta tercera ola está centrada en dos procesos. Primero, la consolidación de la organización política awajún, visible en instancias nacionales e internacionales, y con el protagonismo de líderes indígenas destacados. Segundo, los hechos que hacen parte de una firme economía extractivista aplicada a esta zona con la participación de empresas multinacionales, lo que llevaría a la intensificación de las luchas por el territorio. Estos procesos van desde fines de la década de los 70 hasta inicios del presente siglo.

2.2.3.1 Consolidación de la organización política awajún

Como señalé líneas arriba, parte de los antecedentes de la organización política awajún está en la formación de jóvenes indígenas bilingües alfabetizados por los misioneros del Instituto Lingüístico de Verano y jesuitas, que se convirtieron con el tiempo en líderes importantes a nivel local, y encabezarían luego el emergente movimiento nacional e internacional por sus derechos. En esto, el “Grupo D.A.M” y otros aliados peruanos, contribuyeron a dar forma y empujar las estrategias de movilización que acabaron en la creación del Consejo Aguaruna-Huambisa en 1977. No obstante, es importante no observar al Consejo como la primera manifestación organizativa de estos pueblos, sino más bien como un resultado de los procesos descritos y como fruto de intentos organizativos anteriores²¹.

Esta organización representaba a los indígenas de las cinco cuencas de esta zona y sería en 1979 parte gestora de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), organización de representación nacional de toda la Amazonía peruana. Un personaje destacado en esta historia fue el líder político awajún Evaristo Nugkuag, formado por el Instituto Lingüístico de Verano, quien impulsó y estableció las redes para la conformación de estas organizaciones. Años más tarde, haría lo mismo para la fundación de la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), organización transnacional

²¹ Como describe Inoach (2021:144): “En el Alto Marañón, los awajún y wampis se habían organizado antes. Con la caída del segundo repunte del caucho y la aparición de otros rubros de negocio como la piel de animales, un primer ensayo de organización económica en contra de intermediarios se inició en la década de los 60’s en la comunidad de Chikais, a través de Daniel Dagtuchu Pinchinam, apoyado por el Instituto Lingüístico de Verano.” Posterior a ello, apareció otra cooperativa dirigida por los jesuitas cuyo fin era ayudar a encauzar las relaciones comerciales de los indígenas con mestizos; sin embargo, estos se cansaron de los intermediarios y en 1972 crearían una organización propia llamada Central del Cenepa, que sería el antecedente al Consejo.

que reúne a diferentes países, cuya reunión de creación se realizó en Lima convocada por Nugkuag. Es a esto a lo que se refería Gerardo Shimpukat cuando decía al inicio de este capítulo que primero se organizaron los awajún, y luego organizaron a toda la Amazonía. La fortaleza que tuvo el Consejo Aguaruna-Huambisa ha sido reconocida muchas veces. Como señalaron Chirif y García (2009)²²:

“En su tiempo fue una de las organizaciones más fuertes por el número de sus comunidades (...) y por su fortaleza al reclamar los derechos de sus bases y promover actos que tuvieron gran resonancia en la prensa mundial, como la expulsión de su territorio del cineasta alemán Werner Herzog”.

La expulsión de Herzog en 1979, a la que aluden Chirif y García, fue motivada en sus intentos por filmar la película *Fitzcarrald* en el Alto Marañón, evento que ha quedado en la memoria de varios awajún. La raíz del conflicto estuvo tanto en la falta de comunicación y aprobación para filmar allí por parte de los indígenas, como también por la connotación del filme. Esto motivó la toma del campamento, del equipo de filmación, y la publicación de notas en prensa nacional e internacional; acciones que fueron encabezadas también por Evaristo Nugkuag (BROWN, 1982; GREENE, 2009). Este evento es destacado por ser parte de la historia de sucesos que llevaron a las primeras formas de consolidación de una nueva figura del poder indígena traducida en el salto a la palestra de Nugkuag, así como por ser un ejemplo contemporáneo del uso del conflicto como vía para la demostración del poder entre los awajún (ROMIO, 2016).

La creación de estas organizaciones etnopolíticas deben entenderse en el marco de dos factores que eran parte del contexto de esa época. Por un lado, estaba la necesidad de establecer canales de negociación directa con el Estado para la afirmación de sus derechos ciudadanos en la sociedad nacional. Por otro, estaba la efervescencia de los movimientos indígenas a nivel global respaldados por organizaciones internacionales²³, que años más tarde se fortalecería con la creación del Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas de las Naciones Unidas en 1982 y el Convenio 169 de la OIT en 1989.

²² Nota publicada en: <https://www.cetri.be/Logros-y-desafios-de-las?lang=fr>

²³ Según Guallart (1997a:79), un antecedente importante de esta movilización global fueron los movimientos “Black Power” e “Indian Power” en EEUU durante los años 70 que tuvieron una importante repercusión.

En esta historia, algunos de los rostros más visibles de estas luchas fueron el del ya mencionado Evaristo Nugkuag, reconocido en 1986 con el premio Right Livelihood, y en 1991 con el Premio Goldman para el Medio Ambiente por su liderazgo en AIDSESEP y la COICA. Otro de ellos fue Santiago Manuin (†2020), reconocido con el premio Reina Sofía en 1994. Manuin fue formado por los jesuitas, fue también presidente del Consejo Aguaruna-Huambisa, y tuvo un rol destacado durante el conflicto socioambiental conocido como “Baguazo” en el 2012, que será descrito en breve.



Descripción: A la izquierda, nota publicada en el diario “El Comercio” sobre el encuentro entre Santiago Manuin y el Papa Francisco como parte de su visita a la Amazonía peruana en 2018. A la derecha, registro de Evaristo Nugkuag recibiendo el Premio Goldman en 1991. **Fuente:** <https://elcomercio.pe/peru/madre-dios-noticia-490516-noticia/> y <https://alchetron.com/Evaristo-Nugkuag#evaristo-nugkuag-a3375559-28c9-43a8-9e3e-e6821ed24d0-resize-750.jpeg>

Estos líderes²⁴ utilizaban una estrategia que combinaba la acumulación de aliados externos (iglesias misioneras, Estado, oenegés, etc.) con el manejo de lenguajes distintos que incorporaban a los códigos culturales awajún, un lenguaje jurídico-comercial y nociones de realización individual de matriz protestante (ROMIO, 2014). La capacidad organizativa de los awajún sería reafirmada en los años siguientes a partir de las luchas por su territorio, y estaría en el ojo público a partir de los lamentables hechos durante el “Baguazo”. Describo estos puntos seguidamente.

²⁴ Como se hace evidente, las mujeres tuvieron muy escaso acceso a espacios de poder político y de representación en esos años.

2.2.3.2 *Extractivismo y las luchas por el territorio*

La creciente movilización indígena encontró motivación en el hartazgo ocasionado por la imposición de agentes externos que representaban una amenaza a su territorio y las formas de vida indígena. A la presencia de colonos que venía de décadas atrás, se sumaron un número creciente de empresas que explotaban sus recursos desde distintos frentes. Una de las más grandes fue la Texaco, que comenzó sus exploraciones en la región desde 1953 y luego a producir a inicios de los 70. Esta explotación de petróleo estuvo luego a cargo de Petroperú, cuya producción aumentó significativamente cuando se construyó el Oleoducto Norperuano hacia fines de esa década. La excavación de pozos, construcción de oleoductos, y posteriores derrames, se mantienen como una fuente de afectación de las familias más próximamente asentadas²⁵. A la par, se dio la construcción de la carretera que seguía el recorrido del oleoducto desde el Marañón hasta Chiclayo, lo cual abrió un nuevo frente de comunicación y contribuyó a la llegada de un mayor número de colonos.

A ello debe añadirse la expansión de actividades ilegales como la extracción de madera y oro, así como el narcotráfico y todas sus consecuencias. También está la intensificación de la agricultura basada en monocultivos con impacto en los suelos y en la reproducción de las técnicas ancestrales de horticultura awajún²⁶. Evaristo Nugkuag (1994) fue enfático al manifestar en medio de esa ola de extractivismo, el fracaso de las políticas de desarrollo rural en la Amazonia lo cual se hacía visible en el crecimiento desordenado de ciudades amazónicas, en las cuales cada vez más indígenas vivían en condiciones precarias, expuestos a distintos tipos de contaminación, y con una alimentación dependiente de productos envasados que llegaban de fuera. De esta manera, la continua introducción de modos de producción capitalista fue conformando paisajes híbridos en los que las ecologías indígenas y no indígenas fueron superpuestas, implicando la alteración de las relaciones naturaleza-sociedad (CANDIANI, 2021). Y es que la colonización fue y es también ambiental.

²⁵ Según un informe del Subgrupo sobre Derrames Petroleros de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, entre los años 2000 y 2019 los lotes petroleros ubicados en la Amazonía y el Oleoducto Norperuano han sido fuente de 474 derrames, dejando más de 2 mil sitios impactados y contaminados en territorio de la Amazonía Norte. Información disponible en: https://earthrights.org/media_release/470-derrames-petroleros-amazonia-peruana-2000-2019/#::~:~:text=y%20empresas%20remediadoras,-,Entre%20los%20a%C3%B1os%202000%20y%202019%20los%20lotes%20petroleros%20de,territorio%20de%20la%20Amazon%C3%ADa%20Norte

²⁶ Este punto será desarrollado en el Capítulo 2.

Estas políticas extractivistas se vieron impulsadas por los modelos económicos y líneas políticas de momento, alcanzando su máxima expresión con la Constitución de 1993 de corte neoliberal aprobada durante el primer gobierno de Alberto Fujimori. Este modelo de desarrollo fue convirtiéndose en un caldo de cultivo de diversos conflictos de orden socioambiental²⁷. Esta situación tuvo un punto de quiebre el 05 de junio del 2009 con el “Baguazo”, nombre con el cual se conoce al enfrentamiento entre las fuerzas militares y los awajún y wampis, que tuvo como lugar la Curva del Diablo cerca de la ciudad de Bagua. Paso a describir este importante hecho.

- El “Baguazo”. -

El “Baguazo” es considerado un evento clave en la historia contemporánea de esta región y los awajún. Los enfrentamientos que involucró provocaron la muerte de 33 personas y más de 150 heridos. Su trascendencia e implicancias han sido tal, que es considerado un hito en las luchas de los indígenas de la Amazonía peruana y su vinculación con el Estado, haciéndolo foco de múltiples reflexiones y análisis (SURRELLÉS, 2009, CHIRIF 2009, ESPINOSA 2009a y 2014, GUEVARA 2013, ROMIO 2018).

El origen del conflicto estuvo en los decretos legislativos promovidos en el marco del Tratado de Libre Comercio firmado entre Perú y EE.UU durante el gobierno de Alan García^{28,29}. Estos decretos alteraban los derechos territoriales de las comunidades nativas y campesinas, transgrediendo el derecho a la consulta previa reconocida por Perú en 1995 con la firma del Convenio 169.

La falta de diálogo y discrepancias con el gobierno venían desde el 2007 a causa de la política ambiental-económica propuesta. La respuesta del presidente García a esa discusión fue la publicación de unos artículos de opinión en el diario “El Comercio” en el que calificó de “perros del hortelano” a aquellos que tenían recursos que no aprovechaban, pero que al mismo

²⁷ Un reporte de 2017 de la Defensoría del Pueblo reveló que más del 70% de conflictos sociales en el Perú son de carácter socioambiental, y que corresponden en su mayoría al rubro de minería e hidrocarburos. Información disponible en: <https://www.actualidadambiental.pe/defensoria-del-pueblo-mas-del-70-de-conflictos-sociales-en-peru-son-socioambientales/>

²⁸ El decreto más cuestionado y que gatilló el conflicto fue el DL N° 1090 llamado “Ley Forestal y de Fauna Silvestre”, el cual reducía la definición del patrimonio forestal.

²⁹ Alan García gobernó entre los períodos 1985-1990 y 2006-2011. Su primer gobierno es recordado por la hiperinflación y devaluación de la moneda, ocasionando una crisis económica que alcanzó niveles históricos.

tiempo no dejaban que fuesen explotados por otros. Además, describía a los indígenas amazónicos como enemigos del progreso, y establecía la existencia de “ciudadanos de primera y segunda clase”. A continuación, algunos fragmentos de la primera de esas columnas:

“Hay muchos recursos sin uso que no son transables, que no reciben inversión y que no generan trabajo. Y todo ello por el tabú de ideologías superadas, por ociosidad, por indolencia o por la ley del perro del hortelano que reza: ‘Si no lo hago yo que no lo haga nadie’ (...)”

“La demagogia y el engaño dicen que esas tierras no pueden tocarse porque son objetos sagrados y que esa organización comunal es la organización original del Perú, sin saber que fue una creación del virrey Toledo para arrinconar a los indígenas en las tierras no productivas (...)”

“Y contra el petróleo, han creado la figura del nativo selvático ‘no conectado’; es decir, desconocido pero presumible, por lo que millones de hectáreas no deben ser exploradas, y el petróleo peruano debe quedarse bajo tierra mientras se paga en el mundo US\$90 por cada barril. Es preferible para ellos que el Perú siga importando y empobreciéndose (...)”

“Frente a la filosofía engañosa del perro del hortelano, la realidad nos dice que debemos poner en valor los recursos que no utilizamos y trabajar con más esfuerzo. Y también nos lo enseña la experiencia de los pueblos exitosos, los alemanes, los japoneses, los coreanos y muchos otros. Y esa es la apuesta del futuro, y lo único que nos hará progresar”³⁰.

Estas expresiones fueron consideradas profundamente ofensivas y hostiles, agudizando la tensión³¹. Esto propició un primer Paro Amazónico en 2008 que llevó a la derogación de algunos de los decretos y al establecimiento de compromisos con las organizaciones indígenas. No obstante, el Estado comenzaría a dilatar su cumplimiento y continuaría con una actitud hostil hacia los indígenas, insinuando que estaban siendo manejados por otros intereses. A partir de ello, se convocó a un segundo Paro Amazónico en 2009 en el que se bloqueó la carretera Fernando Belaúnde Terry. Cuando comenzaba a propiciarse un diálogo entre las partes, las autoridades deciden emplear la fuerza y las armas, lo que genera una respuesta masiva de los awajún, wampis y mestizos de esa zona, teniendo como consecuencia los muertos y heridos. Como si la estigmatización de los indígenas no hubiese

³⁰ Artículo disponible en: <https://elcomercio.pe/bicentenario/2007-l-el-sindrome-del-perro-del-hortelano-l-bicentenario-noticia/?ref=ecr>

³¹ Schuler (2016) hace un análisis de la figura del “perro del hortelano” en el discurso de García, en tanto metáfora política que sintetiza las dinámicas de poder en Perú, y que presenta antecedentes y consecuencias concretas en la Amazonía.

sido ya suficiente, este hecho hizo que cierto sector de la prensa y especialistas acabaran reforzando una idea de salvajismo, a partir de la explicación de que los hechos de violencia cometidos por los awajún tenían que ver con su carácter guerrero (ESPINOSA, 2014).

Como respuesta a la presión mediática y con el fin de contrarrestar el impacto negativo en la opinión pública nacional e internacional, se formó el Grupo Nacional de Coordinación para el Desarrollo de los Pueblos Amazónicos dirigido a atender los reclamos inmediatos de los indígenas, y a formular un Plan Integral de Desarrollo Sostenible. Producto de ello se dio la aprobación de la Ley de Consulta Previa la cual, como acto simbólico, fue promulgada en Bagua en 2011 durante el inicio del gobierno de Ollanta Humala, de corte progresista.

Como señala Espinosa (2009a), aunque el “Baguazo” tiene una trascendencia propia, es importante observarlo desde una perspectiva histórica que trascienda ese evento en particular, que considere la trayectoria que han seguido las luchas de los pueblos indígenas amazónicos por su territorio y derechos, las cuales tienen como telón de fondo visiones encontradas entre lo que el Estado y estos pueblos entienden por desarrollo. De esta manera, el discurso del “perro del hortelano” no habría sido más que una continuidad de la visión colonialista volcada sobre la Amazonía sostenida desde mucho tiempo atrás.

Tabla 03. Resumen de procesos relevantes en la “tercera ola” de cambios

1970's	<ul style="list-style-type: none"> - Producción de petróleo por Texaco. - Construcción del Oleoducto Norperuano que atraviesa la región Amazonas. - Fundación del Consejo Aguaruna-Huambisa y de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) - Expulsión del cineasta Werner Herzog del Alto Marañón
1980's	<ul style="list-style-type: none"> - Creación del Grupo de Trabajo de Pueblos Indígenas de la ONU - Fundación de la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA) - Aprobación del Convenio 169 de la OIT
1990's	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación de la Constitución de 1993 de corte neoliberal durante el gobierno de Alberto Fujimori - Reconocimiento internacional de los líderes awajún Evaristo Nugkuag y Santiago Manuin por sus acciones para la protección del su territorio - Ratificación del gobierno peruano del Convenio 169
2000's	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto socioambiental “Baguazo”

	- Promulgación de la Ley de Consulta Previa con un acto simbólico en Bagua
--	--

2.3 SANTA MARÍA DE NIEVA: NOTAS CONTEXTUALES ACTUALES

En esta sección se ofrecerá una contextualización sobre Santa María de Nieva, espacio donde se desarrolló el trabajo de campo para esta tesis, así como datos que darán cuenta de la situación más actual de los awajún residentes de este lugar y de la provincia de Condorcanqui en general. Empezaré con algunos datos básicos, para luego ofrecer algunas notas sobre la convivencia interétnica que predomina en este lugar. Finalmente, caracterizaré el lugar específico y personas de quienes emergen buena parte de las reflexiones de esta tesis.

2.3.1 Santa María de Nieva: Algunos datos básicos³²

En este acápite se darán algunos datos vinculados a tres puntos: la ubicación y acceso a Santa María de Nieva; el perfil socioeconómico y el acceso a servicios básicos; y, finalmente, características de la oferta educativa y de salud que existe en este ámbito.

2.3.1.1 Ubicación

Santa María de Nieva es capital y centro urbano de la provincia de Condorcanqui. Cuenta con 3,800 habitantes aproximadamente, por lo que concentra la mayor cantidad de población de esta zona. Posee una importante actividad comercial, presencia de oficinas de entidades públicas y privadas, y es punto de llegada desde otras provincias y regiones.

Hasta hace menos de veinte años, el único transporte para llegar hasta allí era fluvial. Hoy en día, a pesar de los avances en la infraestructura vial, el acceso no es sencillo y demanda un gasto no menor. Para llegar desde Lima, es necesario tomar un vuelo hasta la ciudad de Jaén o Chiclayo, para luego tomar un auto por varias horas hasta Bagua, lugar desde donde se toma otra movilidad que por unas siete horas más transitan por un camino sinuoso que lleva hasta

³² Gran parte de los datos sociodemográficos referenciados en esta parte provienen del documento "Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas", publicado por el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador (2020), el cual recopila datos de censos y distintas bases de datos referentes a esta zona.

Santa María de Nieva. Aunque la ruta comprende una carretera hace pocos años asfaltada, normalmente se presenta accidentada por la falta de mantenimiento, y durante los meses de lluvias suele tener tramos cerrados a causa de los deslizamientos de lodo y piedras. Sin importar mucho ello, los choferes de los autos que ofrecen transporte suelen transitarla a altas velocidades y hacer las maniobras que sean necesarias con tal de llegar al destino en el menor tiempo posible. Como es de imaginar, los accidentes de tránsito no son raros en esta ruta. El costo y las características de esta vía hace que quienes realmente la usen con frecuencia sean aquellos que por actividades comerciales o laborales necesiten salir o entrar con regularidad.

Santa María de Nieva tiene la particularidad de estar situada en la confluencia de los ríos Nieva y Marañón, siendo dividida en dos por el primero. Así, tiene una parte conocida como “el centro” donde se ubican la mayor cantidad de negocios, algunos hospedajes, y oficinas de diferentes instituciones, ordenadas alrededor de una loza deportiva que sirve de escenario para los principales actos ceremoniales del lugar. La otra parte, a la cual se llega a partir de un trayecto de un par de minutos en bote, es conocida como “el asentamiento humano” y hace referencia al barrio Juan Velasco Alvarado que en sus inicios solía estar habitada principalmente por familias indígenas. Fue allí donde decidimos residir durante el trabajo de campo.



Descripción: A la izquierda, parte central de Santa María de Nieva, donde se concentran la mayoría de negocios. A la derecha, paradero de los botes en Juan Velasco Alvarado que llevan hacia la parte central del pueblo.

Fuente: Archivo personal.

Al albergar Santa María de Nieva las oficinas de las entidades administrativas de la provincia³³, da la impresión de una presencia importante del Estado en un sentido simbólico, reforzada por las varias locaciones que ocupan sus principales vías, la cantidad de personal que

³³ Entre estas entidades destacan la Municipalidad, Red de Salud, la Unidad de Gestión Educativa Local, Comisaría, Banco de la Nación, Ministerio Público, entre otras.

emplean que desde muy temprano se ven uniformados recorrer las calles de forma apresurada yendo a trabajar, y por las varias ceremonias y actos solemnes que se desenvolvían casi todas las semanas por distintos motivos. En efecto, según el documento del Plan Binacional Perú-Ecuador (2020), el Estado es el principal generador de empleo formal en la provincia al crear el 60% de puestos de trabajo a partir de las distintas instituciones públicas presentes allí³⁴.



Descripción: Fotos de la loza principal de Santa María de Nieva donde se realizan la mayoría de ceremonias.
Fuente: Archivo personal.

2.3.1.2 Condición socioeconómica y acceso a servicios básicos

La diversidad y riqueza que posee Condorcanqui en términos ecológicos, contrasta con su posicionamiento en las mediciones e indicadores de desarrollo. Así, según el Mapa de Pobreza Monetaria Provincial y Distrital del 2018 (INEI, 2020), Condorcanqui es una de las diez provincias más pobres del Perú al tener más del 60% de su población en esta condición³⁵. De otro lado, Condorcanqui figura con el menor índice de desarrollo humano de la región Amazonas³⁶. Estos datos, así como la presencia de población indígena, hacen que Condorcanqui califique para ser foco de los programas sociales del Estado. Esto, debido a que a partir de una resolución ministerial del 2014 se estableció que todos los pueblos indígenas reconocidos

³⁴ Sin embargo, solo el 12,3% de la población posee empleo formal. El resto, casi 90%, diversifica sus ingresos entre actividades no formales vinculadas a la agricultura, comercio, transporte, entre otros.

³⁵ Dentro de ella, el distrito del Cenepa es el que presenta los peores indicadores de pobreza.

³⁶ El índice de desarrollo humano (IDH) toma en cuenta la esperanza de vida al nacer, los resultados a nivel educativo, y el ingreso familiar per cápita. Según datos del 2019 publicados por el PNUD, Amazonas es la tercera región con menor IDH del Perú.

oficialmente son clasificados como “pobres extremos”, lo cual los hace beneficiarios de dichos programas³⁷.

El acceso a servicios básicos representa otra limitación grande en esta zona. Si bien las estadísticas refieren que el acceso a energía eléctrica en Santa María de Nieva es mayoritario, y que existe un acceso a agua de más del 30%³⁸, la realidad muestra que estas cifras reflejan escasamente lo que las familias de estas zonas pasan a causa de la precariedad de estos servicios. Mientras vivimos allí por el trabajo de campo pudimos constatar esto de primera mano. A pesar de existir una empresa responsable de la energía eléctrica, la cual realiza un cobro mensual de manera puntual, la luz estaba disponible solo algunas horas al día y de forma muy irregular. En un mismo día la energía podía ir y venir más de una docena de veces, ocasionando que los aparatos electrónicos se malogren. Solo los negocios y familias con más recursos contaban con un motor generador que les permitía tener energía eléctrica más tiempo.

En el caso del agua, la situación es aún peor. Este recurso estaba disponible también de forma irregular y no era potable. El agua que llegaba a nuestra cañería era turbia y frecuentemente atoraba las griferías por los residuos de distinto tipo con los que circulaba (arena, ramas, hojas, insectos, etc.) La mayoría de familias colectaba el agua en depósitos grandes y esperaban hasta que todos los residuos se asienten en el fondo, para luego hervir la que iban a consumir. Cuando se daba una lluvia fuerte, era motivo para intentar juntar algo de agua más limpia. Pero cuando las lluvias escaseaban, podía no haber agua por varias semanas haciéndose muy complicado habitar en esas condiciones, al punto que quienes tenían la posibilidad se iban del pueblo hasta que esta regrese. Esto sucedió una vez mientras vivimos allí, ocasionando que los negocios de comida tuvieran que cerrar por no contar con agua para cocinar.

³⁷ La Resolución Ministerial N° 227-2014-MIDIS.

³⁸ Según los datos recopilados por el Plan Binacional Perú-Ecuador, el acceso a energía eléctrica es de 83% en Santa María de Nieva y de 96% en Juan Velasco Alvarado. De otro lado, el acceso a red pública de agua en el distrito de Nieva es de 35,39%.



Descripción: Agua colectada en distintos días de la grifería de nuestra vivienda en Juan Velasco Alvarado durante el trabajo de campo. **Fuente:** Archivo personal.

Los problemas con estos servicios básicos tienen distintas implicancias. La mala calidad del agua tiene consecuencias graves a nivel de la salud, generando en las familias y miembros más vulnerables altas tasas de parasitosis, fiebre tifoidea, problemas dérmicos, entre otros. De otro lado, los hogares y principalmente las mujeres, deben invertir más tiempo en resolver las actividades domésticas bajo estas condiciones. Asimismo, los estudiantes, trabajadores, y actividades productivas en general, se ven afectadas por la falta de luz. Los reclamos por los malos servicios básicos tienen un lugar muy importante en las preocupaciones de las familias indígenas y mestizas de Santa María de Nieva, y considero que es una de las luchas actuales que los unen frente a la inoperancia de las autoridades.

2.3.1.3 Educación y salud

En cuanto al acceso a educación y salud, Santa María de Nieva reúne las principales entidades y establecimientos en esta materia. Por un lado, existen escuelas y entidades educativas del nivel inicial, primario, secundario, y superior-técnico; lo que impulsa a que muchos padres de comunidades envíen a sus hijos a Nieva a vivir, a fin de tener acceso a lo que consideran una mejor educación. No obstante, las condiciones en las que esta se da, así como la calidad en la formación son también tema de preocupación. Algunos de los problemas son la falta de servicios básicos e infraestructura deficiente en sus escuelas y residencias estudiantiles,

problemas de gestión, condiciones laborales de los docentes, entre otros³⁹. Pero estos no son los únicos problemas. Uno de los temas que ha tenido más repercusión, fueron las varias denuncias de violencia sexual cometidas por docentes a estudiantes en diferentes escuelas de Condorcanqui, que incluso llevó a que en 2018 se formara una comisión y mesa de trabajo en el Congreso de la República para abordar esta problemática⁴⁰.

Durante el trabajo de campo, pude observar que uno de los puntos de tensión en esta área tenía que ver con las expectativas que tenían los padres sobre la educación que debían recibir sus hijos, y los contenidos que finalmente se desarrollaban. Un ejemplo claro de ello, fue lo que pude ver en relación con las discusiones en torno a la educación intercultural. Pude conocer esto a partir de la escuela primaria de Juan Velasco Alvarado en la que estudió nuestra hija el tiempo que estuvimos allí. A continuación, presento una nota de observación que ejemplifica este punto.

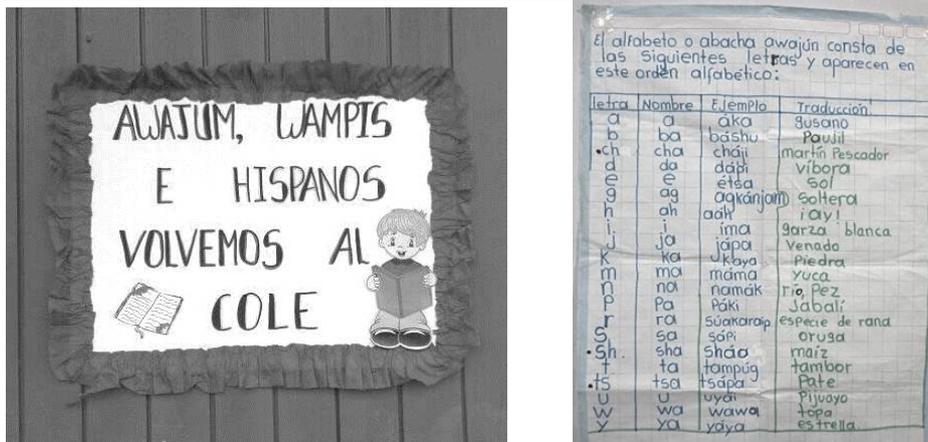
“La escuela primaria de Juan Velasco Alvarado y la interculturalidad en tensión”

La escuela primaria de Juan Velasco Alvarado albergaba a alrededor de 200 niños y niñas tanto indígenas como no indígenas, y podría decirse que reflejaba esa diversidad de familias que vivían en nuestro barrio. Había hijos de familias mestizas e indígenas reconocidas y con más recursos, también de otras familias vistas como “pobres”, así como hijos de padres que llegaban a pasar una temporada allí por motivos laborales, como era nuestro caso. Justo el año que vivimos allí, esta escuela primaria pasó a ser piloto de escuela intercultural urbana bilingüe. Este cambio significaba en concreto que se introduciría en el currículo el curso de awajún llamado “Lengua Originaria”, en reemplazo del curso de inglés que habitualmente se había estado dictando.

Esta noción de interculturalidad que implicaba incorporar una lengua indígena y excluir el inglés, trajo algunos problemas. Así, durante la primera asamblea general de padres de familia que se dio al iniciar el año escolar, en la que se presentarían a los docentes y cuestiones generales de los cursos, se dieron situaciones bastante airadas en relación con este tema.

³⁹ Según datos del CEPLAN recopilados en el diagnóstico del Plan Binacional (2020:225), alrededor del 90% de escuelas de Nieva no cuenta con servicios básicos. Dicho documento resume también los problemas vinculados a la situación de los docentes y calidad educativa.

⁴⁰ Según datos de la Defensoría del Pueblo, entre 2012 y 2017, se presentaron 216 denuncias por violencia sexual de docentes a estudiantes en Condorcanqui, de las cuales 157 prescribieron (67%), lo que denota la impunidad y complicidad de las autoridades responsables de esos casos. Más recientemente, según datos de la UGEL Condorcanqui, solo en 2019 se presentaron 123 denuncias.



Descripción: A la izquierda, cartel colocado el primer día de clases. A la derecha, material educativo de aula del curso “Lengua Originaria”.

En estas asambleas solía haber más de un centenar de asistentes ya que además del interés en lo que se diría, ausentarse implicaba una sanción económica que la mayoría intentaba evitar. Al ingresar encontré sitio cerca de la parte más próxima del estrado, junto a un grupo de señoras mestizas. Una de ellas me comenzó a integrar al grupo, yo me limité a responder algunas preguntas sobre mí y a escuchar lo que comentaban. Gran parte de ello tenía que ver con su insatisfacción luego de enterarse de la eliminación del inglés y su reemplazo con el curso de awajún. El fastidio era tal que una de ellas llegó a decir que ese curso le parecía “una cojudez”, lo cual resumía de forma agresiva algo que todas expresaban, que era que no les serviría para nada porque ellas tenían la expectativa de que sus hijos de ser posible se vayan fuera de Nieva para continuar sus estudios. Por ello, aprender el inglés les resultaba mucho más útil e importante.

Al empezar la asamblea, el director dio unas palabras de bienvenida y comenzó a hacer una presentación de cada docente, destacando sus cualidades y logros. Al ser llamados, cada uno de ellos desfilaba por el centro y eran retribuidos con aplausos de los asistentes. Alguno bien reconocido recibía algunas vivas o silbidos que expresaban cariño. Cuando tocó presentar a la profesora de awajún el director señaló que sería un curso importante para tener una convivencia intercultural. Ella, una joven indígena, no fue hasta el centro, solo se paró de su silla e hizo un saludo tímido. En ese momento debo decir que fue un tanto chocante escuchar varias risas y susurros que fueron sobre ella. La mofa y tensión fueron evidentes.

En las semanas posteriores se suscitaron otros reclamos al saber que, en la evaluación del primer bimestre, la profesora colocó notas sobresalientes a los alumnos awajún y notas desaprobatorias o bajas a los niños mestizos. De lo que pude observar, las mamás awajún con las que tuve contacto, si bien reconocían la importancia del inglés, nunca se mostraron en contra de que se introduzca este curso. Incluso alguna vez una de ellas fastidiada por los reclamos dijo: “*¡Está bien el curso pues! Que los mestizos aprendan también lo que se habla acá, ¡si ellos han venido a vivir aquí!*”. De esta forma, este asunto se convirtió en un terreno de disputa y reivindicación que reflejaba las pugnas de poder entre indígenas y no indígenas. Creo que además reflejaba las tensiones sobre finalmente qué entiende cada grupo como educación intercultural. Por ejemplo, en otras actividades de la escuela de tipo festivo en las que la interculturalidad se traducía en la presentación de expresiones artísticas y gastronómicas, no hubo ningún roce ni reclamo de las madres mestizas como sí lo hubo en este caso.

Al final, el curso de awajún siguió adelante tal como estaba estipulado y los niños no indígenas, incluida mi hija, tuvieron que dedicarle más tiempo para no desaprobarlo y recibir ayuda de los niños y niñas indígenas para las tareas.

Sobre los servicios de salud, también hay algunas cosas que decir. En cuanto a la oferta de establecimientos de salud públicos presentes en Santa María de Nieva, tenemos que son tres: el hospital ubicado en Juan Velasco Alvarado categorizado como II-1⁴¹, que viene a ser el único hospital de toda la provincia de Condorcanqui; un centro de salud categorizado como I-3⁴²; y un centro de salud mental comunitario. Dicho hospital es punto principal de atención para las más de 42,000 personas que residen en Condorcanqui.

La demanda que existe en esta zona excede totalmente la capacidad resolutive de esta oferta. Atenciones como cesáreas, atenciones especializadas, y operaciones de distinta índole, implica que los pacientes sean referidos a Bagua o incluso a ciudades más alejadas como Chiclayo o Jaén. Solo a Bagua, la distancia es de alrededor de siete horas, y por un camino muchas veces accidentado o incluso interrumpido. Estas referencias tienen como consecuencia que los pacientes se alejen de sus familiares, a menos que estos tengan los recursos económicos para acompañarlos y correr con sus gastos de hospedaje en esas ciudades. La presentación de cierto tipo de emergencias que implican una rápida respuesta, pueden ser una sentencia de muerte que no hace distinciones. Ejemplo de ello fue el deceso del ministro del interior en el 2019 en Santa María de Nieva, quien sufrió una descompensación mientras realizaba unas actividades durante una visita rápida a la zona, lo que luego derivó en un infarto. Fuimos testigos expectantes de algunos de los movimientos y correrías del personal alrededor del hospital para intentar salvarlo con los recursos que tenían, para luego finalmente enterarnos que esto no fue posible. Los comentarios que circulaban entre los que observaban estas escenas al igual que nosotros, era que nadie se salvaba de ese tipo de emergencias.

A pesar de los esfuerzos de personal de salud bien intencionado, estas condiciones generan una brecha entre los servicios de salud oficiales y la población. Por ejemplo, se tiene

⁴¹ Esta categoría implica una atención general, es decir, sin especialidades. La presencia de especialistas solo da por campañas o por períodos intermitentes.

⁴² Esta categoría implica ofrecer servicios vinculados a la salud familiar y comunitaria, pero sin camas de internamiento.

que: 23% de sus establecimientos requieren que sean reconstruidos, más del 50% de establecimientos no cuentan con agua, y la mayor cantidad de su personal está compuesto por técnicos de enfermería⁴³. Esta brecha es atendida por una muy amplia y variada oferta de servicios privados, farmacias, y puestos al paso que venden distintos tipos de medicinas y preparados, y ofrecen hacer todo tipo de análisis de forma rápida. A pesar que la mayoría de la población está asegurada con el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud, las deficiencias que presenta hacen que los pacientes se vean obligados a gastar de su bolsillo en la oferta privada.

Un caso que ilustra el impacto de la poca capacidad resolutive y problemas de la calidad de atención en esta zona, se ve en las cesáreas. Como señalé, las cesáreas no pueden ser atendidas en esta provincia, por lo que una mujer que la necesita tiene que trasladarse mínimamente hasta Bagua, ubicado a siete horas de distancia. Este asunto tiene más gravedad frente a los casos detectados desde hace varios años de VIH en gestantes, en el que la cesárea cumple el papel de prevenir la transmisión vertical, procedimiento que forma parte del protocolo oficial para la atención de estos casos. Además de los temores frente a esta intervención y desconfianza de su utilidad frente a esta infección, está el hecho de tener que alejarse de la familia los días que dure todo este proceso, imposibilitando la atención y prácticas de cuidado por parte de ellos con la mujer gestante. En el trabajo de campo pude escuchar también que algunas mujeres tenían reticencia a esta intervención porque aquellas que se iban por una cesárea a Bagua, eran automáticamente señaladas por los vecinos y familiares como portadoras del VIH, aunque esto fuese falso.

Sin embargo, más allá de la parte resolutive, la dimensión relacional también juega un papel importante en la atención de la salud. Con ello me refiero al vínculo establecido entre los pacientes y el personal, y demás actores que participan en ambas ofertas. En este tema, si bien se suelen resaltar las fricciones entre el personal de salud mestizo y pacientes indígenas, esto no es un dado. Las estructuras que sustentan vínculos racistas y coloniales continúan vigentes, no obstante, no determinan de la misma forma todas las relaciones entre estos grupos. La convivencia, sobre todo en el caso de personal mestizo que reside varios años allí, promueve en varios casos los lazos de confianza y expresiones de solidaridad de un lado y otro, lo cual

⁴³ El diagnóstico elaborado por el Plan Binacional (2020) resume varias de las deficiencias y problemas de los servicios de salud, sobre todo a nivel de la infraestructura y los recursos humanos disponibles.

hace que sean campos que ayudan a relativizar estas estructuras. Un ejemplo de esto lo encontré en un personaje que hacía parte de esta oferta privada y que, precisamente, se trataba de alguien mestizo. Seguidamente presento una nota de campo referente a ella, que era conocida como “la boticaria del pueblo”, y que dará cuenta de los vínculos de confianza que muchas veces se desarrollan entre mestizos e indígenas.

“La boticaria del pueblo”

Desde las primeras semanas de nuestro trabajo de campo, escuchamos hablar repetidas veces de “la boticaria del pueblo”. Su nombre era mencionado cada vez que salía el tema de la enfermedad de alguien, ya sea contando su experiencia, o como parte de una recomendación que alguien hacía. Estas menciones nos dejaron con curiosidad, por lo que quisimos saber más de ella.

Se trataba de una mujer mestiza de unos cuarenta y tantos años, que vivía hace bastante tiempo en Santa María de Nieva, y que era dueña de una botica. Esta mujer era muy solicitada. Diariamente acudían a ella varias personas para tener una consulta la cual, hasta donde supe, no tenía costo. Incluso venían personas desde comunidades. Su ganancia parecía darse a partir de las medicinas que recetaba y que eran vendidas en su negocio. También era requerida para la atención de partos a domicilio. De hecho, algunas de las mujeres awajún con las que logré conversar en otras oportunidades, habían tenido la atención de sus partos con ella en sus casas. Los comentarios que escuché sobre ella, era que sabía aconsejar bien cómo tratar ciertas enfermedades, que tenía paciencia para escuchar, y que tenía buenos vínculos con varias familias.

La segunda vez que enfermé con tifoidea me aconsejaron ir donde esta mujer, ya que había tratado a varias personas que se habían enfermado con lo mismo. De hecho, la primera vez ya me habían recomendado ir donde ella, pero esa vez opté por atenderme en el hospital. Por ello, cuando algunas de mis amistades se enteraron que nuevamente estaba mal habiendo pasado solo un par de meses, me dijeron que seguro no me habían curado bien en el hospital, y por eso tenía que ir donde ella. Decidí obedecer estas recomendaciones y fui a buscarla.

Cuando fui, como era habitual, había una pequeña fila de personas esperándola. Esperé un tiempo mientras ella terminaba de atender a una pareja mayor de esposos awajún, que parecían haber llegado desde alguna comunidad por los bultos y vestimenta que tenían. Su botica presentaba dos particularidades. La primera, que tenía aire acondicionado, algo inusual en la mayoría de establecimientos y negocios, lo que hacía bastante agradable permanecer allí cuando el calor arreciaba. Lo segundo, que en la parte central tenía siempre un par de sillas en las que tanto ella como las personas que iba atender, se podían sentar a gusto y conversar sobre el motivo de la visita. Esto incluía a los acompañantes de la persona que iba por la atención. Cuando fue mi turno fue evidente su desconfianza hacia mí, y motivos no le faltaban, pues ya había tenido problemas con personal de salud que la veían como un peligro por recetar medicamentos sin tener la formación debida, inclusive escuché de una denuncia en su contra. Inmediatamente, pensé que seguramente ella creía que yo era de la Red de Salud o algo así. No obstante, cuando me senté y le conté que realmente me sentía mal y que acudía por consejo de varias conocidas, su estado de alerta bajó un poco.

Debo reconocer que a pesar de su notoria suspicacia hizo el esfuerzo por mantener su rol, me hizo varias preguntas sobre lo que tenía, fue amable, y se sentó conmigo hasta que yo no tenía más que decir. Finalmente me recetó un medicamento para restablecer la flora intestinal, unos antibióticos, y además me recomendó una dieta. El único cobro fue el de las medicinas, las cuales vale decir tenían un precio un poco más elevado que en otras farmacias. Como yo no sabía dónde podía conseguir la dieta que me sugirió y no estaba en condiciones de cocinar, me especificó quien podía preparármela, algo que fue así y que me facilitó la recuperación. La dieta consistió básicamente en comida sin grasas, y en sopas de pollo, además de suero oral.

Lo curioso es que, según supimos después, “la boticaria del pueblo” era veterinaria. Sin embargo, al parecer, eso no importaba mucho entre los que la buscaban. Igual gozaba de mucha aceptación, respeto y confianza. Los lazos de reciprocidad que había sabido establecer con varias familias la respaldaban.

Finalmente, en cuanto a los principales problemas de salud, según los registros oficiales se tienen las siguientes causas de morbilidad para el 2019 en Condorcanqui⁴⁴:

Tabla 04. Tres principales causas de morbilidad en la Provincia de Condorcanqui según etapa de vida – 2019

Etapa de vida	Causa de morbilidad	%
Etapa niño - 0 a 11 años	1. Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	12
	2. Faringitis aguda, no especificada	12
	3. Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórico	9
Etapa adolescente - 12 a 17 años	1. Caries de la dentina	8
	2. Faringitis aguda, no especificada	7
	3. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5
Etapa adulto - 30 a 59 años	1. Lumbago no especificado	7
	2. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	7
	3. Faringitis aguda, no especificada	6
Etapa adulto mayor - 60 a más años	1. Lumbago no especificado	8
	2. Faringitis aguda, no especificada	6
	3. Fiebre tifoidea	5

Fuente: Elaborado a partir de Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador (2020), basado en datos del HIS/MINSA.

⁴⁴ El diagnóstico publicado por el Plan Binacional (2020) recoge los datos del HIS/MINSA referente a las diez principales causas de morbilidad de los años 2018 y 2019 a nivel de la provincia de Condorcanqui (pág. 239-240). No se cuentan con datos específicos de Santa María de Nieva. De otro lado, vale considerar que el escenario debió ser distinto en los años 2020 y 2021 debido al covid-19.

Si bien estas cifras nos dan señales de la situación epidemiológica de esta zona y es importante considerarlas por ser referentes oficiales, es necesario tener una mirada cuidadosa de ellas tomando en cuenta los problemas que existen a nivel del registro de estos datos⁴⁵. Además, una mirada que contemple la perspectiva de los awajún sobre sus principales malestares y causas, seguramente consideraría de forma destacada a la brujería, suicidios, VIH, problemas a causa del agua, entre otros; como ya ha aparecido en sondeos realizados décadas atrás, y como suelen ser las respuestas cuando uno pregunta sobre este tema. Estos datos serán detallados en el Capítulo 2.

2.3.2 Indígenas, *apách*, mestizos y cruzados: Una convivencia interétnica entre la turbulencia y las alianzas

La población que reside en Santa María de Nieva no es solo indígena, sino que existe una fuerte y amplia presencia de mestizos provenientes de regiones como Cajamarca, Loreto y las ciudades costeras más próximas. Según el último Censo Nacional de 2017, se tiene que en Santa María de Nieva el 40,55% se identificó como “mestizo”; mientras el 34,22% como “nativo o indígena de la Amazonía”. Esta característica es una continuidad histórica en este lugar pues, como fue descrito antes, los primeros en asentarse fueron colonos y comerciantes que llegaron en los años 50, lo cual se intensificó en las décadas posteriores con los incentivos para la colonización que partieron del Estado. En la actualidad, gran parte de los principales negocios tienen como dueños a mestizos, también están aquellos que llegaron a vivir como servidores públicos y se quedaron permanentemente.

Al estar en Santa María de Nieva, unos de los primeros aprendizajes que tuve fue la importancia de la identificación étnica dentro de la convivencia cotidiana. El uso frecuente y fluido de los términos “indígena”, “mestizo”, “*apách*”, “hispano” y “cruzado” son muestra de un vocabulario rico y versátil que refleja procesos de relacionamiento interétnico complejos. Sin embargo, lo importante en ese punto no era solo como uno podía autoidentificarse, sino cómo te identifican. Sobre esto, Greene (2009) señala que los awajún suelen trazar líneas étnicas

⁴⁵ En trabajos anteriores (MINSa, 2015; Palma-Pinedo y Reyes-Vega: 2018) identifiqué los problemas que existen con algunos de los principales sistemas de información de salud del Perú.

marcadas, a pesar que existen múltiples formas de traslape, matrimonios mixtos y genealogías complejas, algo que también observé.

Las relaciones entre los llamados mestizos y los awajún tiene su propia trayectoria histórica, la cual involucra una serie de enfrentamientos y alianzas que hacen que sea difícil de definir sucintamente. La apropiación de tierras a partir de las políticas de colonización incentivadas por el Estado, así como las ventajas que gozaba este grupo en procesos de cambio relevantes en la zona, generaron conflictos tempranos. Sin embargo, se debe considerar que la política y cosmopolítica de los awajún se caracteriza por la capacidad de saber establecer alianzas con grupos que pueden ser antagónicos, todo esto con la finalidad de defender sus causas (IWGIA, 2009). Muestra de ello fue el “Baguazo” en el que la lucha por el territorio supo aunar y florecer solidaridades entre indígenas y mestizos (REGAN, 2010).

Ahora bien, en cuanto a la categoría “mestizo” vale señalar que no es exclusiva de este lugar en Perú y que es empleada también en sociedades andinas. En el caso específico de los awajún, coincido con Greene (2009:53) cuando afirma que esta resulta una suerte de cajón de sastre que engloba múltiples grupos considerados no indígenas, que incluye migrantes de origen campesino andino o costeño, hasta residentes hablantes de español que llevan mucho tiempo radicando en la zona. Otra categoría que suele ser muy empleada en esos casos es la de “hispanos” o “hispanohablantes”, lo que da señales de la importancia que tiene la dimensión lingüística como un marcador étnico y social.

Tenemos además el término *apách*, el cual tiene raíces más antiguas. Esta es una palabra awajún, presente también en otros grupos jíbaros, que inicialmente habría hecho referencia a los antepasados o abuelos, pero que estaba acompañado de un sentido que podía fluctuar entre la reverencia y pavor (BROWN, 1984; GREENE, 2009). Incluso podía referir también a entidades o fenómenos extraños o novedosos. A partir de la colonización comenzó a ser utilizado para señalar a los misioneros, colonos, y militares que empezaban a llegar a la zona, quienes podía inspirar precisamente sentimientos ambiguos que involucraban amor y rechazo al mismo tiempo. Esto se veía reforzado por el vínculo paternalista que algunos de estos sostenían con los indígenas, paternalismo que los awajún siempre han buscado rechazar lo más posible.

Es difícil determinar hasta qué punto *apách* puede ser utilizado como un equivalente o sinónimo de mestizo. Greene señala que comprobó como algunas personas que en awajún eran señaladas como *apách*, eran luego identificadas como mestizas en español; pero que esto no es algo que se cumplía siempre. En mi caso, siempre fui señalada como *apách* o “hispana”, nunca fui llamada -por lo menos que yo sepa- de mestiza. Asumía que eso podía deberse a que no era vista como colona, y a que tampoco era alguien con raíces allí. Noté que en muchas ocasiones esto suele aplicarse también a personas que llegan de Lima.

Finalmente, está la categoría “cruzado”, que hace referencia a aquellos hijos de un matrimonio interétnico, generalmente indígena-mestizo⁴⁶. Es muy común encontrar personas que se presentan bajo esa categoría étnica, lo que además refleja la frecuencia de este tipo de vínculos entre indígenas y no indígenas.

Lo que también es cierto, es que varias de estas categorías se volvieron un tanto difusas con el tiempo. La convivencia, intimidad, y lazos de distinto tipo entre indígenas y no indígenas, conllevó otras formas de observar a algunos individuos que inicialmente podían ser identificados en una categoría u otra. Por ejemplo, en varias ocasiones escuché comentarios sobre tal awajún que se había “amestizado”, o sobre tal mestizo que se había “awajunizado”. Con esto básicamente se hacía referencia a como alguien había adquirido en el tiempo una forma de vida y socialidad distinta a la de su origen. Un par de las veces observé que profesionales awajún que trabajaban como servidores públicos eran descritos por sus paisanos como “amestizados”, porque se percibía que habían marcado una distancia con su pueblo. Y, por el contrario, algunos profesionales mestizos que habían formado una familia con indígenas, que además habían aprendido la lengua y fluían bien entre ellos, eran los que se habían “awajunizado”. Sin embargo, esto no es solo de ahora. Greene, por ejemplo, señala que encontró algo similar. Quizás una particularidad más actual es el tema de los “cruzados”, quienes pueden fluctuar entre ambas identidades.

La importancia de hacer mención a estos puntos, está en que esta trama étnica resulta el telón de fondo desde donde emergen y recrean las nociones de salud, cuerpo, nutrición, etc., que son foco de esta tesis.

⁴⁶ También se identifican así los hijos de un matrimonio awajún-wampis, aunque es algo que escuché con menos frecuencia.

2.3.3 Kampagkis y Paraíso: una comunidad dentro del pueblo

Si bien los argumentos que propongo en esta tesis toman como referencia mi experiencia en Santa María de Nieva como espacio total, una parte importante de los datos tienen que ver con los barrios de Kampagkis⁴⁷ y Paraíso⁴⁸. En ese sentido, daré detalles de algunas de sus principales características, así como una descripción de las mujeres que fueron mis principales interlocutoras en estos barrios.

2.3.3.1 *Kampagkis y Paraíso: Breve historia y características principales*

Estos barrios se conformaron a partir de invasiones realizadas desde el año 2007 por familias que provenían principalmente de comunidades de las cabeceras de los ríos Santiago, Nieva, Cenepa, y Dominguza. El barrio de Kampagkis es conocido también con el nombre de Nueva Unión, y fue formado un poco antes que Paraíso. Antes de ello, estos terrenos pertenecían al docente mestizo Marcel Vallejos Montenegro quien prefirió ceder ante los invasores por temor a represalias. En el caso del barrio Paraíso, un dato interesante es que en sus inicios fue ocupado por el Consejo Aguaruna-Huambisa, siendo utilizado para actividades del programa de formación de maestros bilingües conocido como FORMABIAP. Posteriormente, el terreno fue cedido e inscrito como parte de la población.

Su conformación a partir de una invasión relativamente reciente, queda evidenciada en su ubicación. Kampagkis y Paraíso se encuentran uno al lado del otro, a la salida de la parte central de Santa María de Nieva, en un terreno elevado y agreste, al cual se llega por un camino en pendiente y accidentado. Las características de su ubicación hacen que el acceso a agua y luz en esta zona sea aún más complicado y deficiente que en los otros barrios. Además, el acceso al centro de salud y hospital es más difícil y costoso por la distancia⁴⁹.

⁴⁷ Kampagkis es una palabra awajún que significa algo similar a una montaña virgen. Este nombre fue puesto en referencia a la cordillera que se podía observar desde el cerro donde se ubica este barrio.

⁴⁸ Santa María de Nieva ha estado conformado tradicionalmente por cinco barrios, no obstante, con el crecimiento poblacional de esta zona en el último par de décadas, se fueron estableciendo invasiones en las zonas periféricas, cuyos residentes se fueron organizando en el tiempo y pugnando para su reconocimiento oficial. Paraíso ha sido reconocido recientemente, mientras que Kampagkis se encuentra aún ese proceso.

⁴⁹ Para llegar a barrios, lo que la mayoría hace es caminar, lo cual puede durar aproximadamente una hora. La otra posibilidad es llegar en mototaxi, lo que solo pocos pueden hacer por el costo, el cual llega a ser de S/.5.00 soles.



Descripción: Foto de una parte del barrio Kampagkis. **Fuente:** Archivo personal.



Descripción: Escuela primaria en el barrio Paraíso. **Fuente:** Archivo personal.

Conocí estos barrios por primera vez cuando acompañé a personal del centro de salud a realizar unas encuestas en esta zona. Como parte de sus objetivos estaba el realizar un censo en el que se recogerían datos que ayudarían a caracterizar el perfil de las familias de los distintos barrios. Justamente, el primer barrio al que fuimos fue Paraíso. Durante varios días los acompañé a recorrerlo, visitando familia por familia, y conociendo más su realidad. La aplicación de la encuesta que había que hacer, se convertía muchas veces en una oportunidad para conversar más ampliamente con las personas que nos atendían sobre problemas que ellos consideraban relevantes, y de cómo había crecido Paraíso en los últimos años.

Según el personal de salud responsable de esta actividad que tenía varios años viviendo en la zona, el número de familias de Paraíso había crecido exponencialmente en los últimos cinco años⁵⁰. Esto significaba para ellos, como centro de salud, una gran preocupación por la mayor demanda de atención que esto significaba, y también por el abordaje de necesidades de salud más complejas que las que podía haber en las familias de los barrios tradicionales. Como señalé líneas arriba, la mayoría de estas familias provenían de otros centros poblados y comunidades, muchas con un modo de vida menos urbano, y cuya situación se precarizaba al asentarse en esta zona periférica sin servicios básicos y con muy escasa tierra para su subsistencia.

A partir de ahí, supe que tanto Paraíso como Kampagkis tenían una relevancia particular en las estrategias de salud que se impartían, ya que eran vistos como barrios desordenados, con mayor pobreza, y que concentraban familias con varios problemas de salud a la vez. Esto se resumía en algo que escuché por parte del personal de salud: “*son como una comunidad dentro del pueblo*”.

Una de las motivaciones principales que hizo que cada vez más familias se asienten allí, era la búsqueda de mejores oportunidades y servicios. Estaba el deseo de que sus hijos puedan estudiar en las escuelas de Santa María de Nieva, que eran consideradas mejores que las de las comunidades. También estaba el poder trabajar en algunos de los negocios presentes allí, a pesar de sus condiciones precarias. A esto, se añadía un asunto que hacía de estos barrios aún más peculiares. Según fui escuchando de algunas personas, varias de las familias habían llegado escapando de acusaciones de brujería hechas hacia los varones, en sus comunidades de origen⁵¹. Esto, me fue confirmado tiempo después por Mateo Yampis, un reconocido hombre awajún que ha vivido en esta zona desde sus inicios, y que además había sido su dirigente. Fue él quien me facilitó los datos sobre la historia de estos barrios, y cuando llegamos al punto de los acusados de brujería explicó:

⁵⁰ Paraíso habría pasado de 20 a unas 100 familias en este tiempo.

⁵¹ Las acusaciones de brujería entre los awajún como un mecanismo social complejo, es un asunto de larga data (Brown, 1984 y 2014). Existen registros de asesinatos de acusados de brujos desde los años 40. La perspectiva awajún sobre la etiología de las enfermedades coloca a la brujería como causa de muchas de estas, la cual es enviada a partir de dardos invisibles. Una forma de intimidar a los brujos sospechosos era acusarlos públicamente. Pero, además, toda persona con un comportamiento considerado desviado (violentos, mezquinos, los demasiado asertivos, o personas extrañas) podía ser blanco de este tipo de acusaciones. Según registros, las mujeres no han solido ser acusadas de brujería.

“Desde el principio, la gente que venía era de diferentes sitios para educar a sus hijos. Pero no solo era eso, a veces en la comunidad el pueblo awajún es bonito, pero una parte tiene una mala costumbre que es que cualquier enfermedad que pasa en la comunidad ellos dicen que es brujería. Entonces, cualquier persona que cría ganados, chanchos, gallinas, ellos dicen ‘por algo él cría, ¿por qué nuestro animal muere?’ Hay como envidias. Luego de la noche a la mañana dicen que es brujo, y si la persona no se va quieren matarlo, entonces de miedo la persona sale”.

Estos varones a los que hacía referencia, eran todos personas mayores. A un par de ellos ya los había conocido desde antes en otras circunstancias, sin saber estos detalles de sus historias. Según pude saber, estos varones que fueron acusados de brujos habían llamado la atención en sus comunidades de origen ya sea por tener un conocimiento sobre plantas y realizar prácticas terapéuticas que generaban sospechas, o por ser personas prósperas que comenzaban a tener más recursos que los demás. Sobre ellos, el señor Mateo refirió que al llegar a Santa María de Nieva supieron posicionarse, y que varios lograron ocupar cargos políticos o ganar reconocimiento de alguna forma. Algo que, por lo menos en ese par de casos que conocía, se cumplía.

El trabajo de Garra (2017), profundiza en los casos de los acusados de brujería en Kampagkis. El describe que, al realizar su trabajo de campo en 2012, este barrio le fue presentado como el “barrio mágico”, debido a la concentración de estas personas que llegaban expulsadas desde otros lugares, lo cual generaba cierta preocupación. Además, señala que la configuración de ese barrio en ese momento, era similar al de una comunidad y con un número amplio de viviendas.

Otra diferencia que encontré entre las familias que llegaron a estos barrios y los indígenas que vivían en Santa María de Nieva desde antes, tenía que ver con aspectos culturales y su posicionamiento frente a la sociedad mestiza. El caso del señor Mateo Yampis es ejemplo de ello. Él nació en Alto Comaina, ubicada en la parte más fronteriza con Ecuador, luego estuvo viviendo en la comunidad de Bajo Kanampa, y es cuando fallece su esposa que decide mudarse al barrio de Kampagkis. A pesar que le desanimaba el hecho de que en ese momento no existía un camino que llegue hasta esos barrios y que había mucha maleza, se animó al ver que había una organización entre las familias que hacía que se den mejoras con rapidez. De niño, su padre y abuelo le transmitieron conocimientos valiosos sobre plantas que él supo mantener y cultivar

en el tiempo, convirtiéndose en uno de los awajún con más dominio de su etnobotánica⁵². Sobre las diferencias que él encontraba con los awajún nacidos en Santa María de Nieva, dijo:

“Yo, como he nacido en la frontera, no soy igual con la gente que nace en el mismo pueblo. Hasta ahora hay distinción completa. Por ejemplo, yo domino los anen⁵³, los cuentos, la mitología indígena. Todas esas cosas yo las sé. Pero si tú preguntas eso a alguien que creció acá, se va a reír, no le da importancia, porque los nacidos en el mismo pueblo no quieren tener ni siquiera apellido awajún. Su apellido lo castellanizan, hay varios que cambian. Por ejemplo, Yampis lo cambian por Yampisa; el apellido Mashian que era nombre de un gran guerrero que mataba gente, lo cambian a Mashianda, y así con otros. O sea, quieren ser mestizos”.

Lo expresado en esta cita refleja parte de esas dinámicas interétnicas complejas que intenté explicar en el punto anterior. Se refleja, además, parte de las distinciones que existen entre los propio awajún a partir de las diferencias en sus orígenes, lo cual marca una vinculación diversa con lo mestizo.

2.3.3.2 *Mi experiencia con las mujeres de Kampagkis y Paraíso*

La experiencia inicial que tuve recorriendo Paraíso acompañando a realizar las encuestas para el centro de salud, fue más que interesante y me abrió los ojos hacia la diversidad que tenía Santa María Nieva entre sus barrios, la cual yo ignoraba hasta este momento. Aspectos ya descritos como el tipo de ubicación que tenían, la agudización de la falta de servicios, y la composición de sus familias, me dio otros matices a lo que ya había observado en el barrio de Juan Velasco Alvarado, donde vivíamos en ese momento.

A partir de ese primer contacto, fue que consideré a este espacio como un lugar que valía la pena explorar más, lo cual, además de la curiosidad que me generó, tenía otra razón de fondo. Esta era que había tenido dificultades en lograr conversaciones más amplias sobre el tema de salud y nutrición con personas de mi barrio o de zonas aledañas. Al ser familias con las que, de una forma u otra, tenía un contacto más cercano y compartía una cotidianidad a partir

⁵² En su trayectoria, los jesuitas de la misión de Santa María de Nieva cumplieron un papel importante, contribuyendo a la profundización de su conocimiento botánico a partir de su involucramiento en actividades de esta misión que tenían que ver con ese tema.

⁵³ Los *anen* son cantos mágicos en awajún usados con distintos propósitos. Comentaré más sobre estos en el Capítulo 2.

de la escuela de mi hija, percibí rápidamente que había más límites en cierto tipo de información que compartían conmigo a fin de no exponer asuntos que pudiesen ser privados para ellas, lo cual me pareció totalmente razonable. Cuando tuve claro esto decidí no insistir, ni siquiera con personas con las que ya había formado un lazo de cierta amistad, a fin de cuidar el vínculo que estaba construyendo con ellas. Preferí que lo que pudiera conocer sobre el tema a partir de las mujeres y familias vecinas a nosotros fuera más espontáneo, y emerja de los espacios que compartíamos.

De esta manera, si bien llegué a Paraíso por las encuestas que acompañé a realizar al equipo del centro de salud, decidí emprender luego un conocimiento más autónomo a partir del acercamiento con mujeres de algunas familias que residían allí. Mucho de lo que pude conocer respecto a prácticas terapéuticas y de cuidado infantil emergió del acompañamiento y conversaciones con mujeres awajún de estos barrios. No obstante, mi acercamiento a ellas tampoco fue sencillo. Cuando empecé a tomar contacto con algunas de estas mujeres y a realizar una primera visita a sus casas, decidí que el tema que podía guiar esas primeras conversaciones sería la anemia, dado que era un tema que se hablaba mucho en ese momento a partir de las campañas que realizaban distintas entidades del Estado con las madres en Santa María de Nieva. La idea era que me comenten sus impresiones y cómo veían este asunto en relación con sus hijos. Contrariamente a lo que había pensado, esto fue un fracaso. Las conversaciones no fluyeron con facilidad y el diálogo sobre este tema se agotaba con rapidez.

La respuesta a mi interrogante sobre qué podía estar pasando la encontré días después cuando nuevamente hice el intento de hablar con otra mujer de Paraíso. Al iniciar nuestra conversación y plantearle el tema me dijo en tono de advertencia: *“Ah, entonces usted quiere hablar sobre anemia... por si acaso sí le doy todo el tratamiento a mi hijo y no tengo problemas”*. Ante eso, le respondí que no era mi objetivo evaluarla, a lo que añadió: *“Es que siempre vienen a preguntarnos sobre la anemia y si les damos el tratamiento. Pensé que usted también venía por eso”*. Ahí estaba la respuesta. La cual además confirmaba la intensificación de las intervenciones de salud en estos barrios. En esas semanas, continuaría sabiendo que era habitual que estas madres reciban visitas del personal del centro de salud y de los programas sociales casi todos los meses a fin de “vigilarlas” y dar consejería sobre la anemia, algo que no había visto en el barrio donde yo vivía. Considerando ello, mi estrategia de abordaje había estado muy lejos de ser afortunada.

Este primer acercamiento me había dejado de lección que, dado el tema propuesto, las conversaciones se habían tornado en entrevistas (BRIGGS, 1986), algo que había querido evitar⁵⁴. A partir de eso, decidí cambiar la naturaleza de este intercambio tratando de generar una dinámica más dialógica y sobre todo horizontal, en la que no solo ellas me compartan sus experiencias, sino en la que yo también les compartiría algunas de las mías. En segundo lugar, opté porque nuestras conversaciones fluyeran de forma más abierta tomando como punto de partida el saber sobre ellas. Básicamente pretendía que me compartan lo que desearan sobre sus historias, procurando enfocar la conversación en algún momento en la salud y cuidado de sus hijos.

El resultado de esto fueron relatos que expresaban en múltiples momentos y de forma dura las dificultades que varias mujeres atraviesan. Descripciones de fuertes conflictos maritales, de distintos tipos de violencia, de convivencia con enfermedades difíciles, de experiencias de maternidad complejas, etc., eran parte de las historias de algunas de estas mujeres que significaron puntos de quiebre en el flujo de sus vidas. Similar a lo que Nieto y Langdon (2018) señalan para el caso de mujeres uitoto, podría decir que emergieron relatos que pueden ser observados como dramas de vida en las trayectorias de estas mujeres awajún. Cuando se dieron estas situaciones, parte de mi rol fue, ante todo, acompañar esos momentos intentado ser lo más posible una interlocutora capaz de escuchar y de reconocer sus emociones sin juzgamientos. El respeto a las pausas, silencios, al “decir a medias”, fue parte de ese proceso. Opté además por siempre acabar nuestras conversaciones en esos casos con temas que fueran gratificantes para ellas y que trasladen a sensaciones más positivas. Las historias que estas mujeres compartieron conmigo fueron el marco para comenzar a entender quiénes son esas madres a quienes se dirigen las políticas sobre la salud y nutrición, y cuáles son sus circunstancias.

Aunque a lo largo del trabajo de campo tuve la oportunidad de conversar y conocer a varias mujeres de Kampagkis y Paraíso, fueron siete con las que logré establecer un vínculo más fuerte que me permitió realizar conversaciones más amplias y conocer distintos aspectos de sus vidas; vínculo que en la mayoría de casos ha perdurado más allá del tiempo que duró el

⁵⁴ Con ello me refiero a un patrón comunicativo de pregunta y respuesta, y en el que se marcan los roles de investigador-entrevistado.

campo⁵⁵. Todas eran madres de familia, y tenían entre 33 y 38 años. Ninguna había nacido en Santa María de Nieva, sino que eran originarias de alguna comunidad de las cabeceras de los ríos Nieva, Cenepa y Santiago. Habían llegado a vivir allí ya sea en busca de educación secundaria o porque un varón de su red cercana había sido acusado de brujo en la comunidad de origen. De otro lado, todas excepto una, habían tenido su primer embarazo entre los 16 y 18 años, con varones que habían sido entre 6 a 24 años mayores que ellas. En la siguiente tabla resumo algunos datos básicos que dan un esbozo de sus características⁵⁶.

Tabla 05. Características de mis interlocutoras de Kampagkis y Paraíso

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Edad	33	32	32	36	33	33	38
Nº hijos	4	3	3	7	3	1	7
Educación	Secundaria incompleta	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Primaria completa	Secundaria completa	Superior incompleta	Primaria completa
Estado civil	Conviviente	Conviviente	Separada	Separada	Conviviente	Conviviente	Conviviente
Actividad económica	Ninguna	Ninguna	Personal de campo de una entidad del Estado	Venta de comida en la calle	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Fuente: Elaboración propia.

Al margen de las particularidades de cada caso, un tema que emergió en casi todos los relatos, fue la complicación para ejercer el cuidado de los hijos bajo una situación de madresoltería y pobreza, y en la que los varones no asumían su paternidad, o por lo menos no de manera estable. Como se observa en la tabla anterior, casi todas las mujeres, excepto la única que llegó a tener estudios superiores, tenían de tres a más hijos, los cuales no eran de un mismo padre. Esto, implicó que todas ellas pasen por períodos de madresoltería en las que los varones no asumían su responsabilidad en la manutención y cuidado de los hijos. Es en estos períodos en las que las mujeres debían procurar ingresos, a la par que debían hacerse cargo de los hijos, sobre todo de los más pequeños. Es por ello que se observa que las dos mujeres que aparecen en la tabla como “separadas” son las únicas que trabajaban. La que tenía mejor nivel educativo

⁵⁵ De manera trágica, una de ellas falleció en el 2021 por el impacto de un rayo, mientras pasaba unos días en su chacra en su comunidad de origen.

⁵⁶ En el caso de estas mujeres, se mantendrá su anonimato. De otro lado, los datos están en un presente etnográfico correspondiente al 2019.

pudo conseguir un trabajo con mejores condiciones. No obstante, en los otros casos, habían pasado por períodos similares antes de estar con sus parejas de ese momento.

El cuidado de los hijos se hacía aún más difícil en algunos casos por la falta de redes familiares en estos barrios. Como se señaló, todas habían nacido en comunidades, por lo que en varios casos los padres y hermanos habían permanecido en su lugar de origen o estaban distribuidos en distintos lugares. Estas podrían ser consideradas como mujeres “desaldeadas” en términos de Segato (2016), las cuales habían dejado su comunidad para insertarse en el espacio urbano que representa Santa María de Nieva, bajo condiciones de subsistencia basadas en una economía monetarizada y con escasas redes de soporte.

Estas características, más la precarización de sus condiciones de vida en los períodos de conflictos con sus parejas, tenía como una de sus consecuencias la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas de los pequeños, como la alimentación. Como dato que ejemplifica esto, tenemos que todas estas mujeres tenían uno o más hijos que habían tenido anemia y desnutrición, o lo tenían en ese momento. Por ese motivo, todas tenían una vinculación con uno o más de los programas sociales que veían la anemia, y habían recibido los multimicronutrientes y sulfato ferroso en algún momento.

Otro dato importante, es que las chacras familiares de varias ellas estaban generalmente en sus comunidades de origen, lo que hacía que no fuera posible contar con insumos de estas de manera frecuente. Solo cuando podían ir allá o un familiar iba a visitarlas, podían tener una mayor cantidad de sus frutos y tubérculos. En el mejor de los casos, algunas contaban con pequeñas huertas en sus casas en donde sembraban lo que les alcanzaba. En general, la alimentación dependía de lo que podían comprar en las tiendas del pueblo, y lo que obtenían de sus huertas y chacras familiares eran un complemento.

A fin de ayudar a una mejor comprensión de como estos factores se traducían en las vidas de estas mujeres, presento detalles que la mujer “M4” compartió conmigo sobre su historia de vida.

“Los cuidados bajo una estructura de madresoltería y pobreza”

M4 había nacido en una comunidad cercana al centro poblado de Urakusa, a una hora y media de Santa María de Nieva, en donde fue a la escuela primaria. Aunque tuvo el deseo de continuar estudiando, su papá se opuso porque al ser mujer podía quedar embarazada, ya que estudiar la secundaria implicaba dejar su comunidad. Por ello, durante su adolescencia se dedicó a cuidar a sus hermanos menores y a ayudar a su mamá. En nuestro primer encuentro, me contó que su primer hijo lo tuvo a los 16 años con un joven awajún que se encontraba en el servicio militar, según dijo, como una forma de huir de la represión de su padre:

“Yo quise estudiar secundaria, pero mi papá no quiso apoyarme porque como soy mujer, decía que si iba a estudiar secundaria iba a quedar embarazada, y no me ha querido matricular. Quería irme a la ciudad, pero mi papá tampoco quiso, ‘cuando se van a la ciudad salen prostitutas’ decía, y ya de cólera me metí con una persona que no debía ser (...) Esa persona era mayor, él tenía 23 años y yo 16, como era más alto lo veía más grande, pero no quiso reconocer a mi hija. Él estaba en servicio militar, y había llegado porque estaban haciendo la carretera. Ahí estuve con él, después se fue (...) Mi papá cuando se ha enterado ya tenía 9 meses de embarazo, se molestó, me dijo ‘es tu culpa, tu castigo, ya cuidale pues cuando nazca’”.

Su primera hija la tuvo y crio con el apoyo de su madre. Tres años después, conoce a su siguiente pareja, quien la lleva a mudarse a Kampagkis y tienen 4 hijos. Este era un hombre awajún casi 20 años mayor que ella, con quien mantuvo una relación larga, aunque inestable y conflictiva, ya que él tenía otra familia. Relató, además, que tanto ella como su hija mayor fueron objeto de distintos tipos de violencia por parte de este hombre, pero que era poco lo que podía hacer:

“Él tenía 38, yo tenía 20. Por eso yo tenía miedo, además estaba sola (...) He sufrido porque él no cuidaba, no compraba la ropa de su hijo, más se preocupaba por su otra mujer y sus otros hijos, en cambio a mi hijo, así como huerfanito lo tenía”.

Finalmente, se separan y el aporte económico de él para el sustento de sus hijos prácticamente se elimina. De ahí en adelante ella comienza a hacerse cargo sola de sus cinco hijos con gran dificultad. Transcurren un par de años y comienza a tener una relación con un hombre awajún con el cual llega a tener dos hijos más. Nunca convivió con él, y una vez que quedó embarazada la presencia de este se volvió intermitente. Su paternidad y responsabilidad económica con sus hijos tampoco las llega asumir de manera estable alegando que no tenía la certeza de que eran suyos, por lo que M4 se ve nuevamente con dos hijos muy pequeños y teniéndose que hacer cargo de ellos sola. Ante esto, opta por entablar denuncias por alimentos a estos dos hombres, pero al dedicarse ambos a actividades informales, no era posible garantizar una pensión, y ellos ponen trabas al proceso.

Las necesidades de ella y sus hijos las intenta cubrir a dura penas vendiendo plátano y refresco en la calle. Uno de sus dos hijos más pequeños tiene anemia severa y desnutrición. Además, no cuenta con una red familiar en Kampagkis, sus familiares se quedaron en su comunidad a la cual va de visita cada vez que tiene algo de dinero, y varios de sus hermanos también migraron a otros lados. Mencionó que prefiere no acudir a ellos, porque cuando lo hace la culpan de irresponsable por haber continuado teniendo hijos siendo madre soltera.

Elegí la historia de esta mujer porque muestra de manera interseccional situaciones que aparecieron en los otros casos: relaciones conflictivas e inestables con las parejas, falta de redes de soporte, violencias, y condiciones de vida precarias. Los desequilibrios en las relaciones de género concretadas en los vínculos con las parejas, era parte del telón de fondo de sus historias. Como señala Belaúnde (2011), la madresoltería es un fenómeno extendido desde hace mucho tiempo y que, en el caso de la amazonia indígena, implica pensar en procesos históricos y actuales de colonización, economía de mercado y extractivismo, los cuales han tenido implicancias en las relaciones de género y masculinidades. Ya hace un par de décadas, Brown (1986) había advertido una encrucijada en las relaciones de género entre los awajún, caracterizada por la devaluación de las habilidades que tradicionalmente habían otorgado prestigio a las mujeres, como el manejo de la huerta y los múltiples saberes que se desprendían de ello. Por esto, el autor llamaba la atención sobre los cambios estructurales que se desarrollaban en ese momento vinculados a la expansión capitalista en la región y que empezaban a afectar más a ellas.

Este tipo de historias nos habla también de las rupturas en el *tajimat pujut*, concepto que engloba las nociones del buen vivir awajún. En este, la abundancia y crianza de hijos sanos, eran parte de una visión basada en la reproducción de una ética indígena que exigía el cumplimiento de los roles masculinos y femeninos. En ese sentido, la madresoltería se manifiesta como parte de ese quiebre que impacta en el cuidado de los hijos y su salud, conllevando muchas veces a la estigmatización de estas mujeres como malas cuidadoras. Desde el punto de vista de varias de estas mujeres con las que conversé, las actividades vinculadas al cuidado y reproducción social eran desvalorizadas frente a los bienes materiales que los padres podían ofrecer -aunque sea esporádicamente- por ser los que tenían mayor acceso al trabajo. Encuentro vínculos entre este desequilibrio percibido por estas mujeres y lo que sostiene Fraser (2016:115) sobre lo que sería una expansión del capitalismo financiarizado al terreno de los cuidados. Como señala la autora, detrás de muchas de las llamadas “crisis de cuidados” está el dinero como el principal medio de poder, mientras que aquellas que realizan el trabajo reproductivo quedan estructuralmente subordinadas e incluso saturadas con ideales domésticos de femineidad.

Aunque no pretendo sugerir que estas situaciones se dan en todas las mujeres o familias awajún de esta zona, si observo estas historias como ejemplos de las problemáticas que varias de ellas afrontan y encuentran como relevantes tanto en sus trayectorias como en lo que respecta

al cuidado y bienestar de sus hijos. De otro lado, es evidente que haría falta el punto de vista de los varones que son también protagonistas de estas historias para tener una mayor comprensión de estas tensiones. Si bien reconozco esto como una limitación, considero que ello escapa a los objetivos de la tesis. En este punto, mi objetivo ha sido dar cuenta de algunas de las características y presiones que atañen a las mujeres foco de estas políticas, que son además las principales responsables de cumplir con los condicionamientos que se desprenden de estas. En el siguiente capítulo, se ofrecerá información que ayuda a tener una mirada más amplia de los procesos de cambio que han tenido como parte de sus consecuencias los desequilibrios de género expresados en las historias de estas mujeres.

3 SALUD Y ALIMENTACIÓN ENTRE LOS AWAJÚN: REGISTROS ETNOGRÁFICOS E HISTÓRICOS

En la introducción del libro “Salud y Nutrición en Sociedades Nativas” de 1979, Alberto Chirif escribía lo siguiente:

“Los programas de salud que se han tratado de llevar a la práctica han fracasado no solo por el desgano, falta de continuidad y verdadero interés y conocimiento para conducirlos, sino también por haber aislado el aspecto sanitario del conjunto de los aspectos que conforman una sociedad. De esta forma, mientras se pretende curar a pacientes de la anemia mediante la dosificación de vitaminas, no se hace ningún esfuerzo por garantizar a la sociedad de la cual ellos forman parte los recursos naturales que necesitan y que son los que les permitirían superar el mal que los afecta, ni por tratar de restituirles la dignidad de que han sido privados”.

Esto, escrito hace más de 40 años, podría ser un texto actual por la similitud que existe no solo en el sentir, sino en la descripción del abordaje que se tenía en la Amazonía de la anemia y lo nutricional. El libro incluye seis artículos, que tienen como común denominador, presentar algunos de los principales problemas y amenazas a la salud de varios pueblos amazónicos de Perú identificados en esa época, dos de los cuales eran sobre los awajún. Uno estaba a cargo de la pareja de investigadores Brent Berlin y Elois Ann Berlin, y el otro a cargo del “Grupo D.A.M”. Considero pues a este libro un documento importante por dar cuenta de la preocupación que la situación nutricional de los pueblos indígenas amazónicos, entre ellos los awajún, comenzaba a tener desde aquellos años entre investigadores y activistas que observaban cómo las acciones incipientes en materia de salud estaban lejos de contribuir a su mejora.

De esta forma, un interés primordial de este capítulo será describir los caminos trazados y recorridos en territorio awajún en esta materia, con la intención de evidenciar que varias de las discusiones, problemas, y estrategias que observamos ahora, tienen antecedentes que no suelen ser considerados. Un interés adicional, es destacar las transformaciones y continuidades en la subsistencia y situación nutricional de los awajún, observando las conexiones con la historia de colonización en esta región en sus varias manifestaciones, y con la salud pública.

El capítulo presenta cuatro puntos. En el primero, se describen las actividades vinculadas a su subsistencia, así como prácticas para el mantenimiento de la salud entre los awajún resaltando las nociones de salud, enfermedad y cuerpo predominantes. Además, se presenta información del *putsumat*, padecimiento que podría considerarse como una noción nativa de la anemia. En el segundo, se hará un recorrido que intenta ilustrar los distintos discursos y agentes sanitarios que tuvieron una presencia relevante en este territorio. En el tercero, se describen algunos procesos que implicaron transformaciones y desequilibrios en el bienestar, destacando la colonización alimentaria y subsecuente dependencia nutricional. Finalmente, en el cuarto, se resumen datos y referencias sobre la situación nutricional de los awajún en estudios realizados desde los 70 en adelante.

3.1 SUBSISTENCIA, ALIMENTACIÓN, Y PRÁCTICAS DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD ENTRE LOS AWAJÚN

En este primer punto se abordarán dos temas. Primero, los patrones de subsistencia y las cosmologías vinculadas particularmente a la huerta, destacando el papel de los *anen* o cantos mágicos interpretados por las mujeres para la prosperidad de sus cultivos. En segundo lugar, se describirán las prácticas y recursos más reconocidos para el mantenimiento de la salud, observando su vínculo con las nociones de cuerpo.

3.1.1 Subsistencia y cosmologías femeninas de la huerta

En esta parte se menciona las principales actividades de subsistencia, y luego, aspectos cosmológicos asociados a la huerta, en el que las mujeres tienen protagonismo. Esto último, lo considero relevante para tener un marco más amplio de las implicancias a partir de las transformaciones en los sistemas alimentarios indígenas, lo cual será señalado posteriormente.

3.1.1.1 Subsistencia y actividades económicas

Tradicionalmente, las prácticas de subsistencia entre los awajún comprendían la horticultura de roza y quema, así como la caza y recolección. Sus necesidades alimentarias eran satisfechas a partir de la gran variedad de recursos que provenían de un sistema de policultivo y de la caza, los cuales aportaban una dieta altamente diversa.

Una información que dio muestra de ello, proviene del proyecto de etnobiología awajún de la Universidad de Berkeley⁵⁷, a partir del cual los investigadores Brent Berlin y Elois Anne Berlin identificaron en los años 70 varios cientos de especies vegetales y animales rotulados lingüísticamente por los awajún. Además, analizaron a detalle el nivel de producción de las chacras llegando a la conclusión que en esa época los awajún “*producen o tienen la capacidad de producir mucho más de lo que necesitan*” (BERLIN; BERLIN, 1979:23).

Esos datos contrastan con la información que se tiene sobre su situación casi medio siglo después. Según el diagnóstico realizado por el Plan Binacional Perú-Ecuador (2020), la subsistencia de los awajún depende del desarrollo paralelo de una multiplicidad de actividades que permitan un ingreso monetario para la adquisición de los productos de primera necesidad, y garantizar el autoconsumo. A nivel de toda la provincia de Condorcanqui, la agricultura y la actividad pecuaria representan el 86% de las actividades que generan ingresos, lo cual es distinto en Santa María de Nieva en donde el comercio representa casi la mitad de las actividades económicas. La agricultura convertida en una actividad para la obtención de ingresos ha tenido como consecuencia la transformación del sistema tradicional agrícola, pasando del policultivo al monocultivo de especies como papaya, cacao y arroz; lo que viene demandando un uso indiscriminado de agrotóxicos que han incrementado la contaminación ambiental y la degradación del suelo (RAMÍREZ-HITA, 2020).

En los casos de las familias que pude conocer, existía una diversificación de actividades comerciales y agrícolas que eran fuente de su subsistencia, lo cual suele ser un patrón en esta zona. Entre las actividades comerciales está la venta ambulante de distintos tipos de productos y alimentos realizados generalmente por las mujeres; en el caso de los varones está el trabajo en los servicios de transporte y construcción, entre otros. Estas actividades se dan en condiciones de informalidad pues, como ya se señaló en el capítulo anterior, solo una minoría que es poco más del 10%, tiene acceso a un trabajo formal, siendo el Estado el principal empleador. Las personas que no son dueñas de negocios, son empleadas muchas veces bajo condiciones de explotación y extrema precariedad. Por ejemplo, una de mis interlocutoras de Kampagkis me contó cuáles habían sido sus experiencias más recientes de trabajo, las cuales tuvo que buscar cuando se separó de su pareja:

⁵⁷ Esto será ampliado en el último acápite de este capítulo

“En ese tiempo trabajé pelando pollos para una señora que vende en el mercado. Trabajaba de madrugada. Empezaba a las 12 de la noche y terminaba 7 de la mañana, me pagaba solo 10 soles. Cada noche pelaba 80 pollos y solo me pagaba eso, aparte me daba un poco de tripas del pollo, no me daba la menudencia, se molestaba si le pedía. Luego regresaba a mi casa cansada y tenía que cocinar para mis hijos. Otra vez trabajé ayudando a cocinar en un restaurante, pero no me pagaban, sino que me daban a cambio un poco de la comida que sobraba y para mi pasaje”.

Existe además la fuerte presencia de una economía ilegal a lo largo de toda la provincia, basada en extracción de oro, tala y narcotráfico. En cuanto al primero, es un tema que viene generando gran preocupación por el impacto ambiental y amenazas que reciben los dirigentes comunales que se oponen a la instalación de dragas en los ríos, las cuales se han multiplicado en los últimos años⁵⁸. Estas actividades involucran la participación tanto de no indígenas como indígenas.

En el caso específico de Santa María de Nieva, se suele escuchar que las expectativas laborales y económicas de los jóvenes están cada vez más alejadas de las chacras. Los jóvenes nacidos en este entorno urbano suelen volcar sus expectativas en la posibilidad de continuar estudiando y conseguir trabajo en ciudades más grandes, u optan por alternativas como enrolarse al ejército. Ante estos cambios, existen iniciativas para fortalecer en estos los saberes tradicionales vinculados al manejo del bosque. Tuve la oportunidad de participar de una actividad que es un ejemplo de ello, en la que estudiantes del instituto técnico Fé y Alegría⁵⁹, realizaron una visita a la comunidad de Kawit para aprender de personas más mayores que reproducen conocimientos valiosos en esta materia y realizan actividades agrícolas y pecuarias de forma sostenible.

⁵⁸ La extracción de oro de forma ilegal ha generado varios reportes en los últimos años, por ejemplo: <https://ojo-publico.com/ambiente/territorio-amazonas/se-duplican-dragas-ilegales-para-la-extraccion-oro-el-cenepa> y <https://www.debatesindigenas.org/notas/177-destruccion-rio-cenepa-peru.html> También está la alerta de la Defensoría del Pueblo <https://www.defensoria.gob.pe/defensora-del-pueblo-demanda-al-ejecutivo-y-ministerio-publico-erradicar-mineria-ilegal-y-proteger-a-lideres-indigenas-de-amazonas/>

⁵⁹ Este instituto está en Santa María de Nieva y es dirigido por los jesuitas. Se dedica a la enseñanza de especialidades vinculadas a las actividades agrícolas y pecuarias. Este instituto es al momento la única alternativa de estudios superiores en Nieva.



Descripción: Recorrido por la comunidad de Kawit con estudiantes del instituto Fé y Alegría, para el aprendizaje de saberes tradicionales vinculados al bosque. **Fuente:** Archivo personal.

En esa oportunidad, varios jóvenes comentaron que desconocían los nombres y propiedades de varias de las plantas y árboles que les eran mostrados, a los cuales se aproximaban con curiosidad con sus teléfonos, tomando fotos, anotando, probando y oliendo sus hojas. En este tipo de actividades, personas como Marcos Quinto Mamach e Irma Tuesta Cerrón, son claves para la promoción y continuidad de estos conocimientos entre los jóvenes que viven más conectados con la urbanidad y sus costumbres.

3.1.1.2 Cosmologías femeninas de la huerta

La huerta ha sido tradicionalmente una de las fuentes primordiales de identidad femenina entre los awajún y jíbaros, mientras que la caza lo era para los varones. Aunque estos participaban también de algunas actividades hortícolas, la huerta representaba siempre un espacio femenino, al ser ellas las responsables de la producción de la yuca, tubérculo que se mantiene como uno de los insumos principales en su dieta y de la cual se deriva el masato⁶⁰. Estas actividades servían no solo para satisfacer necesidades alimentarias y de nutrición, sino que también involucraban una serie de prácticas dirigidas a mantener la salud en un sentido amplio, y a reproducir relaciones con distintas entidades según su visión de mundo.

La huerta era también un espacio de socialización e intercambio de conocimientos entre mujeres, por lo que las visitas a huertas en las que se podían circular e intercambiar semillas, eran parte de la vida social femenina. Sobre esto Guallart (1997a:130) señaló:

⁶⁰ El masato es una bebida fermentada hecha de yuca.

“Para la mujer la chacra no es un trabajo esclavizante. La mujer se siente realizada en él; y es sabido que mujer sin chacra (...) se pone de pésimo humor y hace imposible la vida de su consorte que tendrá entonces que arrendar alguna tierra para poder satisfacerla (...) Allí cambian confianzas entre sí de cosas de mujeres, instruyen a las jovencitas y vigilan los juegos de los pequeños”.

Este tipo de dinámicas aún se mantienen sobre todo en mujeres mayores. No es raro que entre las mujeres que tienen algún lazo familiar o amical se realicen visitas a sus chacras para pasar el día o apoyarse en el trabajo, o para intercambiar brotes y tallos pequeños de alguna especie.

Tanto la horticultura como la caza entretrejan conocimientos etnobiológicos complejos, que comprendían dimensiones tecnológicas y afectivas, tal como Brown lo supo mostrar a detalle en *Tsewa's Gift* (2007), libro dedicado a la magia aguaruna. Una manifestación clara de esto eran los *anen* o cantos mágicos, con los cuales los hombres engatusaban a los animales para que caigan en sus manos, y las mujeres cuidaban las plantas para que crezcan sanamente. Sin embargo, estos no eran los únicos tipos de *anen*, sino que existían otros usados para la crianza de los hijos, cuidado de los animales, y otros aplicados al amor, en el que estos cantos servían para mantener a la pareja. En ese sentido, los *anen* no son solo canciones, sino que representan una técnica a través de la cual se hacen expresos deseos y afectos para lograr un objetivo.

La huerta constituía también un espacio simbólico, en el que los *anen* y las *nantag* o piedras mágicas eran consideradas posesiones valiosas de las mujeres, las cuales eran guardadas celosamente (BROWN; VAN BOLT, 1980). Su uso hacía parte del establecimiento de relaciones ambiguas con las plantas, a veces de afecto y a veces de miedo. Ciertas plantas eran consideradas personas, a las cuales se hablaba y cuidaba, y la encargada de su cultivo era como su madre. Entre estas, destacaba la crianza de las plantas jóvenes de yuca, a las cuales se les prestaba especial atención por el temor que causaba no lograr satisfacer su sed, lo cual podía desencadenar que se conviertan en plantas “vampiras” que podían beber la sangre de quienes se acerquen en la noche. Esto motivaba que como parte de su cuidado sean alimentadas con un líquido rojo derivado del achiote que era asumido como sangre (BROWN; VAN BOLT, 1980).

En esta cosmología botánica destacaba *Nugkui*, personaje clave de la mitología de los awajún y otros pueblos jíbaros⁶¹, que representa el espíritu de la tierra y a quien se le atribuye los conocimientos que adquirieron sobre la agricultura. En palabras de Guallart (1989), *Nugkui* ocupaba un lugar excepcionalmente importante en la vida de la mujer awajún, y era a quien se le invocaba para asegurar la fecundidad de las siembras. Regan (2010) señala además que las entidades llamadas *Nugkui* enseñaron a las mujeres awajún a cultivar las plantas y a sostener una relación productiva con la tierra, así como a evitar el mal uso de este recurso. Se dice que antiguamente esta parecía ser una entidad colectiva, no obstante, con el tiempo, la figura de *Nungkui* fue domesticándose, adquiriendo otro tipo de cualidades, como por ejemplo el individualizarse, feminizarse, y ser representada como una madre que enseña y cuida^{62,63}.

Aunque estas prácticas y saberes no han desaparecido, se mantienen de forma desigual y se adaptan a las particularidades de cada ámbito. En el caso de Santa María de Nieva, según pude conocer, existe una presencia más fuerte de los *anen* dedicados al amor que de aquellos dedicados a la huerta, a diferencia de otras zonas rurales en las que las mujeres mantienen un vínculo más fuerte y cotidiano con las chacras⁶⁴. Esto me fue confirmado por Irma Tuesta Cerrón, gran conocedora y promotora awajún de los saberes tradicionales vinculados a la agricultura⁶⁵. Me comentó que como parte de sus actividades fue a comunidades del río Morona ubicadas en la parte más fronteriza con el Ecuador, y pudo observar diferencias saltantes en el uso de los *anen* que se usan allá y la presencia que tiene la figura de *Nungkui*, en comparación a lo que se da en mujeres de comunidades próximas al Cenepa y Nieva. Además, destacó la influencia de la religión en las posibilidades de su reproducción.

“Allá tienen su *anen* para la yuca, para estar en armonía, hablaban más de chacra que de amor. Usan el *anen* para no tener mucha hierba, para tener buena cosecha, para que crezca bien la yuca. Tienen también cantos que les mandó Nungkui, tenían muy

⁶¹ Existen diferentes versiones publicadas del mito de Nungkui, una de las más referenciadas está en Chumap y García Rendueles (1979).

⁶² La figura de Nugkui ha sabido ser potenciada contemporáneamente a través de algunos proyectos de desarrollo vinculados a la nutrición, y otros más recientes que tienen que ver con la conservación y ecofeminismo, los cuales han continuado reforzando esta imagen materna.

⁶³ En el caso de la caza, el personaje mítico de Tsewa representa a quien brindó dichos conocimientos. Tal como en el caso de los *anen* aplicados por mujeres a la huerta, las actividades de caza involucraban también *anen* dedicados a ello, los cuales eran entonados bajo los efectos del jugo de tabaco, y que servían para atraer a animales como los monos y propiciar que se dejen caer (Brown, 1984b).

⁶⁴ Un par de mis interlocutoras de Kampagkis y Paraíso me hablaron del uso de los *anen* para el amor. Una de ellas me comentó que no lograba separarse de su pareja, con el que tenía una mala relación, por los *anen* que él cantaba para mantenerla a su lado.

⁶⁵ Irma Tuesta fue distinguida como Personalidad Meritoria de la Cultura Peruana en 2009.

presente a Nungkui, ¡eso me gustó mucho! Todo el tiempo la mencionan. En cambio, Nungkui no está presente en Nieva, aquí más hablamos de Dios. Pero yo les digo que Nungkui ha sido como un dios también. Cuando entra gente de fuera, meten miedo con la religión. Los pastores prohíben que canten porque dicen que esos cantos son mágicos, y ya la gente se aleja de sus costumbres. Por acá usan más anen de amor, para no separarse, pero de yuca es poco. En cambio, en esas comunidades del Morona son más anen para la yuca y la cosecha, que del amor.

¿Por qué habrá esa diferencia entre esas comunidades y las que están por Nieva?

Debe ser que aquí hay muchos hombres que se van, se alejan, porque está cerca la carretera. Pero desde antes hay esas canciones para que no se vaya el marido o para que regrese, más separación hay aquí pues (...) De lo que he visto, los anen usan más las mujeres mayores, jovencitas no tanto, porque a los 14 años nomás se van a otro lado para estudiar la secundaria. Pero están viendo recuperar y enseñarles anen”.

A partir de lo que comenta la señora Irma, y de lo que pude saber también por otras personas, el *anen* parece ser una técnica que se adapta en función de las necesidades e incertidumbres presentes en cada ámbito.

Sobre este tema, pude conversar también con Amelia Etsam, una técnica en enfermería awajún que fue formada varias décadas atrás con el apoyo del Consejo Aguaruna- Humbisa, y que trabajaba en el Hospital de Nieva. Ella me dio un poco más de detalles sobre los diferentes tipos de *anen* que ella había escuchado en el pasado, cómo se transmitían y, al igual que Irma Tuesta, expresó las dificultades para que estos puedan mantenerse como una práctica viva con las más jóvenes en lugares como Santa María de Nieva.

“Existe bastante anen para retornar el amor, también para criar bien a los hijos, para mantener la chacra, para que nuestros perros sean cazadores, para que nuestras plantas de yuca tengan mucha fruta, también hay anen que se canta cuando se deshiera la chacra para que no se vuelva monte. También había para que nuestro hijo vaya a la guerra y no se muera. Eso saben las mujeres que han sido preparadas desde niñas, que sus madres le enseñaron.

Para saber el anen tenemos que tomar tabaco, la persona que tiene esta sabiduría tiene que darnos mediante su saliva el tabaco, lo va mascando y la saliva que provoca ese mascado se da a la otra persona. Es así que se obtiene ese poder, esa magia. Pero ahora poca gente desea saber los anen. Yo por ejemplo he intentado con mi hija, pero ella no acepta, esas cosas no le agradan, entonces no llegué a darle. Tampoco conozco

otras jovencitas que tengan esa práctica. Pero en comunidades que están más adentro, ahí sí hay madres y jóvenes que todavía los mantienen”.

Es de resaltar en esta cita una pista de los procesos de consubstanciación que hacen parte de la transmisión de los *anen*, en los cuales la saliva producida por el tabaco representa algo más que un fluido corporal; representa memoria, conocimiento, afecto y agencia (VILAÇA, 2002). No obstante, estas prácticas pueden ser vistas como descontextualizadas ante la forma de vida urbana que predomina en Santa María de Nieva, lo que hace que jóvenes como la hija de la señora Amelia no tengan interés en reproducirlas.

3.1.2 Noción de cuerpo, prácticas y recursos para el mantenimiento de la salud

“En awajún no se dice que se piensa con el cerebro, sino que todo es con el corazón, el corazón es el que manda. Dicen ‘anentainchu’, que significa que alguien no está pensando bien. También se dice ‘esa persona es anentaimu’, que es que piensa bien, desde el corazón. Y cuando se hace un insulto, el insulto más grande es que uno no tiene corazón, que es como si esa persona no fuera nada. No es como en Lima que hablan, ‘¡ay qué inteligente es, qué buena cabeza tiene!’ , no, no. Aquí hablan del corazón, poco hablan de la cabeza”.

Irma Tuesta Cerrón

La cita de arriba, expresada por Irma Tuesta, una de mis interlocutoras principales para este capítulo, condensa uno de los conceptos más importantes vinculados a la noción del cuerpo entre los awajún. Esta tiene que ver con colocar al corazón o *anentai* como el núcleo de la individualidad, y donde radica la inteligencia y capacidad para actuar correctamente. Lo que está en la cita fue parte de su respuesta ante mi pregunta sobre la relevancia que mantiene este concepto.

Esta noción fue también descrita por Brown (2007), a partir de la respuesta que le da Shaiian Wajai a su pregunta de con qué pensaban ellos, si con el corazón o con el cerebro. Además de explicarle con humor esta noción, su interlocutor añadió que es a través de la sangre que recorre por las venas que los pensamientos llegan a todo el cuerpo.

La conexión entre el pensamiento y el corazón está evidenciada en la similitud que hay entre la palabra que significa "pensar" -*anentaimat*- y la palabra "corazón" -*anentai*-. Greene (2009) destaca el interesante contraste que hacen los awajún del corazón como centro del cuerpo social y fuente de la individualidad, versus las nociones biomédicas de este como una bomba sanguínea, y de la poesía occidental que lo coloca como fuente del amor romántico. Esta noción, aunque se mantiene viva a través de su lengua, no ha dejado de ser permeada por los conceptos occidentales del cuerpo⁶⁶. Juan Yampis, técnico de enfermería awajún mayor formado por el Consejo Aguaruna-Huambisa y trabajador del Hospital de Nieva, me comentó sobre estos cambios:

“Hasta la fecha se dice así ‘¿por qué no piensas bien?’ que en idioma es *anentainchu*. Pero ahora la gente dice que el corazón solo es una bomba de sangre, nada más, que lo que te lleva a pensar es el cerebro, el cerebro es el que ordena todo, así se dice ahora. Pero antiguamente decíamos que el *anentai* dirigía todo”.

Muchas de las prácticas de crianza entre los awajún tenían que ver con tener un *anentai* fuerte y saber pensar. En ese sentido, la crianza y el mantenimiento de la salud incluían una serie de prácticas chamánicas que involucraban el cumplimiento de dietas y restricciones alimentarias, así como el consumo de plantas alucinógenas dirigidas a formar guerreros visionarios. Este proceso estaba marcado por la búsqueda del conocimiento y poder a través del uso de plantas entre las que destacaban el *tsaag* (tabaco, sc. *Nicotiana tabacum*), *datem* (ayahuasca, sc. *Banisteriopsis caapi*), y *baikua/tsuak* (dos variedades de estramonio, sc. *Datura arborea*). Una vez que el hombre alcanzaba la visión llamada *ajutap*⁶⁷ se convertía en *wáimaku*⁶⁸, lo cual significaba haber encontrado un camino propio. En general, se dice que las mujeres no llegaban a ser *wáimaku*, pero sí tenían otro tipo de visiones vinculadas a la prosperidad y abundancia en el hogar.

Con la influencia de la escuela y otras fuerzas de cambio, estas prácticas fueron transformándose y algunas se redujeron, como es el caso de los tabúes alimentarios que antiguamente solían ser más numerosos. Los intercambios desiguales con la sociedad mestiza,

⁶⁶ De hecho, Brown le hizo esa pregunta a Shaiian Wajai pues escuchaba a varios padres hablarles a sus hijos utilizando una visión del cuerpo occidental, lo que daba señales de transformaciones en esta aproximación.

⁶⁷ El *ajutap* viene a ser un espíritu ancestral que transmite visiones bélicas.

⁶⁸ La palabra *wáimaku* proviene del verbo *waimat*, que significa “ver”. Llegar a tener el estatus de *waimaku* implicaba haber llegado a ser un guerrero visionario.

así como el racismo y discriminación hacia lo indígena, propiciaron rupturas en el *tajimat* o buen vivir, así como el distanciamiento de los más jóvenes de este tipo de crianza y formas de ver el mundo. Amelia Etsam, me expresó esto con claridad.

“Intentamos mantener nuestra cultura, pero a veces no es posible porque la sociedad donde vivimos margina al awajún, su modo de vivir, su forma de vestirse, y van deshaciéndose, quieren tener la vida de la gente occidental. Por eso es un poco difícil compartir la cultura, los mestizos muchas veces nos ven como pobres, sin educación. Pero uno siendo awajún tiene su educación, le digo esto porque mis abuelos que han sido iletrados, han sido educados. Ellos tenían una disciplina, sabían cuando levantarse, qué hacer, tener esposa a qué edad, la mujer sabía también cómo hacer con el varón, se cuidaba a los suegros. Lo único que nos queda a mi parecer es la lengua, pero la juventud se avergüenza de hablar porque no sé qué tendrán en su cabeza. Por todas esas cosas hemos querido también que haya intervención de los sabios en las escuelas para que puedan impartir sus conocimientos antes que se mueran”.

A pesar de estas brechas percibidas entre los más viejos y jóvenes, ciertas prácticas persisten y se reinventan en el tiempo. Una de estas, tiene que ver con el uso de las plantas antes mencionadas, y el establecimiento de relaciones de reciprocidad con algunas de ellas. Estas relaciones tienen que ver con las clasificaciones de persona que tienen los awajún, en las cuales algunos animales, plantas e incluso ciertos fenómenos meteorológicos son consideradas como humanos o *aénts*, a las cuales se les atribuye un alma (GREENE, 2009).

Seguidamente, mencionaré tres de los recursos que encontré como más relevantes en mi experiencia de campo. Una es el toé, otra es el ajengibre, y por último el piri piri.

- Toé. -

El toé ha sido utilizado comúnmente para la atención de enfermos por brujería y problemas como las fracturas de huesos. Suele cultivarse en las huertas y pequeños jardines próximos a las viviendas. Su ingesta en las cantidades correctas produce un efecto de intoxicación y alucinaciones. En los casos de brujería y fracturas, el paciente bebe el jugo extraído de la planta lo cual produce una visión en la que el “alma” del toé aparece representada en médicos blancos o mestizos que curan lo que estuviese dañado (Brown, 1978). El toé se mantiene como uno de los ejemplos más saltantes de la concepción de una planta como una

entidad con agencia, y en la que la dimensión onírica y las visiones representa un campo de acción terapéutica.

Rosa Calvo Pizango quien, al igual que Amelia Etsam, es una técnica de enfermería indígena inicialmente formada por el Consejo Aguaruna-Huambisa, es considerada una gran conocedora de las plantas. En una conversación me explicó cómo funciona el toé, dando detalles del vínculo que convierte a la planta en un agente con capacidad de curar, siendo esta una entidad ambigua y “muy celosa” como resalta Rosa, a la cual hay que convencer y “pagar” para que ayude al enfermo. Ella señaló:

“Cuando se fractura una persona, debemos de darle una cantidad de toé según su edad. Si es mayor de edad ya sabemos cómo es, si es niño es menos. El toé se prepara temprano, se deja en un patiecito afuera porque es muy celoso, y a las 3am se le da de tomar. Pero antes de coger el toé, tienes que haber dietado, el que ha hecho relación sexual no puede sacar esa planta.

Para poder agarrarlo, tienes que conversarle al toé diciendo: ‘te estoy llevando para que puedas curar, alguien de mi familia se ha fracturado, me dicen que usted es muy bueno, cúrele’, ‘yo te llevo para que cures, tan importante te ven, por eso te estoy llevando y te estoy pagando’.

Si le llevas a la ciudad también tienes que decirle ‘no te asustes, el carro va a sonar, se va a mover, es así’. Luego, como quien decir que se le está pagando, se le pone un trapito en su tronco y se le amarra. Tienes que hacer eso, porque si no el toé le dice a su dueño: ‘yo no voy a curar, a mí no me han pagado’.

De ahí, al enfermo que toma el toé se le presenta como televisión, y en esa visión vienen médicos, enfermeras, técnicos con su uniforme, y lo curan con bisturí. Yo también he tomado y he visto. De ahí tiene que dietar un mes. No puede hacer relaciones sexuales, no puede comer carne de chancho, ni carnes ahumadas de animales grandes”.

Según pude saber, la persona que está bajo el efecto del toé realiza movimientos en el que esta misma se acomoda los huesos y partes afectadas por la fractura; el poder de la intoxicación hace que no sienta el dolor. Esta práctica curativa es aplicada inclusive en animales. La misma Rosa Calvo me contó que un perro de un médico del hospital había sido atropellado por una moto, quedando una de sus patas rota. Cuenta que ella le recomendó que le dé media cucharadita de toé, a lo que el médico hizo caso. Cuando se lo dio, el perro reaccionó con movimientos bruscos hasta que poco a poco se recuperó totalmente de la lesión.

- Ajengibre. -

El ajengibre (*Zingiber officinale*) o *ajeeg* es uno de los recursos más usados en el ámbito doméstico, el cual es de dominio principalmente femenino. Berlin (1977) señala que fue el padre C. Laguna quien lo introdujo en el Perú en 1774 desde el Ecuador, y que de allí se habría dispersado gradualmente a través del Amazonas; además, llegó a identificar en su estudio 10 variedades de ajengibre que eran usadas en ese momento. Menciona también que los awajún no reconocían a este como un recurso propio, pero que debido a sus características logró una gran aceptación llegando incluso a atribuírsele propiedades psicoactivas.

La fuerte incorporación del ajengibre en los procesos terapéuticos tiene que ver con que lo amargo, fuerte e incluso maloliente es asociado con propiedades medicinales y psicoactivas entre los awajún (BROWN, 1978). Este tipo de características, además de sus beneficios astringentes y cáusticos, contribuyeron a ello. La importancia de este recurso en la farmacopea local es tal, que Greene (2009) lo llegó a presentar como un buen ejemplo de awajunización; esto es, una apropiación en sus términos y bajo sus nociones etnobiológicas y de salud.

Durante mi trabajo de campo pude registrar que el ajengibre se mantiene como un recurso primordial para el tratamiento de diversos males que aquejan a los niños y adultos; el cual era consumido ya sea partir de su jugo, en puré, o administrado en enemas. Cualquier diarrea en un niño, sea cual sea la causa, podía incorporar el uso del ajengibre en algunas de las formas señaladas, lo cual se decía que limpiaba el estómago del infante. Incluso, más de una persona me comentó que existían ajengibres que eran dados a niños pequeños cuando estos se demoraban en caminar o hablar. En este último caso, este tipo de atribuciones tienen que ver con las dimensiones ontológicas que envuelven el tratamiento que dan los awajún a ciertas plantas, lo que conlleva a que las propiedades adjudicadas a una especie tengan que ver con quién la crió. Por ello, cuando me dijeron que existía un ajengibre que tenía esas propiedades, no se referían a todos, sino al que pertenecía específicamente a una mujer que era la dueña de ese ajengibre y que aseguraba que servía para ello⁶⁹.

⁶⁹ Aunque no logré ubicar a esta mujer, supe que había vendido este ajengibre a dos personas por alrededor de 100 soles, lo que da cuenta del valor que las personas dan a este recurso.

Escuché también de ajengibres para matar parásitos y amebas, así como de otros que sirven de contraceptivos. Los males respiratorios de distinto tipo también son curados con este recurso. En el acápite 2.1.3 describiré un ejemplo de cómo se usa el ajengibre en el ámbito doméstico.



Descripción: A la izquierda, foto tomada por Mirza Anjis en su huerta en el barrio de Kampagkis, en la que se observa una planta de ajengibre. A la derecha, ajengibre usado por ella para tratar males estomacales y fiebres de su hijo pequeño. **Fuente:** Archivo personal

- Piri piri. -

Otro de los recursos destacados de esta farmacopea femenina es el piri piri o *pijipíg*, el cual ha tenido una importancia particular en la salud de la mujer y también de los niños. Al igual que el ajengibre, suele ser cultivado en las huertas y su consumo puede darse a partir de su jugo y enemas. En el caso de las mujeres adultas, me comentaron del uso de enemas de piri piri tanto con fines de aumentar la fertilidad como también para la contracepción, algo que ya antes ha sido identificado y descrito (BERLIN, 1980). Al igual que en el caso del ajengibre, el que a un piri piri se le atribuya que haga a una mujer más fértil o, todo lo contrario, tiene que ver con quien la crió.

El uso de este tipo de recursos se da en un contexto de intermedicalidad, caracterizada por un estilo terapéutico híbrido que mezcla conocimientos de la etnomedicina y biomedicina (GREENE, 1998). Los males crónicos o que implican un nivel de gravedad son los que más

ejemplifican este tipo de práctica. Un último punto a destacar en esta parte, es que los awajún no se han caracterizado por la presencia de especialistas en el tratamiento de enfermedades. Cualquier persona con las habilidades necesarias, podía alcanzar o guiar hacia la experiencia chamánica y curativa (GUALLART, 1989). En el caso de las mujeres ha sido similar, aquellas que habían llegado a acumular cierta expertise en determinados procedimientos, eran solicitadas para la atención y asesoramiento. Los casos más típicos eran los partos y tratamientos para los males infantiles.

Una excepción ha sido la figura del *iwishín*, responsable del diagnóstico y cura de la brujería, la cual era enviada a través de dardos invisibles o *tséntsak*, los cuales debían ser extraídos chupándolos de diferentes partes del cuerpo del enfermo, y luego eran escupidos. En estos casos, aunque las medicinas podían generar alivio, era el retiro de los dardos lo que realmente curaba el mal (BROWN, 1984a)⁷⁰. La brujería es siempre considerada como una posible causa de los males que no encuentran una rápida solución y, tal como se presenta, es un fenómeno que expresa las tensiones y desequilibrios presentes en esta sociedad y en su vinculación con actores externos. Trabajos como el de Garra (2017) señalan que la brujería en sus expresiones contemporáneas entre los awajún, está directamente ligado a la reorganización de las dinámicas territoriales y a la compleja relación que existe entre las comunidades y la ciudad.

3.1.3 Prácticas de autoatención vinculadas al cuidado infantil: un ejemplo del uso del ajengibre

A partir de mis interlocutoras de Kampagkis y Paraíso, pude aproximarme a algunas dinámicas pertenecientes a la esfera doméstica que tenían que ver con la atención y alivio de malestares recurrentes que afectan a los menores de esta zona como: fiebres, diarreas, problemas respiratorios, delgadez, inapetencia, etc. En estos casos, dependiendo de la gravedad, me comentaban del uso de distintos recursos de su medicina local y de la biomedicina. En varios

⁷⁰ Normalmente se distinguían dos tipos de *iwishín*, aquellos reconocidos públicamente como capaces de causar y curar enfermedades, y aquellos que eran ocultos y que embrujaban secretamente a la gente (Brown, 1984:33). Los *iwishín* que participaban del diagnóstico podían detectar al culpable del embrujo quien era identificado durante la borrachera, lo que daba pie a actos de venganza que iban desde la expulsión de una comunidad hasta el homicidio.

de estos episodios, el ajengibre era mencionado como un recurso protagónico para el tratamiento de estos males, por lo que me pareció importante presentar un registro de ello.

En este acápite, a partir de la descripción de un evento de enfermedad de un bebé, mostraré un fragmento de las prácticas de autoatención (MENÉNDEZ, 2005)⁷¹ vinculadas a los cuidados infantiles, mostrando el uso del ajengibre como parte de un modo femenino de curar que se mantiene vivo entre las mujeres awajún. Sin embargo, vale hacer una precisión. Si bien las prácticas de autoatención han sido utilizadas como un recurso teórico-metodológico que ayuda a visibilizar la agencia de los grupos domésticos y procesos de toma de decisiones en la búsqueda de cura, el caso que describiré es distinto, ya que esta vez no se trata de un colectivo familiar, sino de una madre soltera intentando resolver sola el problema de salud de su hijo a partir de los recursos disponibles. En ese sentido, creo que este ejemplo ayuda también a ejemplificar los procesos seguidos por estas mujeres que en este entorno urbano deben hacerse cargo de los asuntos de salud, con escasa presencia de redes familiares.

El caso que describiré parte del acompañamiento y observación a un episodio de enfermedad de uno de los hijos de Mirza Anjis⁷², en el barrio de Kampagkis. Mirza era madre soltera en ese momento y vivía sola con sus hijos, de los cuales el más pequeño tenía frecuentemente problemas gastrointestinales. Los padres y algunos de los hermanos de Mirza vivían en su comunidad de origen a unas dos horas de distancia de Santa María de Nieva, por lo que las visitas entre ellos solo eran posible cuando tenían el tiempo y dinero para pagar la movilidad. El padre del menor que es protagonista de este caso no tenía ninguna presencia en ese momento. En los siguientes párrafos describiré cuál fue el evento de enfermedad y cómo se dio el proceso de atención.

- El evento de enfermedad. -

Durante el trabajo de campo observé que uno de los problemas más frecuentes que afectaban a los bebés e infantes eran los problemas gastrointestinales. Muchos de estos

⁷¹ Menéndez (2005: 54) define a la autoatención como “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales”.

⁷² La incorporación de su nombre y fotos se realizaron previo consentimiento, considerando además que la información presentada no es sensible ni la vulnera en algún sentido. Por el contrario, mi interés es contribuir a poner en valor el conocimiento que mujeres como Mirza poseen y practican en beneficio de sus familias.

problemas tenían que ver con la calidad del agua, virus que circulaban, así como la tierra y objetos sucios que los pequeños se llevaban a la boca. En este tipo de problemas había cuadros o síntomas que no eran de gravedad, tales como un cólico estomacal o indigestión. No obstante, las diarreas en los bebés sí podía tornarse un asunto grave cuando esta duraba varios días e iba acompañada de otros síntomas como fiebre y vómitos, ya que implicaba la deshidratación severa y pérdida de peso del bebé, pudiendo causar la muerte.

En una de mis visitas a Kampagkis, fui a la casa de Mirza. Al verla me contó que su hijo más pequeño de 11 meses estaba con diarreas y fiebre, algo que ya se había dado antes. Describió que su defecación estaba aguada y verdosa, y que solo tomaba leche materna. Cuando le pregunté cuál era la causa, me respondió que no estaba segura, pero que creía que era porque su bebé había estado comiendo tierra. Le pregunté si le había dado algún medicamento, a lo que respondió que solo paracetamol, pero que ya había dejado de dárselo porque no le hacía efecto. Le consulté si había pensado llevarlo a la posta, respondió que no, porque el tiempo que le demandaría caminar hasta allá y esperar que la atiendan era mucho, e implicaba que ella deje de trabajar ese día vendiendo comida en la calle. Añadió que lo que pensaba hacer era ponerle un enema de ajengibre, algo que según ella le había funcionado muchas veces. Dada la confianza que nos habíamos llegado a tener me invitó a observar este proceso, a lo que acepté de inmediato.

- El proceso de atención. -

Cuando entramos a su casa lo primero que hizo fue mostrarme dos bolsas que estaban en el suelo que contenían algunas raíces y frutos. Me explicó que estas habían sido enviadas por su cuñada que tenía su chacra en Tunánt, para que ella pueda curar a sus hijos pequeños, quienes últimamente habían estado con varios malestares. Las bolsas contenían especies como el *numpaajeeg* o “kión de sangre” que sirve para cortar una hemorragia; el *shiipajeeg* que es un ajengibre utilizado para matar las amebas en los niños, lo cual es detectado a partir de la defecación con mucosidad; el *kampanak* que es un cicatrizante; así como pepa de palta y algunos frutos que también tienen otros usos específicos.

Fue interesante observar que estas bolsas estaban acompañadas de una nota en la que su cuñada había escrito los nombres de estas especies, especificando en qué bolsa estaban, para que Mirza no se confunda. Cuando le pregunté si ella ya sabía antes sobre los beneficios de

estos recursos, me dijo que no exactamente: “*ella como tiene, ella lo conoce, y me envía para que lo cure*” respondió. Además, me contó que ella y su mamá tenían otros tipos de ajengibres que también en su momento le habían dado y enseñado su uso a esta cuñada, lo que expresa un intercambio y circulación de este recurso entre las mujeres de este grupo familiar.

En medio de esta conversación hice un comentario recordando que ella y otras mujeres me habían contado que había personas que venden ajengibres a un precio alto. Un caso que escuché en dos oportunidades fue el de una variedad que ayudaba a caminar a los niños que se demoraban en hacerlo. Ante eso, Mirza respondió: “*Sí, hay personas que ahora venden caro, que lo mezquinan. Nosotros no vendemos*”. Con esto, expresaba que el vender este recurso es visto como un acto de mezquindad en el que las personas se “aprovechan” y lucran con algo que tradicionalmente formaba parte de las reciprocidades femeninas, tal como se estaba dando en ese momento entre ella y su cuñada.



Descripción: A la izquierda, una de las bolsas enviadas por la cuñada de Mirza junto a la nota que detalla los nombres de las especies que hay. A la derecha, Mirza revisando y escogiendo el ajengibre que iba a usar para su bebé.

Luego de esto, Mirza procedió a lavar y chancar el ajengibre hasta dejarlo como un puré, el cual fue después echado a un recipiente con agua, estrujándolo con la mano hasta extraer todo el jugo posible. A la par, me hizo probar un pedazo para sentir su sabor fuerte y picante, y me explicó los cuidados que hay que tener en la preparación. También, resaltó que cuando se aplica este enema es importante no darle al bebé pastillas o jarabes de la farmacia, porque le podrían chocar y hacer peor.



Descripción: A la izquierda, Mirza machacando al ajengibre ayudada de una vara de madera. A la derecha, este es exprimido en una vasija con agua.

El siguiente paso era proceder a la colocación del enema. Para esto, me llevó a la pequeña huerta que tiene en el exterior de su casa, donde entre la variedad de arbustos y un par de árboles que había, se encontraba una planta llamada *nagkushiip* de la cual cortó un pedazo de carrizo que era una especie de tubo delgado similar al bambú, a través del cual circularía el líquido extraído del ajengibre. Mirza añadió que ese tubo en específico es utilizado para los bebés por ser delgado, en cambio, cuando se desea aplicar el enema a un adulto se intenta comprar una bombilla que sirva para ese fin. Este pequeño tubo, es lubricado en uno de sus extremos con saliva a fin de no lastimar al bebé.

Finalmente, Mirza hizo pasar dos bocanadas del líquido a través de este. Entre cada bocanada, observé que ella movía los labios como susurrando, a lo que dijo “*le doy enema con oración para que se cure*”. Ella, al ser nazarena, solía incorporar en sus narrativas nociones correspondientes a esta religión. Durante este proceso, para mi sorpresa, el bebé se mantuvo muy tranquilo y no mostró mayor reacción.



Descripción: A la izquierda, Mirza obteniendo de su huerta un trozo del *nagkushiip*. A la derecha, aplicación del enema de ajengibre.

Después de esta visita, volví a ver a Mirza dos días después. Me contó que, si bien el enema había logrado una mejora con las diarreas, la fiebre y decaimiento de su bebé no habían tenido el mismo progreso, por lo que fue a la posta para que le colocaran suero. Luego de esto, su hijo se terminó de recuperar.

- Lo que nos muestra este caso. -

El caso descrito deja algunas ideas interesantes. Esta observación permitió tener un fragmento de las prácticas de autoatención referentes a un evento de enfermedad que es muy frecuente en los infantes de Kampagkis y Paraíso. En este proceso, se observa la articulación de distintos recursos, mostrándose que el ajengibre se mantiene como un elemento importante en los repertorios terapéuticos femeninos, algo que había sido registrado hace cuarenta años por investigadores como Brown y Berlin, y que es revitalizada en la actualidad por mujeres como Mirza.

De otro lado, aunque en este ejemplo Mirza no contaba con la presencia de una red familiar que participe directamente de este proceso, observamos que sí existió una participación indirecta de su cuñada a partir de los recursos que le facilitó, lo que muestra el mantenimiento de ciertas reciprocidades femeninas a pesar de la distancia física.

Otro punto, es la observación de estas prácticas como una esfera de empoderamiento y agenciamiento femenino (GHIGGI JR., 2022). Para mí esto se hizo muy palpable en la fuerza expresiva que Mirza tuvo cuando compartió este conocimiento conmigo. A diferencia de otras

conversaciones que habíamos tenido antes sobre los problemas que tenía con sus hijos y ex pareja en las que se mostraba afectada, esta vez hizo gala de una seguridad y autoridad que no había conocido hasta ese momento. El tiempo que duró esa observación me guio por su terreno de dominio, pudiendo comprender así la importancia que tiene este tipo de saberes en las mujeres más allá del alivio de la salud de sus hijos.

3.1.4 *Putsumat*: una noción nativa sobre la anemia

Luego de dar a conocer algunas características del conocimiento y prácticas de los awajún para el mantenimiento de su salud, toca presentar lo que pude conocer acerca del *putsumat* o *putsuju*, un malestar que ha sido considerado como una versión nativa de la anemia.

Putsú en awajún significa “blanco”, su derivación *putsumat* o *putsujú* es un término que ha sido empleado desde hace mucho tiempo para describir a alguien pálido⁷³, característica que es asociada con debilidad. Esto es algo que fue identificado por misioneros e investigadores que trabajaron con los awajún hace varias décadas, por lo que fue asumido como la versión nativa de la anemia. El antropólogo M. Brown (1984a) fue uno de ellos, y refirió que los síntomas del *putsumat* eran la palidez y falta de energía⁷⁴.

Sin embargo, una vez que el término “anemia” comenzó a ser incorporado localmente por influencia de los actores externos que desarrollaron acciones en salud, anemia y debilidad llegaron a ser aplicados indistintamente por los indígenas. Esto es algo no exclusivo de los awajún, y que fue encontrado también en otros grupos indígenas emparentados⁷⁵. Como ejemplo de esto, tenemos que el “Manual para Sanitarios Voluntarios y Promotores de Salud de la Selva Peruana” elaborado por el Consejo Aguaruna-Huambisa en 1988 como parte de su programa de salud indígena, incorporaba una sección llamada “debilidad y anemia” en la que se utilizan ambos términos casi de manera indistinta. Llama la atención que este manual en cuya elaboración participaron awajúns, no aparece el término *putsumat*. Una posible explicación de

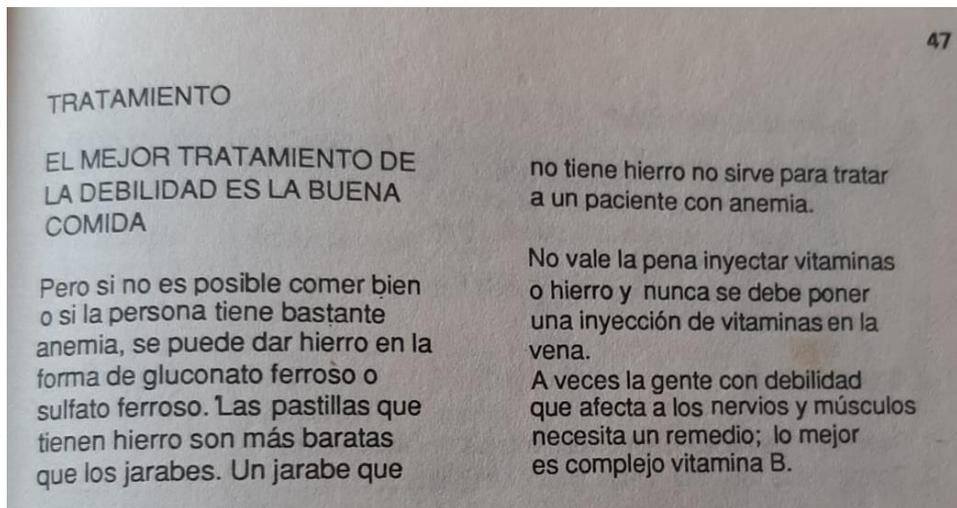
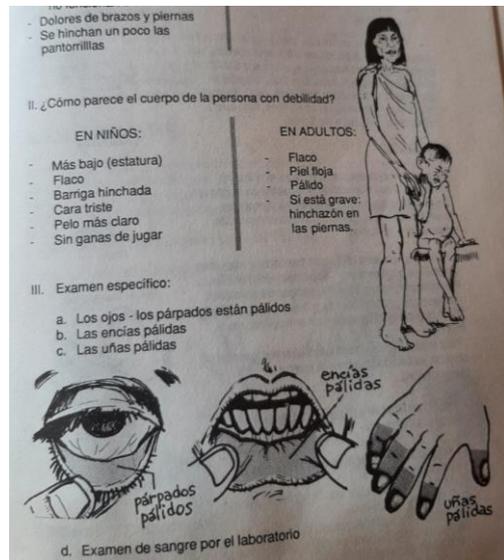
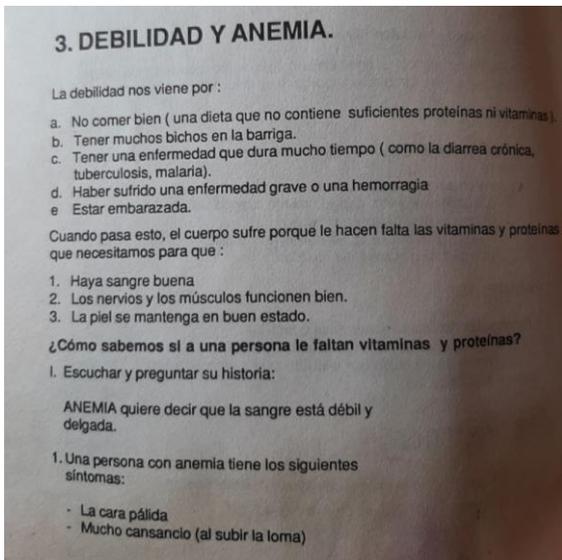
⁷³ Esta referencia está presente en el Diccionario Aguaruna-Castellano-Aguaruna (Wipio, 2011), pero además está presente en Brown (1984a) y fue algo que también respondieron mis interlocutores awajún.

⁷⁴ Esta información se encuentra en uno de los apéndices de su libro en el que presenta un listado de las enfermedades que él pudo registrar durante su trabajo de campo en el Alto Mayo.

⁷⁵ Kroeger y Barbira-Freedman (1992) que trabajaron con los shuar del Ecuador señalaron que el término anemia era usado para indicar cualquier condición que implique debilidad.

ello puede ser la influencia de la formación occidental en este grupo de técnicos, la cual estuvo a cargo de médicos y especialistas extranjeros, así como el hecho que el manual está escrito en español.

Como se observa en las fotografías de abajo tomadas a un par de páginas de este manual, se señalan las causas de la “debilidad y anemia” entre las que están: la mala alimentación, parásitos en el estómago, una comorbilidad, haber sufrido alguna hemorragia, y el estar embarazada. Se mencionan además varios síntomas tanto en niños como en adultos, y que la anemia significa que “la sangre está débil y delgada”. En cuanto al tratamiento, se recomienda mejorar la alimentación y el uso de sulfato ferroso.



Descripción: Fotografías de las páginas 44, 45 y 47 del manual elaborado por el Consejo Aguaruna-Huambisa (1988). Allí se observa que quienes personifican la debilidad y anemia son una madre y su hijo. **Fuente:** Archivo personal

Cuando consulté a mis interlocutoras sobre esta noción de sangre débil y delgada, sí me señalaron que es algo que se usa en ocasiones, pero que ahora es más fuerte la noción de “sangre espesa” o “sangre crecida”, lo cual se debe al alto consumo de sal. Una de ellas fue Irma Tuesta quien dijo:

“Más que sangre débil ahora hablan de la sangre espesa, que la sangre se le ha crecido, eso dicen que es por la presión alta, antes no había eso. Desde que entró la sal de la costa ya hasta los niños comen, antes no comían porque la sal era una piedra, pero ahora lo encuentran fácil”.

Sobre las causas del *putsumat* señaló que es algo que podía presentarse en niños, adultos y ancianos, ya sea por mala alimentación, por alguna enfermedad grave, o por efectos de una pérdida importante de sangre. Esto fue algo que también me dijeron otras personas. Esto fue resumido por Irma de la siguiente manera:

“Putsumat o putsuju es alguien que está muy pálido. Por ejemplo, eso es cuando las mujeres dan a luz y quedan pálidas, y no se sabe si es porque agarró anemia o porque ha botado mucha sangre. O también ves a un niño que tiene una carita hinchada o pálido, ahí se dice que está putsu. Solo que como no se hace examen a veces no se sabe si es anemia o no. A veces también cuando alguien se ha impresionado o se ha asustado se le dice putsuju”.

Una apreciación adicional me la dio Juan Yampis, quien me explicó que el *putsumat* era considerado un malestar vinculado a la falta de *numpá* o sangre. Así, una hemorragia durante el parto, una menstruación excesiva o la mordida de murciélagos vampiros podían desencadenarlo. Además, señaló que para él *putsumat* y anemia no son exactamente lo mismo, ya que el primero implica un nivel de severidad que hace que sea visible físicamente en la persona, algo que no sucede con todos los casos anemia, excepto las más graves. En ese sentido, aunque el *putsumat* sí puede ser considerado hasta cierto punto una versión nativa de la anemia, también es necesario analizarlo como un esfuerzo de traducción cultural.

Para prevenir el *putsumat* causado por mala alimentación, sobre todo en los niños, mis interlocutoras resaltaron el uso de distintas variedades de plantas que tienen como característica común el ser reconocidas como fortificantes del cuerpo y tener muchos nutrientes. Entre estas,

destacan el *tsemántsem* (asclepiadaceae)⁷⁶, el *éep* (philodendron) y *ugkush* (piper). Todas estas son plantas de hojas verdes que suelen crecer en las quebradas de los ríos por temporadas, y que son consumidas como parte de *patarashcas*⁷⁷ generalmente de tripas y vísceras de pescado.



Descripción: Fotos tomadas por Juan Yampis cerca de su chacra en la quebrada Chichijam Entsa. A la izquierda, una foto del *éep*; al centro, el *ugkush*; y a la derecha el *muun tsemántsem*.

Sin embargo, según me señalaron, su consumo ha ido disminuyendo en el tiempo frente a la proliferación de farmacias. Además, dado que Santa María de Nieva es un espacio urbano, estas plantas no son de fácil acceso ni todo el mundo las tiene. Conseguirlas implica ir a hasta alguna chacra o quebrada a buscarlas, para lo cual es necesario un gasto en movilidad. Otra posibilidad es pedirla a algún conocido o familiar que la tenga. Dada esta situación, los tónicos y fórmulas lácteas se presentan como otra alternativa muy considerada y que ha ganado peso a partir de la hegemonía de la biomedicina y las facilidades para su adquisición. Aunque su costo no es bajo, son productos que varias familias hacen el esfuerzo en comprar por considerarlas mejores que los suplementos distribuidos por los puestos de salud.

En cuanto al tratamiento del *putsumat*, este se suele dar en un contexto doméstico en el que las mujeres tienen un rol importante. Tradicionalmente se solía hacer uso del *tuyúc*, una

⁷⁶ Encontré que esta es también conocida con el nombre de “vitamina”, lo cual resulta muy ilustrativo de las propiedades que se le atribuyen.

⁷⁷ La *patarashca* es un método de cocción consistente en envolver alguna carne o vísceras en hojas de plátano o algún tipo de palma, lo cual es asado en el fuego.

planta de tono rojizo de la cual se extraía un líquido de color rojo como la sangre, que era dado al paciente en pequeñas dosis para restablecerlo⁷⁸. Juan Yampis lo describió así:

“Antes se utilizaba el tuyúc como un suplemento. Se echaba al fuego para que la hoja se debilita, luego se sacaba su líquido como sangre y se daba dos cucharaditas. A los 4 días la persona se recuperaba, pero si el enfermo tenía parásitos ahí sí no servía”.

El uso del *tuyúc* en los casos severos de *putsumat* me fue confirmado también por Mateo Yampis, quien amablemente colaboró enviándome una foto de esta planta. Me advirtió apenado que la foto no era muy buena porque su *tuyúc* estaba con muy pocas hojas ya que su esposa justo las había retirado casi todas para tratar a dos niños huérfanos que estaban muy desnutridos. También me recalcó que son pocas las personas que la tienen, y que ellos mismos se había descuidado en cultivar más, por lo que es difícil hallarla⁷⁹.



Descripción: Foto tomada por Mateo Yampis Mayan en la huerta de su esposa en el barrio de Paraíso en la que se observa una planta de *tuyúc*.

⁷⁸ Esto también fue encontrado por Mayca-Pérez et al (2017) en su trabajo sobre representaciones sociales de la anemia en comunidades awajún y wampis.

⁷⁹ Aunque el *tuyúc* era un recurso muy importante en el tratamiento del *putsumat*, no era el único. Brown (1984) registró en el Alto Mayo el uso de la shipitna (*himatanthus tarapotensis*) y chuchuwás.

Esta práctica terapéutica nos da luces de las nociones de eficacia vinculadas a los atributos ligados al color de la planta. Si al enfermo le faltaba sangre y estaba muy pálido o *putsú*, había que darle algo similar a la sangre para restablecerlo. La sangre es un fluido que, según el contexto, podía llegar a tener distintas connotaciones que van más allá de verla como un fluido biológico (BROWN, 1980 y 2007)⁸⁰. Sin embargo, en líneas generales, resultaba una sustancia vivificante relacionada con la vitalidad humana, por lo que no tenerla lo suficiente significaba un riesgo de muerte.

Tomando en cuenta ello, la falta de sangre atrae problemas que tiene conexiones con las nociones de cuerpo que describí antes, en la que cual mis interlocutores y la referencia que hace Brown (2007), señalaban que es el *anentai* o corazón lo que permite pensar bien, lo cual era posible a partir de la sangre que recorre por las venas. Esto se resume en que, si una persona no tiene la cantidad suficiente de sangre o si esta sangre no está bien, no podrá pensar correctamente. Irma Tuesta lo expresó así: “*Si la sangre no está circulando bien, entonces uno no piensa bien, y dicen que uno está débil porque su sangre está débil, por eso está así decaído*”.

Una conclusión que podríamos sacar a partir del *putsumat*, es que la deficiencia nutricional y sus consecuencias han sido parte de las preocupaciones de los awajún desde mucho antes que la salud pública lo ponga en su agenda para esta zona. De otro lado, la variedad de recursos utilizados para su prevención y tratamiento da cuenta de ese interés de los awajún por tomar lo mejor que esté a la mano para mantener su salud. Asimismo, nos habla una vez más del papel y conocimiento de las mujeres en la prevención y tratamiento de este tipo de malestares.

En cuanto a la inclusión del *putsumat* o *putsuju* en las estrategias salud pública, en general, esto no se daba en los mensajes en español ni en información brindada por el personal mestizo. La referencia a este aparece en los mensajes traducidos al awajún y en información dada por los promotores de salud indígenas. En un afiche perteneciente a la Red de Salud de Bagua que observé en 2015, no aparece la palabra anemia, sino que esta es traducida utilizando

⁸⁰ Brown (2007) señala que la sangre y el color rojo en general estaba presente de muchas formas en la magia vinculada al jardín. Ejemplo de esto es la “sangre” del achiote, la pintura facial que solían usar las mujeres, y las piedras mágicas o *nantag*. A esto, habría que añadir que el rojo es también predominante en la vestimenta tradicional de hombres y mujeres awajún, y también en los bellos diseños geométricos que suelen ser pintados en sus vasijas.

el término *putsú*. El mensaje de este afiche estaba dirigido a promover los multimicronutrientes distribuidos en esos años, los cuales son traducidos como “vitamina”. Durante el trabajo de campo realizado más recientemente, no vi un afiche similar.



Descripción: A la izquierda, afiche de la Red de Salud Bagua en la que se promueve el consumo de los multimicronutrientes para prevenir la anemia infantil, lo cual aparece a la derecha en una caja roja. **Fuente:** Archivo personal

Una referencia reciente al *putsumat* en la literatura, es el trabajo de Mayca *et al* (2017) en la que se presenta evidencia interesante obtenida a partir de entrevistas en varias comunidades de Condorcanqui, en la que los informantes señalan cosas muy parecidas a lo que he descrito aquí. No obstante, su análisis enfatiza la dicotomía medicina tradicional - medicina occidental observando al *putsumat* y a la anemia como modelos interpretativos separados con tratamientos distintos, lo que no ayuda a visibilizar la articulación de recursos y saberes que las personas realizan en la práctica. De otro lado, desde hace varios años se vienen realizando algunos trabajos que a fin de revalorizar los sistemas de alimentación tradicional han realizado análisis bioquímicos de los nutrientes de las plantas antes descritas, como una forma de validar su uso y comprobar su eficacia desde la ciencia occidental (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN NUTRICIONAL *et al*, 2009).

3.2 DISCURSOS MÉDICOS Y AGENTES SANITARIOS: BREVE RECORRIDO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA BIOMEDICINA ENTRE LOS AWAJÚN

El encuentro colonial y las distintas olas de cambio que hacen parte de la historia de esta región y de los awajún, llegaron acompañadas de diversos agentes que como parte de su accionar introdujeron otras nociones y prácticas ligadas al cuerpo y la salud. En esta parte haré mención de algunos de los personajes y episodios que destaco por su impacto particular en este ámbito durante el siglo pasado. En primer lugar, están los grupos de misioneros; luego estará el “Grupo D.A.M” y las organizaciones indígenas; finalmente, está el Estado y organismos internacionales.

3.2.1 Higienismo y educación sanitaria: Medicina misionera

En la historia colonial no solo de esta región, sino de la Amazonía en general, los misioneros fueron actores primigenios que irradiaron los principios de la salud pública europea y nociones occidentales de la salud y el cuerpo. Esta era una vía para legitimar a las potencias imperiales como precursoras de la modernidad, mostrando a los indígenas la superioridad de este conocimiento y reducir la amenaza que representaba la enfermedad para la estabilidad y la productividad imperiales (GORSKY; NELSON, 2022). Pero, según estos autores, había además un principio filantrópico que tomó forma con los médicos religiosos que aspiraban convertir al cristianismo a los pueblos sometidos a través de la biomedicina, cuya tecnología superior uniría la fe a la misión civilizadora. En ese sentido, la medicina misionera contrastó con la medicina imperial en brindar a los practicantes indígenas acceso a la profesión, y procurar el cuidado de las madres y los niños no solo como sirvientes productivos del imperio. Además, ofreció capacitación a auxiliares y enfermeras indígenas, mediando su acceso a servicios biomédicos (GORSKY; NELSON, 2022:88).

En el caso del Alto Marañón, como fue descrito en el Capítulo 1, fue la Iglesia Nazarena que desde los años 30 empezaría su labor pastoral y civilizadora. Luego, a partir de la década de los 40 y con autorización del Estado peruano, ingresaría el Instituto Lingüístico de Verano. En el caso de Santa María de Nieva, es en la década de los 50 que se asienta de manera permanente la misión jesuita, quienes trabajaron de la mano de dos congregaciones religiosas femeninas: las misioneras del Sagrado Corazón y las siervas de San José.

Un punto en común en estos agentes era la reproducción de un modelo médico higienista, que iba acorde a los ideales de modernidad de la época. La promoción de prácticas de aseo, de cierto tipo de alimentación, de nociones biomédicas del cuidado materno infantil, etc., hacían parte de él. Roger Winans, por ejemplo, quien estuvo a cargo de la misión nazarena desde los años 30, fue recordado no solo por su labor en la educación, sino por emprender una ‘cruzada’ contra el masato (ABAD, 2006:112).

Larry Garman, pastor estadounidense con más de 50 años de trabajo en la Amazonía y con los awajún, ha sido una de las personalidades más destacadas de la Iglesia Nazarena. En una ocasión Julio y yo logramos contactarlo y aceptó amablemente pasar por nuestra casa en Lima un breve momento, antes de irse al aeropuerto y retornar a Amazonas. Aquella vez, nos comentó como gran parte de sus esfuerzos iniciales estuvieron invertidos en la enseñanza de cosas muy simples como el lavado de manos, hervir agua, y promover el uso de letrinas. Señaló que un material que fue de mucha consulta y que acompañó estas actividades fue el conocido libro “Donde no hay doctor” de David Werner, inicialmente pensado para comunidades campesinas andinas. No obstante, a pesar de su formación en medicina y el interés que había en la promoción de la salud, Garman recalcó como rápidamente se dio cuenta en esos primeros años que: *“ser doctor no basta en la selva”*. En ese sentido, las atenciones de salud que realizaban se sumaban a las labores educativas y pastorales, y a otra serie de capacidades que los misioneros debían desarrollar para cumplir con sus objetivos.

Una muestra de esto fue la implementación de dispensarios y la capacitación de sanitarios awajún para la atención en sus comunidades. Esta formación iba de la mano de la evangelización y adscripción a su fe. Esta estrategia ha sido común en los demás grupos de misioneros. Como señala Guallart (1997b:239), en el caso de los jesuitas, la formación de promotores pretendía *“completar la formación de los catequistas haciendo de ellos útiles auxiliares para mejorar la higiene rural y para remediar el desamparo de la población en los caseríos dispersos”*.

Santa María de Nieva, siendo el lugar más conectado de esta zona, contó en 1935 con una primera posta a cargo de un médico residente pero que duró poco tiempo. En los años siguientes, la presencia de sanitarios fue muy intermitente. Es más adelante, en 1956, que el médico González del Río de la misión jesuita se dedicó a la atención de enfermos e hizo un diagnóstico de las condiciones sanitarias (GUALLART, 1997b:133). Las misioneras del

Sagrado Corazón asumieron luego este dispensario, extendiendo su labor hasta las comunidades del río Santiago. Realizaron este trabajo hasta inicios de los 70, época en la que las organizaciones indígenas comenzaron a asumir esta tarea (GUALLART, 1997a:119).

Guallart calificó el trabajo en el dispensario de Nieva como “heroico”, sobre todo en el contexto de las epidemias que debieron afrontar en la zona con muy poco personal, como lo fueron las dos olas de sarampión que arrasaron con centenares de awajún (GUALLART, 1997b). De otro lado, el Instituto Lingüístico de Verano a partir del internado de Yarinacocha impartió un currículo académico ampliado dirigido a un grupo seleccionado de indígenas que incluía asuntos cívicos, higiene corporal y entrenamiento vocacional, que tenían la misión de replicar en sus comunidades de origen (GREENE, 2009).

La biomedicina introducida tanto por misioneros como por comerciantes que recorrían esta región gozó de aceptación debido a qué, entre otras cosas, los indígenas asumían que las enfermedades nuevas eran introducidas a la par que las medicinas que las curaban (BERLIN, 1997:146). Asimismo, las escuelas, particularmente del Instituto Lingüístico de Verano y los jesuitas, cumplieron un papel central en la transmisión de valores y discursos morales que tenían que ver con la salud, las cuales tuvieron un impacto en el uso de plantas alucinógenas (BROWN, 1978). La labor de los misioneros incluyó el registro, ya sea a un nivel narrativo o epidemiológico, de algunos aspectos de la situación de la salud de los awajún en esas épocas, lo cual constituyen datos muy relevantes para el análisis de ciertos cambios en el tiempo a ese nivel. Detallaré algunos de estos datos en el acápite 2.3.

El 2019, mientras estaba realizando el trabajo de campo, se cumplían 70 años de la presencia jesuita en Santa María de Nieva, por lo cual se realizó una actividad conmemorativa en la que se destacó no solo su labor pastoral, sino también sus actividades de proyección social e investigación sobre temas vinculados al agro, titulación de tierras, entre otros⁸¹. No obstante, a pesar de la labor y lazos que algunos de los jesuitas han sabido cultivar en la zona, su poder de convocatoria resulta opacado frente a la presencia de las diferentes iglesias y pastores nazarenos y evangélicos.

⁸¹ Es tas actividades han sido llevadas a cabo desde el SAIPE, que viene a ser el Servicio Agropecuario para la Investigación y Promoción Económica, fundado en 1990 por los jesuitas. Su creación se dio en un momento en que los temas de titulación y agro ganaron notoriedad por las diferentes amenazas que sufrían los territorios indígenas.

Sobre esto, el pastor nazareno Larry Garman nos comentó que parte de lo que ha distinguido a su iglesia ha sido el no centrarse solo en la población indígena, tal como dice que sí lo hizo el Instituto Lingüístico de Verano y en parte los jesuitas; sino que se preocuparon también en involucrar a los mestizos desde el inicio. De otro lado, en los institutos que mantienen se avocan a la formación de pastores indígenas y no indígenas que puedan replicar su doctrina en la mayor cantidad de comunidades posibles.



Descripción: Local de culto de la Iglesia del Nazareno en la comunidad de Chingamar, en la que servía un pastor awajún que además era conocido por curar muchas enfermedades. **Fuente:** Archivo personal

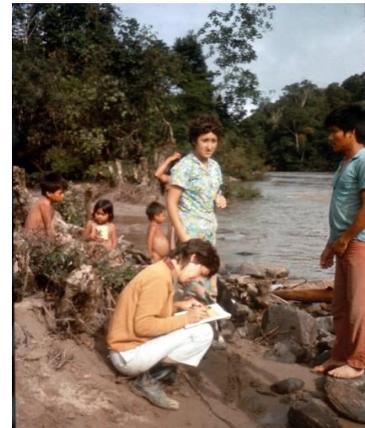
3.2.2 La dimensión política de la salud: El “Grupo D.A.M” y la organización indígena

Como fue señalado en el Capítulo 1, el “Grupo D.A.M” estuvo conformado por un grupo interdisciplinario de españoles laicos que llegaron a esta parte de la Amazonía convocados por la iglesia jesuita, con el encargo de capacitar a los awajún en conocimientos diversos que les fueran útiles para afrontar los fuertes procesos de cambio que atravesaban en ese momento. Sin embargo, los rápidos conflictos a causa de las diferencias en las visiones sobre cómo esto debía ejecutarse y hacia qué se debía apuntar entre dicho grupo y los jesuitas, hizo que decidieran emprender un camino propio. De esa manera, el “Grupo D.A.M” empezó sus labores en el Alto Marañón en 1971 en la comunidad de Yampits de la cuenca del río

Cenepa, culminando su existencia en 1979, momento en el que a su parecer se habían alcanzado los objetivos y el grupo “*ya no hacía falta*” (JESSET, 2015).

Ubico al “Grupo D.A.M” aparte de la labor de los misioneros pues, si bien sus acciones referentes a la salud involucraban también la educación sanitaria, e incluso ha sido calificada por algunos como “marcadamente asistencialista” (ABAD, 2004); el trasfondo ideológico era distinto al procurar que los awajún alcancen su autonomía y autogestión. Muestra de ello era que desde el inicio sus integrantes plantearon como objetivo su extinción. Antón (2015), quien fuera integrante del “Grupo D.A.M” señala sobre esto:

“El objetivo final de la Asociación es llegar a ser innecesaria en el periodo más breve posible (o en el que señalen las comunidades). El proyecto, conceptualmente, es un proyecto a largo plazo que conducirán las comunidades nativas”



Descripción: Miembros del “Grupo D.A.M” realizando la vacunación a menores en el Alto Marañón en 1975.

Fuente: Fotos cedidas gentilmente por María Victoria Antón Nardiz, quien fuera parte del D.A.M.

Sus actividades se caracterizaron por el establecimiento de una relación simétrica que valorizaba su cultura, lo que se tradujo en la formación de promotores de salud indígenas cuya preparación incluía un curso de medicina tradicional enseñado por un *muun* o anciano awajún que debía elegir cada comunidad, pues consideraban que la fuerte introducción de la biomedicina estaba haciendo que los awajún abandonen y olviden sus prácticas tradicionales (OZONAS, 2015).

Sus acciones comprendieron la captación de fondos de organismos internacionales para llevar a cabo proyectos forestales, agropecuarios, de comercialización, y de salud. Como parte del cierre de su labor realizaron un diagnóstico de los problemas sanitarios de las comunidades pertenecientes al río Cenepa, en el que además de explicitar la importancia de comprender la salud de este grupo desde una mirada que integre lo social y lo político, adjudican varios de los males presentes en ese momento al cambio cultural (GRUPO D.A.M., 1979).

En ese contexto, surge el Consejo Aguaruna-Huambisa en 1977 teniendo como su líder más visible a Evaristo Nugkuag. Como parte de las primeras acciones, y ante los fuertes vacíos en la atención de salud, se instala una posta médica en la comunidad de Napuruka para ser gestionada por la propia comunidad. Desde ahí, se comienza a extender su programa de salud que involucraba una red de promotores indígenas que debían encargarse de toda la asistencia sanitaria en puestos ubicados en comunidades estratégicas de los cinco ríos, y que incorporaba un sistema de capacitación financiado con el apoyo de organismos internacionales, así como un programa de salud materno infantil (INOACH, 2021).

La formación impulsada por el Consejo Aguaruna-Huambisa incluía a varones y mujeres indígenas, y era llevada a cabo por profesionales que venían desde otros países gracias a los acuerdos que comenzaron a tener con los organismos de cooperación. Juan Yampis, Amelia Etsam y Rosa Calvo, colaboradores importantes para este capítulo, fueron parte de ese grupo, quienes luego pasaron a trabajar como parte del Hospital de Nieva. Amelia, me contó un poco de este proceso:

“El Consejo Aguaruna-Huambisa empieza en 1984 un proyecto para preparar a toda la población para que puedan trabajar a favor del pueblo, tanto como parteras, que sepan dosificar, conocer los tratamientos con plantas medicinales. Para eso vinieron médicos extranjeros desde París, Inglaterra, Escocia, Australia, y de otros lugares. Al final, estos promotores son captados por el Ministerio de Salud. De ahí vienen a ser reconocidos económicamente, son nombrados, y al final vienen acá al Hospital de Nieva”.

El funcionamiento de esta red de atención buscaba hacerse sostenible a partir de su articulación con el Estado y posterior reconocimiento oficial. La organización que llega a tener esta red gracias al esfuerzo de las propias comunidades y sus líderes, hace que comiencen a recibir algunos apoyos estatales. Sin embargo, el Estado llegó a publicitar luego dichos logros

como si fueran parte de su obra, cuando los reales autores habían sido los indígenas y sus aliados (ABAD, 2004).

Es a fines del siglo pasado y sobre todo en los 2000 que el Estado comienza a asumir progresivamente la gestión de dichos puestos de salud. No obstante, lejos de contribuir al fortalecimiento organizativo que hizo posible la creación de esa red sanitaria inicial, se dio un proceso de debilitamiento y marginalización de los promotores de salud indígenas que fueron absorbidos por el Ministerio de Salud, así como el deterioro de las infraestructuras creadas.

3.2.3 La acción estatal: Medicalización y una noción de interculturalidad problemática

La primera imagen que recibieron los awajún del Estado fue una imagen militarizada. Al ser un espacio de frontera y ante las varias tensiones con el Ecuador, la presencia estatal se vio representada en los destacamentos militares ubicados en esta zona desde las primeras décadas del siglo pasado. El reconocimiento de poblaciones culturalmente diferentes aún no era parte de una posición oficial. Es a partir de la década de los 40 que esto empieza a ser asumido formalmente, lo que se visibilizó con la autorización otorgada a los misioneros para que desarrollen acciones educativas con el anhelo de civilizarlos, quienes como vimos asumieron también varios aspectos sanitarios. La presencia estatal en materia de salud tardaría aún varias décadas.

Una primera intervención de salud estatal que quedó en la memoria de varios awajún, y no de manera positiva, fue la realizada desde el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) cuyas campañas empezaron a realizarse desde fines de los años 50. Esta podría decirse que fue la primera intervención importante en materia de salud pública en la zona, la cual se desarrolló en varios espacios rurales indígenas de la Amazonía con el apoyo del Instituto Lingüístico de Verano y los maestros bilingües que habían formado. Este tema fue fuertemente impulsado desde la OMS en varios países de la región, y fue desarrollado en el Perú con el soporte de OPS y UNICEF. Este programa cumplía con las características de lo que en salud pública es conocido como un “programa vertical”, e involucraba la fumigación con DDT. Como describió el médico Guillén (1962) que dirigió esta intervención, los maestros bilingües fueron capacitados para la toma de muestras de gota gruesa a sus paisanos lo cual, sumado al hecho de que durante las campañas llegasen sanitarios desde la ciudad a sacar más muestras de sangre,

llevó a que en algunas zonas se comenzasen a tejer historias de “pishtacos”⁸². De otro lado, las fumigaciones realizadas por los “malarios” sin el consentimiento ni comprensión clara de los residentes de lo que era esa sustancia, tenía como una de las consecuencias la muerte de gallinas y otros animales domésticos. Todo esto terminó generando rechazo y hostilidad hacia estos equipos (BROWN, 1984; INOACH, 2021).

Fuera de este tipo de campañas de salud esporádicas, no existió por mucho tiempo una presencia institucional permanente del Ministerio de Salud en esta zona. Es en los 90 y sobre todo los 2000 que el Estado comienza a tener una mayor presencia sanitaria en esta región, alimentándose de lo construido en el tiempo por los actores antes señalados y el trabajo que realizaron las organizaciones indígenas en los puestos de salud que luego serían oficializados como parte del Estado. El Hospital de Nieva comenzaría a funcionar recién en 2006. Mucho del personal que comenzó luego a trabajar en estos puestos de salud fueron los llamados “serumistas”, es decir, los egresados de especialidades de la salud que como parte de los requisitos para trabajar en el Estado debían realizar un año del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud⁸³. Sin ese mecanismo, era muy difícil que los profesionales de la salud eligiesen trabajar fuera de Lima y las principales ciudades del país, algo que no ha cambiado demasiado hasta ahora.

En los 2000 varios de los pasos que se dieron en materia de salud de pueblos indígenas tanto en Condorcanqui como en otros espacios de la Amazonía, fueron con la asesoría y soporte económico de organismos multilaterales. En esta zona fue importante Unicef, que impulsó acciones en salud materno infantil. Amelia Etsam me hizo un comentario sobre esto, en el que menciona los conocimientos técnicos aprendidos a partir de la intervención de esta entidad:

“Desde siempre el awajún ha manejado sus plantas, pero con Unicef hemos aprendido a dosificar, a dar medicina según peso, a preparar cremas, a ver la manera de cómo secar las hojas, a hacer jarabes”.

⁸² El pishtaco es una figura de larga data que es paradigmática del imaginario andino, la cual linda entre lo real y mítico. Algunas de sus principales atribuciones ha sido el ser representado por personajes foráneos masculinos que roban la grasa y órganos de los indígenas, lo cual ha ido adquiriendo matices según el contexto y la historia.

⁸³ El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) fue creado a inicios de los 80 como una estrategia para incentivar que el personal de salud llegue a las zonas más alejadas del país, y que de esa forma esa población reciba una atención. El servicio debe ser realizado por un año, y se mantiene hasta la actualidad como un requisito para trabajar en el sector público.

Este tipo de iniciativas, así como el interés del Estado por los awajún y wampis se incrementaría por los efectos del “Baguazo” del 2009, y los compromisos que se asumieron con las organizaciones indígenas que reclamaron una mayor atención del Estado. En 2012, también con el soporte de UNICEF, comienzan a aplicarse pruebas rápidas para la detección de VIH, registrándose una cantidad de casos no esperada. La búsqueda de casos se intensificó en los años siguientes, teniendo como resultado que la prevalencia era más elevada que el promedio nacional. Esto llevó a concluir la existencia de una epidemia de VIH que tuvo como consecuencia una serie de acciones que considero hacen parte importante de la historia reciente de cómo se ha desarrollado la salud pública en Condorcanqui. Aunque esta intervención contribuyó con la detección temprana y reducción de mortalidad por VIH/Sida, fue también un catalizador de visiones culturalistas sobre los awajún que servirían como justificación del poco resultado de algunas de las estrategias propuestas.

SIDA >

El VIH golpea a la Amazonía peruana

La etnia awajún, la más afectada, es reacia a aceptar el sida por las barreras culturales y la desconfianza hacia el Estado

PABLO PÉREZ ÁLVAREZ

Lima - 27 NOV 2015 - 09:49 PET



Centro de salud de Hwasampant, capital de la cuenca del Cenepa, la más afectada de la región awajún por el VIH-sida. P.F.A.

NEWSLETTER

Recibe el boletín de PI

LO MÁS VISTO

1. Compresas reutili
revolución menstrual
del Himalaya
2. El cultivo de soja e
problema alemán
3. Las lluvias torrenciales
ciudades africanas

Fuente: Diario “El País” de España, noviembre del 2015. Disponible en el link https://elpais.com/elpais/2015/11/26/planeta_futuro/1448549343_964635.html

Esta intervención duró varios años y contó con presupuesto del Fondo Mundial. Es en ese transcurso que los discursos sobre interculturalidad y la importancia de adecuar las estrategias de salud comenzaron a ganar peso. Algunas organizaciones del tercer sector

articuladas con organizaciones indígenas materializaron esto a partir de la traducción de mensajes claves, y elaboración de otro tipo de material comunicacional diseñado de forma participativa. A la intervención del VIH/Sida le siguieron las acciones para el control de la anemia, asunto que también ganaría vigencia a través de la asesoría técnica de UNICEF en el Ministerio de Salud. Esto se desarrollará en el Capítulo 3.

En la tabla que viene a continuación se condensan los principales eventos señalados en esta parte, asociados a la historia de la introducción de la biomedicina y salud pública en esta zona.

Tabla 06. Resumen de procesos relevantes vinculados a la salud entre los awajún

1930's	<ul style="list-style-type: none"> - Atenciones de salud a partir de misioneros nazarenos en el Alto Marañón. - Primer puesto de salud en Santa María de Nieva a cargo de un médico residente. Tuvo una duración breve.
1950's	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria con apoyo del Instituto Lingüístico de Verano y sus docentes indígenas. - Instalación del dispensario en Santa María de Nieva a cargo de los jesuitas y misioneras del Sagrado Corazón.
1960's	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de salud y capacitación en prácticas higienistas continúa a cargo de jesuitas, Instituto Lingüístico de Verano y nazarenos.
1970's	<ul style="list-style-type: none"> - "Grupo D.A.M" impulsa la formación de promotores de salud indígenas en el Alto Marañón. - Creación del Consejo Aguaruna-Huambisa e instalación de puesto de salud en Napuruka a cargo de los indígenas. - El Consejo Aguaruna Huambisa comienza a asumir la atención de salud de forma organizada.
1980's	<ul style="list-style-type: none"> - Extensión de red de promotores indígenas formados por el Consejo Aguaruna-Huambisa en comunidades de los cinco ríos, y desarrollo de su programa de salud materno infantil.
1990's	<ul style="list-style-type: none"> - El Estado, a través del Ministerio de Salud, comienza a asumir de a pocos la gestión de los puestos de salud creados a partir del Consejo Aguaruna-Huambisa, con la presencia de serumistas.
2000's	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud en alianza con Unicef y otras entidades multinacionales, comienza a desarrollar algunas intervenciones en la zona de manera más sostenida. - Construcción del Hospital de Nieva.
2010's	<ul style="list-style-type: none"> - A partir del Baguazo en 2009, el Estado incrementa su presencia en Condorcanqui desde sus diferentes estrategias. - Se declara una epidemia de VIH entre los awajún.

3.3 TRANSFORMACIONES Y DESEQUILIBRIOS EN EL BIENESTAR: NEOCOLONIALISMO, VULNERABILIDAD Y DEPENDENCIA ALIMENTARIA

En esta sección se describirán datos referidos a algunas manifestaciones que han sido consideradas como crisis y expresiones de malestar y desequilibrio entre los awajún siendo estas la brujería, el suicidio y homicidio. Seguidamente, se señalarán algunos cambios que formaron parte de las transformaciones en el sistema agrícola que sostenía su subsistencia, y que contribuyeron a la dependencia alimentaria.

3.3.1 Las varias “crisis” de la sociedad awajún y sus impactos en el bienestar

Diversos autores coinciden en señalar distintas crisis o puntos de quiebre en la trayectoria histórica contemporánea de los awajún ocasionados por el contacto con fuerzas neocoloniales, que tuvieron como consecuencia el incremento de manifestaciones de tensión social y malestar. La llegada de comerciantes, militares, misioneros, colonos, la introducción de nuevas enfermedades, el nucleamiento, la creciente presión sobre la tierra, la construcción de la carretera y del Oleoducto Norperuano; son algunos de los principales factores que produjeron estos puntos de quiebre y desequilibrios.

Así, mientras que los agentes sanitarios antes descritos se preocupaban por atender las gripes, epidemias de sarampión, la parasitosis en los niños, y enseñaban prácticas de higiene; se desenvolvían a la par una serie de suicidios, homicidios por venganzas, y acusaciones de brujería. Todos estos son fenómenos de difícil entendimiento y explicación que, justamente por su complejidad, o quedaron varias veces en el tintero o fueron interpretados de forma poco precisa. A propósito de ello, y como una forma de contribuir a su visibilidad, entre la década de los 50 y 70 se realizaron tres sondeos sobre las causas de muerte que arrojan datos muy interesantes:

- Guallart (1997a; 1997b) describe que la frecuente presencia de este tipo de eventos llevó a la realización de un sondeo neuro-psiquiátrico en 1953 a cargo de un médico de la misión jesuita en Santa María de Nieva, el cual consistió en consultar a 300 pacientes por las causas de fallecimiento. Los resultados fueron que: 42.1% de las muertes fueron atribuidas a

brujería, 37.0%⁸⁴ a suicidios, 25.5% a homicidios, y 12.0% a accidentes. Esto le llevó a concluir que existía una peligrosa proclividad de los awajún a “síndromes de ansiedad”, y que dichos resultados reflejaban explicaciones culturales sobre el origen de la enfermedad.

- Dos décadas después⁸⁵, el “Grupo D.A.M” (1979) realizó un sondeo similar a 277 awajún de comunidades del río Cenepa, con la diferencia que las respuestas fueron clasificadas según sexo⁸⁶. Los resultados presentan similitudes y diferencias interesantes con relación al sondeo de los jesuitas. Por un lado, la brujería aparece también como la primera causa reportada tanto en varones como en mujeres⁸⁷; sin embargo, en el caso de los varones la segunda causa fue el homicidio con 16% mientras que en las mujeres lo fue el suicidio con 22.1%. Otra diferencia es que esta vez aparecen la sarampión y gripe como siguientes causas importantes, lo que demuestra el impacto de las epidemias que llegaron y arrasaron en esta zona.
- A fines de los años 70, el antropólogo M. Brown (1984a) realiza otro sondeo a 178 personas en dos comunidades del Alto Mayo, en ese momento afectadas por la penetración de la Carretera Marginal. La diferencia es que adicionó la pregunta de la causa de muerte de menores de 0 a 12 años. Los resultados arrojaron una causalidad similar a lo encontrado por el “Grupo D.A.M”, aunque más acentuada. En los hombres, las dos primeras causas fueron homicidio (37%) y brujería (30%); mientras que en las mujeres fueron el suicidio (58%) y brujería (20%); en tanto que en los menores fue la brujería (57%) y “enfermedad” (40%).

Al margen de las limitaciones y posibles sesgos de estos registros, los considero datos de mucho interés que dan luces de la magnitud que tenían es fenómenos en distintos momentos entre los awajún. Es resaltante que a pesar de las diferencias entre los que recopilaron estos datos (un médico jesuita, un grupo de activistas españoles, y un antropólogo estadounidense) y los contextos, la tendencia era marcadamente la misma. La brujería, el homicidio y el suicidio se repiten como las principales causas de muerte; lo que variaba era la frecuencia en cada caso.

⁸⁴ El suicidio aparece en Guallart 1997a con 37% mientras que en Guallart 1997b aparece con 12%. No tengo claro si esto se debe a un error de redacción o a otro motivo. Decidí dejar 37% por acercarse a la cifra reportada en otros documentos.

⁸⁵ Los datos son de 1972, pero fueron publicados en 1979.

⁸⁶ Los datos corresponden a 100 hombres y 177 mujeres.

⁸⁷ La brujería fue reportada como causa de muerte en el 53% de varones, y en el 31.3% de mujeres.

Al respecto, como señala Brown (1986), la muerte ha sido siempre entre los awajún un catalizador social porque siempre hay un culpable; lo cual aplica tanto para la brujería como para los suicidios. De otro lado, esos datos expresan una cuestión de género relevante, que es que las acusaciones de brujería y los homicidios por venganza son fenómenos preponderantemente masculinos, mientras que el suicidio lo es femenino.

Los datos antes mencionados tuvieron en su momento diferentes interpretaciones. El jesuita Guallart los asumió como un asunto básicamente cultural y como parte de una tendencia peligrosamente ansiosa de los awajún. Por su parte, el “Grupo D.A.M” presenta a la brujería como un mecanismo para no asumir la culpa del sufrimiento físico, y se señala que el contacto cada vez mayor con la biomedicina y comprobación de su eficacia llevaría a un reajuste de esta clasificación a favor de las enfermedades “naturales”. Ellos afirmaron también que la introducción de nuevas enfermedades, la mayor dependencia de médicos, y el desprestigio de la medicina tradicional, llevó a una crisis a nivel de la salud de los indígenas que se hacía visible en estados agudos de tensión colectiva, generando picos de demanda anómalamente altos de atenciones biomédicas. En su opinión, los religiosos contribuyeron a la profundización de la angustia y sensación de dominio a partir de sus discursos moralizantes y de culpa por el uso de recursos de su cultura. Abad (2006) coincide con esto al señalar que un punto de quiebre importante se dio en los 50 con la presencia permanente del ILV y misioneros jesuitas. El proceso de alfabetización y valores que impulsaron, llevaron a distinciones entre aquellos varones que lograban comunicarse en castellano y aquellos que no, y además acentuaron las rencillas internas.

Brown (1982; 1986; 1990; 2012) también se ocupó de estos temas y fue más allá al resaltar la importancia de observar la dimensión histórica de estos fenómenos que, como él mismo confiesa, fueron acertijos de difícil explicación. En ese sentido, no se debe olvidar que tanto la brujería como los homicidios por venganzas intertribales son algo que ha estado presente en los awajún y otros pueblos jíbaros desde antes que los misioneros tuviesen una presencia permanente⁸⁸. De otro lado, afirma que el suicidio sí parece ser un fenómeno que ha distinguido a los awajún de los demás grupos jíbaros, el cual siempre fue un asunto marcadamente femenino y que era parte de la vida social awajún desde antes que el contacto

⁸⁸ Esto es algo que, como Brown recoge, está descrito en los textos de viajeros y primeros etnógrafos de los grupos jíbaros achuar y shuar como Karsten y Harner.

con los no indígenas se intensificara⁸⁹. El asunto es que estas manifestaciones se incrementaron en el tiempo en determinados períodos, por ello la importancia de los aspectos históricos más allá de lo cultural.

El suicidio femenino awajún⁹⁰ se constituyó en el tiempo como un terreno de reflexión con diferentes aportes y puntos de vista (BROWN, 1984^a, 1986; BANT, 1994, 1999; TUESTA *et al*, 2012; GUEVARA, 2019). Entre estos, considero que el trabajo de Brown (1986) es el más completo y convincente al hacer el esfuerzo de integrar distintas variables como historia, procesos de cambio que ocurrían en el Alto Mayo, aspectos culturales, los desequilibrios de género, y una visión del suicidio como acción social⁹¹. Uno de los focos de su argumento es que en un tiempo en el que las habilidades de las mujeres se vieron devaluadas por la presencia de cultivos comerciales y la fuerte introducción de productos farmacéuticos, las amenazas de suicidio eran un mecanismo para convertirse en sujetos en un contexto que las relegaba al estatus de objetos.

Bant (1994 y 1999) coincidió con esto y propuso dar más énfasis a las desigualdades de género y observar las amenazas de suicidio como un efectivo mecanismo de protesta y resistencia femenina. No obstante, Tuesta *et al.* (2012) discreparon de generalizar y aplicar teorías de subordinación femenina cuando en realidad las mujeres awajún venían alcanzando mayor participación en las últimas décadas en espacios políticos que habían sido tradicionalmente masculinos. Tuesta *et al.* presentan dos etapas destacadas de lo que llaman el “suicidio moderno” -distinta del “suicidio antiguo”-, una en los 50 con la llegada de misioneros, y otra en los 90 con el ingreso masivo a las escuelas. De otro lado, Guevara (2019) propone

⁸⁹ Esto lo demuestran registros de inicios del siglo pasado como Tessman (1930), Brüining (1928) y Rivet (1908), citados en Brown (1986). También hay registros de suicidios realizados por la misionera Grover quien presenta datos de más de sesenta suicidios entre los años 40 y 60.

⁹⁰ Aunque se habla de suicidio, en realidad se hace referencia también a las amenazas o intentos de suicidio. Los autores citados en esta parte coinciden en describir la diversidad de sustancias tóxicas con el que las mujeres intentaban suicidarse: plantas, champú, jabón, detergente, etc. También estaba el ahorcamiento. Brown (1984a) recabó algunos datos numéricos de las formas más frecuentes de intentos de suicidio. El uso de esas sustancias hacía que muchas veces el intento de suicidio no acabe con la muerte de la mujer. En cambio, en el caso de los varones, la forma más frecuente de suicidio era con un arma de fuego, por lo que su muerte era casi inevitable.

⁹¹ Brown recoge que las explicaciones que los propio awajún le daban sobre los suicidios eran bastante superficiales y generalmente referían a que la persona tuvo una emoción fuerte, o que esa persona no pensaba bien. Esto es algo similar a lo que encontraron otros autores citados en este acápite. También era clara la diferencia generacional que hacían los más mayores, al señalar que la pérdida de interés de los jóvenes en buscar una visión tendría que ver con el incremento de una conducta suicida. El cambio en la alimentación, y específicamente la introducción del azúcar en sus distintas presentaciones hacía que los jóvenes tengan un pensamiento débil y vacilante.

analizar el intento de suicidio femenino awajún como una forma de disfunción cultural utilizada para el afrontamiento de conflictos y la reestructuración de las relaciones entre hombres y mujeres; así como una variante de las cosmodemias.

Más allá del tema del suicidio, lo que podemos concluir es que los progresivos cambios en las bases sociales, culturales y económicas de la sociedad awajún, dejaron particularmente a las mujeres en una posición cada vez más difícil⁹². La mayor profesionalización de varones awajún como docentes y técnicos de salud, además de su mayor acceso a la economía monetaria, generó brechas visibles con las mujeres. Incluso su más temprana participación en actividades políticas, hizo que muchas de estas se queden en la comunidad y tuviesen que resolver solas su subsistencia familiar (ABAD, 2006). Con certeza esa debió ser otra “crisis” en esta sociedad. Sin embargo, los varones también tuvieron que reposicionarse ante estos cambios. Aunque algunos valores guerreros se supieron mantener en el tiempo, nuevas habilidades y formas identificadas con lo mestizo ganaron mucha relevancia. Como señala Segato (2016), la interpelación que logra la masculinidad blanca -y mestiza diría yo para este caso- es fuerte porque es vencedora, lo que provoca que muchos varones se entreguen a esos mandatos y se vuelvan colonizadores dentro de casa⁹³.

Actualmente, la participación de las mujeres awajún en espacios políticos es mayor, así como su profesionalización y acceso a puestos de poder. Sin embargo, es aquí cuando debemos cuestionarnos la pertinencia de usar la expresión “las mujeres awajún” en general, y comenzar a pensar en las diferencias y asimetrías al interior. Mientras tanto, el suicidio femenino se mantiene como un asunto nada menor y de difícil intervención. Según datos de la Red de Salud Condorcanqui⁹⁴, entre 2015 y 2019, el suicidio aparece como segunda causa de muerte materna con un 25%. De otro lado, la violencia física y sexual hacia mujeres adultas y menores está siendo cada vez más expuesta y denunciada. Las denuncias a varones por pensiones de alimentos es otro tema actual y fue un asunto que apareció con frecuencia con

⁹²Sobre esto, Inoach (2021:51) describe que “desde que los mercaderes entraron a explotar los recursos locales utilizando la mano de obra barata a cambio de productos foráneos, la relación de hombre y mujer se vio desequilibrada (...) La fuerza y habilidad que tenía el varón para satisfacer sus necesidades las puso al servicio del patrón”.

⁹³ Con esto, no pretendo dar la imagen de un “antes” en el que las relaciones hombre-mujer eran ideales. Brown y Greene dan pistas de lo brutales que podían ser algunos hombres awajún con sus mujeres, e incluso Guallart en su libro *Poesía Lírica Aguaruna* (1974) presenta dos fragmentos de cantos que recogió y que los tituló “El marido brutal” y el otro “La mujer maltratada” que son muy explícitos. El punto, es que los espacios de negociación que tenían las mujeres se fueron reduciendo en el transcurrir de los procesos ya señalados.

⁹⁴ Datos disponibles en el diagnóstico Plan Binacional Perú - Ecuador (2020:119).

varias de las mujeres con las que conversé. Menciono estos temas aquí porque considero que son un factor de tensión social vigente. Los roles asumidos por hombres y mujeres en el proceso de urbanización, los discursos de derechos y género que llegan desde entidades del Estado y organismos internacionales, lo burocrático y judicial como una nueva vía para el tratamiento de conflictos, entre otros; hacen parte de estos cambios que vienen reconfigurando las relaciones de género.

3.3.2 Colonización alimentaria y dependencia nutricional

La colonización de la Amazonía fue también una colonización alimentaria y ambiental que resquebrajó las bases de la subsistencia y autosuficiencia que había mantenido a estos pueblos por siglos. En este punto hare mención de dos dimensiones de este proceso: las transformaciones en los sistemas alimentarios, y especificaré el caso de la escuela como agente que ha contribuido a la dependencia alimentaria.

3.3.2.1 Transformaciones en los sistemas alimentarios

Este tema es amplio e involucra varios procesos, no obstante, intentaré mencionar aquellos más saltantes desarrollados sobre todo desde mediados del siglo pasado a fin de dar un panorama de los factores que contribuyeron a esto y las implicancias que ha tenido entre los awajún.

Según la minuciosa investigación dirigida por el antropólogo Brent Berlin, financiado por la Universidad de Berkeley a inicios de la década del 70 en el Alto Maraón, los indígenas mantenían aún una diversidad alimentaria amplia y un estado de salud en general bueno, excepto por casos de grupos específicos con patologías graves⁹⁵. Sin embargo, como señalaba Brown (1984) los awajún ya venían atravesando cambios acelerados que representaban una amenaza a sus formas de vida y salud. La teoría del vacío demográfico que colocaba a la Amazonía como un terreno homogéneo y deshabitado, fue parte del sustento para que los gobiernos de turno emprendieran distintas estrategias de colonización e integración forzada al Estado-nación. Las más saltantes en esta región fueron el incentivo para el ingreso de colonos

⁹⁵ Se presentarán estos datos en el siguiente punto.

de distintas partes del país, la colonialidad vial a partir de la construcción de carreteras, y la construcción del oleoducto Norperuano. Estos cambios tuvieron un fuerte impacto en el sistema de posesión de tierras contribuyendo a la estratificación y rencillas internas, lo que se intensificaría con la Ley de Comunidades Nativas. Como impacto adicional estuvo el ingreso más intenso de comerciantes y productos envasados que significaron una transformación progresiva de la dieta, sobre todo en los lugares que eran punto de llegada de los foráneos, como era el caso de Santa María de Nieva.

Otra de las transformaciones más significativas se dio a través de la promoción de monocultivos de larga escala, siendo uno de estos el cultivo del arroz incentivado por el Ministerio de Agricultura desde fines de los años 60. Precisamente, Works (1984) realizó una investigación sobre el impacto del “boom del arroz” de los años 70 entre los awajún del Alto Mayo. Este proyecto colonizador estatal se basaba en la observación errónea que asumía a los sistemas agrícolas indígenas de baja intensidad y los territorios utilizados para la caza y la recolección, como tierras abandonadas y susceptibles de apropiación privada (CANDIANI, 2021).

Sin embargo, este tipo de proyectos desarrollistas no solo se daban en Perú, sino que hacían parte de una tendencia modernizadora de la agricultura aplicada en otros países de la región, e impulsada por entidades como el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller, con el objetivo de generar un desarrollo económico. Taussig (1978) por ejemplo, describe la instalación de plantaciones de caña de azúcar en el Valle del Cauca en Colombia en ese mismo periodo bajo el supuesto de obtener una mayor rentabilidad a partir de estas tierras. Estos proyectos de agricultura capitalista partían de observar a los sistemas de larga escala como más eficientes que los sistemas tradicionales. Sin embargo, como bien señala Taussig, esa noción de eficiencia podía ser cuestionada, ya que los sistemas tradicionales eran al final varias veces más eficientes en términos de la energía utilizada para producir los alimentos, en comparación con el aporte de energía requerido para producir en los sistemas de larga escala.

Como señala Works (1984), el monocultivo del arroz implicó entre los awajún la transición de un sistema de subsistencia a uno de agricultura comercial, lo que fue intensificándose en las siguientes décadas con otros cultivos principalmente frutales. Estos cambios se hicieron más notorios desde los años 70, a los que se sumaron en el tiempo proyectos promovidos por oenegés y entidades como el Banco Mundial que buscaban aplicar un enfoque

agrícola basado en la tecnificación e introducción de nuevos cultivos como vía para la inserción económica de esta zona, los cuales debían ser comercializados a partir de la Carretera Marginal. Sin embargo, las dificultades para su mantenimiento entre otras razones, hicieron que el objetivo de inserción económica no fuera alcanzado, más que para los mestizos y aquellos awajún conectados con las redes comerciales. Por ejemplo, Roche et al (2007) señalan que en el caso del café y cacao los resultados fueron dispares debido a las constantes plagas y dificultades en el manejo técnico. Este tipo de agricultura demandaba además el uso de agroquímicos y pesticidas para su mantenimiento sumando una variable más al impacto ambiental.

De esta manera, el paisaje bosquesino amazónico fue incorporando la agricultura extensiva, pastizales para ganado, y una mayor extracción de madera dando pie a la deforestación (ABAD, 2006). Esto fue de la mano de una progresiva reducción de la tierra destinada a la agricultura familiar. En pocas palabras, se introdujo un modo de producción capitalista que incorporaba nuevos conceptos sobre el uso de la tierra, el trabajo y la tecnología, alterando las relaciones naturaleza-sociedad (CANDIANI, 2021). Sin embargo, no solo se resquebrajó su sistema de subsistencia y autogestión, sino también la nutrición. Esta transformación, sumada a los otros factores señalados, contribuiría a un progresivo deterioro de los indicadores nutricionales. A partir de allí se harían una serie de mediciones impulsadas por entidades extranjeras para comprobar algo que era evidente, y promover proyectos nutricionales (TAUSSIG, 1978).

De otro lado, la capacitación en los conocimientos técnicos agrícolas estuvo centralizada en gran medida en los varones, convirtiéndolos en los especialistas del manejo de este nuevo sistema de cultivo. Esta masculinización de la agricultura abrió brechas y trajo desequilibrios de género al restar valor al trabajo y conocimientos ancestrales de las mujeres asociados a la horticultura. Works (1984) describe como este cultivo comercial llevó a que los varones manejen el dinero de las ventas, mientras que las mujeres mantenían la reproducción de las actividades de subsistencia tradicional con una participación de los varones cada vez menor. Algo similar describe Taussing (1978) en el caso de Colombia, en donde señala que la transformación del modo de producción agrícola ocasionó que la carga del cuidado y la alimentación de los niños recaiga cada vez más sobre las mujeres como resultado de la descomposición de la familia extensa y nuclear que eran empleados como mano de obra en los cultivos de caña. En realidad, este sistema de producción agrícola estuvo presente en otros

entornos coloniales como África, en el que los varones fueron el foco para el desarrollo de la agricultura de larga escala, invisibilizando el trabajo agrícola y doméstico que continuaban realizando las mujeres y relegándolas de estas nuevas economías (MOORE, VAUGHAN, 1987).

Según Works, esto significó que la economía monetaria termine de penetrar en las unidades familiares, comenzando a generar brechas de género basadas en el valor económico del trabajo de hombres y mujeres. La excepción estuvo en los awajún más mayores, quienes no mostraron mucho interés en estas nuevas técnicas agrícolas. Estos desequilibrios se veían reforzados por la imagen que creaban los censos agrícolas elaborados por el Estado desde una visión mestiza, en la que los varones figuraban como agricultores y las mujeres como amas de casa, ignorando su aporte a la subsistencia familiar a partir de la horticultura (WORKS, 1984).

Otros proyectos desarrollados desde los años 80 buscaron integrar económicamente a mujeres awajún enseñándoles a cultivar vegetales para su autoconsumo y también para la venta. Sin embargo, como recoge Works, estas iniciativas no tuvieron éxito tanto por razones económicas como culturales y sociales. Primero, no había una demanda de estos productos por lo que su venta no prosperó, segundo, eran insumos que no formaban parte de su dieta y que no gozaron de mucha aceptación, y tercero, no era bien visto que todas las mujeres se ausenten al mismo tiempo de sus viviendas para ocuparse de esta actividad y que dejen de lado sus labores domésticas. Algo similar describe Taussig (1978) en el caso de Colombia, en el que luego de las rupturas en su sistema de subsistencia promovidas por las visiones desarrollistas que llegaban de fuera, se desarrolló un proyecto nutricional con recursos de USAID que buscaba promover la autosuficiencia de las mujeres y “liberarlas del machismo latino”.

Posteriormente, con el posicionamiento de la (in)seguridad alimentaria de los pueblos indígenas en la agenda global se reproducirían este tipo de proyectos que además comenzaron a incluir más marcadamente el enfoque de género. Estas experiencias han sido diversas en sus resultados, y algunos proyectos no pudieron evitar caer en una mirada homogenizante de las mujeres indígenas y que ignoraba sus formas internas de asociación (NIETO, 2013).

Asimismo, la colonización alimentaria fue también ideológica, otorgando un valor superior a estos nuevos cultivos, y a los productos y alimentos envasados que llegaban de fuera, desvalorizando los cultivos nativos. En lugares como Santa María de Nieva en donde el

intercambio con mestizos era de origen y en donde el comercio estaba más presente, los hábitos alimenticios se vieron alterados con más rapidez. Esto no se dio de un momento a otro ni tampoco envolvió a todos por igual. Por ejemplo, los docentes y técnicos indígenas fueron quienes se vieron más rápidamente influenciados por este tipo de alimentación, debido a su mayor contacto con la sociedad mestiza y valores asociados a la modernidad. Gil Inoach (2021:85) líder e intelectual awajún describe esto:

“En mi familia no había prohibiciones porque éramos los primeros violadores de la disciplina dietética que conservaban algunos viejos (...) Los empleados (profesores) del Estado combinaban sus alimentos con productos industrializados como el azúcar y enlatados lácteos totalmente adversos a la disciplina dietética que la tradición exigía para no entorpecer el vigor del cuerpo. Era una contradicción con la realidad ver que, a diferencia de los demás, eran los educadores los que empezaron a romper las reglas de dieta y disciplina de manera deliberada en claro desafío a la tradición”.

Como Inoach expresa, más allá de lo estrictamente alimentario, el consumo de estos productos representaba una desobediencia de los tabúes y reglas que habían sido relevantes para la manutención del cuerpo y la salud.

Estos cambios abrieron la puerta a un proceso de dependencia alimentaria y al incremento de la desnutrición y anemia. A pesar que el estudio de Berlin (1979) reveló en aquel momento un consumo nutricional suficiente, Brown (1984) expresó sus dudas de que los awajún lograsen mantener una dieta adecuada en medio de la rápida colonización y devastación forestal, asuntos que él consideraba que podían conducir a un problema de salud significativo en los siguientes años. Otro que expresó algo similar fue el jesuita Guallart, quien observaba que enfermedades como la tuberculosis comenzaban a aumentar por la desnutrición. Incluso llegó a afirmar que dada la autosuficiencia alimentaria que los awajún habían demostrado tener en tanto tiempo, “*no necesitaban educación alimentaria, sino que se les obligue a olvidarla*” (GUALLART, 1981:43). Lo descrito se resume en el siguiente gráfico:



Descripción: Impactos en el tiempo del monocultivo y agricultura de larga escala. **Fuente:** Elaboración propia.

3.3.2.2 La escuela y la dependencia alimentaria

Una noche en Santa María de Nieva nos reunimos a cenar con Irma Tuesta Cerrón, ya antes mencionada en este capítulo. Durante esa cena le compartí de forma rápida y desordenada algunas ideas iniciales sobre lo que iba encontrando como parte de mis indagaciones, a lo que ella respondió añadiendo algo que en ese momento yo no estaba considerando con suficiente fuerza. Su comentario tenía que ver con el papel histórico de la escuela en esta zona como un agente colonizador que provocó la pérdida y debilitamiento de varios conocimientos y prácticas para el mantenimiento de la salud. Añadió además cómo las relaciones jerárquicas y de dependencia reforzadas en el tiempo por los agentes de educación y salud, tuvo como una de sus consecuencias que las madres y padres deleguen ciertas responsabilidades que antes quedaban en el ámbito doméstico. Haciendo caso a su sugerencia, haré algunas anotaciones al respecto a la alimentación y nutrición.

La tensión tradición-modernidad ha sido parte de las dinámicas presentes en las escuelas desde sus inicios. Llevado esto al campo de la alimentación y nutrición, Works (1984) describe que desde fines de los años 70 empezó a desarrollarse la estrategia de biohuertos en

las escuelas del Alto Mayo como un intento de que los jóvenes awajún no se desliguen de sus hábitos tradicionales y que al mismo tiempo aprendan sobre cultivos comerciales que les sirvan para tener ingresos. Esta estrategia se ha continuado reproduciendo en el tiempo de diversas formas. Sin embargo, su sostenibilidad ha sido siempre problemática y no ha solido tener resultados, en parte porque el biohuerto no forma parte de sus prácticas ancestrales, como sí lo es la horticultura⁹⁶. También está el tiempo que hay que invertir en su manutención y la falta de un mercado para estos productos. Otro problema es que estas acciones eran contradictorias frente a la dependencia alimentaria que la escuela promovía a través de sus programas con el objetivo de mejorar los indicadores nutricionales de los niños.

Sobre esto, la escuela ha sido un terreno en el que históricamente se han experimentado distintos tipos de programas alimentarios. Como se explicará en el siguiente capítulo, aunque esto comenzó a darse en el Perú de manera más sostenida desde los 90 a partir del programa de desayunos escolares, en la Amazonía esto tomaría impulso a partir de los programas sociales promovidos desde mediados de los 2000 en adelante. Uno de los programas importantes en el tema que ocupa esta sección es el programa “Qali Warma” creado en 2012, cuyo nombre en quechua significa “niño vigoroso”, y tiene como objetivo brindar un servicio alimentario en las escuelas para combatir la desnutrición y anemia. La comida que ofrece este programa a nivel nacional ha sido objeto de discusión en más de una ocasión, ya sea por el rechazo a los alimentos envasados que lo componen, o por denuncias sobre el vencimiento o mala calidad de los productos. Los alimentos más comunes que provee son arroz, azúcar, fideos, aceite, menestras, y latas de atún; los cuales son provistos por empresas que ganan licitaciones con el Estado.

⁹⁶ Los biohuertos es algo en lo que se ha insistido, y que también pude presenciar durante mi trabajo de campo. Inclusive algunos puestos de salud y las llamadas “casas de espera materna” del Ministerio de Salud, que ofrecen alojamiento a las mujeres gestantes, desarrollan biohuertos que incluyen plantas medicinales a fin de certificar de que son establecimientos interculturales. No obstante, al final su mantenimiento depende más de la voluntad del personal de salud presente en ese momento.



Descripción: Productos distribuidos por “Qali Warma” a una escuela primaria en Nieva. **Fuente:** Archivo personal.

Los menús diseñados para este programa son elaborados bajo criterios técnicos nutricionales y buscando cumplir la ingesta calórica que los menores requieren en esta etapa. No obstante, llevado a la práctica, este programa era motivo de disconformidad. Pude conocer “Qali Warma” más de cerca a partir de la escuela primaria a la que asistió nuestra hija, en la que funcionaba este programa social. En la siguiente nota describo algunas de mis observaciones.

“Qali Warma: Alimentando al capital humano”

Parte de las primeras gestiones en la que tuvimos que ocuparnos al empezar a vivir en Nieva fue asegurar la matrícula de Martina en la escuela. Hicimos el papeleo formal y nos dijeron que era necesario realizar el pago de unas cuotas que eran obligatorias y que en conjunto hacían 100 soles⁹⁷. Parte de esto era para el programa “Qali Warma”, lo cual llamó mi atención porque pensaba que este era gratuito, tal como se solía promocionar en los medios de comunicación en Lima. La realidad era distinta. El programa solo proveía los productos que eran envasados y que llegaban de fuera, mientras que los padres de familia debían responsabilizarse de asumir todo lo demás. El dinero obtenido de los

⁹⁷ Pude saber que todas las escuelas exigían cada año el pago de conceptos que resultan obligatorios para poder concretar la matrícula de los alumnos. A este pago inicial, se sumaban otros correspondientes a conceptos diversos como materiales para el docente, fotocopias, actividades deportivas y festivas, insumos para el botiquín y ambientación de cada aula, además de lo que representaba la compra de los uniformes y materiales de cada niño que debían ser de estricto cumplimiento. A esto se añadía que la inasistencia de los padres a las asambleas y faenas de trabajo para el mantenimiento y limpieza de la escuela acarrearba multas que iban de 10 a 30 soles. Estos cobros resultaban un gasto fuerte para aquellos padres con varios hijos en edad escolar, y eran una causa de endeudamiento.

padres servía para costear la compra de verduras y demás acompañamientos, además de la leña, la cual debía traerse de lejos e implicaba pagar a peones y el transporte. A esto se sumaba que también había que asumir el pago mensual de las cocineras. El funcionamiento de “Qali Warma” en una escuela de un contexto urbano con una cantidad de alumnado amplio como era este caso, hacía necesario contratar a cocineras que se hicieran responsables de la preparación del desayuno y almuerzo escolar. Esto era diferente en las escuelas de comunidades en las que generalmente eran las propias madres quienes debían dar de su tiempo turnándose entre ellas y sin recibir ningún tipo de remuneración, tal como también pude observar.



Descripción: Preparación de la comida del programa “Qali Warma” en las cocinas de dos escuelas distintas. **Fuente:** Archivo personal.

La primera asamblea general a la que asistí en la escuela de Martina al iniciar el año escolar, tuvo como uno de sus temas principales la rendición de cuentas sobre “Qali Warma”. Allí, el director se esforzó en transparentar minuciosamente a los padres cada uno de los gastos que implicaba el funcionamiento de este programa como una forma de justificar el cobro por ese concepto, lo cual había sido motivo de reclamos.

Esto dio espacio para la participación de madres y padres de familia que expresaron enérgicamente su disconformidad con la comida ofrecida y la obligatoriedad del monto exigido. Entre las críticas principales estaba que la comida era casi siempre la misma, y además que hacía daño a los niños por la cantidad de aceite y sazón que se utilizaba en su preparación, por lo que muchos optaban por no dárselas a sus hijos. Esto es algo que pude comprobar posteriormente. La pregunta era entonces ¿por qué las familias debían pagar por algo que no consumían ni querían? Esto dejaba más preguntas considerando que esta era una escuela pública y con familias definidas como pobres según los censos.

Pude observar que aquellos niños que sí la comían con regularidad eran aquellos cuyos padres estaban ausentes por trabajo u otro motivo y no tenían un almuerzo en casa. Los comentarios sobre la mala calidad e insalubridad de esta comida eran muy frecuentes, se le consideraba grasosa y no eran raras las historias de niños que se habían enfermado o desarrollado alergias por “Qali Warma”.

La respuesta del director era que el desarrollo de este programa era un mandato del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a nivel nacional, y que por tanto no les quedaba más que acatar. De esta manera, los padres resultaban siendo los co-financiadores de un programa social que no cubría sus expectativas de comida saludable para sus hijos.

El rechazo que encontré a la comida de “Qali Warma” es similar a lo identificado por Ricaud Oneto (2019) entre los majuna y napuruna también de la Amazonía peruana. Esta comida chocaba con las nociones de estos pueblos de “comer bien” y reforzaba la idea de incapacidad de los indígenas para su autosuficiencia, imputándoles una imagen de holgazanería. De otro lado, como señalan Palacio y Nieto (2013) para el caso de la Amazonía colombiana, este tipo de programas chocan con los intentos de soberanía alimentaria, y refuerzan en cambio una visión de seguridad alimentaria que proviene de entidades internacionales asociadas a Naciones Unidas que resulta más convencional a la gobernanza global de la FAO y armoniza con el libre comercio. Tampoco se debe perder de vista el impacto ambiental de programas como “Qali Warma” a partir de su transporte desde lugares lejanos, los plásticos y latas convertidos en basura, es decir, su “huella de carbono” (PALACIO, NIETO, 2013).



Descripción: Latas de atún y botellas de aceite deshechas en la cocina de una escuela primaria. **Fuente:** Archivo personal.

A pesar de las conclusiones poco esperanzadoras que deja el papel de la escuela en materia de soberanía y autonomía alimentaria, felizmente este no es el único referente de cómo debería ser una alimentación “sana”. Durante el trabajo de campo pude observar varias veces cómo eran los propios niños y niñas quienes en el ámbito de su autonomía y agencia reproducían las prácticas alimentarias que habían aprendido en sus familias y que valoraban sus productos nativos. Un ejemplo de esto es que cuando Martina comenzó a estudiar en esa escuela, un grupo de sus compañeras la integraron en los paseos diarios que realizaban después de clases o en los momentos libres para ir en busca de los frutos de estación. Las niñas conocían de memoria los caminos que dirigían a los árboles y arbustos con los frutos que sabían que en ese momento había en abundancia. Martina, y nosotros como acompañantes ocasionales, pudimos ser testigos de esta transmisión horizontal de saberes (CONDONHO, 2007) en el que estas niñas le enseñaban sus nombres, le hacían experimentar sus sabores y texturas, para luego terminar ellas en juegos y el disfrute colectivo de estos frutos.



Descripción: Martina y sus compañeras de escuela en un paseo en búsqueda de frutos. **Fuente:** Archivo personal.

3.4 SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS AWAJÚN EN EL TIEMPO

El interés de esta última parte es presentar algunos datos disponibles sobre la situación nutricional de los awajún correspondientes a distintos momentos, con el objetivo de notar ciertas transformaciones en el tiempo. La información la he resumido en dos bloques, uno

correspondiente a trabajos que fueron realizados en la década de los años 70, y otro correspondiente a trabajos realizados a partir de los 2000. Notamos pues un silencio en la investigación de este tema de alrededor 30 años, algo también identificado por otras autoras (CREED-KANASHIRO et al, 2009), y que podría tener correspondencia con dos diferentes olas de interés que fueron traducidos en financiamientos⁹⁸.

Sin embargo, a pesar que todos los datos refieren a los awajún, hay que ser cautelosos en su lectura en la medida que fueron recolectados en distintas zonas, diferentes momentos, y bajo distintas metodologías. Algunos fueron obtenidos bajo procedimientos científicos, mientras que otros emergieron de una permanencia prolongada e interrelacionamiento profundo en estas zonas. Por ello, aunque no se pueden sacar conclusiones generales, si es posible notar algunas coincidencias y diferencias, así como la sugerencia de ciertas transformaciones en el tiempo.

En ese sentido, este resumen dará luces no solo de la situación nutricional de los awajún sino también del tipo de producción en el tema. Por ello se notará como en los trabajos correspondientes al primer bloque se trataba en todos los casos de datos que emergen de experiencias que comprendían varios años de trabajo y en los que se procuraba tener una mirada de lo nutricional más allá de lo biomédico. En tanto, en el segundo bloque los datos provienen de trabajos de campo de mucho menor duración y centrados principalmente en la obtención de muestras y mediciones, así como la aplicación de técnicas cualitativas para la recolección de datos vinculados a las dietas.

3.4.1 Datos biomédicos y etnográficos vinculados a la nutrición de los awajún recolectados en los años 70

- “Proyecto de Antropología Etnobiológica Aguaruna” financiado por la Universidad de Berkeley, dirigido por el antropólogo Brent Berlin. Se trata de una de las investigaciones más ambiciosas en su rubro y que se ha mantenido como un referente en este campo para los estudios de las tierras bajas sudamericanas. El proyecto fue llevado a cabo en

⁹⁸ Esto referido para los dos proyectos más importantes en cada bloque, el de Berlin en el primer caso, y el de Roche et al. en el segundo.

comunidades del Alto Marañón con base en Huampami entre los años 1972 y 1977, e incluyó una compleja metodología⁹⁹. Existen varios artículos y documentos con sus resultados (véase por ejemplo BERLIN, 1977; BERLIN y BERLIN, 1979; BERLIN y MARKELL, 1982), de los que podemos destacar un par de conclusiones. Primero, se demuestra a partir de la identificación lingüística de los propios awajún la amplia diversidad de especies que componían su dieta. Segundo, esta se caracterizaba por ser altamente calórica, superando en ese momento lo recomendado por la OMS. Los datos obtenidos de 05 familias por 20 días seguidos arrojaron que su consumo promedio era de 3,356 kcal diarios en tanto la OMS recomendaba 2,252 kcal. De otro lado, su consumo de proteínas era más del doble de lo recomendado por dicha entidad. Tercero, los diversos exámenes clínicos, parasitológicos y antropométricos realizados hacían concluir que en general se trataba de una población “sana”¹⁰⁰.

- Informe médico del Grupo D.A.M, realizado en 1976 a partir de la atención de 1,380 casos provenientes de comunidades del Alto Marañón con base en Yampits. Se describe un proceso de cambio cultural con un impacto fuerte en la salud visible en la prevalencia de nuevas enfermedades. La anemia ocupaba el quinto lugar de causas de morbilidad con 2.65%, pero se señala que probablemente los casos irían en aumento a causa de las nuevas presiones¹⁰¹. En los primeros lugares estaban las infecciones intestinales y respiratorias producto del proceso de nucleamiento impulsado por la creación de comunidades nativas (GRUPO D.A.M, 1979).
- El antropólogo Michael Brown (1984) describió cambios que observó de primera mano durante los varios años que duró su trabajo etnográfico y que comenzaban a tener en ese momento consecuencias en la salud y nutrición de los awajún del Alto Mayo. Además de los procesos de cambio que desarrolla ampliamente, señala aspectos más específicos como

⁹⁹ Como el mismo autor señala, este fue un estudio etnobotánico y alimenticio, pero también abarcó la etnozología y actividades de subsistencia de los awajún. Los resultados incluyen temas vinculados a la salud que van más allá de lo nutricional, como la etnomedicina para el tratamiento de distintos males y el control de la fertilidad en las mujeres. La metodología incluyó observaciones, entrevistas, exámenes clínicos, parasitológicos, bioquímicos, medidas antropométricas, un censo de consumo alimenticio de 05 familias a lo largo de 05 años, así como el desarrollo de un jardín experimental de yuca para la observación y análisis de su crecimiento.

¹⁰⁰ Aunque se identificaron algunos casos agudos de desnutrición y anemia, esto no era un patrón. Además, se concluyó que a pesar de la mayoritaria presencia de parasitosis en la población esto era compensado con su dieta altamente calórica, lo que hacía que mantengan un buen estado de salud.

¹⁰¹ Uno de los médicos que fue responsable de los datos describe que en algunos casos el grado de deterioro producido por la anemia era tal que los pacientes a duras penas podían mantenerse en pie, tenían la piel pálida y terrosa, y el pelo frágil y descolorido. (Ozonas, 2015).

el uso de biberones de plástico en los infantes para la ingesta del masato y chapo, que además comenzaban a tener azúcar añadida; un consumo de azúcar refinada, leche condensada y gaseosas que iba en aumento; el abandono de algunas prácticas preventivas como por ejemplo el cuidado dental que era realizado con una planta, debido a que este teñía los dientes de negro lo cual era motivo de burla en los mestizos, entre otros.

- El jesuita Guallart (1997a) describe que a lo largo del par de décadas que estuvo a cargo del Vicariato del Marañón observó diferencias notables entre la salud de los awajún y los mestizos. Ejemplo de ello era la desnutrición y anemia que hasta los años 70 tenía una prevalencia baja entre los indígenas, mientras que en los espacios habitados principalmente por mestizos podía llegar a afectar a la tercera parte de la población. Sin embargo, señalaba que esta tendencia comenzaba a alterarse a partir de la introducción de hábitos alimenticios perjudiciales, la destrucción de los recursos de fauna silvestre y el desmesurado asentamiento de colonos que venían ejerciendo una mayor presión sobre la tierra:

“Conviene señalar con alarma, que el actual equilibrio nutricional de la población nativa se ve seriamente amenazado (...) En los centros de atención sanitaria van siendo cada vez más frecuentes los casos de desnutrición infantil que antes eran exclusivos de los colonos recién llegados” (GUALLART, 1997a:102).

3.4.2 Datos biomédicos sobre la nutrición de los awajún recolectados a partir de los años 2000

- Proyecto sobre sistemas de alimentación indígena de la Universidad de McGill. Los datos fueron recopilados por un equipo de nutricionistas en colaboración con la organización indígena ODECOFROC durante el 2004, en comunidades awajún del Bajo Cenepa¹⁰². Entre las conclusiones están que el estado nutricional de los menores de 02 años se deterioraba luego del nacimiento a causa de la falta de lactancia materna¹⁰³, algo corroborado a partir de la antropometría que indicaba una alta prevalencia de desnutrición crónica en esta

¹⁰² La metodología comprendió un trabajo de campo de dos meses basado en entrevistas individuales y grupales, reportes alimentarios, y antropometría.

¹⁰³ Se describe que solo el 52% de las madres daba lactancia exclusiva a sus bebés.

etapa¹⁰⁴ (ROCHE et al, 2010). De otro lado, se encontró que 39% de los infantes consumían leche enlatada obtenida de programas sociales. Otra conclusión, es que los insumos que componían su “alimentación tradicional” aseguraban una ingesta de adecuada energía, proteínas y vitaminas (ROCHE et al, 2007).

- Un trabajo del Instituto Nacional de Salud realizado en 2004 en comunidades de Alto y Bajo Marañón reporta que la prevalencia de desnutrición crónica en niños awajún era de 33,4% y de anemia 76,5%¹⁰⁵. Es decir que dos de cada tres niños awajún tenían anemia (HUAMÁN – ESPINO; VALLADARES, 2006).
- Un trabajo de la OPS realizado en 2012 en Bagua y Condorcanqui concluye que la desnutrición crónica afecta en mayor magnitud a la población infantil indígena (56,2%) en relación a la población no-indígena (21,9%). De otro lado, la prevalencia de anemia fue más alta en las poblaciones indígenas (51,3%) que en las poblaciones no-indígenas (40,9%) (DÍAZ et al, 2012).

Hasta aquí se han sintetizado conclusiones de algunos de los trabajos con mayor notoriedad en el tema, de lo cual podemos sacar un par de conclusiones:

- Por lo menos hasta la década de los 70, la desnutrición y anemia no eran problemas de salud de consideración entre los awajún en términos generales, salvo excepciones, como sí lo eran entre los colonos o mestizos.
- Hasta ese momento, al parecer, la mayoría de awajún podía acceder una dieta diversa que era suficiente para satisfacer sus necesidades nutricionales. Esto empezaría a alterarse en distintas direcciones a partir de los varios procesos de colonización que tuvieron repercusión en su nutrición, desde los 70 pero sobre todo desde los 80 en adelante.
- De los 2000 en adelante queda en evidencia un nuevo escenario en el que la desnutrición y anemia parecen posicionarse como problemas de salud de relevancia. Aunque todavía se

¹⁰⁴ No obstante, el estado nutricional de los menores parecía mejorar a partir de los 03 años cuando tenían una alimentación basada en los diversos insumos que

¹⁰⁵ La población incluida en el estudio estuvo conformada por niños awajún de 476 hogares menores de tres años de edad, miembros de la población aguaruna, a quienes se les aplicó examen de antropometría y hemoglobina.

mantiene cierto grado de diversidad en la dieta, esta ya no es accesible de la misma forma para todos.

En la última década se han continuado publicando algunos reportes y documentos técnicos que básicamente coinciden en colocar a la desnutrición y anemia como asuntos de preocupación en este grupo¹⁰⁶, lo cual ha contribuido a fortalecer la imagen de vulnerabilidad que acompaña a los pueblos indígenas en el marco de las políticas públicas. Esto ha llevado a que algunos cuestionen la aplicación de un concepto de nutrición occidental basada en una dieta carnívora y láctea a sociedades indígenas como la awajún, cuya cultura nutricional ha sido adaptada a la disponibilidad de biodiversidad que ofrece el bosque tropical lluvioso (TORRES, 2013). Lo mismo podría referirse sobre ciertos estándares antropométricos y de otro tipo que suelen guiar los estudios de nutrición y desarrollo infantil. Autores como Taussig (1978) sostienen que la obsesión por la continua medición de malnutrición y pobreza equivale a un fetichismo cruel del método científico que solo corroboran las privaciones que son evidentes que afectan a estos grupos. Además, la insistencia en esta metodología da cuenta de una concepción reduccionista y errada de las cuestiones en juego en el tema nutricional, que omite el sistema político que determina la producción, distribución y acceso de los alimentos.

¹⁰⁶ Según datos de la Red de Salud Condorcanqui, en 2018 y 2019 la anemia estaba entre las dos primeras causas de morbilidad.

4 LA ANEMIA EN LA AGENDA PÚBLICA: UNA MIRADA HISTÓRICA, POLÍTICA Y SOCIOCULTURAL

El objetivo de este capítulo es describir cómo se dio el posicionamiento de la anemia dentro de la agenda de salud global, y luego, de la salud pública peruana. Para ello, en lugar de solo centrarme en las cifras y aspectos médicos referentes a la anemia, mi intención es hacer un abordaje histórico, político y sociocultural que muestre los procesos y circunstancias ideológicas que confluyeron para que este se convierta en un asunto de salud prioritario en el Perú en la última década.

Mi interés en esto forma parte del impulso inicial que tuve para hacer esta tesis, que es problematizar los procesos de construcción de agendas en salud pública que, en este caso es un ejemplo peruano, pero podría ser de otro lado; dando luz a aspectos que muchas veces se ven minimizados u ocultos frente a cifras que suelen ser presentadas de manera rimbombante para justificar determinadas intervenciones. De otro lado, refleja mi interés por producir un análisis cuya posibilidad de aplicación vaya más allá de los muros de la antropología. Es decir, intentar contribuir con la interdisciplinariedad necesaria para las políticas e intervenciones en salud (LANGDON, 2014). El haber formado parte de equipos de salud pública durante algunos años me dio una vista privilegiada que me permitió conocer de cerca algunos de estos procesos, lo cual se ha visto complementado y reforzado con mi experiencia de campo doctoral y la literatura en la que me apoyo en esta sección.

En primer lugar, apuntaré algunos aspectos que considero relevantes para que la anemia y malnutrición en general se hayan considerado un asunto de interés global. Luego, haré una descripción histórico-política de las últimas tres décadas que recoge una serie de eventos que jugaron para la inserción de este tema en la agenda peruana; para finalmente ofrecer un ejemplo que condensa varios de los puntos anteriores. Una preocupación transversal será destacar las ideologías y visión de género que han acompañado las intervenciones en este tema, tanto desde lo global como hasta lo local.

4.1 LA ANEMIA DESDE LO GLOBAL: HUMANITARISMO, TEORÍAS DE DESARROLLO, Y LA IMPORTANCIA DEL BINOMIO MADRE-NIÑO

Hablar de anemia como problema global, implica tomar en cuenta las intervenciones y acuerdos internacionales en materia nutricional impulsados por organismos transnacionales de salud y desarrollo. Por ello, antes que centrarnos solo en las políticas públicas de uno u otro país, es necesario considerar el curso seguido por el desarrollo internacional y humanitarismo.

Según historiadores de la salud pública internacional y la nutrición, los períodos de 1930-1940 y 1960-1970 trajeron cambios significativos que dieron forma al panorama nutricional mundial contemporáneo; siendo particularmente en la década del 70 que se produciría un punto de quiebre en la geopolítica de la salud y la nutrición internacional (NELSON et al., 2021). En esta trayectoria, fue de mucha relevancia el período luego del fin de la Segunda Guerra Mundial, en el que se establecieron las bases de la cooperación internacional que propiciaron que, con el tiempo, la preocupación por combatir los problemas de malnutrición infantil a nivel mundial haya ido de la mano del reconocimiento de derechos de los niños y otras poblaciones vulnerables.

Posteriormente, tal como recogen Nelson et al., la década del 60 sería considerada como la "Década del Desarrollo" en la que entidades como la FAO, la Fundación Rockefeller y UNICEF ganarían protagonismo. Esta última se encargaría de la salud materno infantil, promoción de la salud rural, entre otras iniciativas en los países señalados como subdesarrollados. Como mostraré más adelante, el papel de UNICEF para el posicionamiento de la anemia en Perú, fue central. Asimismo, según estos autores, el período de 1974 a 1979 fueron años en los que se establecieron mecanismos de cooperación internacional en salud, agricultura, desarrollo y nutrición, reflejado en eventos como la Primera Conferencia Mundial sobre Nutrición de las Naciones Unidas, la primera Conferencia Mundial sobre Población, y la Declaración de Alma Ata de 'Salud para Todos' para el año 2000.

En este camino, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y más posteriormente los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) reemplazados luego por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), y otros tratados similares; han jugado un papel importante para el compromiso progresivo de las naciones en el cumplimiento de

metas orientadas a erradicar la pobreza y promover el desarrollo y prosperidad de las distintas poblaciones consideradas vulnerables.

En cuanto a la anemia específicamente, aunque es posible rastrear intervenciones para su combate desde por lo menos los años 70, se puede decir que adquirió un protagonismo global contemporáneo con su inclusión como indicador para la reducción de la muerte materna en el Objetivo 5 “Mejorar la salud materna” de los Objetivos de Desarrollo del Milenio formulados en el año 2000. Este interés sería ratificado en el Objetivo 2 “Hambre Cero” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible formulados en 2015. Una observación a estos tratados globales, es que se han caracterizado por partir de nociones de salud y bienestar de la biomedicina occidental, lo cual se refleja en las nociones de eficacia basadas en el método científico para su cumplimiento (GORSKY; NELSON, 2022).

De otro lado, la malnutrición ha sido continuamente foco de atención tanto de los organismos internacionales como de las políticas públicas por su asociación con la pobreza, con problemas de salud que se derivan de esta condición, y los costos que esto genera. En ese sentido, es importante tener en claro que el campo de la nutrición ha sido muchas veces permeado por los paradigmas de desarrollo e ideologías de carácter económico de momento. Como señala Yates-Doerr (2015), la nutrición emergió en paralelo con la economía como un campo transnacional de actividad social a ser medido, gestionado, desarrollado, analizado, reestructurado y controlado. Así, los índices de hemoglobina y de masa corporal establecidos por la OMS, han sido parte de esa visión de la salud global que se fue fijando como referente a cumplir en el marco de las políticas de salud, y como parte de las recetas para salir de la pobreza.

En este objetivo, el binomio madre-niño ha sido históricamente el centro de las apuestas y de múltiples intervenciones, al ser concebido como el lugar potencial para el desarrollo de las naciones (YATES-DOERR, 2015). Esto tiene que ver con factores teóricos e ideológicos que tuvieron repercusión a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX. Como señaló la historiadora de la medicina Nancy Stepan (1991), la atención en las madres tuvo su origen en un discurso médico regional más amplio que influyó en los sistemas de salud pública latinoamericanos relacionados con los principios de la eugenesia lamarckiana y la puericultura proveniente de Francia. En ambos casos la crianza era concebida como un medio para mejorar la naturaleza, a la par que la mujer era incorporada desde una visión marcadamente tradicional

y maternalista centrada en su papel reproductor, el cual debía ir acorde a los principios médicos modernos.

En Perú, por ejemplo, Mannarelli (2002) describe que durante las primeras décadas del siglo XX existió una gran preocupación por las altas tasas de mortalidad infantil, lo que llevó a un creciente interés en las condiciones de vida sobre la infancia y la maternidad. Ante ello, existió el consenso entre los especialistas que la solución estaba en manos de las madres, quienes eran culpadas por los fracasos en la crianza de los niños. Al respecto, Ewig (2012) afirma que es en parte debido a estos paradigmas que los sistemas de salud pública de la región han priorizado tradicionalmente la salud materno-infantil, haciendo que las mujeres y los niños sean sus principales usuarios. Este tipo de teorías y sus rezagos en el tiempo han seguido siendo parte de las políticas de salud materno-infantil. Como se verá en el Capítulo 4 a partir de mi descripción de la campaña sobre la anemia en Nieva, podemos decir que en pleno siglo XXI hay más continuidades que avances o cambios significativos en este punto.

A lo mencionado, debemos sumar el impacto de la corriente neoliberal. Sobre neoliberalismo se ha escrito mucho, y sabemos que sus manifestaciones y consecuencias han sido diversas en el tiempo. No obstante, para el tema que me ocupa me gustaría destacar algo que autoras como Ewig (2012) y Brown (2018) señalan en referencia al neoliberalismo, que en América Latina se concretó con más claridad desde inicios de los 90 a partir de las estrategias económicas de ajuste estructural promovidas por el Consenso de Washington en la región. Ello tiene que ver con el renovado interés en esos años por la teoría del capital humano de inicios del siglo XX, la cual concibe a las personas como medio para alcanzar mayor rendimiento y crecimiento económico. Es decir, el fin e importancia de la inversión en las personas estaba en la rentabilidad para el individuo y la sociedad, más no en su bienestar. Este es un punto relevante para esta tesis ya que parte de mi interés está en destacar como las políticas nutricionales -por lo menos en Perú- tienen un nexo de origen con las teorías de capital humano, lo cual se mantiene como un legado aún presente en la salud pública peruana, lo cual las intervenciones para combatir la anemia ejemplifican con mucha claridad.

Sin embargo, es importante intentar no hablar de neoliberalismo como algo abstracto ni estático. A lo largo del tiempo han existido instituciones y personajes concretos que se encargaron de su despliegue en distintas formas. En el campo de la salud pública latinoamericana, fueron el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo quienes

asumieron en los años 90 temas de política social y de salud, haciendo préstamos y donaciones orientados a la salud y nutrición dirigidos a procesos de reforma. Al respecto, Ewig (2012:104) señala que dichas entidades legitimaron su rol en la salud mediante argumentos económicos tales como la reducción de la pobreza y el incremento de desarrollo económico¹⁰⁷. Aunque su discurso neoliberal fue cambiando e incorporando en el tiempo algunos elementos del paradigma de desarrollo basado en derechos, no necesariamente varió el fondo de sus estrategias.

A la actualidad, ¿cuánto ha cambiado esto? Considero que no mucho. Nuevamente, el caso de las campañas sobre la anemia que describiré en el siguiente capítulo muestra como teorías que tienen su origen a inicios del siglo pasado y que por tanto podrían considerarse obsoletas, cobran vida y se renuevan en los discursos y mensajes que el personal de salud da en la actualidad a sus pacientes indígenas. Lo interesante es que, como se verá, lo que podría señalarse como una actualización de la teoría del capital humano es esta vez promovida desde entidades que antes fueron más afines a un discurso propiamente de derechos como la OMS, UNICEF, oenegés y organismos de cooperación.

Ejemplos recientes de como este tipo de narrativas se presentan desde organismos globales y dan la pauta para las políticas públicas, hay muchos. Por ejemplo, un documento normativo de la OMS elaborado en el 2017 nos presenta las metas mundiales de nutrición para el 2025. Su meta principal es reducir en 50% la anemia en las mujeres en edad fecunda. Sobre ello se señala que:

“El éxito en la reducción de la prevalencia de anemia en las mujeres en edad fecunda mejorará el desempeño escolar de los niños y la productividad laboral de las mujeres, así como los resultados del embarazo para madres y neonatos, lo que supondrá beneficios intergeneracionales para la salud, bienestar y potencial económico de las personas y para el desarrollo de las comunidades”¹⁰⁸.

En nombre de ese deseado potencial y desarrollo se han diseñado estrategias a ser aplicadas de forma similar en lugares tan diversos y distantes como Camboya, Ghana, El Salvador, Kirguistán y Perú, como es el caso de los multimicronutrientes que desarrollaré luego.

¹⁰⁷ La autora destaca el “Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993: Invertir en Salud” elaborado por el Banco Mundial en el que se aboga por la inversión en salud como principio para el crecimiento económico.

¹⁰⁸ Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.4>

En la actualidad, la anemia se mantiene como un asunto prioritario para la OMS considerando que se calcula que, en todo el mundo, un 42% de los niños menores de 5 años y un 40% de las embarazadas tienen anemia¹⁰⁹; y que a pesar de que en algunos entornos se han logrado reducciones considerables en su prevalencia, en conjunto los progresos han sido insuficientes.

4.2 RE-PRODUCIENDO LA ANEMIA EN PERÚ: UN ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ENTRE EL PERÍODO 1990-2020

Luego de describir algunos de los procesos que considero relevantes en la historia de como la malnutrición y anemia se erigieron como asuntos de interés global, toca mencionar la forma en que esto se insertó en la salud pública peruana a partir de ciertos eventos y circunstancias que intentaré ordenar. Para ello, concentraré mi análisis desde la década de los 90 hacia adelante, que es cuando considero se empieza a desarrollar un abordaje más sostenido en el tema desde las políticas públicas de Perú¹¹⁰.

4.2.1 Período 1990-2000: Ajuste estructural, y las primeras estrategias sostenidas en nutrición y anemia

El primer lustro de la década del 90, el Perú vivía el primer gobierno de Alberto Fujimori, marcado por la aplicación del ajuste estructural en 1992 conocido como “Fujishock”, y el camino hacia una firme liberalización económica. Es a su vez en esos años que se empiezan a definir las intervenciones más sostenidas en materia de nutrición. Así, en 1993 durante la Reforma del Sector Salud, se creó el “Proyecto 2000” y el “Proyecto de Salud y Nutrición Básica” financiados por USAID y el Banco Mundial respectivamente, que colocaban a la nutrición como un área importante de desarrollo de la atención integral de salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Con estos proyectos se impulsaba el

¹⁰⁹ Prevalencias de anemia superiores al 40% son consideradas en el ámbito internacional como un problema de salud pública severo, siendo la suplementación con hierro de carácter obligatorio en el marco de una estrategia integral de nutrición.

¹¹⁰ Las décadas anteriores se caracterizaron por la construcción de una institucionalidad en el tema a partir de la creación de algunas entidades estatales, así como el surgimiento de programas de asistencia alimentaria como Vaso de Leche y los comedores populares que se dieron como una respuesta a la crisis alimentaria de la década de los 80 en Perú.

involucramiento de miembros de la comunidad como promotores de salud y líderes comunales para la vigilancia del estado de salud y nutrición de los niños.

No obstante, es cuatro años después que la anemia comienza a ingresar con mayor fuerza en la agenda. Así, en 1997 se crea el “Programa Nacional de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes” para afrontar de manera integral su deficiencia. Y en 1998, como parte de los Lineamientos de la Política en Salud 1995-2000, se establece el “Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1998 – 2000” para disminuir la anemia nutricional y desnutrición crónica, el cual ofrecía un paquete de intervención básico. De otro lado, en 1999 se inicia el “Programa de Crecimiento y Desarrollo” (CRED) diseñado por UNICEF y financiado por USAID, que esperaba contribuir a reducir brechas en nutrición durante la primera infancia.

Sobre el papel de estas entidades internacionales, es importante hacer un par de precisiones. En primer lugar, no necesariamente han compartido siempre los mismos paradigmas de desarrollo. En segundo lugar, su protagonismo tampoco ha sido lineal ni constante, sino que ha ido variando en función de su capacidad económica traducida en financiamientos y préstamos, así como la relevancia que la política interna iba dando a determinados temas. Sobre ello, Ewig (2012:93) describe que en la década de los 90 estuvieron involucradas dos comunidades epistémicas que competían entre sí: la neoliberal, representada por el BID y Banco Mundial, y la comunidad basada en derechos, promovido por los organismos pertenecientes a la ONU. Este desencuentro sería en realidad el reflejo de una tensión de larga data que ha existido en el abordaje de lo nutricional desde sus procesos fundacionales, en los que la tensión entre los abordajes “técnicos” y “sociales” marcaron tendencias en una dirección y otra (NELSON et al., 2021).

En este período, la comunidad neoliberal desplazó a la segunda, lo que llevó a que la salud pública de la mayoría de los países latinoamericanos se enfoque en la reducción de pobreza y eficiencia económica¹¹¹. Esto influyó en que los principios promovidos desde Alma Ata referentes a la atención primaria de la salud continúen siendo limitadamente asumidos en

¹¹¹ Algo que contribuyó a que se defina este tipo de orientación en Perú, fue que la institucionalidad se encontraba a inicios de los 90 muy debilitada y golpeada a causa de los años de conflicto armado interno, y la economía presentaba los estragos de la hiperinflación y devaluación de la moneda de fines de los 80. Por ello, lo que se buscaba era que el país se estabilice en lo macroeconómico y se reinserte en el sistema financiero internacional.

Perú¹¹². Por el contrario, a partir de los programas y planes desarrollados a fines de esa década enfocados en la suplementación y reducción de deficiencias nutricionales, observamos que se destaca una orientación técnica con resultados que debían ser medibles.

Estas intervenciones fueron parte de esa continuidad histórica que da centralidad a la salud materno-infantil, en el que la madre continuaba siendo el foco de atención. En esos años existía una justificada preocupación por la elevada mortalidad infantil arrastrada de décadas anteriores, por lo que el interés en los aspectos nutricionales de las gestantes y neonatos eran recurrentes. Al mismo tiempo, como señala Oliart (2003), las intervenciones financiadas por los organismos internacionales tuvieron interés en promover la equidad de género al seguir la consigna que un mayor nivel educativo de las mujeres tendría impacto en la salud familiar¹¹³. Sin embargo, es paradójico que a la par que se dio un discurso de equidad promovido inclusive por el propio Fujimori¹¹⁴, se ejecutó lo que es uno de los casos más emblemáticos de violación de derechos humanos de la historia contemporánea de la salud pública peruana, a partir de las esterilizaciones masivas de mujeres indígenas pobres. Este hecho, hizo mucho más visible la importancia de considerar las interseccionalidades de género/raza/clase en la salud pública¹¹⁵.

Un último punto que destacar en este primer período, es la adherencia del Perú en el año 2000 a los Objetivo de Desarrollo del Milenio propuestos por la ONU, con lo que se aceptaba el compromiso de reducir para el 2015 la desnutrición crónica de 25% a 15%, y la

¹¹² Bustíos y Díaz (2019:91) describen como la preponderancia del Banco Mundial y BID venía incluso desde fines de los 80, cuya presencia llevó a divergencias técnicas serias con los directivos de la Escuela de Salud Pública Peruana, quienes eran partidarios de promover un desarrollo integral de las comunidades afín con lo que se propugnó desde Alma-Ata. En cambio, dichas entidades promovían una atención primaria “selectiva” basada en eficacia y eficiencia que renunciaba a cualquier contenido político de cambio. La reticencia de los salubristas llevó a que sean excluidos de las coordinaciones realizadas por los mencionados organismos.

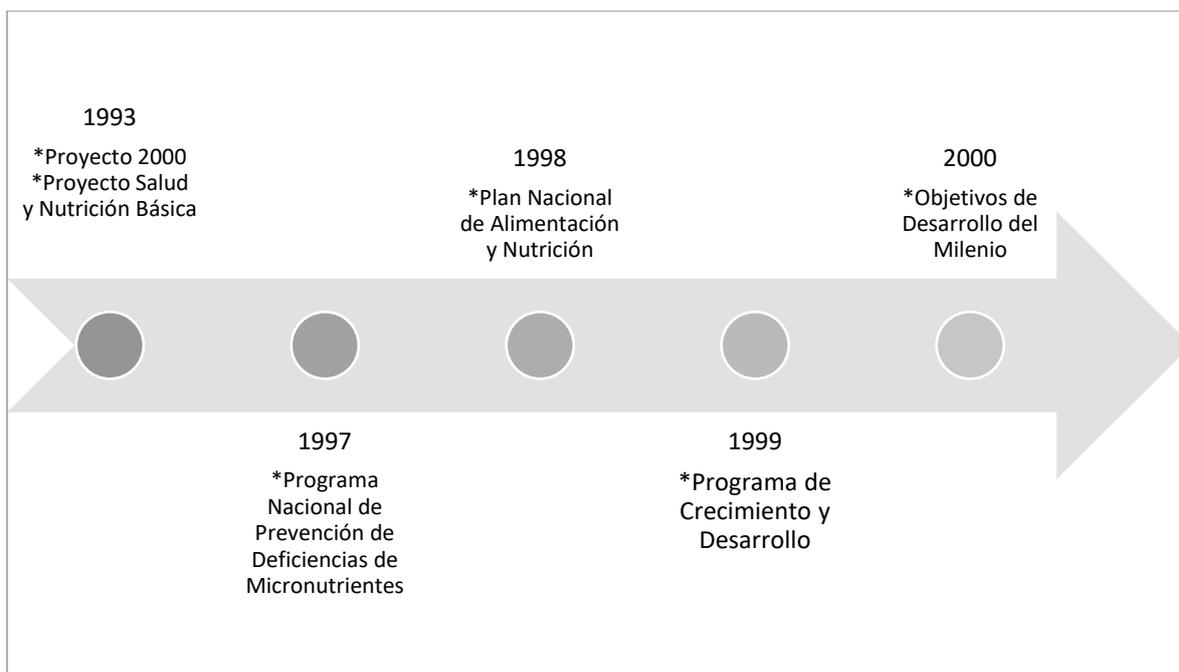
¹¹³ Según un informe sobre mortalidad en la niñez en América Latina, entre 1990-2000 en Perú los menores de cinco años con una madre sin instrucción tenían cuatro veces más probabilidad de morir que aquellos con una madre con siete o más años de estudio. En los menores de un año esta probabilidad alcanzaba un valor superior a tres veces (CEPAL, UNICEF, UNFPA; 2011).

¹¹⁴ Fujimori fue el único presidente hombre que asistió a la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de la ONU en Beijing en 1995. Además, creó en 1996 el Ministerio de la Mujer, y se enfrentó abiertamente a la Iglesia Católica por la promoción de métodos de planificación familiar. Estudios posteriores señalan como la política de planificación familiar impulsada en estos años por su gobierno -financiada con 36 millones de dólares de USAID- presentó una agenda oculta de control demográfico enmascarado por un discurso feminista (Ewig, 2012; Rousseau, 2007).

¹¹⁵ El campo de la salud materno-infantil y nutricional tiene también su propia historia de interseccionalidades. Contreras (2004) describe como en las primeras décadas del siglo pasado, en el marco de políticas que buscaban mejorar los niveles demográficos y contar con más mano de obra, se difundieron en ciertas provincias los servicios de salud materno-infantil que incluían una severa vigilancia de la dieta de los niños, además de obligar a las madres a seguir prácticas de higiene y recibir vacunas.

anemia en menores de tres años y de mujeres gestantes -de 68% y 50% respectivamente-, a menos del 20% en ambos grupos; metas que no se cumplieron. Finalmente, esta década culmina con una serie de escándalos de corrupción y acciones antidemocráticas que llevaron a la huida y renuncia de Fujimori, y la instalación de un gobierno de transición.

Gráfico 01. Acciones contra la malnutrición y anemia: Período 1990-2000



Fuente: Elaboración propia.

4.2.2 Período 2001-2010: Bonanza económica, inicio de “Juntos” y entrega de “Sprinkles”

Esta década estuvo marcada por una bonanza económica¹¹⁶ impulsada por el “boom de las commodities” y la disciplina fiscal de los años anteriores, lo que llevó a un crecimiento económico y reducción de la pobreza históricos en términos porcentuales¹¹⁷. Esto es lo que habría impulsado una importante disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia.

¹¹⁶ La bonanza económica de esta época fue comparada por algunos con la Era del Guano del siglo XIX.

¹¹⁷ Según el INEI (2011), la pobreza se redujo entre el 2001-2010 en más de 20 puntos porcentuales, la desnutrición crónica infantil en más de 7 puntos y la anemia en una cifra similar. No obstante, estos indicadores tuvieron una reducción más discreta en la población con una lengua materna indígena. Algunos datos adicionales son que en el 2006 las reservas del Perú alcanzaron un récord histórico, y que nunca antes los gobiernos regionales y locales contaron con tantos recursos como en esos años (Mendoza, 2007).

Así, se tiene que entre 2000-2011 la anemia se redujo de 60,9% a 41,6%¹¹⁸. Las cifras mostraban que, al aumentar el nivel de ingreso de los hogares, mejoró también la ingesta de calorías per cápita, y aumentaron también los recursos disponibles para satisfacer los requerimientos de salud y nutrición de los miembros del hogar¹¹⁹. No obstante, para algunos analistas este período es visto como una oportunidad perdida por no haberse realizado ningún tipo de reforma estructural, lo que llevó a una contradicción entre la bonanza macroeconómica y un malestar microeconómico percibido por la ciudadanía (SCHULDT, 2004).

La continuidad de un firme impulso de la inversión privada fue algo compartido por los presidentes Alejandro Toledo¹²⁰ y Alan García¹²¹. Parte de ello fue la firma de diversos tratados de libre comercio, siendo el TLC con los EE.UU y las condiciones que se planteaban para su implementación, lo que derivó en el 2009 en el conflicto conocido como “Baguazo”, en el que la población awajún fue protagonista. Este hecho, como se menciona en un capítulo anterior, marcó un hito en la agenda indígena lo que llevó a una mayor visibilidad de sus demandas.

En este escenario se dan algunos pasos adicionales en materia de nutrición y anemia. En 2002 se da el “Acuerdo Nacional” firmado por los representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Uno de sus ejes fue la “Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición”, en el que uno de sus objetivos versaba “otorgar complementos y suplementos alimentarios y nutricionales a los pobres extremos y vulnerables”. En esa línea, en el 2004 se decreta la fortificación obligatoria de la harina de trigo con micronutrientes a fin de reducir la anemia¹²². Ese mismo año se crea además la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, lo que implicaba tener una unidad dentro del MINSA dedicada a coordinar acciones específicas en el tema y su monitoreo en todos los establecimientos de salud del país.

En el 2005, se concreta un hito importante para las políticas sociales en el Perú, que con el tiempo se convertiría en una de las principales bisagras que abrió la puerta para la

¹¹⁸ Información presentada en el artículo de Guabloche (2021), disponible en: [https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista ... 85/moneda-185-10.pdf](https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista...85/moneda-185-10.pdf)

¹¹⁹ Datos de Alan Sánchez, disponible en: <https://ninosdelmilenio.org/novedades/las-razones-de-la-reduccion-de-la-desnutricion-cronica-en-el-peru/>

¹²⁰ Alejandro Toledo gobernó del 2001 al 2006.

¹²¹ Este fue el segundo gobierno de Alan García que duró del 2006 al 2011.

¹²² Decreto Supremo N° 008-2004-SA

instalación de las estrategias contra la anemia en los programas sociales. Me refiero al programa “Juntos”, consistente en la transferencia de dinero a familias pobres – por un monto de S/. 200 bimensuales- condicionada al cumplimiento de corresponsabilidades en salud y educación¹²³. Parte de esos requisitos serían a la larga los tamizajes de anemia en gestantes y niños, así como el cumplimiento en el consumo de los multimicronutrientes.

Sobre este tipo de programa, en el que las mujeres son las responsables de recibir el dinero, pero también de cumplir con las obligaciones establecidas, ya existen textos que señalan controversias a nivel de las implicancias que esto tiene para las mujeres y la equidad de género. Como se señala en un informe de CEPAL (RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, 2011), en términos simbólicos se estaría perpetuando la noción de que las mujeres son las principales responsables del cuidado, y además existe un impacto a nivel del uso de su tiempo. Además, el trabajo de Piccoli y Gillespie (2018) sobre “Juntos” en los Andes peruanos, concluye que la imposición de ideas de “buena madre” y de condiciones extralegales para su funcionamiento, terminaban reproduciendo las jerarquías sociales existentes y visiones discriminatorias de la vida rural andina. Considero que la evidencia etnográfica que presentaré en el siguiente capítulo dialoga bien con lo que proponen estos trabajos.

En el año 2007 el Estado emprende con mayor fuerza el desarrollo de medidas dirigidas a unir esfuerzos intersectoriales creando el “Programa Articulado Nutricional” en el marco de un convenio con la Comunidad Europea que posibilitó el aumento de presupuesto para un abanico de actividades para combatir la malnutrición. También se aprueba la “Estrategia Nacional CRECER”¹²⁴ que implicaba la articulación entre los niveles nacional, regional y local.

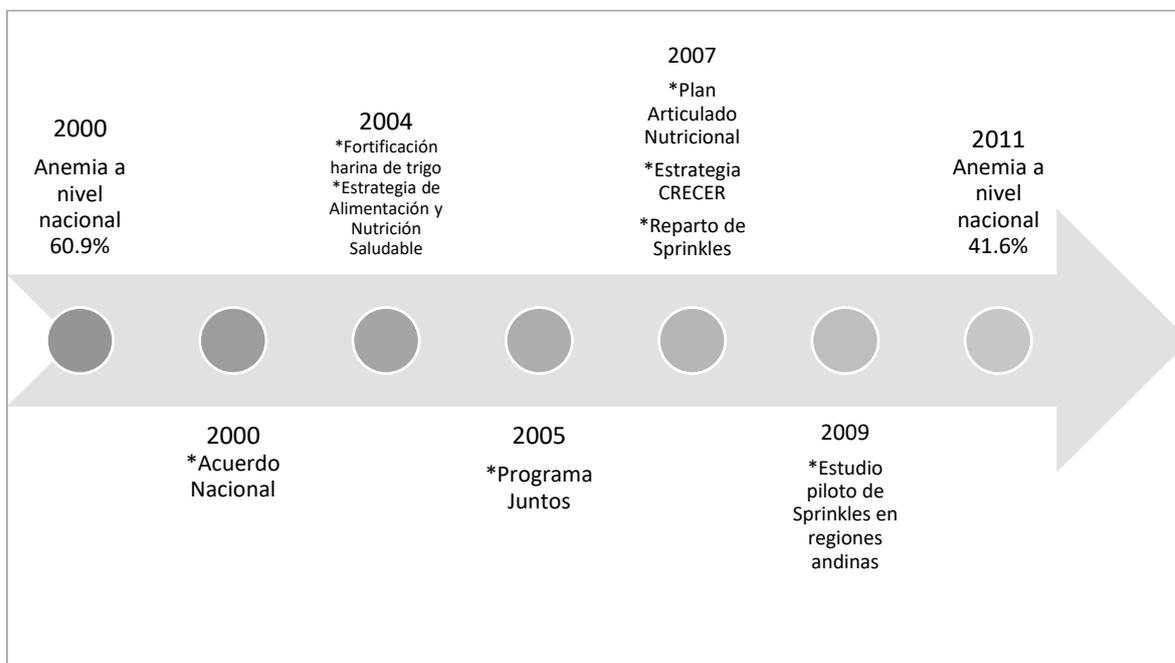
Este año también estuvo marcado por un evento importante en la historia del abordaje de la anemia, que es el inicio del reparto de los “Sprinkles” bajo la asesoría técnica de UNICEF. Siendo presentada como la estrategia de mayor efectividad a corto y mediano plazo, entre los años 2009 y 2011, el Ministerio de Salud y el entonces Ministerio de la Mujer y Desarrollo

¹²³ Los programas de transferencias condicionadas de dinero han venido siendo una de las principales formas de lucha contra la pobreza en América Latina. Casi todos los gobiernos de la región tienen un programa similar a “Juntos”, siendo en algunos casos el centro de las políticas asistenciales. Los casos del programa “Oportunidades” de México, y “Bolsa Familia” en Brasil son de los más emblemáticos por su historia, trayectoria, magnitud, cobertura e impactos (CEPAL, 2011).

¹²⁴ Decreto Supremo N° 055-2007-PCM

Social desarrollaron una experiencia piloto de suplementación con multimicronutrientes en tres regiones de los Andes. Esto se describirá en el acápite 3.3.

Gráfico 02. Acciones contra la anemia y prevalencia: Período 2001-2010



Fuente: Elaboración propia.

4.2.3 Período 2011-2020: Discursos de “inclusión”, programas sociales y anemia como prioridad nacional

Desde la mitad del período pasado, luego de por lo menos dos décadas de políticas predominantemente neoliberales con resultados muy discutibles en los países catalogados como “en desarrollo”, comenzó a nivel global una etapa marcada por el interés de revisar y analizar estas experiencias, reevaluando cuál debería ser en adelante el rol del Estado y su equilibrio con el mercado. Este movimiento es conocido como el Post-Consenso de Washington, el cual tuvo acogida en América Latina a partir de discursos que promovían una inclusión basada en derechos¹²⁵, y que se tradujeron en una diversidad de programas sociales.

¹²⁵ Hablar de “inclusión social” cobraba sentido al comprobar que el crecimiento económico que se produjo en varios países a partir de la aplicación de las recetas promovidas desde el Consenso de Washington, había beneficiado predominantemente solo a ciertos grupos, manteniéndose brechas y desigualdades importantes.

En el Perú, sus efectos se sintieron más marcadamente durante esta década, reflejada durante el gobierno del presidente Ollanta Humala en 2011¹²⁶ quien manifestó que el sello de su gobierno sería la inclusión social. De esta manera, ese mismo año se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, tal como se venía dando en otros países de la región, el cual iría ganando protagonismo en la lucha contra la anemia desde sus programas sociales¹²⁷.

En 2012, uno de los think tank más importantes del país publica el libro “Impacto económico de la anemia en el Perú” (ALCÁZAR, 2012) el cual estimaba los costos para el Estado que se producen como consecuencia de la anemia. Este estudio fue importante porque significó una evidencia considerada científica y que comprobaba las pérdidas económicas causadas por esta, por lo que fue utilizado por el Ministerio de Salud para argumentar la necesidad de actuar sobre este problema.

Es interesante mencionar que, a pesar del mayor posicionamiento de la anemia en la agenda, la intervención auspiciosa de los programas sociales, el importante incremento en su presupuesto, y de que los multimicronutrientes fueron masivamente repartidos en los primeros años de este período, la anemia aumentó en casi dos puntos porcentuales entre 2011 y 2015, pasando de 41,6% a 43,5%¹²⁸. La respuesta a este incremento fue fortalecer esta estrategia, llegando incluso a hacer una compra excesiva de multimicronutrientes que llevó a un sobre stock, generando suspicacias sobre los intereses detrás de esta intervención¹²⁹. Esta respuesta iba en consonancia con el Objetivo 2 “Hambre Cero” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible suscritos ese mismo año.

El aumento de la anemia no pasó desapercibido, por el contrario, fue motivo de confrontación política al servir de argumento para criticar al gobierno de turno como ineficiente y cuestionar el papel de los programas sociales. De otro lado, se consideraba inaceptable que habiendo el país atravesado por una transición económica que lo había llevado a ser considerado

¹²⁶ El presidente Ollanta Humala gobernó del 2011 al 2016.

¹²⁷ Los programas que tendrían una vinculación directa con la lucha contra la anemia serían “Juntos” -ya descrito antes-, “Cuna Más” que brinda cuidado diurno a niños de hasta 3 años, y “Qali Warma” -nombre en quechua que significa “niño vigoroso”- que brinda un servicio alimentario en las escuelas.

¹²⁸ Datos de la encuesta ENDES del 2015.

¹²⁹ Entre 2015 y 2016 se compraron más de 379 millones de sobres de micronutrientes, cuando lo que se necesitaba era menos de la mitad. Con esa cantidad, se decía que se contaban con lo suficiente para por lo menos cuatro años. Una cantidad de estas se vencieron y tuvieron que ser desechadas. Para detalles de la denuncia: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hNDKD-m0tNYJ:https://elcomercio.pe/peru/minsa-comprara-chispitas-2020-noticia-518427-noticia/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=br>

como un “país con ingreso medio” de acuerdo con el Banco Mundial, se tenga una cifra tan alta de anemia. Este escenario y sentir de la opinión pública reflejaba bien lo que el antropólogo Eduardo Menéndez refiere en una entrevista sobre lo que reflejan las enfermedades sobre una sociedad: *“no son solo padecimientos, muestran también contradicciones del sistema”*¹³⁰.

Una prueba del protagonismo de la anemia en la arena política es que fue un punto destacado en el discurso de asunción de mando del presidente Pedro Pablo Kuczynski en 2016¹³¹, en el que señaló: *“En el año 2021, año del Bicentenario, quiero que la urgencia de eliminar la anemia en los chicos haya desaparecido por completo”*. De esta manera, se dieron algunos pasos adicionales. En 2017 se firma el “Pacto Nacional para la Reducción de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil” suscrito entre el Gobierno Nacional y los gobiernos regionales, lo cual fue calificado como un hecho sin precedentes. Además, se publica el “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil”¹³² que planteaba disminuir la anemia a 19% para el 2021.

De otro lado, se impulsan acciones complementarias al reparto de multimicronutrientes con apoyo de la OPS y el Plan Mundial de Alimentos, como la masiva desparasitación¹³³ y la promoción de comida casera saludable que explote elementos representativos de la gastronomía peruana¹³⁴. Esto hacía parte de incorporar observaciones de especialistas que recomendaban no concentrar la solución a la anemia únicamente al consumo de suplementos. Todo esto se ve interrumpido en 2018 con la renuncia de Kuczynski a menos de dos años de iniciado su mandato. A pesar de ello, la anemia continuó en la agenda, y nuevamente fue destacada en el discurso de asunción de mando del presidente Martín Vizcarra¹³⁵: *“Tenemos el firme compromiso de reducir los índices de anemia que afectan nuestro presente, y sobre todo el futuro de nuestro país (...) Sí podemos derrotar la anemia si todos nos comprometemos con ello”*.

¹³⁰ Entrevista disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jPP6Ziu1g4U>

¹³¹ Pedro Pablo Kuczynski gobernó solo menos de dos años, del 2016 al 2018. A partir de allí, iniciaría un periodo de gran inestabilidad política e ingobernabilidad en el Perú.

¹³² Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA

¹³³ Resolución Ministerial 447-2017/MINSA que declara el “Día de la Desparasitación”.

¹³⁴ Iniciativa “Cocina con Causa”.

¹³⁵ Martín Vizcarra gobernó también menos de dos años, del 2018 al 2020.

En consonancia con ese interés, se incluye como uno de los lineamientos de la “Política General de Gobierno al 2021”¹³⁶ a la reducción de la anemia infantil. Además, se marca otro hito importante al declararla como “prioridad nacional” a través del D.S. N° 068-2018-PCM, el cual aprueba también el “Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia 2018-2021” que promueve la intervención articulada de los diversos sectores y niveles de gobierno involucrados. Todo esto se vio traducido además en un nuevo aumento del presupuesto para las acciones establecidas.

Llama la atención que el interés y movilización mostrados hacia la anemia no eran comparables con lo que se daba para las principales causas de muerte en el país: el cáncer y las enfermedades infecciones parasitarias¹³⁷. Además de la influencia de las agendas globales, considero que esto tiene que ver con que la anemia resultaba una causa fácil de comunicar y legitimar, inclusive frente a padecimientos más letales, al personificar en los niños pobres del país las contradicciones del sistema luego de haber atravesado una etapa de bonanza económica. Tanto era así que fue un arma política para criticar a los mandatarios de turno. ¿Cómo podía ser posible que la niñez, “el futuro de la nación”, dé sus primeros pasos con anemia? Esto tiene cierta similitud a lo descrito por Fassin (2010) sobre las campañas mediáticas en Sudáfrica para proveer antirretrovirales a los niños infectados por la transmisión vertical del VIH¹³⁸. Al igual que en ese caso, los aspectos económicos y sociales de la población afectada no eran objeto de cuestión, tampoco lo era la situación de las madres de esos niños, más que en su condición de cuidadoras.

Otro hecho importante en este período es la mayor atención a la Amazonía como espacio merecedor de ser “incluido” a partir de los programas sociales. Algo que impulsó esto fue el desarrollo de los Seminarios Pan-Amazónicos de Protección Social realizados en 2017 en Belém (Brasil) y luego en 2018 en Iquitos (Perú)¹³⁹. El objetivo era el intercambio de experiencias en la materia, enfatizando los retos de adecuación de los programas sociales en la Amazonía. Esto motivó un incremento importante de beneficiarios a partir la ampliación de los programas en esta área.

¹³⁶ Decreto Supremo N° 056-2018-PCM

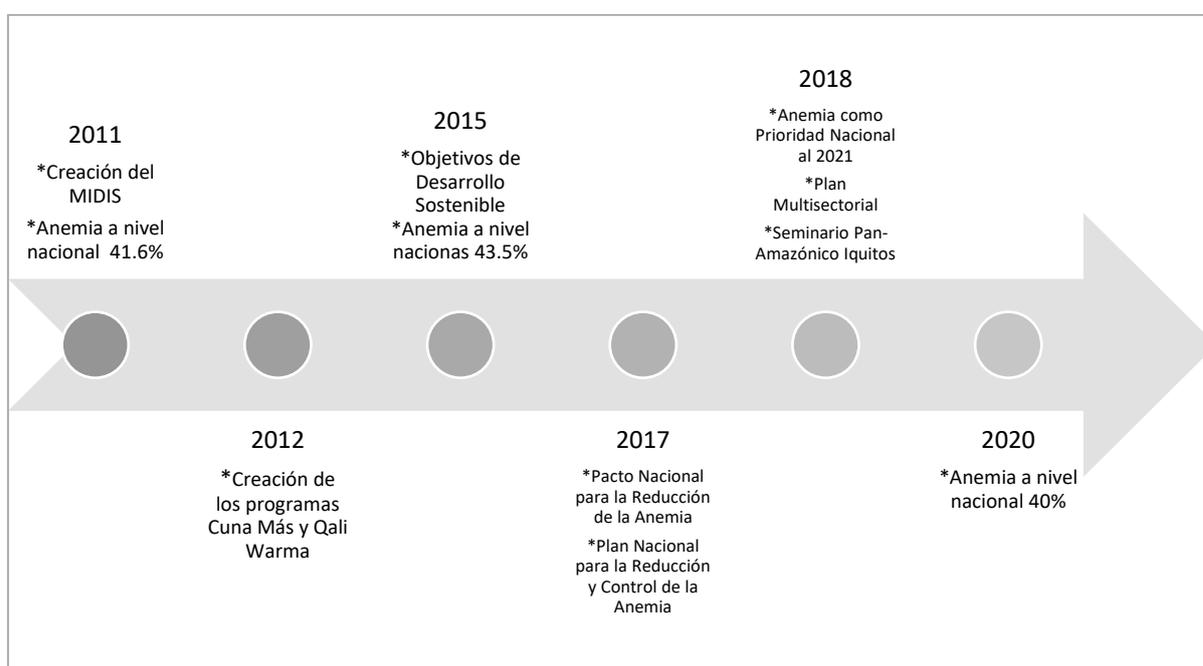
¹³⁷ Esto, según el “Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015” (MINSa, 2018).

¹³⁸ Fassin señala que los activistas que promovían esta causa destacaban a los niños como víctimas inocentes a través de gráficas y titulares en los periódicos, lo que contrastaba con los adultos con VIH y sus madres que solían ser objeto de juicio por “promiscuidad sexual”.

¹³⁹ En los seminarios participaron funcionarios públicos, representantes de pueblos indígenas, así como investigadores y organizaciones internacionales.

No obstante, nuevamente, a pesar de la atención dada y el presupuesto asignado, entre 2015 y 2018 la anemia se mantuvo inamovible en 43,5%, lo cual una vez más generó críticas y la búsqueda de más explicaciones que den alguna pista de por qué no se lograban mejores resultados. Es recién para el 2019 y 2020 que se registra una reducción de tres puntos, quedando en 40%. A pesar de ello, quedaba claro que la meta de 19% para el 2021, año del Bicentenario, era imposible. La pandemia por el SARS-CoV 2 en 2020, terminaría de imposibilitar ese anhelo.

Gráfico 03. Acciones contra la anemia y prevalencia: Período 2011-2020



Fuente: Elaboración propia.

Luego de ofrecer una mirada procesual de los últimos 30 años que ha privilegiado contar como la malnutrición y anemia se convirtieron en asuntos públicos, destacando las principales acciones en el tema en Perú, me interesa cerrar este capítulo describiendo la trayectoria que siguió la principal intervención contra la anemia de la última década: los multimicronutrientes. El objetivo es brindar una perspectiva aterrizada a partir de la confrontación de los supuestos que la guiaron, con la perspectiva de la población awajún sobre esta tecnología.

4.3 UN PROBLEMA GLOBAL, UNA SOLUCIÓN GLOBAL: SOBRE MULTIMICRONUTRIENTES Y “MAGIC BULLETS”

Cuando se habla de “magic bullets” desde la antropología, se hace referencia al enfoque extendido en la salud global en el cual se reduce la solución de un problema de salud al consumo de algún tipo de tecnología sanitaria. Con ello, se trata de hacer hincapié en esa fe en los fármacos característica de la biomedicina que lleva a ignorar otros aspectos centrales en el proceso salud-enfermedad-atención. La apuesta por los multimicronutrientes como solución para la anemia viene a ser un ejemplo de la reproducción de esa visión.

Mi descripción sobre algunos de los sucesos más destacados de las últimas décadas en relación con las políticas nutricionales dejó claro el creciente posicionamiento de la anemia en la agenda global de salud. En esta historia, los multimicronutrientes han tenido un lugar destacado en los últimos años no solo en Perú, sino en aproximadamente medio centenar de países de América Latina, Asia y África. Su protagonismo ha sido tal en el caso peruano, que considero amerita un espacio específico que permita describir los puntos más relevantes de esta intervención, intentando también esbozar algunos trazos de lo que podría ser considerado como la vida social de este medicamento (VAN DER GEEST, WHYTE, HARDON; 1996).

Mi interés con esto es contribuir con las discusiones sobre intervenciones farmacéuticas humanitarias (BIEHL, 2011), destacando algunas particularidades llamativas en el caso de la anemia y los multimicronutrientes.

4.3.1 Los inicios de “Sprinkles”: Una historia de humanitarismo transnacional

“*Easier than taking vitamins*” es el titular de un artículo de The New York Times del 2012 en el que se resumen los resultados prometedores de los “Sprinkles” hasta esa fecha, el cual es descrito como “*an innovative treatment for one of the most pervasive problems affecting the world’s children*”¹⁴⁰. Los “Sprinkles” consistían en un polvo compuesto por hierro y micronutrientes el cual debía ser esparcido en una porción pequeña de alimentos semisólidos.

¹⁴⁰ Disponible en: <https://opinionator.blogs.nytimes.com/2012/09/05/easier-than-taking-vitamins/>

El investigador de la Universidad de Toronto, Stanley Zlotkin, varias veces galardonado por sus aportes en el campo de la nutrición infantil, es el creador de esta fórmula. Como el mismo lo describe en uno de sus artículos, la idea de "Sprinkles" se dio en 1996, cuando un grupo de consultores determinó que la prevención de la anemia infantil en países pobres era una prioridad de UNICEF, y que las intervenciones disponibles no eran efectivas (ZLOTKIN et al, 2005). Su compromiso con esta causa es destacado en varias notas, al igual que su altruismo por ceder la patente de este suplemento. Su interés era crear una fórmula simple de usar, pero con un gran impacto en los países en desarrollo. Como él mismo explica -haciendo notar algunos preconceptos sobre dichos países-:

“Many mothers in developing countries are illiterate and can’t read complex instructions (...) They would simply have to be told to open the package and sprinkle it onto whatever food they were using to feed their infant. It had to be packaged with the right amount, otherwise it could be toxic. And because it’s the developing world, it would have to be inexpensive and simple to use”¹⁴¹.

Desde un inicio quedó claro que los consumidores de esta fórmula serían niños pobres de los países en desarrollo. Además, Zlotkin revela en las siguientes líneas los motivos detrás de su humanitarismo hacia los niños de dichos países:

“Given the fact that my research focuses on the developing world and of course I’m a Canadian researcher, I do feel that what affects children in the developing world also affects children in Canada. The world is a tiny place. Infectious diseases over the last 20 years that happen in the developing world can affect children in Canada”.

En esta historia, tal como ha sucedido en otras estrategias globales de salud, se desarrolló una asociación entre organizaciones multilaterales, una elite científica, organismos no gubernamentales, y el sector empresarial. Es así como en el 2000 la HJ Heinz Company¹⁴² expresó su interés en el proyecto como un componente de su programa de responsabilidad social corporativa, apoyando con financiamiento y asesoría técnica. Luego de una investigación piloto en Asia, se realizó un estudio de mayor escala en países de Asia y África a fin de probar su distribución masiva y aceptabilidad, para lo cual fue elegida la oenegé World Vision.

¹⁴¹ Disponible en: <https://www.utoronto.ca/news/how-u-t-pediatrician-came-solution-treat-malnourished-children-around-world>

¹⁴² Compañía estadounidense multinacional dedicada a la industria alimentaria.

Los “Sprinkles” adquieren un impulso adicional cuando en el Consenso de Copenhague¹⁴³ de 2008 son posicionados a la cabeza de las intervenciones de ayuda más costo-efectivas del mundo. Esto tenía que ver con sus costos muy bajos de producción y los prometedores resultados en la reducción de la anemia. A partir de ello, UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de varios países llevaron a cabo proyectos piloto para mostrar a los gobiernos nacionales que los “Sprinkles” eran eficaces, y así lograr su inclusión en las políticas de salud internas. El interés, además, era generar una demanda que fuese atractiva para las empresas interesadas en su producción¹⁴⁴. Perú fue uno de esos países.

4.3.2 “Sprinkles” en Perú: El papel de los organismos transnacionales y la generación de una demanda

La primera experiencia oficial de uso de los “Sprinkles” en Perú fue en 2007 en un contexto de emergencia generado por el terremoto que azotó la zona sur del país. Su reparto se dio en los distritos afectados con el apoyo de UNICEF en alianza con el Estado. Posteriormente, entre los años 2009 y 2010, se decide desarrollar un piloto en tres de las regiones más pobres del país ubicadas en los Andes, que además registraban más anemia: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. El objetivo era demostrar a las autoridades nacionales que los “Sprinkles” funcionaban, y a partir de ello justificar su ampliación a todo el país. Una especialista del Ministerio de Salud que participó de ese proceso desde sus inicios a quien entrevisté, describe bien ese momento¹⁴⁵:

“En el 2008 UNICEF nos plantea que se trabaje con los multimicronutrientes, dijeron que ya se venía trabajando en otros países. Inclusive yo venía de World Vision donde ya se había trabajado con eso en 2006 (...) UNICEF era quien brindaba asistencia técnica en materia de niñez. Entonces, lo que hicieron fue traer toda la evidencia de

¹⁴³ El Consenso de Copenhague refiere a un encuentro que reunió a un grupo de economistas renombrados del Norte Global quienes tuvieron la tarea de establecer una lista de los proyectos en los cuales se deberían priorizar el gasto mundial, por prometer un mayor impacto por dólar invertido.

¹⁴⁴ Tal como señaló un representante de UNICEF en la nota del New York Times: “Ninguna empresa intervendría a menos que supiera que hay un mercado para ella” (Traducción propia).

¹⁴⁵ La entrevistada pertenecía a un área técnica del Ministerio de Salud encargada de temas de nutrición. En este caso, se mantendrá el anonimato.

este nuevo suplemento. Y una vez que lo presentaron, todos estuvieron bien interesados”.

Es importante considerar que la atención dada a los planteamientos de UNICEF tenía que ver con el tipo de relación e injerencia que tenían los organismos multilaterales en las decisiones internas en esa época, al ser Perú considerado un país “en vías de desarrollo”, algo que fue cambiando en los años posteriores. Esto también fue señalado de manera clara por la misma especialista:

“Hoy en día la forma de poner los temas en agenda son los acuerdos nacionales, los planes nacionales, pero en ese entonces no era así (...) teníamos a todas las agencias que nos brindaban cooperación técnica. En ese momento éramos un país que todavía calificaba para ese tipo de ayuda. Te estoy hablando del 2008, 2009. Era muy común verlos como parte de la gestión, y no solo te hablo a nivel del MINSA sino también en otros sectores, formaban parte de las mesas de trabajo, era un actor muy presente en los espacios técnicos”.

Así, es a partir de la intervención técnica de UNICEF que, como vimos, fue también quien encargó la creación de esa fórmula a Zlotkin, que se empezó a trabajar en su distribución. No obstante, es importante destacar que, si bien las evaluaciones de esa experiencia piloto daban cuenta de la eficacia del producto en un porcentaje de la población participante, también señalaban varias dificultades para la adherencia y la obtención de resultados. Por ejemplo, una de las evaluaciones concluyó que hubo niños en los que la anemia no se redujo, y que incluso en algunos casos esta llegó a empeorar. También se señalaba que las tasas de abandono en conjunto superaban el 40% (MUNAYCO et al, 2013). Aun así, se decidió seguir adelante y apostar por esta iniciativa.

4.3.3 Una evidencia problemática: De capital humano y sujetos neoliberales

Una vez que esta estrategia captó el interés de las autoridades de alto nivel, la cooperación internacional intervino para generar una evidencia que acabaría por posicionar la anemia en la agenda pública nacional a partir de la elaboración del estudio “Impacto Económico de la Anemia en el Perú” (ALCÁZAR, 2012). Este documento, financiado por Acción Contra el Hambre en asociación con GRADE, uno de los think tank más importantes del país, tenía

como objetivo establecer cuánto le costaba la anemia al país. Su metodología se basaba en estimar este costo en base a tres ejes: la pérdida de la productividad futura de los niños que padecen de anemia, la pérdida de productividad de los adultos que padecen de anemia, y el costo asociado a la atención de mujeres que dieron a luz de forma prematura por causa de la anemia. A partir de ello, se concluye que el Estado perdía aproximadamente 0,62% del producto bruto interno del Perú, es decir, alrededor de S/. 2,777 millones. Este estudio sería posteriormente muy referenciado como justificación para el uso de los multimicronutrientes.

Hay varios puntos a señalar a partir de esto. En primer lugar, vemos como se reproduce la teoría de capital humano que, como vimos en la sección anterior, había ganado un renovado interés en la región con en el marco de las políticas neoliberales de los 90. Vale señalar que esta teoría comenzó teniendo en esa época un lazo más cercano con el ámbito de la educación desde el cual se sostenía que la formación de las personas y trabajadores era una inversión -más que un derecho- que ayudaría a generar una rentabilidad individual, para las empresas, y la sociedad. Esta lógica se fue trasladando al ámbito de la salud, estableciendo la importancia de ser lo suficientemente saludable y competente fisiológicamente para cumplir con las exigencias del sistema capitalista y los ideales de éxito. En el caso de la anemia, al existir posibles consecuencias a nivel cognitivo, sobre todo en los casos severos, se enfatizaba las pérdidas que esto generaría al país. Así, el estudio de Alcázar destaca las pérdidas y gastos que el Estado tendría que asumir por años de repitencia escolar y por la atención de partos prematuros.

Este es un enfoque que ejemplifica lo que Brown (2018) describe como una economización neoliberal de la vida política y social, en la que toda persona se convierte en capital humano de sí mismo, de empresas, y de una nación. A través de este tipo de discursos, se moldea una ciudadanía basada en sujetos “rentables” y sujetos “no rentables”, e incluso “deudores”. Lo que no se señala en el estudio de GRADE y otros similares, es que el Perú es uno de los países de la región en los que la salud y educación fueron más privatizados, y que el sistema público ha tenido por décadas una atención precaria y con serias deficiencias que obliga a las personas a asumir con su bolsillo muchas de las atenciones básicas. Por ello, cabría preguntarse ¿quién es el real deudor aquí?

Un segundo punto por señalar es que este caso permite observar con claridad como esta retórica economicista se alinea de manera conveniente con la ideología de “magic bullets”, centrada en las soluciones tecnológicas. En este marco, las cifras epidemiológicas y económicas

se alinean para plantear soluciones costo-efectivas, priorizando los intereses y preocupaciones de los organismos multilaterales y financistas sobre la de los receptores, reforzando relaciones de poder preexistentes (BIEHL, 2011). Veremos a continuación un ejemplo de qué emerge a partir de la aplicación de estas teorías en el terreno.

4.3.4 Discursos confrontados: Falta de adherencia versus narrativas de exterminio

Empecé este acápite sobre multimicronutrientes describiendo su origen como un producto de la ciencia del Norte Global, y su posterior inserción como estrategia contra la anemia en la agenda pública del Sur Global a partir de la intervención de agencias transnacionales. La secuencia lógica de esta historia exige mostrar qué pasó con este suplemento que circuló desde fábricas de medicamentos en la India, hasta llegar al Perú. Un producto fácil de usar, “más fácil que tomar vitaminas” como señalaba el titular de The New York Times, auguraría éxito en su aceptación y por tanto en la reducción de la anemia. Sin embargo, como se verá, esto no fue así.

Como señala Mosse (2013), el desarrollo internacional implica procesos sociales que son inevitablemente transnacionales, interculturales y multiescalares. Tal es el caso de esta estrategia de salud global, replicada en por lo menos cincuenta países. En el caso del Perú, los multimicronutrientes se convierten oficialmente en la intervención principal contra la anemia en el 2014¹⁴⁶, aunque ya venía circulando desde hacía un par de años atrás. En este interín, el producto fue asumiendo algunas adaptaciones al contexto peruano, como el cambio de nombre. Así, pasó de ser “Sprinkles” a “Estrellitas” y luego a “Chispitas”.



Descripción: En la primera foto se observa la imagen de las llamadas “Sprinkles” o “Estrellitas Nutricionales”, que fueron las primeras en distribuirse con el apoyo de UNICEF. La segunda foto corresponde a las llamadas “Chispitas” adquiridas por el Estado Peruano. La foto tres presenta a los MMN esta vez con el nombre de “Nutromix”, sin embargo, siguieron siendo conocidas como “Chispitas”. La última imagen muestra una de sus últimas presentaciones llamada “Suplemento de Micronutrientes”. **Fuente:** Las dos primeras imágenes fueron obtenidas de internet, mientras que las dos últimas son de mi archivo personal.

¹⁴⁶ Resolución Ministerial N° 706-2014-MINSA

Los principales pacientes-consumidores que empezaron a recibir este suplemento fueron niños pertenecientes a familias en situación de pobreza, muchos de ellos indígenas. Como mencioné antes, el estudio piloto fue realizado en tres regiones andinas en áreas con población mayoritariamente quechua, luego comenzó a ser distribuido también en la Amazonía. En ese sentido, es necesario destacar que su consumo tenía un trasfondo de raza y clase.



Descripción: Afiches para incentivar el consumo de multimicronutrientes en Huancavelica (Andes) y Bagua (Amazonía), este último en idioma awajún. **Fuente:** Archivo personal.

En 2015, cuando me desempeñaba como servidora pública del Ministerio de Salud, supe de la preocupación de autoridades de alto nivel por las importantes dificultades en la adherencia a los multimicronutrientes. Al ser la única antropóloga y profesional de ciencias sociales de la unidad donde trabajaba, era la llamada a “entender la cultura” y dialogar con las personas en campo para intentar encontrar respuestas a porqué determinadas acciones no funcionaban. Así, fui enviada a tres lugares, uno de ellos una zona awajún en Amazonas muy cercana al ámbito donde realicé esta tesis, donde se decía que había muy poca adherencia. El objetivo era explorar por qué había rechazo a este producto.

Cuando fui al campo, rápidamente me encontré con comentarios sobre los cuales ya me habían advertido en Lima. “*Los multimicronutrientes son veneno para ratas*”, “*si lo echas al río, los peces se mueren*”, “*alguien echó los multimicronutrientes sobre hormigas, y*

murieron rápido”. También escuché otros comentarios como “*dicen que eso va a hacer que tus hijos no crezcan*”, “*ese polvo es para volver a los niños sonsos*”. En resumen, se trataba de comentarios que en conjunto expresaban que esa fórmula había sido enviada para matar a los indígenas y hacer daño a sus niños.

El personal de salud con el que conversé se había dado por vencido en su mayoría. Me expresaron con sinceridad que ya no sabían que hacer, que habían intentado convencer a las mamás indígenas que los multimicronutrientes eran buenos, sin obtener resultado. Sin embargo, me confesaron también que no veían a este producto como adecuado, debido a las complicaciones para su consumo. En primer lugar, había que darlo a los niños en papillas, cuando este tipo de comida transicional no formaba parte de los patrones de alimentación local de los infantes en esta parte de la Amazonía. En segundo lugar, se pedía que sean las madres quienes den de comer a los niños para supervisar su correcto consumo, pero estas no estaban todo el tiempo con ellos y en general los niños awajún tenían una crianza en el que se estimulaba su autosuficiencia desde que empezaban a caminar. Por último, los resultados en la reducción de la anemia a partir de este producto se veían solo con su consumo constante y en un mediano plazo. En conclusión, mientras que el inventor de los multimicronutrientes los había destacado ante el mundo como un suplemento muy fácil de usar, el propio personal de salud decía que era complicado. Estas apreciaciones las encontré no solo en Amazonas, sino también en los otros lugares que visité.

Al mismo tiempo, se daba otra situación que llamaba la atención del personal de salud. Mientras desde Lima se asumía que las madres indígenas prestaban poca atención a la alimentación y estado nutricional de sus hijos, los suplementos vitamínicos y las fórmulas lácteas infantiles eran productos muy consumidos por mujeres awajún, a pesar de su elevado precio. En una de las comunidades a las que fui dos técnicos me dijeron: “*Prefieren comprar vitaminas en la farmacia, me dicen si le pueden dar eso en reemplazo de los multimicronutrientes*” y “*Compran medicamentos carísimos en farmacias*”. Una enfermera de otra comunidad señaló: “*La mayoría compra vitaminas en farmacia, las mamás awajún son las que más compran*”. Esto es algo que luego pude constatar en el trabajo de campo que hice para esta tesis. Esto, confirmaba que el rechazo de los awajún no era a la biomedicina, sino a este producto dado por el Estado, que el mismo personal de salud calificaba como inadecuado.

Otro punto importante por destacar es que estas narrativas de exterminio que escuché en torno a los multimicronutrientes no eran un hecho aislado. Por el contrario, diferentes profesionales que viajaban a la zona regresaban a Lima comentando que también habían escuchado lo mismo, lo cual era interpretado como “creencias”, “chismes” o simplemente “ignorancia”. El interés por motivar que los multimicronutrientes sean aceptados por los awajún fue tal que inclusive la OPS realizó un estudio que buscaba comprender estas “creencias”, y se incluía como parte de sus productos un video en el que los investigadores hacían el “experimento” de echar los multimicronutrientes a las hormigas para demostrar a un grupo de awajún que estas no morían, afín de convencerlos de su inocuidad¹⁴⁷.

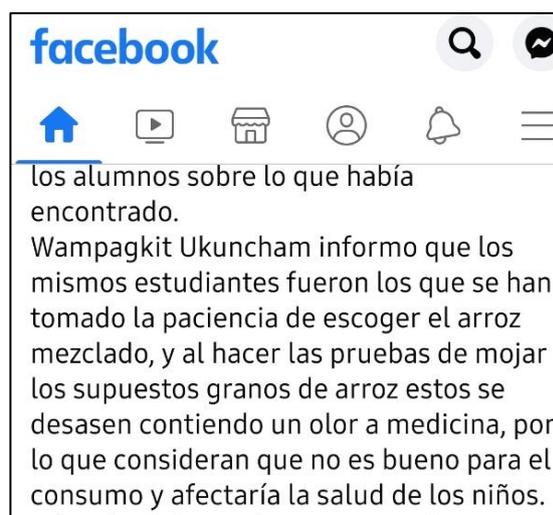
Desde la comunidad salubrista, el problema era la adherencia, y parte de ese problema eran las “creencias negativas” de la población en torno al producto. Se tomaba como un dado que este suplemento era bueno y por tanto debía ser aceptado. Yo misma fui enviada con la intención de intentar comprender esas creencias, para que luego se piensen formas para generar confianza. No obstante, mi argumento es que aquí el tema no son los multimicronutrientes, el fondo tiene que ver con asuntos más complejos vinculados con la historia de relacionamiento de los indígenas con los no indígenas y el Estado.

Prueba de ello es que estas narrativas de exterminio están lejos de restringirse a este caso. El personal de salud me mencionó que debían lidiar con comentarios similares para otras estrategias, como por ejemplo las vacunas contra el virus de papiloma humano que se buscaba introducir en esos años: “*Dicen que el Gobierno manda eso para esterilizar a las mujeres, para extinguirlos*”, “*La mitad no acepta esa vacuna, dicen que es para esterilizar*”, fue lo que me comentaron dos profesionales de la zona. Además, tenemos el trabajo de Santos Granero y Barclay (2010) donde se describe como entre 2008 y 2009 comenzaron a circular entre población awajún, wampis y asháninka historias de seres conocidos como “bultos”, “selladores” o “gringos alados” que amenazaban la seguridad de las comunidades nativas, infiltrándose a través de agencias y programas gubernamentales para matar a sus pobladores con distintos propósitos. Es decir, se percibía que los blancos, ya sean peruanos o extranjeros, querían exterminarlos, ya sea mediante la extracción de partes corporales como ojos, órganos

¹⁴⁷ Este video forma parte de un anexo del documento “Nivel de cobertura y adherencia en el consumo de micronutrientes en los niños de los distritos de Río Santiago e Imaza”. OPS, 2017. Disponible en: <https://docplayer.es/136312652-Nivel-de-cobertura-y-adherencia-en-el-consumo-de-micronutrientes-en-los-ninos-del-distrito-de-rio-santiago-e-imaza.html>

o grasa, o mediante la introducción de sustancias nocivas o patógenas, como sellos, vacunas o alimentos enriquecidos.

Durante mi trabajo de campo en 2019, me topé con comentarios que iban en la misma línea, pero esta vez en relación con la comida que se daba a los escolares como parte del programa “Qali Warma”. Por ejemplo, en agosto del 2020 circuló en las redes sociales de una radio local muy escuchada en Nieva, el reclamo de un docente de una comunidad awajún señalando que el arroz de “Qali Warma” estaba mezclado con arroz “artificial” lo cual era un atentado contra la salud de los niños. Tal como había pasado con los multimicronutrientes en el que algunas personas me contaron haber experimentado echando el polvo a peces e insectos para demostrar que morían, en este caso, se informó que los estudiantes habían hecho “pruebas” con el arroz, observando características que les resultaban sospechosas.



Fuente: Facebook de “Radio AW”, 31 de agosto de 2020.

Al igual que Santos Granero y Barclay, considero que lo que menos debería interesar es saber la verosimilitud de estas narrativas¹⁴⁸. Tampoco lo debería ser buscar y sancionar a los responsables de estos “chismes” como escuché alguna vez. Lo importante es que estas narrativas existen, circulan y que no han parado, por el contrario, se continúan reproduciendo. Un tiempo fueron los “sellos”, otro son los multimicronutrientes, otro una vacuna, y otro la

¹⁴⁸ Esto no excluye las investigaciones que sí son necesarias en los casos de denuncias de mala calidad o distribución de productos vencidos.

comida de “Qali Warma”. Entonces no se trata solo de multimicronutrientes, se trata de lo que representan estas tecnologías del Estado, y sus agentes en la memoria y experiencia histórica de estos pueblos. Por tanto, lo que debería ocuparnos es intentar descifrar qué están expresando.

Santos Granero y Barclay señalan que las historias que registraron constituían una respuesta a la violencia capitalista que experimentan estos pueblos expresada en la explotación de sus recursos. En el caso específico de los multimicronutrientes y otras tecnologías sanitarias, pienso que es importante considerar las particularidades y papel que cumplen los medicamentos en estas sociedades. Si bien para el creador de este suplemento y sus promotores se trataba de una fórmula con propiedades excelentes para reducir la anemia y además fácil de usar, se obviaron las situaciones dinámicas en las cuales serían percibidos y utilizados (DIEHL; GRASSI, 2010). De otro lado, desde una perspectiva sociocultural, la distribución y consumo de los medicamentos se basan en políticas de interacción social y evaluaciones subjetivas sobre estos (DIEHL; LANGDON, 2020). En ese sentido, es vital tomar en cuenta el marco de relaciones en el que se insertan.

Al respecto, tenemos que los programas sociales exigían el consumo de multimicronutrientes y tamizajes de hemoglobina hechos de forma periódica para mantener sus beneficios¹⁴⁹. Es decir, el consumo de este producto se daba en el marco de relaciones coercitivas con el Estado. A ello se añade que las mujeres eran responsabilizadas del consumo de este producto por parte de sus hijos, y por tanto del éxito o fracaso de esta intervención. Así, se planteaban responsabilidades de género específicas, lo que hace importante considerar los efectos generizados de estas políticas (LIND, 2005).

La evidencia sobre el rechazo a este producto es variada. Por ejemplo, Del Pino et al (2012) señalan que este producto no era aceptado en Ayacucho, región de los Andes peruanos, lo que tendría que ver con el tipo de relación que tenían las madres con los agentes estatales que promovían su uso, la cual estaba marcada por la desconfianza, el temor y la verticalidad en la transmisión de conocimientos. Algo similar encuentra Gillespie (2015) en esa misma región. Mayca et al. (2017) registraron también el rechazo a los multimicronutrientes entre los awajún.

¹⁴⁹ Por ejemplo, la Resolución Ministerial N° 114-2017-MIDIS establecía que para ingresar al programa Cuna Más, los padres tenían que presentar los resultados del tamizaje de anemia de los niños. Y, si los niños tenían anemia, debían presentar los tamizajes al primer mes, 3 meses y 6 meses. De lo contrario se les retiraría del servicio. Algo similar se daba con el programa Juntos.

Inclusive hay evidencia en la misma línea correspondiente a otros países como Guatemala, en las que las madres expresaban que las “Chispitas” causaban desnutrición (GILLESPIE; RIVERA, 2017). No obstante, estas referencias no fueron tomadas en cuenta, y se continuó con esa estrategia no solo masificándola, sino fortaleciéndola e imponiéndola a la población en pobreza.

Con esto, no pretendo expresar que los awajún u otra población indígena rechazan todos los medicamentos que provengan del Estado. Es más, los awajún son un gran ejemplo de aceptación y apropiación de la biomedicina (GREENE, 1998). Lo que intento destacar es la importancia de prestar atención a las formas y relaciones que buscan promover su uso. A esto se añade la evaluación que las personas hacen de su calidad y facilidades para su consumo. En ese sentido, creo que los multimicronutrientes son un excelente ejemplo para reflexionar sobre estos aspectos.

Cuando realicé el trabajo de campo en 2019, los multimicronutrientes ya estaban dejando de ser distribuidos al concluir el fracaso en sus objetivos. En su reemplazo, se estaba comenzado a apostar por actividades de promoción de la salud vinculados a la educación nutricional¹⁵⁰. Por ello, las referencias que pude obtener correspondían a lo que las personas recordaban de los años anteriores. Cuando pregunté a una mujer mayor del barrio de Kampagkis por qué creía que no había funcionado esta estrategia, ella me dio una respuesta que creo es un buen cierre para esta historia. Ella dijo:

“Primero, que nos obligaban, y a nadie le gusta que le obliguen. Segundo, ¿por qué vamos a dar a nuestros hijos algo que vemos que el propio personal de salud no usa? Nosotros vemos como ellos compran todo en la farmacia, vemos que compran tónicos buenos para sus hijos, entonces nosotros hacemos lo mismo”.

¹⁵⁰ Esto será descrito en el siguiente capítulo.

5 LA INTERVENCIÓN CONTRA LA ANEMIA EN SANTA MARÍA DE NIEVA¹⁵¹

“Las mujeres juegan un papel importante en la buena salud y nutrición de sus familias porque su participación es primordial en el desarrollo económico y social del hogar, en la producción, la elección de la compra, la preparación y distribución de los alimentos. La experiencia ha demostrado que el rol de las mujeres contribuye con mayor probabilidad a la buena nutrición infantil y aquellas madres con mejores niveles educativos tienen hijos más saludables. Las decisiones sobre el consumo de alimentos están condicionadas por el ingreso, la información, los hábitos, costumbres y la educación de la mujer” (MINSa, 2017:27).

La cita de arriba corresponde al “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021” del Ministerio de Salud, documento que ordena las estrategias y enfoques vinculados a esta intervención a nivel nacional¹⁵². Esta expresa con claridad una dimensión primordial de su mirada de fondo, que es: la centralidad en la mujer, en tanto su rol de madre y cuidadora, como medio para la reducción de la anemia y desnutrición infantil.

De manera contradictoria, tomando en cuenta la connotación que tiene este fraseo, se menciona en el mismo documento la importancia de la igualdad de género y de la participación de los padres, aunque, desde mi punto de vista, de forma menos enfática y vaga. Otro de los enfoques señalados es el intercultural, sobre el cual se dice que se aplicará a partir de la adecuación de los mensajes y contenidos educativos.

Sobre este punto, es importante mencionar que en el Perú fue aprobado en el 2016 la Política Sectorial de Salud Intercultural¹⁵³, que fue además la primera política en el país que pasó por el proceso de consulta previa, la cual tiene la finalidad de orientar todas las estrategias y acciones referentes a la salud de los pueblos indígenas en el ámbito nacional. Esta política señala en una de sus partes la importancia del diálogo horizontal y la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, creencias y prácticas del otro. En ese sentido, una pregunta que pretende ser respondida en este capítulo es ¿cómo estos principios de

¹⁵¹ Una primera versión de este capítulo fue publicada en el artículo “Neoliberalismo, bicomunicabilidad y la producción de ciudadanos salubres e insalubres. Un análisis de las políticas contra la anemia vistas desde la Amazonía”. ANTHROPOLOGICA/AÑO XXXVIII, N° 44, 2020, pp. 131-156.

¹⁵² Al 2023, no se ha presentado aún una actualización de dicho plan, por lo que se mantiene vigente.

¹⁵³ Decreto Supremo N° 016-2016-SA

género e interculturalidad relacionados con la intervención sobre la anemia, y salud indígena en general, son reflejados en la práctica en el contexto de esta tesis?

De otro lado, siguiendo con el plan nacional sobre la anemia, es importante señalar que propone la priorización de quince intervenciones, de las cuales más de la mitad tienen que ver con la suplementación, vacunación, controles de crecimiento, y desparasitación. Las restantes están vinculadas a actividades de promoción de la salud como visitas domiciliarias, consejería, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, y capacitación a organizaciones comunales. De esta manera, un segundo objetivo de este capítulo es mostrar como algunas de estas intervenciones eran llevadas a cabo, considerando las características de Santa María de Nieva y los awajún. Esto será expuesto a partir de fragmentos de las notas de observación que realicé sobre distintos eventos en los que participé.

Parte importante del análisis que propondré para estos datos toma como base los aportes de Briggs (2007) sobre la biocomunicabilidad^{154,155}. Este marco ha servido para analizar los procesos de producción de conocimiento sobre varias epidemias. Ejemplo de ello son los trabajos de Briggs (2005) sobre la epidemia de cólera en Venezuela a inicios de los 90 en el que esta fue imputada a la cultura indígena; también está el trabajo de Briggs y Nichter (2009), quienes a partir de la epidemia de la gripe H1N1 en EEUU analizaron los factores que intervinieron para que esta se produzca como un problema de salud pública. Además, se encuentra el aporte de Nations y Monte (1996) sobre la epidemia del cólera en el noreste de Brasil, en el que encontraron cómo la campaña comunicacional construida a partir de la metáfora de la guerra acabó siendo percibida por los residentes de las favelas de Fortaleza -a la luz de procesos dramáticos ocurridos en ese período- como si la guerra fuese contra ellos y no contra el cólera. Por otro lado, Menéndez (2010) desenvuelve una investigación sobre la gripe aviar en México a partir de la información difundida en medios de prensa y revistas

¹⁵⁴ La biocomunicabilidad hace referencia al proceso de producción, circulación y recepción de conocimiento vinculado a la salud, tomando en cuenta cómo aquello que se comunica, y las ideologías que están detrás, afecta a las audiencias y las ubica social y políticamente. Esto permite dejar de ver los procesos comunicacionales vinculados con la salud como mecánicos, ayudando a observar cómo estos pueden ser un tipo de gobernabilidad que crea y jerarquiza formas de subjetividad, así como roles sociales. Yendo más allá, como el autor afirma, cómo se crean, reproducen y naturalizan ideologías y prácticas neoliberales

¹⁵⁵ Vale mencionar que, si bien Briggs propone el término biocomunicabilidad, su uso por otros antropólogos es reducido. Otros autores que trabajan el mismo fenómeno utilizan términos como “comunicación biopolítica” o “procesos comunicativos en salud”.

especializadas de salud pública, subrayando cómo la información era construida y organizada para reforzar la representación social de la constante e inminente peligrosidad de la enfermedad.

Mi elección de observar las acciones de esta intervención a través de este concepto no es antojadiza. El acompañamiento indirecto que pude realizar de esta intervención desde sus fases iniciales mientras aún me encontraba en el mundo de la salud pública, me dejó señales de la relevancia particular que tenía lo comunicacional en este caso. La experiencia ganada en estos últimos años me ayudó a concluir que esta intuición inicial no era errada. Eso será mostrado en el acápite 5.1. En ese sentido, mi argumento aquí es que la poca atención a la biocomunicabilidad y a las inequidades comunicativas en salud (BRIGGS, 2017) genera una contradicción entre lo que se propone desde el marco de la interculturalidad y equidad de género, y lo que finalmente se concretiza en la intervención contra la anemia. Esto será expuesto a partir de los eventos y materialidades comunicativas en las siguientes páginas. Por tanto, lo que se propone es una reflexión alrededor de no simplemente prácticas comunicacionales en salud, sino de cómo estas se proyectan ideológicamente.

Considero este análisis pertinente en tanto la literatura producida sobre la anemia en el Perú, ha estado más preocupada por identificar los problemas en la adherencia a las tecnologías propuestas, conocer las percepciones o representaciones sobre la anemia en las poblaciones intervenidas, o señalar aspectos culturales que podrían ser “barreras” en la lucha contra la anemia. En ese sentido, veo a esta producción como un cuerpo teórico conservador (BONFIL BATALLA, 1966) en donde la problematización de las ideologías que subyacen estas intervenciones ha sido poco discutida.

Sin embargo, esta veta analítica no es la única ni agota la discusión que puede emerger a partir de los datos que presentaré. La consideración de la cartografía interétnica y experiencia histórica entre indígenas y mestizos que fue desarrollada en los primeros capítulos, es la arena sobre la cual se desenvuelven los eventos a describir. Esto es también altamente relevante en esta discusión y es parte de las tensiones entre los actores de este escenario.

En primer lugar, daré detalles de la estrategia comunicacional sobre la anemia desarrolladas en el nivel nacional y local. Luego, describiré las actividades observadas, para finalmente ofrecer las conclusiones a las que llegué a partir de la identificación de las ideologías comunicativas presentes en esta estrategia.

5.1 LA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA

De acuerdo con la OMS, la llamada comunicación para la salud forma parte de las estrategias de los programas de salud pública a nivel global, cuyo objetivo principal es la información y educación de la población con la finalidad de lograr cambios de comportamiento, y fomentar prácticas de prevención y control de los problemas de salud que se busca combatir. En este marco, la información es concebida como un motor para el cambio y empoderamiento de la población. Al tener un trasfondo educacional, el tipo de comunicación que se desenvuelve suele ser de tipo unidireccional, en la que el conocimiento considerado experto es transmitido a un grupo asumido como lego.

La intervención contra la anemia no era la excepción. Tanto el Ministerio de Salud, como gobiernos regionales y organizaciones aliadas fueron parte de la construcción de una estrategia comunicacional difundida bajo distintos formatos y estilos. En esta parte describiré cómo esta fue concebida desde el nivel nacional del Ministerio de Salud y, luego, como fue replicada en el nivel local que constituye Santa María de Nieva.

5.1.1 El plan comunicacional a nivel nacional

Uno de los aspectos más destacables en la estrategia para reducir la anemia en Perú, fue la apuesta por una amplia y sostenida campaña comunicacional a fin de “sensibilizar” a la población y propiciar un “cambio de comportamiento”. Aunque estos objetivos no son ajenos a otras campañas de promoción de la salud y las metodologías propias de la salud pública a nivel global, la inversión y movilización en este caso fueron llamativas. Se involucró a los principales medios de comunicación masivos, personajes públicos reconocidos y al sector privado; algo distinto en comparación a intervenciones más austeras para abordar otros problemas. Por ejemplo, solo en el 2019 el Ministerio de Salud destinó tres millones de soles para publicidad específica sobre anemia, siendo el programa de salud que contó con más recursos¹⁵⁶, triplicando el monto asignado a publicidad para la prevención de padecimientos con una mayor letalidad y que encabezan las causas de defunción en el país, como lo son el

¹⁵⁶ Resolución Ministerial N°385-2019/MINSA

cáncer, enfermedades crónicas, u otros problemas de amplia prevalencia en la Amazonía como el dengue.

Este foco en lo comunicacional formó parte del cambio de timón en la estrategia contra la anemia al publicarse cifras durante el 2017 que hacían concluir que, a pesar de lo invertido, esta no se reducía, y que además persistía el rechazo a los multimicronutrientes. Esto me fue confirmado por uno de los responsables del área de comunicaciones del Ministerio de Salud del nivel nacional a quien entrevisté:

“Como se vio en ese año (2017) que la anemia no había bajado, se nos pidió hacer un plan comunicacional más sostenido y fuerte para darle más respaldo y contundencia (...) Por ejemplo hicimos una reunión con influencers. La idea era tener mapeado a actores que pudieran funcionar en el proceso de la intervención. En el caso de las empresas privadas nos dimos cuenta que muchas tenían iniciativas contra la desnutrición y la anemia, pero que cada una trabajaba por su lado. Entonces ahora vienen y nos consultan, y hacemos las cosas juntos. Y con los artistas fue más para el tema de la vocería. Entonces, lo que se hizo fue una cruzada contra la anemia multisectorial, pero con el apoyo no solo del gobierno regional, sino también de los distritos”.

Un ejemplo de esta articulación estado-sector privado-figuras públicas, fue la portada de la revista “Somos” del diario “El Comercio”, uno de los diarios más importantes en términos de su antigüedad y poder mediático. En dicha portada aparece una actriz blanca “confesando” que es anémica, y se señala la importancia de combatir ese “mal silencioso”. Además, se anuncia la alianza entre este medio de comunicación y la empresa Alicorp, que es la empresa de bienes de consumo -alimentos y productos del hogar- más grande del Perú. Esta portada generó controversia en redes sociales porque si bien la intención era expresar que la anemia se podía presentar en todos los estratos sociales, muchos lectores observaron esa portada como superficial y que trivializaba las diferencias en los factores que hacen que un grupo u otro tenga anemia. Mientras que para unos un factor podía ser el veganismo, en otro lo es la inseguridad alimentaria, pobreza, mala calidad de agua, etc. A ello habría que agregar que los niños de sectores medios y altos no eran obligados a consumir los micronutrientes.



Descripción: Portada de revista “Somos, setiembre 2019. Disponible en: https://www.facebook.com/somoselcomercio/photos/a.202089956507389/2365591780157185/?type=3&locale=ms_MY

La estrategia comunicacional contra la anemia era además parte de seguir las recomendaciones de especialistas que señalaban que el problema del poco éxito de las acciones era la falta de información y compromiso de los padres. Esta visión se vio reflejada en el Plan Nacional que tomaba como punto de partida que: *“El desconocimiento en la población general sobre la anemia y sus consecuencias e importancia para el desarrollo infantil, de su futuro y del país, es crítico”* (MINSa, 2017: 36).

Los mensajes claves eran elaborados desde Lima, para luego ser replicados en las regiones. Básicamente el objetivo inicial de la estrategia comunicacional era establecer a la anemia como una enfermedad, que además era “silenciosa y peligrosa”, y que por tanto requería un tratamiento. El material era dirigido a las madres.



Descripción: Afiche sobre la anemia destinada a mujeres gestantes. **Fuente:** MINSA.

No obstante, ante nuevas cifras durante el 2018 que mostraban otra vez poca variación con relación al año anterior a pesar de la apuesta por lo comunicacional, se advirtió que hacía falta una adecuación cultural de los mensajes. Esto quedó sentado en un informe elaborado por la Defensoría del Pueblo en el que se subrayaba que *“la estrategia comunicacional no había logrado su cometido”*, haciéndose necesario *“fortalecer las actividades de sensibilización dirigidas a las personas responsables del cuidado de los menores con un enfoque intercultural”* (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2018:49). Es decir, esta entidad suscribía el fondo de la estrategia, pero su observación iba por la incorporación del componente cultural. Cuando conversé sobre ello con otra especialista del área de comunicaciones del Ministerio de Salud en Lima, fue bastante gráfica al momento de explicarme cómo se estaba aplicando esto en una región amazónica del país:

“Nosotros elaboramos un mensaje macro y la región aterriza el mensaje. Entonces vas a encontrar por ejemplo en la región San Martín (de la Amazonía) que los personajes que se usaban el año pasado han cambiado, ahora usan plumas, y tienen características físicas más similares a los de allá. Entonces sí, se ha hecho una adaptación”.

Esta noción de comunicación intercultural restringida a la representación de lo amazónico a partir de personajes con plumas da cuenta de una mirada etnocéntrica que refleja las distancias entre quienes conciben este material y el público objetivo. Además, esta especialista comentó en términos textuales que lo importante era *“generar un grado de responsabilidad”* en las cuidadoras considerando que, en sus palabras, los niños no se desarrollarían adecuadamente, perpetuándose así los círculos de pobreza ya que *“no tendrían condiciones para buscar un buen trabajo, ni podrían estudiar”*. Así, la culpabilización a las madres pobres no solo por la anemia de sus niños, sino por la continuidad de sus condiciones

de vida, parecía ser la pauta discursiva para este caso. Sobre el papel de la madre, esta especialista dijo:

“Se apela mucho al valor que la mamá le puede dar a la prevención. El Estado ha destinado 50 millones de soles que se han distribuido en los municipios que tienen mayor índice de anemia. Pero se ha encontrado que la mayor dificultad es acompañar a las madres en ese proceso. ¿Por qué el 80% de las mamás recogen la suplementación y solo el 20% se la dan (al niño) y solo el 12% termina el tratamiento? Es porque no tienen el acompañamiento. Ante los síntomas, molestias, o cualquier eventualidad, ellas simplemente abandonan el tratamiento. Entonces parte de este proceso son las visitas domiciliarias que estamos proponiendo que se realicen”.

Estas entrevistas me dejaron aún más claro que la estrategia comunicacional tenía una relevancia especial en el caso de la anemia. Sin embargo, quedé muy curiosa con el énfasis que estos dos especialistas pusieron en nuestra conversación a las consecuencias de la anemia en el desarrollo académico y profesional futuro de los niños, lo cual era parte de los mensajes incluidos en su plan comunicacional. Al consultarles cuál era su fuente para afirmar esto, respondieron que su referencia era el libro “Impacto Económico de la Anemia en el Perú” (ALCÁZAR, 2012), sobre el cual ya comenté en el capítulo anterior. Fue así como una de ellas lo explicó:

Y este mensaje que se ha empezado a difundir sobre el futuro de los niños con anemia, ¿cómo se fue construyendo?

Lo que ocurre es que está muy enlazado con el tema económico. Se pierden 7,700 millones de soles en un período de 10 años en resolver los problemas que la anemia causa. La anemia causa parto prematuro, y esto exige que la madre tenga una atención especial que el Estado asume y que tiene un costo. Además, está la atención de un bebé prematuro, la incubadora, una alimentación específica, el tiempo, todo eso se valoriza. Un niño con anemia se enferma más. Y el propio niño no desarrolla, y siempre decimos que no es que no quiera, es que no puede. No puede prestar atención, no puede aprender. Este niño que repite el año (escolar) y no entiende, también le genera un costo al Estado y a los papás. Entonces, qué pasa con un niño que no tiene condiciones ni siquiera para postular a un instituto, porque realmente no puede... yo he visto casos terribles en los que los chicos se quedan en blanco frente a una hoja pequeña donde tienen que poner sus datos principales y es terrible.

¿Cuáles son sus fuentes de estas esas cifras e impactos que menciona?

En el tema económico está un estudio sobre el costo de la anemia (saca de su estante el libro de GRADE elaborado por Alcázar y me lo muestra). Es del 2012 pero no deja de tener impacto porque las condiciones siguen siendo las mismas.

Esto comprobaba el impacto de ese estudio para esta intervención, caracterizado por una visión economicista y técnica de este problema. Considero que este es un ejemplo claro y concreto del proceso que describí en el Capítulo 4 para que los países catalogados en desarrollo como el Perú, se adhieran a las propuestas de solución farmacológicas diseñadas desde el Norte Global. Estudios económicos como este son la bisagra que contribuyen a posicionar estas propuestas como las soluciones más costo-efectivas y justificar en su inversión.



Descripción: Afiche de la campaña nacional sobre la anemia. **Fuente:** MINSA.

Un factor que facilita este engranaje Norte-Sur de la salud global es que gobiernos como el peruano en el que, al margen de las personas, han primado en las últimas décadas formas de administración de tendencia neoliberal; los números y análisis de costo-efectividad son parte del lenguaje hegemónico que los altos funcionarios mantienen para sopesar que un problema merezca ser abordado. Los documentos que priorizan un enfoque de derechos y social no suelen ser igual de valorados por los tecnócratas y tomadores de decisiones. Esto nos llevaría a una discusión más amplia sobre la noción de “evidencia” en el campo de las políticas públicas, geopolítica de la salud, y la visión que se tiene sobre los problemas sanitarios.

5.1.2 El plan comunicacional a nivel local

Esta estrategia comunicacional estaba presente también en Santa María Nieva, y se alineaba a la propuesta que los especialistas de Lima describieron. Las descripciones de las actividades que haré en el siguiente acápite darán cuenta de ello de forma más detallada. No obstante, en esta parte me interesa compartir una observación de la que fui parte. Fue coincidente que casi al inicio de mi trabajo de campo y sin haberlo planificado, pude ser testigo de primera mano del diseño de un plan comunicacional contra la anemia el cual fue elaborado por el personal de la Red de Salud y la municipalidad, con el financiamiento de un organismo internacional que estaba trabajando en este tema en la zona. Gracias al permiso y autorización de este personal pude ser observadora de este proceso, que fue para mí un ejemplo esclarecedor de los conceptos que guían estas estrategias.

Este equipo estaba conformado por cuatro personas, tres eran de especialidades de salud y una era comunicadora. Su objetivo era diseñar en pocos días un plan comunicacional sobre la anemia con mensajes que deberían ser luego transmitidos por distintas vías y formatos. Como actividad previa al diseño de los mensajes, el equipo responsable de esta tarea decidió que era importante hacer un breve sondeo con algunas madres de familia para tener un poco de idea de cuál era la información que manejaban sobre la anemia y el tratamiento. Con ese objetivo, fuimos al barrio de Kampagkis y Paraíso a tocar algunas puertas. El hecho de que eligieran esos barrios para el sondeo ya era un dato importante para mí de su relevancia para este tema. Mi rol sería básicamente de acompañante y debía tomar notas de las respuestas que nos darían. Fuimos y visitamos una decena de casas, pero la información que se pudo tener fue mínima. Percibí que las personas se mostraban incómodas con tener que recibir a un grupo de personas que llegaba sorpresivamente a preguntarles por la anemia. La mayoría no nos recibió, solo dos de ellas llegaron a responder algunas cosas. La primera dijo escuetamente que “no sabía” que era la anemia y luego cortó el diálogo, por lo que concluyo que respondió eso para deshacerse de nosotras. La segunda conversó un poco más, pero básicamente dio sus quejas sobre el centro de salud, y añadió con molestia que había dejado de darle las “Chispitas” a su nieta porque se había enfermado con diarreas a causa de eso.

Luego de este sondeo poco fructífero, se decidió que era momento de tener una reunión para diseñar los mensajes claves. En los primeros minutos de discusión, el equipo intercambió

algunas ideas que dejaban claro que se partía de la premisa que las mamás tenían escaso conocimiento sobre la anemia, y que además no le daban importancia. Al escucharlas les pregunté ¿cómo sabían eso? A lo que respondieron que se basaban en estudios y encuestas anteriores que se habían realizado a nivel de toda la provincia de Condorcanqui. Seguidamente, una de ellas planteó realizar una lluvia de ideas partiendo de la pregunta: “¿Cómo hacemos para decirle a la mamá que la anemia hace daño?”. Esto motivó un nuevo intercambio de ideas que llevó a concluir que la estrategia sería enfatizar las consecuencias en el desarrollo cognitivo de los niños, y por tanto en sus capacidades para la escuela. Con eso, se buscaba generar un temor en las madres que motive el cumplimiento de las acciones propuestas.

En ese momento les pregunté si se abordaría algo en relación con el agua, sabiendo las consecuencias que esta tiene para la anemia y su pésima calidad en Santa María de Nieva¹⁵⁷. Una de ellas respondió: “Ese tema ha sido judicializado en 2010 y dicen que tomará unos 20 años para solucionarlo”. Con ello, se referían a los líos legales que existen por las malas instalaciones del servicio de agua y las denuncias de corrupción contra la gestión de esa época. En conclusión, lo que se me intentó decir es que un proyecto de corta duración como ese no podía pretender abordar un tema estructural cuya solución llevaría muchos años y no estaba en sus manos.

En un siguiente momento de esta reunión, se planteó que los mensajes deberían ser traducidos al awajún, y que habría que ver cómo incorporar ciertos elementos de la cultura local. En general, las madres mestizas no eran mencionadas como parte de este problema, solo se hacía referencia a las indígenas. De esta manera, el plan comunicacional traía en el fondo una mirada generizada y racializada que llevaba a que las madres indígenas sean las responsables del éxito y fracaso de la lucha contra la anemia, o peor aún, del futuro de sus hijos, tal como se lee en el mural de abajo.

¹⁵⁷ Sobre esto, un dato importante es que en 2018 durante la reunión más importante de ejecutivos del Perú (CADE) la directora del Programa Mundial de Alimentos afirmó que el 50% de los casos de anemia en Perú estarían vinculados con el acceso a agua segura.



Descripción: Mural pintado en las afueras de la Red de Salud Condorcanqui. **Fuente:** Archivo personal.

5.2 LAS ACTIVIDADES EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA: IDEOLOGÍAS COMUNICATIVAS EN SALUD

En esta parte describiré tres actividades que formaban parte del cumplimiento del Plan Nacional contra la anemia que pude observar durante el trabajo de campo: la primera es la capacitación a agentes comunitarios de salud; la segunda, una sesión demostrativa de preparación de alimentos; y la tercera, tiene que ver con el rol de los programas sociales en la lucha contra la anemia.

5.2.1 Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud

El trabajo con los agentes comunitarios de salud es parte de la Actividad 13 del Plan Nacional, denominada “Fortalecimiento de capacidades a nivel de Comunidades / Barrios”, consistente en fortalecer su participación y capacidades en prevención de anemia a fin que se constituyan en voceros comunitarios que contribuyan al cambio de comportamiento (MINSA, 2017:39). Este tipo de estrategia está presente también para el abordaje de otros problemas, por lo que para cuando empecé a acompañar sus actividades ya existía un grupo de agentes comunitarios conformado y que solía participar en diversas actividades, no solo de la anemia.

Los agentes comunitarios presentes en Santa María de Nieva eran tanto mestizos como indígenas, y eran en su mayoría mujeres. Su involucramiento se daba mediante un mecanismo de voluntariado, es decir, no recibían ninguna remuneración por el trabajo realizado, más que el compromiso de cubrir gastos de transporte y refrigerios en sus actividades. Eventualmente recibían incentivos como camisetas, mochilas, y otro tipo de material. Por lo que pude conocer, su elección se daba porque algún personal de salud identificaba a personas con cierto entusiasmo o interés en participar y aprender sobre salud, pero además debían ser aprobados por sus barrios/comunidades. Su responsabilidad era participar de las actividades a las que fueran convocados como capacitaciones, recojo de información, campañas, etc. Para las agentes que eran madres de hijos pequeños era muchas veces un factor de deserción el tener que dejar su hogar por varias horas sin recibir un pago por ello. En esos casos ayudaba que había personal de salud con el que mantenían muy buenas relaciones, casi amicales, que las convencían de continuar y hacía que este tipo de labor no se sintiera como solo una responsabilidad que cumplir.

Aunque las actividades que desempeñaban las agentes comunitarias eran diversas, esta vez me concentraré en describir dos talleres de capacitación que pude observar, que precisamente tienen que ver con ese fortalecimiento de capacidades que se señala en el Plan Nacional. En ambos talleres el tema principal era la prevención y tratamiento para la anemia. El objetivo era que las agentes contaran con la información y herramientas que les permita realizar visitas domiciliarias para dar consejería a las madres sobre lactancia, alimentos ricos en hierro, y la suplementación, así como monitorear su consumo. Sin embargo, como se verá, hubo matices entre estos talleres y las dinámicas fueron distintas ya que fueron encabezadas por personal de salud diferente, quienes plantearon su propia forma de trabajo. También es importante mencionar que el primer taller fue más pequeño, y que las agentes que participaron allí también estuvieron en el segundo taller, que fue más grande y de mayor duración.

Mi mirada a estos talleres de capacitación pretende ser en tanto eventos comunicacionales, pero también como instancias de traducción e interpretación mutua que ejemplifican la relación entre el Estado e indígenas (KELLY, 2011). Seguidamente presento los fragmentos que considero más relevantes de las notas de observación que realicé, y que creo ayudan a reflejar las dinámicas que emergían a partir de estos eventos.

5.2.1.1 Taller 1

Este taller tuvo una duración de toda una mañana y participaron alrededor de quince agentes comunitarias de los barrios de Santa María de Nieva. El taller fue dirigido por un profesional de la salud varón y mestizo que llevaba más de una década viviendo allí, pero además participaron otros dos profesionales haciendo intervenciones puntuales¹⁵⁸.

Taller 1: “¿Yo quisiera sufrir de anemia para sentir qué es!”

La cita para este taller fue 9 AM en una sala de reuniones ambientada con material diverso de promoción de la salud. Había varios carteles con mensajes sobre la importancia de la higiene en el hogar, la prevención de la anemia, y algunas marionetas. Me llamó la atención que los carteles sobre la limpieza del hogar incluían gráficas sacadas de internet de “amas de casa americana” de los años 50 cargando aspiradoras y lustradoras de piso. Antes de que el profesional de la salud encargado del taller iniciara la sesión, cedió la palabra a una representante de la municipalidad para que ofreciera la bienvenida a las agentes. Parte de su discurso fue:

“Lo que hace bastante falta acá es la educación, muchas mamás y papás no saben qué hacer. Por eso ustedes como agentes comunitarios tienen que ser líderes en sus comunidades. Recuerden que lo que perseguimos es la reducción de la anemia y desnutrición crónica que aquí es un problema grande. Si creen en Dios empiecen orando, para que les vaya bien en su trabajo”.

Luego de ello repartió unas camisetas a los agentes como estímulo para la labor que realizarían. Terminado eso, se inició la sesión con una descripción general de los temas a tratar, el primer punto sería darles información sobre la situación de la salud en esta zona y la anemia. En ese momento se dio el siguiente diálogo entre el profesional de la salud responsable y dos agentes comunitarias mestizas mayores que intervinieron:

PS: Tenemos varias enfermedades que se están disparando, y en eso tiene que ver la alimentación. El awajún hambrea, no toma desayuno, y eso es peligroso. Se confían porque el awajún es fuerte aguantando el hambre...

AC1: Es verdad licenciado, antes la mujer awajún era agricultura de verdad, era pescadora, ahora no. Los jóvenes no lo hacen, están casi al nivel de los mestizos.

AC2: ¡Más que los mestizos quieren ser ahora! (risas)

AC1: Es que ahora ellos quieren ser modernos. Por eso yo les digo ‘ustedes ya no son awajún, el awajún no era así’.

En ese momento interrumpió una agente comunitaria awajún de unos veinte años para decir en tono socarrón:

¹⁵⁸ En las notas de observación se utilizará “PS” para hacer referencia al personal de salud”, y “AC” para agente comunitario. El uso de los números refiere que son personas distintas.

AC3: Es que cuando llegaron los apách ahí ¡pum! se dio el choque (hace el gesto de chocar sus puños y como si se diese una explosión). Ahora está todo mezclado, awajún, apách, ya no se sabe quién es quién.

Ante ese comentario hubo algunas risas y miradas de gracia. El profesional de la salud continuó:

PS: El problema es que falta mucha información en las comunidades. Se habla que los antiguos awajún eran más fuertes, más inteligentes, más trabajadores. Es mentira que antes eran más sanos, porque antes también morían bastante, por eso yo discuto esas ideas, esos paradigmas. Por ejemplo, antes no se encontraban awajún de más de 65 años, las mujeres morían mucho en el embarazo y parto, en cambio ahora no, ahora hasta viven más que los hombres. Las mujeres nos ganan porque no toman tanto alcohol, entonces viven más. El problema es que ahora también hay más enfermedades, y se les ha metido la cultura del mestizo, por ejemplo, ahora toman gaseosa. Antes el awajún no era gordo, en cambio ahora hay awajún con sobrepeso. Antes tampoco tenían presión alta, yo he medido la presión a todos cuando he llegado aquí hace años, y no había. Todo eso ha empezado desde que comenzaron a comer Ajinomoto, sal, yogurt.

El profesional de la salud continuó hablando un tiempo más sobre el cambio de la alimentación, y después pasó a explicar cuáles eran los indicadores de desarrollo en los niños, qué es la hemoglobina y cuáles son las consecuencias de su falta. Esto se dio de la siguiente forma:

PS: ¿Qué entienden por desarrollo?

AC1: El desarrollo es la altura y el peso.

PS: Ajá. Usted ha dicho algo muy interesante porque el peso y, sobre todo la talla, nos habla de la inteligencia de la persona y otras cosas. Por eso es importante que los niños vayan a sus controles para identificar posibles problemas de crecimiento. ¿Y la hemoglobina qué es? A ver quién me responde.

AC2: ¿Son las defensas?

PS: Más o menos. La hemoglobina es el pigmento que hace que la sangre sea roja, y esto se construye con la alimentación. Por eso tienen que comer, si una mujer no tiene buena hemoglobina no va a tener un buen embarazo, no va a tener fuerzas para el parto, y el parto decide el futuro del bebé. La hemoglobina lleva el oxígeno al cuerpo, por eso si el niño tiene anemia por lógica se va a cansar, si corre le va a faltar el aire. Esto también se ve en los estudios y en lo profesional. Cuando a un niño con baja hemoglobina le preguntan que ha leído, dice 'no sé'. Estos niños con anemia son inseguros, tienen miedo al fracaso, por ejemplo, en el vóley no sabe si matar a la net. Todo eso por la anemia y la falta de estimulación que han tenido, por eso vemos profesionales más tímidos y otros más decididos. ¿Alguien tienen alguna pregunta sobre esto?

En ese momento, una de las agentes mestizas levantó la mano y con cierta picardía dijo: *"Licenciado, ¡yo quisiera sufrir de anemia para sentir qué es!"*. Las agentes explotaron en carcajadas. El licenciado respondió con una sonrisa y continuó con el contenido de la sesión.

5.2.1.2 Taller 2

Este taller tuvo una duración de todo un día y participaron alrededor de 35 agentes comunitarias. Una parte era el grupo que estuvo en el Taller 1, las demás provenían de anexos fuera del centro urbano de Nieva, y de algunas comunidades. El equipo responsable del taller estaba conformado por cuatro profesionales de la salud, todas mujeres y mestizas, algunas con varios años viviendo allí. Un par de las asistentes de comunidades eran mujeres mayores awajún reconocidas como “sabias” por el sistema de salud, por su conocimiento de las prácticas y recursos tradicionales. Ellas, a diferencia de las demás eran mayormente monolingües. Dado que el contenido se dio en español, de forma paradójica estas mujeres poseedoras de un conocimiento valioso, prácticamente no participaron. Se hacía evidente que no se habían tomado en cuenta en el diseño del taller los aspectos básicos que señalan las normativas sobre interculturalidad. Esto se intentó solucionar sobre la marcha haciendo que algunos de los participantes tradujeran lo que se decía, pero dada la cantidad de información y de horas que duró el evento, esto fue muy inconstante. Vale señalar también que otras participantes que venían de las comunidades tenían un bilingüismo predominantemente awajún, por lo que esa falta en el diseño del taller fue una limitante para las dinámicas.

Taller 2: “La anemia no es una enfermedad, es falta de alimentos”

Este taller se dio en un salón amplio perteneciente a la municipalidad. Dada la cantidad de asistentes que habría, implicó una mayor logística y organización. El taller se dividió en dos partes. En la primera el objetivo era explicar qué era la anemia, y en la segunda explicar sus causas y síntomas. A continuación, describo algunos de los momentos más saltantes de esta dinámica.

- Parte 1: ¿Qué es la anemia?

En esta primera parte, las facilitadoras dividieron a los agentes comunitarios en grupos, a los cuales entregaron unas cuantas tarjetas en las que debían escribir en pocas palabras qué era la anemia para ellos. Luego pidieron que un representante de cada grupo pegue la tarjeta de su grupo en la pizarra. Las tarjetas decían lo siguiente:

“Es una enfermedad”

“Es una enfermedad por falta de alimentación, por falta de cuidado de los padres”

“Mala alimentación, descuido por falta de dinero”

“No es una enfermedad, es falta de alimentos”

“Mala alimentación, poca sangre”

Una de las facilitadoras leyó lo que estaba escrito y reaccionó con un poco de gracia cuando tocó leer la que decía que la anemia no era una enfermedad. Luego de ello, para mi sorpresa, no hizo mayor comentario ni pregunta a las agentes sobre lo que habían escrito. En ese momento pensé que se estaba perdiendo una oportunidad valiosa de explorar las ideas y experiencias de las agentes sobre el tema. Opté por respetar mi rol de observadora, tal como había sido autorizada de participar, y no alterar la dinámica y curso planteado por las facilitadoras.

Ante las referencias a la falta de dinero y alimentos en un par de las tarjetas, la facilitadora mencionó:

PS: Mientras no tengamos alimentos hay que apoyarnos con el sulfato ferroso. Cuando tengamos (alimentos/dinero) comeremos, pero hay que dar el sulfato para no tener anemia. Ya se están haciendo proyectos para ver esos temas (se refería a proyectos sobre seguridad alimentaria).

Seguidamente, se pasó a la segunda actividad.

- Parte 2: Causas y síntomas de la anemia

Esta parte estuvo a cargo de dos facilitadoras. Como parte de la dinámica presentaron un dibujo grande que representaba a un niño con anemia. Tenía ojeras, estaba delgado, etc. A partir de esto, se dio el siguiente diálogo entre dos de las facilitadoras y algunos/as agentes que participaron:

PS1: ¿Por qué el niño esta así? ¿qué tiene?

AC1: Es por la comida chatarra.

Una agente awajún mayor añadió:

AC2: Es por los padres que cuando ganan su plata dicen ‘tengo que recuperar energía’ y se van a tomar (alcohol). (Risas)

Las facilitadoras retomaron la palabra, esta vez para hablar ambas sobre las consecuencias de la anemia:

PS1: Este niño tiene anemia porque no está bien alimentado, y las consecuencias se ven en la escuela. A un niño con anemia no le gusta los cursos de Comunicación, Matemática, el profesor llama a los padres porque el hijo no entiende y no participa.

PS2: Así es. Debemos considerar la anemia como una enfermedad. Decimos que es una enfermedad silenciosa porque no tiene fiebre, pero lo está matando al niño por dentro. Un niño con anemia no juega, solo para allí sentado. La mamá dice que es tranquilo, pero no es tranquilo, es que está enfermo.

PS1: Por eso decimos que la anemia es una enfermedad, y como tal, tiene un tratamiento que es el sulfato ferroso. El Perú ya no va a comprar las “Chispitas” porque se ha dado cuenta que no es aceptado por las familias. Ahora va a comprar el sulfato porque es más fácil.

El comentario que hizo la facilitadora sobre las “Chispitas” confirmaba que este suplemento dejaría de ser usado luego de varios años de haber apostado por él como parte importante de la solución para la anemia. Esto es algo que ya había venido observando durante el trabajo de campo. Incluso, un

personal de salud me había comentado que las “Chispitas” que repartían en ese tiempo eran las últimas que les quedaban en stock. La otra facilitadora continuó haciendo un comentario sobre este tema:

PS2: Por eso la alimentación es importante. Sabemos que muchas familias no tienen para comprar una buena comida, por eso el Ministerio de Salud como compensación les da los multimicronutrientes y el sulfato ferroso. ¿Hay preguntas?

A partir de ahí, se darían una serie de intervenciones de las agentes mujeres que darían cuenta de las discrepancias con la información dada:

AC1: Mi niño tiene cinco meses, tenía 10.6 de hemoglobina, ahora tiene siete meses y está gordito. No está flaco y pálido como ustedes dicen ¿por qué es? (De hecho, la señora tenía a su bebé con ella en ese momento y, en efecto, a menos en apariencia, no se le veía mal)

PS1: Es que quizás se le está alimentando solo para ganar peso, pero no para combatir la anemia. Le da gaseosa, chapo¹⁵⁹, con eso va a subir de peso, pero va a estar con anemia. Además, si la madre se ha cuidado en la gestación el bebé no debería tener anemia, por eso es importante la suplementación en la madre gestante.

Otra agente intervino, y dijo:

AC2: Pero yo no he tenido anemia en el embarazo, y mi hijo igual tiene anemia. ¿Por qué tiene entonces?

PS2: Cada caso es distinto, habría que ver, porque la anemia se debe a muchas causas.

Otra agente levantó la mano, y señaló:

AC3: Mi nieta tiene 10.5 de hemoglobina, pero ella corre y no se duerme como dicen, quiero saber por qué es.

PS2: Los síntomas son cambiantes, dependen del nivel de anemia. Probablemente su nieta come yuca y plátano y eso es lo que le da energía. Cuando un niño tiene mucha anemia la sangre no llega al cerebro, entonces no piensa, no capta bien los conocimientos. Es como una red que tiene hueco en la que los pescados se escapan. Con el cerebro es igual, si tenemos anemia nuestro cerebro es como una red con hueco en la que se escapan los peces del conocimiento.

Esta especialista acompañó ese comentario con el dibujo de una red de pescar agujereada. Las asistentes no mostraron mayor reacción a ese esfuerzo de traducir culturalmente el impacto de la anemia en el cerebro. Lo que sí se continuó dando fueron más preguntas y comentarios que continuaron rebatiendo la información dada.

Como última actividad, las responsables señalaron que les tomarían un examen para comprobar que habían entendido correctamente los contenidos transmitidos. En ese momento comenzaron a repartir unas fichas en las que debían marcar y completar respuestas sobre los temas trabajados. Esta fue otra falla importante en el diseño de la metodología del taller. Varias participantes sin una educación formal en español se mostraron desorientadas en ese momento. Finalmente, otras asistentes llenaron la prueba por ellas y fueron entregadas a las especialistas.

¹⁵⁹ Bebida realizada en base a plátano que suele tomarse en los desayunos.

A partir de la descripción de estos dos talleres, es posible realizar algunos comentarios. Por un asunto de claridad, ordenaré esto en tres ejes de discusión: las inequidades lingüísticas; la medicalización y miedo como ideologías de esta intervención; y mi comentario sobre las narrativas de profesionalización y la construcción de subjetividades neoliberales.

- Inequidades lingüísticas. -

A diferencia de otros trabajos que analizan la comunicación en salud a partir de material periodístico, escrito, o visual; en mi caso he incluido también eventos comunicativos. Esto ayuda a entender como la biocomunicabilidad es practicada, pero también interpelada. De esta manera, los talleres con las agentes comunitarias grafican como la anhelada unidireccionalidad del modelo de la comunicación en salud, puede convertirse en fricción y divergencia. No se consideró que un grupo de las/los agentes tenían experiencia política de representación en sus barrios y comunidades, estando muy habituados a asambleas caracterizadas por una praxis verbal y comunicativa dialógica e inclusive confrontacional. Por tanto, si había algo que sabían hacer muy bien era manifestarse y cuestionar cualquier tipo de idea que pareciera una imposición¹⁶⁰. Se pasó por alto que varias de las participantes, más que agentes comunitarios, eran actores políticos que estarían lejos de conformarse con una actitud pasiva durante los talleres. El fuerte cuestionamiento al conocimiento científico que era transmitido sobre la anemia que dictaba una serie de síntomas que las mujeres no veían en sus hijos, fue ejemplo de ello.

De otro lado, las fallas en el diseño del Taller 2 nos lleva a pensar en las inequidades comunicativas que destaca Briggs (2005), quien anota la importancia de considerar la economía política de la recepción de los mensajes, observando aspectos como los lenguajes dominantes y la educación formal. Estos talleres, diseñados para un público hispanohablante y alfabetizado, son ejemplo de la omisión de este punto. Debido a esta desigualdad y discriminación lingüística muchas veces normalizada, las agentes comunitarias de edad más avanzada consideradas en otros momentos por el propio sistema como “sabias” de su cultura, acabaron teniendo una participación pasiva.

¹⁶⁰ Vale decir que los awajún tienen una fama bien ganada como potentes oradores, siendo el *enemamu* la expresión más característica que engloba el valor que tiene la habilidad verbal y la técnica gestual en su cultura.

No obstante, restringir la explicación de esto a un asunto solo idiomático puede ser limitado. Considero que otro aspecto importante fue el formato de comunicación e interacción establecido para estos eventos. Al tener como objetivo la capacitación, la dinámica era predominantemente vertical y unidireccional. Los avances normativos en materia de interculturalidad no parecían traducirse en un interés real por aproximarse a las experiencias y conocimientos de las mujeres y hombres awajún sobre la anemia. Además, como se vio claramente en el Taller 1, la visión de la cultura awajún que tenía tanto el personal de salud como las agentes comunitarias mestizas, parecía estar compuesta por una lista de atributos esencialistas (KELLY, 2011), y existía un juzgamiento e incluso mofa por ya no cumplir con ello y pretender ser “modernos”.

La dinámica tenía mucha similitud con lo planteado por Martínez Hernández (2010) sobre las intervenciones de educación en salud. El autor plantea que estas suelen presentar un sistema de comunicación unilineal, caracterizadas por la unidimensionalidad¹⁶¹, unidireccionalidad, y jerarquía. Esto forma parte de lo que denomina como modelo monológico, que lleva a desvalorizar las prácticas y conocimientos locales, y se opone a una dinámica dialógica basada en la simetría y bidireccionalidad. En este caso, a pesar de que las facilitadoras manifestaron en varios momentos que les interesaba mucho escuchar las preguntas y experiencias de los asistentes, la pauta de estas sesiones no dio espacio para lo dialógico, prevaleciendo un entorno comunicativo jerárquico.

- Medicalización y miedo. -

Otra conclusión tiene que ver con el mensaje repetitivo de que la anemia es una enfermedad, y que además era peligrosa, lo cual formaba parte de una narrativa medicalizante dirigida a infundir miedo para impulsar el cumplimiento de las acciones propuestas. Esto no es algo extraño en este tipo de procesos vinculados a la salud pública. Menéndez y Di Pardo (2009) analizan como la transmisión de miedo, riesgo e inseguridad cumplen una función ideológica dentro del proceso salud-enfermedad-atención para favorecer el mantenimiento de cierto tipo de relaciones de poder, una actitud complaciente con el sistema de salud, y la legitimación de intereses particulares. Considero que la reflexión sobre los discursos de miedo en la salud pública como elemento persuasivo amerita una mayor atención al ser parte sustancial de la

¹⁶¹ Esta unidimensionalidad suele estar centrada en los aspectos biológicos de la salud.

comunicación en salud y de la forma en que se busca lograr una obediencia a sus premisas, a pesar de que su eficacia es cuestionable. En este caso, los discursos de miedo no sirvieron para mejorar la adherencia a los multimicronutrientes, y se tuvo que admitir ese fracaso.

Un punto adicional surge de la interpelación a la noción de enfermedad que acompañaba el discurso sobre la anemia de los equipos de salud. Las intervenciones realizadas por las mujeres, y lo escrito en las tarjetas durante el Taller 2 puede ser observado como un cuestionamiento a esa visión, y la demostración de una comprensión local de la anemia que incorporaba los factores estructurales presentes en esta zona. Quedó evidente que los agentes comunitarios tenían bastante más claro que el personal de salud la importancia central que tiene en este tema las condiciones de vida necesarias para asegurar estándares de salud adecuados para sus hijos. Así, en lugar de biologizar la causa de la anemia diciendo que era la falta de hemoglobina, se daba luz a las consecuencias de no contar con el dinero suficiente para comprar los insumos para una dieta balanceada. Mientras que la comunicabilidad sobre la anemia la destacaba como un hecho biológico, las agentes comunitarias la asumían como un hecho social producto de las desigualdades. Esto es similar a lo encontrado por Taussig (1978) en Colombia respecto a las estrategias propuestas para combatir la desnutrición. El autor señala que mientras para la población del Valle del Cauca la solución estaba en una reforma agraria que redistribuya las ganancias y poder sobre la tierra, para los diseñadores de los proyectos de desarrollo la solución era simplemente mejorar la dieta.

De otro lado, la expresión de la agente de salud mestiza en el Taller 1 que decía que ella quisiera tener anemia para sentir qué es, denota la importancia que tienen las manifestaciones corporales en lo que merece ser definido una enfermedad de la peligrosidad que el equipo de salud insistía que tenía la anemia. Es decir, se expresaron concepciones divergentes sobre lo que merece ser categorizado como una enfermedad prioritaria (BUCHILLET, 2004).

- Narrativas de profesionalización y la construcción de subjetividades neoliberales. -

Otra discusión tiene que ver con los mensajes ofrecidos sobre las consecuencias que tendría la anemia más allá de lo estrictamente biológico, y que alcanzaba aspectos como el rendimiento, éxito, inteligencia, productividad, e incluso habilidades sociales de las personas.

Es decir, estamos hablando de la producción de cierto tipo de subjetividades que se desprenden de esta intervención. La narrativa de profesionalización y un futuro exitoso a partir del cumplimiento del tratamiento contra la anemia, emerge de la evidencia y principios ideológicos de los cuales partió esta política, como ya fue discutido antes. Esto tiene que ver con la reproducción de un sentido de ciudadanía basado en el rendimiento, afín con la teoría de capital humano que ha sustentado esta intervención, para el cual el control sobre los cuerpos se hace necesario con el fin de asegurar esa productividad que el sistema neoliberal demanda. Hasta cierto punto, esto forma parte de la paradoja que identifica Brown (2018:10) en el tipo de ciudadanía que promueve el neoliberalismo, la cual deja al individuo libre para cuidar de sí mismo, pero al mismo tiempo lo compromete discursivamente con el bienestar general, exigiendo su lealtad y sacrificio potencial en nombre de la salud nacional o el crecimiento económico. En este caso, a la par que no se atienden las condiciones estructurales que son causales de la anemia y que la atención de salud en esta zona presenta brechas importantes, se exige acatar la estrategia propuesta en nombre de la economía nacional.

Estos mensajes no eran un hecho aislado, sino que tenían un alcance nacional. Por ejemplo, Irons (2019) describe en su trabajo en una provincia de los Andes en Perú afiches dirigidos a mujeres quechua hablantes, en los que también se destacaba el éxito a partir de la profesionalización y de evitar la anemia lo que, según la autora, sugería que el estilo de vida de esas familias no es suficiente, colocando a la vida rural indígena como una forma de vida indeseable y asignando valores morales a las maternidades pobres. En ese sentido, desde mi punto de vista el problema no es que se promueva que los niños estudien y sean profesionales, de hecho, es un deseo casi generalizado de las madres y padres, el asunto es como esta visión es contrapuesta a las formas de vida indígenas y utilizada para forzar el consumo de los suplementos ofrecidos.

Esto también nos habla de la imposición de un modelo de individuo que refiere a la sociedad occidental, similar a lo que explica Menéndez (2018:113) cuando problematiza el caso de las pruebas de inteligencia aplicadas a lo largo de la historia a niños indígenas y negros que sirvieron para justificar racismo bajo el velo de la ciencia¹⁶², lo que demuestra que este tipo de

¹⁶² Sobre ello, Menéndez señala que se partía de una concepción del sujeto en términos individuales, asumiendo como un hecho universal que los sujetos y sus relaciones son competitivas y no colaborativas, y considerando las capacidades personales no como emergentes de las relaciones sociales, sino como afirmación de las diferencias individuales.

discursos tienen bases históricas antiguas. Por ejemplo, Zazueta (2021) muestra como México durante la segunda mitad del siglo XX incorporó en sus proyectos desarrollistas para reducir la desnutrición la preocupación por el nivel cognitivo de los niños, lo que traía detrás una visión de la “cultura de la pobreza” como un lastre que debía ser combatida a partir de la alimentación diseñada por la ciencia. Considero que esto es algo que bien puede ser aplicado a este caso al proyectar un modelo vida y sujeto loggable a partir de una visión medicalizante del proceso salud-enfermedad-atención, afín con las propuestas neoliberales en salud.

5.2.2 Sesión demostrativa de preparación de alimentos

Las sesiones demostrativas de preparación de alimentos es otra de las actividades propuestas por el Plan Nacional contra la anemia. Según este documento, constituye una metodología educativa que motiva la adopción de las madres de prácticas de combinaciones nutritivas para niños pequeños y gestantes. Además, se promueve el uso de alimentos locales ricos en hierro.

Estas sesiones comenzaban a desarrollarse con mayor frecuencia cuando estuve allí, ya que formaba parte del cambio de estrategia en el abordaje de la anemia, tomando en cuenta el fracaso con las “Chispitas”, tal como una de las profesionales de la salud lo había dado a entender en la nota de observación que presenté del Taller 2. Lo que se estaba intentando hacer esta vez era priorizar el consumo del sulfato ferroso y la educación alimentaria a las madres para que sepan cocinar comidas más nutritivas. Cuando conversé sobre el tema con un personal de salud que vivía en la zona muchos años, me dijo que no tenía ninguna expectativa en estas sesiones porque, para empezar, según él no tenía nada de nuevo. Comentó que era una estrategia en la que UNICEF también había insistido varios años atrás cuando se realizó un proyecto grande sobre salud infantil, sin obtener resultados.

De las sesiones demostrativas que se desarrollaron, describiré una que tuvo una particular relevancia porque se dio como parte de la “Semana de la Maternidad Saludable”, días en los que el personal de salud desarrolló varias actividades de promoción de salud. A pesar que la cita para ese día fue para presenciar una preparación de alimentos, como se verá, la actividad adquirió un cariz inesperado.

Maternidad saludable: “Tenemos que enseñarles desde cuándo empieza la vida”

Esta sesión se dio en un ambiente de uno de los establecimientos de salud de Santa María de Nieva, y se había dicho que tendría una duración de unas tres horas. La sesión tenía como objetivo enseñar a las madres presentes la preparación de una receta con sangrecita¹⁶³, y a que sepan reconocer qué alimentos son ricos en hierro.

Llegué unos minutos tarde y ya todo estaba dispuesto y casi listo para iniciar. Había alrededor de veinte madres, la mayoría de ellas indígenas, varias acompañadas de hijos pequeños o bebés. Se notaban impacientes por que la actividad iniciara. El equipo de salud responsable de esta sesión era de unas cinco personas, y además estaba un grupo de obstetricas jóvenes que estaban de apoyo y se encargaban de tomar fotos de cada momento con sus teléfonos. Todo el equipo era mestizo. En el centro de la sala, habían colocado una mesa larga decorada con globos, en la que estaban los platos e insumos que utilizarían para la preparación de alimentos.

En la pared que estaba de fondo había casi una decena de carteles que eran parte de la decoración, varios de los cuales tenían mensajes sobre la anemia, tal cual había observado en otras ocasiones. Sin embargo, grande fue mi sorpresa al observar que otro grupo de carteles tenía mensajes en contra del aborto, o del “derecho a la vida” que era como estaba señalado. Estos decían:

“La vida es una oportunidad, dámela”
 “A ti te permitieron nacer, dame vida”
 “Te necesito, estoy en tus manos, defiende la vida”
 “Mi corazón late, soy humano, estoy vivo”

Uno de estos carteles estaba en la parte central como mensaje principal acompañada de dibujos de bebés recién nacidos. Luego de unas palabras de bienvenida, un profesional de la salud dijo que hablarían de la importancia de la lactancia:

PS: Muy bien vamos a empezar hablando de la lactancia. ¿Ustedes saben que es algo muy importante no? Ahora les voy enseñar con unos gráficos cuál es la forma correcta para que den de lactar a sus hijos.

En el transcurso de su exposición hubo varias sonrisas al observar la escena de este varón joven haciendo el ademán de agarrarse el pezón para enseñar a este grupo de madres la posición para dar de lactar. Luego de ello, comenzó a hablar de la alimentación saludable y de los alimentos ricos en hierro, haciendo algunas preguntas que fueron respondidas por las mujeres:

PS: Vamos a hacer unas preguntas, y las que respondan van a tener premio. Vamos a hablar de la maternidad saludable, a ver, ¿cómo es una mamá saludable?
M1: ¡Limpias!
M2: Aseadas.
M3: Fuertes.
PS: Muy bien, así es. Las mamás saludables ven por su higiene y se alimentan bien. Por eso ahora vamos a aprender qué alimentos nos sirven y cuáles no. El

¹⁶³ La sangrecita es el nombre que se le da a un insumo elaborado en base a la sangre de pollo o vísceras como el bazo o pulmón de vaca, lo cual es aderezado y preparado de distintas formas.

que más nos sirve es la sangrecita porque es el que tiene más hierro. Las frutas, las sopas, no nos sirven mucho porque son bajos en hierro. Esta sangrecita que les traigo aquí es la mejor, está en un sachet limpio, y es confiable porque tiene el sello del Colegio de Nutricionistas del Perú. Entonces las recetas que les voy a enseñar ahora son con ese producto.

A continuación, este personal de salud procedió a preparar un dulce de sangrecita que llevaba naranja y azúcar, lo cual fue licuado. Luego lo untó en unas galletas dulces y las comenzó a repartir entre las asistentes. Mientras realizaba esa preparación me preguntaba por qué las recetas que enseñaban en este tipo de sesiones eran siempre a base de sangrecita, cuando es un insumo que no forma parte del repertorio culinario local, y por último no la vendían en Nieva. En algún momento alguien del equipo de salud mencionó que iban a comenzar a incentivar que se empiece a vender, pero no llegué a observar esto. De otro lado, hasta donde sabía, pocas personas tenían una licuadora en sus casas.

Cuando comenzaron a repartir esta preparación, una de las mamás awajún que tenían un bebé en brazos se paró y se fue en dirección al baño justo antes de que las galletas con sangrecita lleguen a ella. Una de las obstetrices del equipo dijo: *“Seguro que no quiere comer, por eso se va”*. Ante esta afirmación, otra obstetriz joven se paró y la trajo del brazo nuevamente hasta su asiento justo antes de que logre entrar al baño diciéndole que *“no se iba a escapar”*. La señora en silencio y con cierto gesto de vergüenza no dijo nada, y solo se dejó llevar por esa joven.

Acabada esa parte, otra mujer del equipo de salud anunció que pasaría a pintar los vientres de las gestantes que tuvieran un embarazo más avanzado, en los que dibujaría una cara feliz. Al pasar, varias de las mujeres se negaron, una de ellas con un notorio fastidio. Intentando convencerlas, la obstetriz dijo: *“Esta pintura es solo un adorno, se va a salir cuando se laven”*. No funcionó, al final solo una de las madres aceptó. Otra persona miembro del equipo dijo: *“Seguro tienen vergüenza de mostrar su barriga”*. La única mujer que había aceptado fue puesta en el centro de la mesa y le tomaron fotos en diferentes ángulos con la decoración de fondo.

Después de esto, anunciaron lo que sería la última actividad de esta “celebración” por la maternidad saludable, la cual sería un pasacalle. Para esto, procedieron a dar a algunas de las madres indígenas los carteles contra el aborto que habían estado pegados en la pared. Para convencerlas les dijeron que esto sería lo último y que después ya se podría ir, y que además habría un sorteo con premios para las que participen. De esta forma, salieron a la calle e hicieron un recorrido de unos pocos minutos en la parte exterior del establecimiento. Nuevamente, se tomaron varias fotos a las madres en distintos ángulos. Al regreso, hicieron un sorteo entre las pocas mujeres que se habían quedado hasta el final. Los premios eran ropa para bebés y algunos utensilios.

Mientras observaba con consternación esta seguidilla de acciones, comencé a conversar con un agente comunitario varón que estaba presente apoyando la actividad. Le comenté que era evidente que a varias de las mujeres no les gustaba ni se sentían cómodas con ese tipo de actividades. Él respondió:

“Sí pues, no es fácil convencerlas para que vengan a estas reuniones, se aburren. Por eso se les intenta convencer con los regalos. Igual pasaba antes con el parto, solo querían ir con las parteras porque no les gustaba el tacto vaginal, pero ya se están acostumbrando”.

Cuando terminó todo, conversé con una de las obstetrices y le pregunté por cuál era la necesidad de tener esos carteles con esos mensajes contra el aborto y hacerlas desfilar con ellos. Además, le di mis impresiones sobre este tema a partir de lo que había podido conocer en ese tiempo. Ella respondió:

“Esto es algo que siempre se hace en obstetricia (se refería a tocar el tema del aborto), pero acá le damos más énfasis a este tema porque aquí abortan mucho, piensan que es normal hacerlo. Lo que pasa es que las awajún ven al feto como un coágulo que no tiene vida, que no tiene nada. Por eso tenemos que enseñarles desde cuándo es que empieza la vida, que es prácticamente desde la concepción, y que ese ser tiene derechos. Por eso les hablamos del derecho a la vida”.

A partir de esta nota de observación, vemos que se repiten dinámicas que ya fueron discutidas en el caso de los talleres para agentes comunitarios. Algunas incluso de forma más agresivas. No obstante, se pueden destacar dos puntos adicionales. El primero, que es más obvio, tiene que ver con la imposición de un tipo de alimentación medicalizada basada en la cantidad de hierro y proteínas, que tenía de fondo una desvalorización de los alimentos que forman parte de la dieta de las familias indígenas. Era un comentario común que los awajún solo comían yuca y plátanos, desconociendo la diversidad que podía tener su repertorio alimenticio, y homogenizando a todos como “pobres”. Tampoco se tomaba en cuenta la dependencia alimentaria y mayor accesibilidad a alimentos altos en azúcar y sodio como condición estructural. Tal como pasaba en otros momentos, lo que comían los mestizos no era parte de la discusión. La estrategia era una vez más imponer un producto de fuera como la sangrecita, el alimento-medicina protagonista de estas sesiones demostrativas.

El segundo punto, y que considero incluso más relevante, es la manifestación de una ideología conservadora expresada en los mensajes contra el aborto, que se alinea con la ideología que se desprende del capital humano que sostiene esta intervención, que recae sobre las mujeres. Como se observa en la descripción de este evento, las mujeres participantes eran cosificadas y utilizadas para asegurar el cumplimiento de las actividades programadas. Veo esto como una extensión de relaciones tutelares en el que estas mujeres no tenían voz ni mayor posibilidad de expresar su disconformidad. Por el contrario, se las utilizaba como objeto para la reproducción de este tipo de ideología que culpabiliza a la mujer, sin tomar en cuenta sus experiencias y lo que este tema puede significar para ellas. Se ignoraba además las circunstancias que pueden llevar a un aborto, y el papel que tienen los varones en ese proceso,

más aún en un lugar donde los casos de violencia sexual y de otros tipos de violencia son parte de la agenda que las propias mujeres indígenas organizadas reclaman¹⁶⁴.

Lo que estaba en discusión en este caso ya no era solo las nociones en torno a la anemia, sino la agencia, moralidad y maternidad de las mujeres awajún. Se podría decir que la autoridad biomédica se entremezclaba con una autoridad de género que normaba y juzgaba el cómo ser madre. No dudo que la imposición de este tipo de ideologías y cuestionamiento presente en este tipo de actividades a sus formas, y prácticas de cuidar y alimentar, era percibido como una desconfianza e incluso como cierta violencia (GUIMARÃES, 2019).

5.2.3 El trabajo desde los programas sociales

Otra de las estrategias que propone el Plan Nacional para combatir la anemia es la articulación con los programas sociales ofrecidos por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MINSA, 2017:37), estos son: “Juntos”, “Qali Warma”, y “Cuna Más”. El primero, consiste en la transferencia condicionada de dinero, el segundo, en desayunos escolares, y el tercero, en el cuidado diurno de niños hasta los tres años. Estos programas abordaban de forma transversal la anemia, al incluir como parte de los condicionamientos para recibir los beneficios el tamizaje de hemoglobina y la aceptación del tratamiento con multimicronutrientes y sulfato ferroso en caso el menor o gestante fuera diagnosticado con ello. Por ejemplo, el programa “Cuna Más” tenía como requisito la firma de un acta de compromiso en el que se aceptaba, entre otras cosas, que los niños consuman los multimicronutrientes, los cuales les eran dados mientras estaban en las cunas lo cual pude observar que era motivo de disconformidad de varias madres¹⁶⁵.

Ser beneficiaria de estos programas sociales implicaba la presión por participar en reuniones informativas, campañas, y otro tipo de actividades a las que fueran convocadas, lo

¹⁶⁴ Aunque el aborto no es parte del tema de esta tesis, es necesario mencionar que en el Perú el aborto está penalizado, con excepción del que se practica por razones terapéuticas. Sobre esto, si bien en el Perú existe la ley del aborto terapéutico desde 1924, su ejercicio es casi nulo. Ejemplo de esto es que el presente año, 2023, el Comité de los Derechos del Niño de la ONU determinó que Perú violó los derechos a la salud y a la vida de una niña indígena víctima de violación al no proporcionarle acceso al aborto legal y seguro, y obligarla a dar a luz. Información disponible en: <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2023/06/peru-violated-child-rape-victims-rights-failing-guarantee-access-abortion>

¹⁶⁵ En Palma-Pinedo (2022) ofrezco más detalles sobre este programa en particular.

cual era asumido por las madres. De hecho, gran parte de las mujeres que participaron en la sesión demostrativa de preparación de alimentos por la maternidad saludable que describí antes, eran beneficiarias de “Juntos”. Este tipo de acciones podían demandar mucho tiempo e interrumpían sus rutinas domésticas, más aún considerando que un porcentaje de las mujeres podía ser beneficiaria de estos tres programas a la vez y con más de un hijo. Estas condiciones forman parte de lo que Piccoli y Gillespie (2018) definen como condiciones extralegales necesarias para el funcionamiento de estos programas.

Parte del problema que estos programas han tenido en distintos contextos es la reducción de la noción de “inclusión” a una dimensión productiva, medida en términos estadísticos y económicos, tal como Fonseca et al. (2018) encuentran en programas sociales en Brasil, ignorando la dimensión moral de estas intervenciones, roles y posicionamientos que afloran a un nivel microterritorial. Esta noción y forma de incluir nos lleva a la aparición de algunas paradojas, como el que aquellas familias o mujeres que más requieren de un respaldo institucional o ser “incluidas” opten por no serlo, debido a las obligaciones que esto conlleva. Un ejemplo de esto se me presentó a través de una de las mujeres de Kampagkis con las que me vinculé. Paso a describir este caso:

Programas sociales: “¡Todo es Estado! ¡Todo es medicina!”

Una de las mujeres del barrio de Kampagkis con las cuales llegué a tener una relación más estrecha pasaba por un momento complicado cuando la conocí. Su pareja la había abandonado y ella debía hacerse cargo sola de sus hijos pequeños, que además tenían frecuentes problemas de salud. En una de nuestras conversaciones comentó las dificultades que tenía para cubrir la alimentación diaria de sus hijos, y a partir de eso me dio algunas de sus impresiones sobre los programas sociales.

Como uno de sus hijos mayores recibía “Qali Warma” en la escuela, le pregunté si consideraba que eso era un apoyo en ese momento, tomando en cuenta las dificultades económicas que estaba atravesando. Ella respondió:

“Será un apoyo, aunque no quiero ... como mi hijo se va sin desayuno porque ahora no tengo, ya eso come por el hambre. Pero es Estado, ¡todo es Estado! ¡Todo es medicina! Ni yo puedo comer ese ‘Qali Warma’. Cuando he probado siento que hay hierro, ese atún lo siento apestoso. Les dan galleta también, antes no comían galleta, antes eso no valía para nosotros ... Es igual como esa ‘Chispita’ (multimicronutrientes), cuando lo botas a la quebrada los peces se mueren, y cuando echas a las hormigas se mueren (...) Nosotros no comíamos así condimentado, era más natural, sin condimentos, sin hormonas, sin abono. En cambio, ese ‘Qali Warma’, como dice mi hijo, nos hace daño, nos cae mal”.

Luego, le pregunté si en todo caso había pensado inscribirse en “Juntos” ya que era una de las pocas mujeres de Kampagkis que no estaban inscritas. En el caso de ella era llamativo porque justamente estaba en una situación de mayor precariedad, por lo que yo pensaba que recibir ese dinero podía significar una pequeña ayuda para ella. Sobre esto me dijo:

“Varias de mi familia están en ‘Juntos’, y a cada rato les dicen ‘hay reunión de Juntos, tienen que ir’, o ‘tienen que ir a la posta’. Cuando van, pesan a los niños, les ponen ampollas, vacunas y uno ni sabe qué enfermedades son esas que dicen. Eso no me gusta. Y yo tengo tres hijos pequeños, tendría que ir a cada rato. ¿Con quién voy a dejarlos? tendría que llevarlos cargando, no tengo plata para ir en moto, ¡caminando con el sol tendría que ir! Mis hijos peor van a sufrir. También ‘Juntos’ te dice que los niños no pueden perder la clase (de la escuela) porque si no, lo cortan (la entrega del dinero). O sea, parece que está obligado, y eso no me gusta a mí. Viendo todo eso, no acepté, no quiero”.

De esta manera, y para mi sorpresa, la mujer que desde mi punto de vista precisaba ser más “incluida”, en un ejercicio de resistencia y agencia, rechazaba esa forma de inclusión y percibida sujeción que el Estado le proponía a cambio de los S/. 200 soles bimensuales de “Juntos”.

El ejemplo descrito resume algunas de las disconformidades que observé en otros casos en relación a estos programas. Sobre “Qali Warma”, como ya describí en el acápite 3.3.2, era frecuente la discusión sobre la calidad de la comida ofrecida. Esto, lejos de ser solo percepciones, encuentra sustento en las conclusiones de algunos informes técnicos referentes a este programa en distintas zonas del país. Por ejemplo, un informe de la Contraloría del 2021 encontró que los alimentos brindados en escuelas de Lima y Callao tenían escaso valor nutricional¹⁶⁶. Además, existen estudios que concluyen que “Qali Warma” no tiene efectos sobre la anemia ni sobre la desnutrición crónica en niños de 3 a 5 años (FRANCKE; ACOSTA, 2021).

Pero lo que más me interesa destacar es el efecto de los condicionamientos y exigencias sobre estas mujeres, que considero problematiza la igualdad de género que proponen los documentos que sustentan los programas sociales y de salud, en contraste con lo que se da en la práctica. Al respecto, la norma técnica del MINSA que propone la transversalización del enfoque de género¹⁶⁷ señala la importancia de *“distribuir justa y equitativamente responsabilidades, poder y beneficios entre hombres y mujeres en lo que concierne a los*

¹⁶⁶ El Informe de Auditoría N° 30613-2021-CG/SOCC-AC concluye que se incumplió en brindar un servicio alimentario adecuado a los hábitos de consumo locales, de calidad, sostenible y saludable, para las/los escolares de esas escuelas.

¹⁶⁷ Norma Técnica N° 047-MINSA/DGSP-V.01 para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada en 2006.

distintos tipos de atención brindadas desde el Estado”. No obstante, contradictoriamente a lo que se aspira con este enfoque en el papel, lo que sí parecía ser transversal era el fortalecimiento de la feminización de las responsabilidades de cuidado (MOLYNEUX, 2006) a partir de ser las mujeres las llamadas a cumplir con los condicionamientos. Esto ya ha sido problematizado en contextos diversos como por ejemplo Argentina, en donde se habla de una ceguera de género de este tipo de programas que abstrae a las mujeres de su contexto social reforzando las desigualdades Zibecchi (2005).

6 CONCLUSIONES

Un primer objetivo de esta tesis fue problematizar la construcción de agendas en salud pública, tomando como ejemplo el caso de la intervención contra la anemia en Perú. A partir de esto, se hizo un análisis que recorrió los ámbitos de la salud global y luego local, que demuestra que más allá de lo estrictamente sanitario, se entremezclan en el tiempo asuntos teóricos, ideológicos y políticos.

En el caso de la salud global, se destacó el papel del humanitarismo transnacional como parte de los actores que moldearon el interés sobre el campo de la malnutrición desde inicios del siglo XX. La asociación de este problema de salud con pobreza, llevó a que el binomio madre-niño sea el centro de las apuestas de las intervenciones. El sustento de esto estuvo en teorías del momento que venían desde incluso fines del siglo XIX, que concebían a la crianza como un medio para mejorar la naturaleza, mientras que la mujer era incorporada desde una visión maternalista centrada en su papel reproductor.

De otro lado, a partir de tratados como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), estos grupos fueron convirtiéndose en sujetos de derecho merecedores de una atención. Esto coincidió con el fortalecimiento de la cooperación internacional y la llamada “Década del Desarrollo”, en la que entidades como UNICEF cumplirían un rol importante en la materia en los países catalogados como “subdesarrollados”. El interés por erradicar la malnutrición sería posicionado a nivel global a partir de acuerdos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) reemplazados luego por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015).

En esta historia, es también relevante las características intrínsecas al campo de la nutrición. Como se señaló, este tiene un nexo marcado con el campo de la economía, en el que la validación de la salud a partir de mediciones e indicadores diversos, se hicieron parte de los estándares de desarrollo globales a cumplir. Como se puede inferir, lo que predominó en este campo fue una noción de salud y desarrollo que partía de la biomedicina occidental.

Esta visión de la salud adquirió nuevos matices al asociarse con el neoliberalismo desde los años 80 en adelante, que proponía una visión economicista de la salud y el individuo.

Esto se tradujo en la revitalización del concepto de capital humano aplicado a la salud, que establece a las personas como medio para alcanzar un mayor rendimiento y crecimiento económico de las naciones. Por tanto, una primera conclusión que podemos tener hasta aquí es la existencia de una asociación de origen entre el interés de las intervenciones nutricionales desplegadas en el ámbito de la salud materno infantil, y teorías de desarrollo que presentaban un cariz marcadamente económico.

Al llevar el análisis al caso peruano, vemos como estos antecedentes de fondo toman forma y cobran vida a partir de la anemia, lo que implicó un análisis de las políticas nutricionales de las últimas tres décadas en el Perú. En este contexto, fue determinante el impacto de la corriente neoliberal desde inicios de los 90, años en el que la anemia como tal comienza a ser parte de la agenda pública. La justificación estaba en los nexos entre este problema de salud y la pobreza que venía arrastrada desde los años de la hiperinflación. La intervención de UNICEF en la historia de posicionamiento de la anemia y su tratamiento tanto a nivel global como local, es de destacar. Como se describe en la tesis, este fue un actor que puso sobre la mesa la necesidad abordar este problema globalmente, particularmente en los países en vías de desarrollo, lo que impulsó la creación del suplemento que luego sería distribuido e incorporado en las políticas de salud peruana como en varias decenas de países. Una segunda conclusión, sería entonces la importancia que tiene rastrear el rol de entidades y agentes financiadores que en cierta forma marcaron la agenda de salud en este tema.

En ese punto, podemos decir que los multimicronutrientes resultan un ejemplo de los resultados de una alianza entre organizaciones multilaterales, una élite científica, organismos no gubernamentales, y el sector empresarial. Lo que resulta una aproximación a los mecanismos que hacen parte de la geopolítica sanitaria. Esto tuvo su versión nacional al impulsarse la generación de una evidencia científica que justifique el abordaje de la anemia en el Perú, lo que se tradujo en demostrar a través de un estudio el costo que los niños con este mal significarían para el país. Este lenguaje económico calzó con la presentación de los multimicronutrientes vía UNICEF como la solución más costo-efectiva, lo que terminó de hacer que esta tecnología propuesta desde el Norte Global se inserte en la política nacional. Como parte del trasfondo de esta estrategia, estuvo la ideología que observa a la niñez como capital humano que no podía ser desperdiciado y restar al producto bruto interno nacional, lo cual se asoció con la promesa de unas “magic bullets” que aseguraban controlar ese problema. Asimismo, no se puede pasar

por alto que este producto tuvo siempre como foco a los niños y gestantes pobres del mundo, muchos de ellos indígenas, presentando así un trasfondo de raza y clase.

En tanto, a la par que su distribución comenzaba a masificarse en el Perú, el tema de la anemia adquirió un mayor tinte político al ser usado como parte de discursos presidenciales por ser reflejo de la paradoja de un boyante crecimiento económico que tuvo el Perú por más de una década, y una población mal alimentada. La preocupación por la anemia llegaría a su auge entre 2015 y 2020, periodo en el que fue nombrada como prioridad nacional y fue incluida como parte de la política general de gobierno hacia el 2021.

¿Cuál fue el resultado de esta estrategia? Una conclusión que se desprende del análisis de los últimos treinta años de acciones contra la anemia en Perú, muestra un resultado muy discreto. Aunque se dio una reducción en la prevalencia de por lo menos un 15%, los especialistas concluyen que no es lo esperado frente a los grandes esfuerzos e inversiones realizadas. De hecho, algunos atribuyen esa reducción al crecimiento económico que hubo en el país, y no al tratamiento propuesto. Una tecnología sanitaria que fue diseñada, validada y presentada como exitosa por una elite científica y económica del Norte Global, y que involucró a los principales organismos internacionales en la materia, estuvo lejos de llevar a los resultados esperados en Perú.

Intervenciones como estas pueden tener resultados insospechados cuando son llevados a la práctica en lugares como Santa María de Nieva. Esto me lleva a las conclusiones referentes a los otros dos objetivos de esta tesis, que tenían que ver con observar su inserción en este contexto tomando como parte del análisis la historia de esta región, y considerando el papel asignado a las mujeres y subjetividades que se producen.

Tal como han recogido otros trabajos desde hace varios años, los multimicronutrientes no funcionaron en este entorno y en muchos otros más del país. Entre las razones están las características del producto en sí, pero sobre todo el marco de relaciones en el que se insertó. En este punto, fueron de mucha relevancia los programas sociales del Estado los cuales establecieron como parte de sus condicionamientos el consumo de este suplemento, así como los tamizajes periódicos de hemoglobina. Aquí, las mujeres, en tanto su papel de madres y gestantes, eran las llamadas a velar por el cumplimiento de estas condiciones. Una conclusión en cuanto a este punto, es que vemos actualizados en el rechazo a esta tecnología, desencuentros

y tensiones de más larga data con lo que representa el Estado y los *apách*/mestizos. Como se señaló, sería muy limitado centrarnos solo en los multimicrinutrientes. Si tomamos en cuenta lo que señalan otros trabajos y etnografías de incluso varias décadas atrás, el rechazo o “narrativas de exterminio” como las denomino, se dio también con otras tecnologías y materialidades que significaban una imposición o que generaban desconfianza por situaciones que se daban en esos momentos. Por tanto, una conclusión aquí es la importancia de contribuir desde la antropología con una mirada histórica-política de estos procesos, que ayude a dejar de observar este tipo de situaciones vinculados a los medicamentos desde una mirada únicamente culturalista, que sabemos aporta poco a una real comprensión de estos fenómenos, más que a estigmatizar a la población indígena.

Precisamente, en esta tesis se ha tenido la intención de ir más allá de los aspectos relativos a la adherencia a este producto, algo que trabajos de salud pública han sabido informar bien. Parte de ello, fue la propuesta de contribuir a una comprensión de lo que sucede con esta intervención considerando la historia de la región de Condorcanqui y de los propios awajún. También lo ha sido mostrar que el interés en los temas nutricionales tiene una trayectoria que inicia mucho antes que el Estado tenga una presencia real en esta parte de la Amazonía.

Como reflejo de ese interés, se describió a distintos agentes que introdujeron la biomedicina desde inicios del siglo pasado, quienes también incorporaron acciones vinculadas a la salud materno-infantil y nutrición. Aquí se destacó a los distintos misioneros, quienes supieron insertarse en las dinámicas locales y transmitir nociones de higiene. Se describió también a otros actores relevantes en esta cartografía de la salud local, como lo fue el llamado “Grupo D.A.M” quienes contribuyeron a la conformación de la organización política awajún, cristalizada en el Consejo Aguaruna-Huambisa. Esta organización tuvo a la salud como uno de sus ejes a partir del desarrollo de un programa especial para ello, y que fue el germen que propició el desenvolvimiento de líderes que posteriormente encabezarían luchas importantes. Es decir, la salud no aparecía solo como un asunto únicamente curativo, sino como un mecanismo para el cambio y para hacer frente a las consecuencias de las presiones que sufría su territorio.

Sobre esto, la tesis hizo un recuento de algunas de las más saltantes manifestaciones de colonialismos en la región desde el siglo pasado, sostenidas en la visión que la nación mantenía de la Amazonía, traducidas en la teoría del vacío demográfico y la propuesta de

fronteras vivas. Los impactos de estos son diversos, pero en lo que corresponde al tema de esta tesis, se destacan las transformaciones en la subsistencia y situación nutricional de los awajún. Al respecto, son gráficas las conclusiones a las que llegan trabajos realizados en los años 70, en los que los awajún aparecen como bienes nutridos y como una población sana en términos generales, en comparación con la población mestiza o colona que sí era víctima de la malnutrición. Esto contrasta con los hallazgos de estudios realizados a partir de los años 2000, en los que la desnutrición y anemia alcanzan altos niveles entre los awajún reforzando la imagen de población vulnerable, en contraposición a la mestiza, que presenta mejores indicadores. Como conclusión, vemos en estos datos el reflejo del resquebrajamiento de un sistema de subsistencia que les garantizó una alimentación suficiente por mucho tiempo, y que fue reemplazado progresivamente por una agricultura capitalista basada en monocultivos bajo la justificación de generar desarrollo en esta zona. En su lugar, se debilitaron prácticas ancestrales y se dio pie a una colonización y dependencia alimentaria.

En este escenario no se puede pasar por alto la inserción de actividades económicas extractivas diversas y el impacto a nivel del género. Como señalan algunos trabajos, la agricultura pasó por un proceso de masculinización desplazando a las mujeres de su campo de prestigio, y haciendo a los varones los participantes de la economía monetaria. Esto trajo desequilibrios de género al restar valor al trabajo y conocimientos ancestrales de las mujeres asociados a la horticultura. Algo similar se dio con sus saberes curativos y para el mantenimiento de la salud, que fueron opacados por los fármacos que con el tiempo llegaron de forma masiva.

Es dentro de esta historia que intervenciones como las de la anemia se insertan como parte de la trama Estado-indígenas, con el objetivo de mejorar los indicadores de salud. En este marco, las mujeres awajún adquirieron un protagonismo indeseado que las coloca como responsables del éxito o fracaso de sus hijos, y de esta estrategia en general. En este punto, a partir del análisis de la biocomunicabilidad de esta intervención, se hace el esfuerzo de identificar las ideologías que acompañan los distintos mensajes y eventos que hacen parte de sus acciones. Se observa que el miedo continúa siendo utilizado como un mecanismo de convencimiento en la salud pública, con pocos frutos. No obstante, lo más saltante es la reproducción a nivel local de la ideología de capital humano visible a partir de narrativas de profesionalización que son contrapuestas a las formas de vida indígena o rurales.

El análisis de esta intervención en Santa María de Nieva implicó la observación de algunos eventos comunicacionales en los que se registró las interacciones y diálogos entre los participantes. En ello, uno de los hallazgos sorprendentes fue la retroalimentación de la ideología de capital humano con una ideología conservadora manifestada en mensajes contra el aborto, lo cual formaba parte de una actividad por la semana de la maternidad saludable que se celebra todos los años. Una vez más, se comprobaba que el valor de las mujeres en esta política estaba dado solo por su maternidad, la cual resulta vulnerable a ser culpabilizada por malos cuidados, por no cumplir con los mandatos de salud, y juzgada moralmente por los casos de aborto. La ausencia de los varones tanto a un nivel discursivo como real es de destacar. Las problemáticas latentes vinculadas a las relaciones de género y el rol que los varones tienen en estos temas son simplemente omitidas.

De otro lado, se observaron en otros eventos expresiones que interpelaban el conocimiento transmitido sobre la anemia. Así, mientras para el personal de salud la anemia era una enfermedad grave, para los agentes comunitarios esto no encajaba con su noción de gravedad. Además, mientras para el personal la solución estaba en mejorar la dieta y dar los suplementos a los niños, para los awajún la solución estaba en mejorar el acceso a trabajo que permita tener los recursos económicos para adquirir los alimentos necesarios.

Asimismo, a partir del trabajo realizado con algunas mujeres y familias awajún, fue posible conocer un poco más sobre el *putsumat* -versión nativa de la anemia- y distintos recursos utilizados en el ámbito de la salud infantil que forman parte de sus conocimientos ancestrales. Una conclusión a partir de ello es que la deficiencia nutricional y sus consecuencias han sido parte de las preocupaciones de los awajún desde mucho antes que la salud pública lo ponga en su agenda para esta zona. Además, la variedad de recursos utilizados para su prevención y tratamiento da cuenta del interés de esta población por tomar lo mejor que esté a la mano para mantener su salud. Asimismo, nos habla una vez más del papel y conocimiento de las mujeres en la prevención y tratamiento de este tipo de malestares.

Finalmente, vemos en la actualidad que el capitalismo en la salud revelado a partir de las teorías de capital humano continúa reproduciéndose en el mundo¹⁶⁸. En ese sentido, el

¹⁶⁸ Un ejemplo actual es la propuesta de la ultraderecha argentina de la creación de un Ministerio de Capital Humano en reemplazo de otros como los de Salud y Educación.

ejemplo desarrollado en esta tesis ayuda a cuestionar la eficacia de este tipo de planteamientos a un nivel macro, y los efectos perversos que tienen a un nivel micro. Asimismo, la tesis muestra que la insistencia de lograr un capital humano con las condiciones que el sistema neoliberal demanda tiene un costo de género que es asumido por las mujeres, pero, por lo menos en este caso, no por todas, sino por las mujeres indígenas pobres.

7 REFERENCIAS

ABAD GONZÁLEZ, L. Salud intercultural y pueblos indígenas: la experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En: **Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas** / coord. por Gerardo Fernández Juárez, 2004, págs. 75-92.

ABAD GONZÁLEZ, L. **Resistencia india organizada: el caso de Perú**. 1a. Edición. Ediciones Abya- Yala, 2006.

ANTÓN, M. La experiencia del grupo DAM 1971-1980. En: **Querido Perico: Pedro García Hierro, defensor de los derechos de los pueblos indígenas**. IWGIA, 2015.

ALCÁZAR, L. **Impacto económico de la anemia en el Perú**. Lima: GRADE; Acción contra el Hambre, 2012.

ALVA - ARÉVALO, Amelia. (2020). **La identificación de los pueblos indígenas en el Perú ¿Qué está sucediendo con el criterio de autoidentificación?** CUHSO (Temuco), Temuco, v. 30, n. 1, p. 60-77, jul. 2020. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-610X2020000100060&lng=es&nrm=iso>. accedido en 14 nov. 2023. <http://dx.doi.org/10.7770/2452-610x.2020.cuhso.01.a05>.

BANT, A. Parentesco, Matrimonio e Intereses de Género en una Sociedad Amazónica: el caso aguaruna. **Amazonía Peruana**, v.24, p.77–103, 1994. Disponible en: <https://doi.org/10.52980/revistaamazonaperuana.vi24.111>

BANT, A. La política de suicidio: El caso de las mujeres aguaruna en la Amazonía peruana. En: **Relaciones de género en la Amazonía peruana**. Lima, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. 1999. p. 119-144.

BELAUNDE, L. E. La mujer indígena en la colonización amazónica: ruptura de la masculinidad, tránsitos y nuevos espacios políticos. In: BUNEO, Z. (cord.) **Mujer rural: cambios y persistencias en América Latina**. Lima: ICCO y EED, 2011.

BELAÚNDE, L. E. Fuerza de pensamiento, hedor de sangre: hematología amazónica y género. En: **Sexualidades amazónicas. Género, deseos y alteridades**. 1ra ed. Lima: La Siniestra Ensayos, 2018.

BELAÚNDE TERRY, F. 1994. **La Conquista del Perú por los Peruanos**. Lima: Minerva.

BERLIN, B. 1977. Sumario de la primera expedición etnobotánica, al río Alto Marañón, Departamento de Amazonas, Perú. **Amazonía Peruana**, Lima, v.2, p.87-100, 1977.

BERLIN, B; BERLIN E.A. Etnobiología, subsistencia y nutrición en una sociedad de la selva tropical: Los aguarunas. En: CHIRIF, A. (comp.). **Salud y nutrición en comunidades nativas**. Lima: CIPA, 1979, p.13-47.

BERLIN, E. A.; MARKELL, E. K. Parásitos y nutrición: dinámica de la salud entre los Aguaruna-Jívaro. **Amazonía Peruana**, Lima, v.6, p.51-58, 1982.

BONFIL BATALLA, G. Conservative Thought in Applied Anthropology: A Critique. **Human Organization**, v.25, p.89-92, 1966.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n.35, p.257-296, 2011

BIGNON, F. Propaganda pradista: Patria, caídos y Amazonía en torno a la guerra Perú-Ecuador de 1941. **Bulletin de l'Institut français d'études andines**, v.47, n.2, 2018.

BRIGGS, Ch. **Learning how to ask: A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research**. Cambridge: University Press, 1986.

BRIGGS, Ch. L. Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: Desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa en salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v.3, n.3, p.411-427, sept.2017. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652017000300411&lng=es&nrm=iso. Accedido en 14 nov. 2023. [http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1152.;13\(3\):411-427](http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1152.;13(3):411-427), 2017.

BRIGGS, Ch.; NICTER, M. Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats. **Medical Anthropology**, v.28, n.3, p.189-198, 2009.

BRIGGS, Ch. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. **Revista de Antropología Social**, Madrid, v.14, p.101-124, 2005.

BRIGGS, Ch. Anthropology, Interviewing, and Communicability in Contemporary Society. **Current Anthropology**, v.48, n.4, August 2007.

BROWN, M. From the Hero's Bones: Three Aguaruna hallucinogens and their uses. En: FORD, R. (ed.) **The Nature and Status of Ethnobotany**. Museum of Anthropology, University of Michigan, 1978. Anthropological Papers, n.67, p.117-136,

BROWN, M. Art of Darkness. **The Progressive**, August, 1982, p.20-21.

BROWN, M. **Una Paz Incierta: comunidades aguarunas frente al impacto de la Carretera Marginal**. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1984a.

BROWN, M. The Role of Words in Aguaruna Hunting Magic. **American Ethnologist**, v.11, n.3, p.545– 558, 1984b.

BROWN, M. **Tsewa's Gift. Magic and Meaning in an Amazonian Society**. Washington D.C.: Smithsonian Institution, 2007.

BROWN, M. Power, Gender, and the Social Meaning of Aguaruna Suicide. **Man**, London, v.21, n. 2, p. 311– 328, 1986.

BROWN, M. El malestar del chamanismo. **Amazonia Peruana**, Lima, Tomo X, n.9, v.19, p.63-88, 1990.

BROWN, Michael. Ropes of Sand: Order and Imagery in Aguaruna Dreams. In: TEDLOCK, B. (org). **Dreaming: Anthropological and Psychological Interpretations**, Santa Fe: SAR Press, 1992, p.154– 170.

BROWN, M. F.; VAN BOLT, M. L. Aguaruna Jívaro Gardening Magic in the Alto Río Mayo, Peru. **Ethnology**, v.19, n. 2, p.169-190, 1980.

BROWN, W. **Cidadania Sacrificial. Neoliberalismo, capital humano e políticas de austeridade**. Tradução Juliane Bianchi Leão. Pequena Biblioteca de Ensaio. Rio de Janeiro: Zazie Edições, 2018.

BRUNING, H. **Viajes en la región de los Aguaruna**. Lima: Biblioteca Abraham Valdelomar, 2015.

BUCHILLET, D. Cultura e saúde publica: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (eds.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ABA, 2004. p. 53-67.

BUSTÍOS ROMANÍ, C.; DÍAZ URTEAGA, P. **Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1985): Antecedentes, desarrollo y comentarios**. Lima: MINSA, 2019.

CANDIANI, V. Social and Ecological Impacts of Conquest and Colonization in New Spain. **The Oxford Handbook of Mexican History**. Subject: History, History of the Americas Online Jan 2021.

CASTILLO, M. **Disputa de la representación de los pueblos Awajún y Wampis en la región Amazonas**. Lima: Cooperación, 2016.

CONDONHO, C. **Aprendendo entre pares: a transmissão horizontal de saberes entre as crianças indígenas Galibi-Marworno (Amapá, Brasil)**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2007.

CONTRERAS, C. **El aprendizaje del capitalismo. Estudios de historia económica y social del Perú republicano**. Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 2004, 332 pp.

CREED-KANASHIRO, H; ROCHE, M; CERRON, I.T; KUHNLEIN, H. Traditional food system of an Awajun community in Peru. In: **Indigenous peoples' food systems: the many dimensions of culture, diversity**. pp 59-81, 2009.

CHIRIF, A. (comp). **Salud y nutrición en sociedades nativas**. Perú: Centro de Investigación y Promoción Amazónica, 1979.

CHIRIF, A. **No es tiempo para permanecer callados**. Instituto de Defensa Legal, 2009. Disponible en: www.idl.org.pe/idlrev/

CHIRIF, A (ed). **Querido perico. Pedro García Hierro, defensor de los derechos de los pueblos indígenas**. IWGIA, 2015.

CHUMAP, A.; GARCÍA-RENDUELES, M. **Duik Muun. Universo mítico de los aguaruna**. Lima: CAAAP, 1979.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. **Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional**. Serie Informes de Adjuntía – Informe de Adjuntía 012-2018-DP/AAE

DEL PINO, P.; MENA, M.; TORREJÓN, S.; DEL PINO, E.; ARONES, M.; PORTUGAL, T. **Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú**. Lima: IEP Ediciones, 2012.

DESHOULLIÈRE, G.; UTITIAJ PAATI, S. Acerca de la Declaración sobre el cambio de nombre del conjunto Jívaro. **Journal de la Société des américanistes**, p.167-179, 2019. Disponible en: <https://journals.openedition.org/jsa/17370#citedby>

DÍAZ, A; ARANA, A; VARGAS-MACHUCA, R; ANTIPORTA, D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.38, n.1, p.49-56, 2015.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. An Interdisciplinary Approach to Studies of Medicines In: ZAPATA, J.F.; GARCÍA, C.; ROMANÍ, O. (org.). **Medicamentos, Cultura y Sociedad**. Tarragona: Publicacions URV, 2020. p. 51-75.

DUTTA, M. J. **Communicating health: A culture centered approach**. Cambridge: Polity; 2008.

EWIG, Ch. **Neoliberalismo de la segunda ola: Género, raza y reforma del sector salud en el Perú**. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos, 2012.

ESPINOSA, O. Más allá de Bagua: ¿Qué quieren los pueblos indígenas de la Amazonía peruana? **Coyuntura: análisis económico y social de actualidad**, PUCP, v.5, p. 15 – 17, 2009.

ESPINOSA, O. ¿Salvajes opuestos al progreso? Aproximaciones históricas y antropológicas a las movilizaciones indígenas en la Amazonía peruana. En: **¿Indigenismos, ciudadanías? Nuevas miradas**. Lima: Ministerio de Cultura, 2014, p.12-70.

ESPINOSA, O; ROMIO, S; RAMÍREZ COLOMBIER, M. (eds) **Historias, violencias y memorias en la Amazonía**. Lima: PUCP, 2021.

FASSIN, D. El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. **Revista de Antropología Social**, Madrid, v.19, p.191-204, 2010.

FASSIN, D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. **Revista Colombiana de Antropología**, v.40, p.283-318, 2004.

FONSECA, C.; MURY SCALCO, L.; CANFIELD DE CASTRO, H. Etnografía de una política pública: controle social pela mobilização popular. **Horizontes Antropológicos**, v.24, n.50, p.271-303, 2018.

FRANCKE, P; ACOSTA, G. Impacto del programa de alimentación escolar Qali Warma sobre la anemia y la desnutrición crónica infantil. **Apuntes**, Lima, v. 48, n. 88, p. 151-190, jun. 2021.

FRASER, N. **Las contradicciones del capital y los cuidados**. New Left review, Segunda época, 2016.

FULLER, N. J. **Relaciones de Género en la Sociedad Awajún**. CARE Perú, 2009.

GARRA, S. **Les sorciers condamnés: chamanisme et mutation dans le monde awajún (Amazonas, Pérou)**. Thèse (Doctorat en Ethnologie) - École doctorale Espaces, Temps, Cultures, Université Paris Nanterre. Paris, 2017.

GILLESPIE, B. Negotiating nutrition: Sprinkles and the state in the Peruvian Andes, **Women's Studies International Forum**, v. 60, p.120-127, 2017.

GILLESPIE, B; RIVERA, L. **Las chispitas dan desnutrición”: Escuchando a las madres en el área rural de la Región Maya Ch’orti**. Acción Contra el Hambre, 2017

GORSKY, M.; NELSON, E. SDG 3-Historical Perspectives on Health and Well-Being as International Policy Goals. In: GUTMANN, M; GORMAN, D. (eds.) **Before the UN Sustainable Development Goals**. Oxford University Press, 2022.

GOW, P. **De sangre mezclada. Parentesco e historia en la Amazonia peruana**. Lima: UCSS, 2020.

GREENE, Sh. The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, v.25, n.4, p. 634-658, 1998.

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

GROHS, W. Los Indios del Alto Amazonas del Siglo XVI a XVIII. **Estudios Americanistas de Bonn**, Bonn, n.2, 1974.

GRUPO D.A.M. Diagnóstico provisional para el sector salud, Río Cenepa. En: CHIRIF, A (comp). **Salud y nutrición en sociedades nativas**. Centro de Investigación y Promoción Amazónica, 1979.

GUIMARÃES, S. Agência das mulheres Sanõma e a ativação de cosmopolíticas. **Amazônica**, v. 11, n.2, p.583-605, 2019.

GUALLART, J. M. **Fronteras Vivas**. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1981.

GUALLART, J. M. **El Mundo Mágico de los Aguarunas**. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1989.

GUALLART, J. M. **Entre pongo y cordillera. Historia de la etnia aguaruna-huambisa**. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1990.

GUALLART, J. M. **La Tierra de los Cinco Ríos**. Lima: Fondo Editorial PUCP, 1997a.

GUALLART, J. M. **El Vicariato de San Francisco Javier del Marañón**. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1997b.

GHIGGI JR, A. Protagonismo de las mujeres kaingang en itinerarios terapéuticos en el sur de Brasil. En: PORTOCARRERO, J; DAVID FERREIRA, A; GHIGGI JR, A. **Más Allá de lo Terapéutico: Aproximaciones Etnográficas al Estudio de la Salud Indígena en las Tierras Bajas de América del Sur**. Lima, CISEPA-PUCP, 2022.

GUILLÉN, E. Algunas experiencias del servicio nacional de erradicación de la malaria con las tribus de la Selva Peruana. En: **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; v. 52, n.2, 1962.

GUEVARA, R. **Bagua. De la Resistencia a la utopía indígena: la "curva del Diablo" y la lucha de los pueblos amazónicos en el siglo XXI**. Lima, Guevara, 2013.

GUEVARA, W. La muerte como recurso: Violencia y género en la cultura awajún. En: **Violencias contra las Mujeres: La necesidad de un doble plural**. Lima: GRADE, 2019.

HARNER, M. J. **The Jívaro: People of the Sacred Waterfalls**. Berkeley: University of California Press, 1972.

HEINRICH BRÜNING, H; RUMRILL, R. **Viajes en la región de los Aguaruna**. Biblioteca Abraham Valdelomar, 2015.

HUAMÁN-ESPINO L.; VALLADARES C. Estado Nutricional y Características del Consumo Alimentario de la Población Aguaruna. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, n.23, p.12–21, 2006.

INOACH, G. **Entre la Dependencia y la Libertad: Siempre Awajún**. Fundación Nia Tero, Equidad, IWGIA, 2021.

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN NUTRICIONAL (PE), Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CA), Organización de Desarrollo de las Comunidades Fronterizas de Cenepa (PE). **Sistema tradicional de alimentación de los Awajún del Río Cenepa**. Lima, Perú. Informe técnico de proyecto No. 2: IIN; 2009. 232 p.

IRONS, R. (Re)produciendo profesionales peruanos: la asistencia social y la ciudadanía-materna de las madres quechuas empobrecidas. **Anthropologica/AÑO XXXVII**, n.43, p. 227-253, 2019.

ORGANIZACIÓN DE DESARROLLO DE LAS COMUNIDADES FRONTERIZAS DEL CENEPa. **Perú: Crónica de un Engaño. Los Intentos de Enajenación del Territorio Fronterizo Awajún en la Cordillera del Cóndor a Favor de la Minería**. Informe n° 5, IWGIA, ODECOFROC, 2009.

JESSET, C. Perico en busca y captura. En: IWGIA. **Querido Perico: Pedro García Hierro, defensor de los derechos de los pueblos indígenas**. 2015.

KARSTEN, R. **The Head- Hunters of Western Amazonas: The Life and Culture of the Jíbaro Indians of Eastern Ecuador and Peru**. Helsingfors: Akademiska Bokhandeln - Leipzig: Harrassowitz, 1935.

KELLY, J. A. Médicos “extranjeros”: algunas reflexiones sobre las relaciones entre médicos y pacientes entre los Yanomami del Alto Orinoco. **Antropológica**, v. 101, 2004.

KELLY, J. A. Equívocos sobre identidad y cultura: un comentario sobre la formulación de políticas para los pueblos indígenas en Venezuela. In: FREIRE, G. (Org.). **Perspectivas en Salud Indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas**. Quito, Ecuador: Abya-yala, 2011, p. 417-462.

KROEGER, A y BARBIRA-FREEDMAN, F. **La lucha por la salud en el alto amazonas y en los andes**. Cusco, Perú: Centro Medicina Andina; Quito, Ecuador: Ediciones ABYA-YALA, 1992.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1019-1029, 2014.

LATHARP, D. La antigüedad e importancia de las relaciones de intercambio a larga distancia en los trópicos húmedos de Sudamérica Precolombino. **Amazonía Peruana**, n.7. Lima: CAAAP, 1981.

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

MALUF, S. W., ANDRADE, A. P. M. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.1, p.171-182, 2017.

MANNARELLI, M. E. La infancia y la configuración de los vínculos en el Perú. Un enfoque histórico. En: SAVE THE CHILDREN. **Políticas Públicas e Infancia en el Perú**. Lima, 2002.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. Dialógica, etnografía e educação em saúde. **Rev Saúde Pública** v.44, n.3, p.399-405, 2010.

MAYCA-PÉREZ J, MEDINA-IBAÑEZ A, VELÁSQUEZ-HURTADO JE, LLANOS-ZAVALAGA, L. F. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajun y Wampis, Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, Lima, v. 34, n.3, p.414-22. 2017

MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, Madrid, v. 14, pp. 33-69, 2005.

MENÉNDEZ, E. **Colonialismo, neocolonialismo y racismo: el papel de la ideología y de la ciencia en las estrategias de control y dominación**. Primera edición. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, 2018.

MENÉNDEZ, E. Las influencias por todos tan temidas o de los difíciles usos del conocimiento. **Desacatos**, México Distrito Federal, n. 32, p. 17-34, 2010.

MENÉNDEZ, E. L.; DI PARDO, R. **Miedos, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe**. México: CIESAS, 2009.

MINSA. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA

MINSA. Determinantes de los sistemas de información en salud: El caso de tres sistemas de información de VIH/Sida, hepatitis B y sífilis en contextos de atención a población indígena en la Amazonia. /Elaborado por Helen Palma Pinedo; Mary Reyes Vega – -Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2015.

MOLYNEUX, M. Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresá/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. **Social Policy & Administration**, v.40, n.4, p. 425-499, 2006.

MOORE, H.; VAUGHAN, M. Cutting down trees: women, nutrition and agricultural change in the northern province of Zambia, 1920–1986. **African Affairs**, v. 86, issue 345, p. 523–540, 1987.

MOSSE, D. The Anthropology of International Development. **Annu. Rev. Anthropol**, v.42, p.227–46, 2013

MUNAYCO, C. et al. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 30, n.2, p. 229-234, 2013.

NATIONS, M.; MONTE, C. “I'm not dog, no!": Cries of resistance against cholera control campaigns. **Soc. Sci. Med**, v. 43, n. 6, p.1007-1024, 1996.

NELSON, E.M.; NISBETT, N.; GILLESPIE. S. Historicising global nutrition: critical reflections on contested pasts and reimagined futures. **BMJ Global Health**, v.6, Issue.11, 2021.

NIETO MORENO, J; LANGDON, E. J. Narrativas de violencia y transformación de mujeres indígenas Uitoto en Bogotá. **ABYA-YALA: Revista sobre acceso á justiça e direitos nas Américas**, v. 2, n. 2, p. 140-178, 2018.

NUGKUAG IKANAN, E. El desarrollo indígena autónomo en la Amazonía luego de 500 años. **Caravelle. Cahiers du monde hispanique et luso-brésilien**, n.63, p. 195-208, 1994.

OLIART, P. **El Estado Peruano y las Políticas sociales dirigidas a los Pueblos Indígenas en la década de los 90.** Lima: IEP, 2002.

OZONAS, F. M. De lo intangible. El cocinero nigromante. En: Querido Perico: **Pedro García Hierro, defensor de los derechos de los pueblos indígenas.** IWGIA, 2015.

PALACIO, G y NIETO, V. Mujeres indígenas, globalización, alimentos y políticas sociales en el Trapecio Amazónico. **Mundo Amazónico**, v.4, 2013.

PALMA PINEDO, H. Neoliberalismo, bicomunicabilidad y la producción de ciudadanos salubres e insalubres. Un análisis de las políticas contra la anemia vistas desde la Amazonía. **Anthropologica/AÑO XXXVIII**, n.44, p. 131-156, 2020.

PALMA PINEDO, H. Cuidados infantiles y programas sociales entre los awajún en Perú. Aportes desde la Amazonia Urbana. En: PORTOCARRERO, J; DAVID FERREIRA, A; GHIGGI JR, A. **Más Allá de lo Terapéutico: Aproximaciones Etnográficas al Estudio de la Salud Indígena en las Tierras Bajas de América del Sur**. Lima, CISEPA-PUCP, 2022.

PALMA-PINEDO, H.; REYES-VEGA, M. Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso de tres sistemas de información de VIH/SIDA, hepatitis B y sífilis congénita. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v.35, n.1, 2018.

PLAN BINACIONAL DE DESARROLLO DE LA REGIÓN FRONTERIZA PERÚ-ECUADOR. **Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas** / Elaborado por Susana Ramírez Hita. Lima: CEPLAN, 2020.

PICCOLI, E.; GILLESPIE, B. Making Good Mothers: Conditions, Coercion, and Local Reactions in the Juntos Program in Peru. In: OLIVIER DE SARDAN, J. P.; PICCOLI, E. (eds.) **Cash Transfers in Context: An Anthropological Perspective**. New York, Oxford: Berghahn Books, 2018, p. 184-201.

RAMÍREZ-HITA, S. Territorio y salud entre los pueblos awajún y wampis del departamento de Amazonas-Perú. **Ciencia Digna**, Revista de la UCCSNAL. América Latina, v.1, n.1. p 18-82, 2020.

REGAN, J. Los awajún y contra el Estado: una reflexión sobre antropología política. **Investigaciones Sociales**, UNMSM/IIHS, Lima, v.14, n.24, p.19-35, 2010.

REGAN, J. Notas sobre la ausencia de la fricativa [H] en algunos dialectos quichua de la selva. **Amazonía Peruana**, Tomo XII, n.2, v.23, p. 165 – 171, 1993.

RICAUD ONETO, E. Manger: une affaire d'État? Ambiguïtés du programme d'alimentation scolaire Qaliwarma en Amazonie péruvienne. **Socio-anthropologie**, v.39, p. 99-113, 2019.

ROCHE, M. L; CREED-KANASHIRO, H. M.; TUESTA, I.; KUHNLEIN, H. V. Infant and young child feeding in the Peruvian Amazon: the need to promote exclusive breastfeeding and nutrient-dense traditional complementary foods. **Maternal and Child Nutrition**, v.7, p. 284–294, 2011.

ROCHE M. L.; CREED-KANASHIRO, H. M.; TUESTA, I.; KUHNLEIN, H. V. Traditional food system provides dietary quality for the Awajún in the Peruvian Amazon. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 46, Issue 5-6, p. 377-399, 2007.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. **Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género: ¿Por dónde anda América Latina?** Serie Mujer y desarrollo, CEPAL, n. 109. Naciones Unidas, 2011.

ROMIO, S. La visión de la bandera. Memorias oníricas awajún sobre la construcción de una sociedad de frontera en la Amazonía peruana. **Anuario de Historia Regional y de las Fronteras**, vol.25, n.2, p.69-90, 2020.

ROMIO, S. Entre discurso político y fuerza espiritual. Fundación de las organizaciones indígenas awajún y wampis (1977-1979). **Anthropologica/AÑO XXXII**, n. 32, p. 139-158, 2014.

ROMIO, S. Los Awajún contra Herzog. El uso del conflicto en la construcción del liderazgo indígena. En: CORREA, F; ERIKSON, P; SURRALLÉS, A. (Eds.) **Política y poder en la Amazonía. Estrategias de los pueblos indígenas en los nuevos escenarios de los países andinos**. 2016, p. 208–232.

ROMIO, S. El “pre-Baguazo” y sus historias: anatomía de un conflicto (mayo-junio 2009). **Nuevo Mundo Mundos Nuevos**, n.18, 2018.

ROUSSEAU, S. Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. **Estudios Feministas**, Florianópolis, n.15, v.2, 2007.

SANTOS GRANERO, F. La antropología amazónica de cara a la cuarta revolución industrial. **Anthropologica/AÑO XXXIX**, n. 46, p. 195-226, 2021.

SANTOS GRANERO, F.; BARCLAY, F. Bultos, selladores y gringos alados: percepciones indígenas de la violencia capitalista en la Amazonía peruana. **Anthropologica/AÑO XXVIII**, n. 28, Suplemento 1, p. 21-52, 2010.

SEGATO, R. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.

SCHULDIT, J. **Bonanza macroeconómica y malestar microeconómico: apuntes para el estudio del caso peruano, 1988-2004**. Lima: Fondo Editorial, Universidad del Pacífico, 2004.

SCHULER ZEA, E. O perro del hortelano e os impactos de uma metáfora política em territórios indígenas. In: LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. (Org.). **Políticas públicas: reflexões antropológicas**. 1aed. Florianópolis: EdUFSC, 2016, p. 240-258.

SIVERTS, H. **Tribal survival in the Alto Marañón: The Aguaruna case.** IWGIA, Document N° 28. Copenhagen. 1972.

STEPAN, N. **The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin American.** Ithaca, New York: Cornell University Press, 1991.

SURRALLÉS, A. Bagua 2009. **Argumentos.** Cultura e historia. Lima, 2009, p. 1-9.

TAUSSIG, M. Nutrition, Development, and Foreign Aid: A Case Study of US-Directed Health Care in a Colombian Plantation Zone. **International Journal of Health Services.** V. 8, n.1, p.101-121, 1978.

TORRES GUEVARA, F. **Nugkui: inspiración de las mujeres Awajún en el manejo de la biodiversidad para su seguridad alimentaria en el Alto Marañón.** SAIPE, 2013.

TUESTA, I; GARCÍA, P; GARCÍA, M. Perú: Oportunidades para los niños y el suicidio continuado de jóvenes de la nación awajún en el noreste peruano. En: **Suicidio adolescente en pueblos indígenas: Tres casos.** UNICEF: 2012.

URIARTE, L. Situación de genocidio, etnocidio e injusticia entre las tribus aguaruna y huambisa del Alto Marañón. **Cuadernos de Documentación 2.** Comisión Episcopal de Acción Social. Lima. 1971.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annu Rev Anthropol,** v.25, p.153-78, 1996.

VARESE, S. et al. **Estudio sondeo de seis comunidades aguarunas del Alto Marañón.** Lima: Ministerio de Agricultura, División de Comunidades nativas de la Selva, 1970.

VILAÇA, A. Making kin out of others in Amazonia. **Journal of the Royal Anthropological Institute,** v. 8, n.2, p. 347 – 365, 2002.

WIPIO PAUCAI, H. **Diccionario aguaruna-castellano, castellano-aguaruna,** 2a edición. Lima: ILV, 2011

WORKS, M. **Agricultural Change Among the Alto Mayo Aguaruna, Eastern. Peru: the Effects on Culture and Environment.** 1984. Theses (Doctor of Philosophy in Geography) – Louisiana State University, Agricultural and Mechanical College.

WORKS, M. El proceso de desarrollo y la experiencia de cambio: situación de los aguarunas del Valle del Alto Mayo. **Amazonía Peruana,** v. 5, n.10, p.119-128, 1984.

YATES-DOERR, E. **The Weight of Obesity Hunger and Global Health in Postwar Guatemala.** University of California Press, 2015.

ZAZUETA, P. Hay desnutrición, no hambre: nutrición y políticas públicas en México 1960-1997. En: POHL VALERO, S.; VARGAS DOMÍNGUEZ, J (eds). **El hambre de los otros: Ciencia y Políticas Alimentarias En Latinoamérica, Siglos XX y XXI**. 1st ed., 341–66. Editorial Universidad del Rosario, 2021.

ZIBECCHI, C. **Programas sociales y su ceguera al género (Argentina 1992-2004)**: Un análisis centrado en las trayectorias y experiencias de los beneficiarios y beneficiarias del Plan Jefes y Jefas de Hogar. 2005 Tesis (Maestría en Políticas Sociales) - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

ZLOTKIN S. H. et al. Micronutrient Sprinkles to Control Childhood Anaemia. **PLoS Med**, v.2, n.1, 2005.