

## **Salud y derechos sexuales y reproductivos. Percepciones, problemas y prioridades definidos por mujeres asháninkas del río Ene**

**Giovanna Cavero Mogollón**

**Con aportes de Astrid Bant Haver**

**Febrero 2003**

**Última consulta, febrero 12, 2007**

<http://www.geocities.com/acpcweb/salud.htm>

### **INTRODUCCIÓN**

La importancia de las mujeres sobre el control de su sexualidad y sus derechos a fin de alcanzar metas en su salud, así como el progreso en regiones menos desarrolladas no es a menudo entendida por los responsables de políticas y diseñadores de programas. Estos temas, en caso de ser considerados, generalmente son pensados como de "segundo plano" hasta que otras necesidades más "básicas" y/o "esenciales" sean cubiertas como, por ejemplo, el abastecimiento de medicamentos o inmunizaciones. Incluso en los programas que apuntan específicamente a salud reproductiva, los temas relativos a la sexualidad son comúnmente ignorados.

Las demandas de las mujeres para ejercer control sobre su sexualidad son generalmente asumidas como prioridades de los grupos urbanos y/o medios de la sociedad y no son representativos de las necesidades de las mujeres rurales e indígenas, a quienes se les relaciona con tareas de la vida diaria en las comunidades, reduciendo los principios de organización a la armonía y complementariedad entre hombres, mujeres y naturaleza.

Esta visión armónica de sociedades rurales e indígenas no coincide con la difícil realidad mundial de las mujeres pobres, rurales e indígenas, quienes inician relaciones sexuales a temprana edad y son madres siendo aún muy jóvenes, lo cual genera, en parte, un elevado número de hijos por mujer, y sufren consecuencias como tener más probabilidades de morir en un parto, tener cáncer cervical, ser víctimas de violencia basada en género, contar con escasos recursos para protegerse contra el ETS y HIV/SIDA.

Los resultados de la investigación que presentamos en este artículo son el producto de un nuevo acercamiento en estudios y planeamiento del desarrollo que comenzó en los años noventa. En esta visión del desarrollo, se utiliza un acercamiento "de abajo hacia arriba" o participatorio, metodología que apoya a las personas a ser agentes más eficientes de su

desarrollo al identificar sus necesidades, elaborar planes e instrumentos para el cambio, y abogar para lograr mejoras en las esferas políticas y públicas.

En el marco de este concepto de desarrollo, Manuela Ramos, una ONG que trabaja por los derechos de las mujeres en el Perú, ha desarrollado una metodología de autodiagnóstico para trabajar con mujeres pobres indígenas en su salud y derechos sexuales y reproductivos, así como en la elaboración de pequeños proyectos comunales para satisfacer las necesidades identificadas. Esta metodología ha sido adaptada por la ONG Asociación Cutivireni - ACPC para conocer las necesidades de las mujeres de cuatro comunidades asháninkas.

Los talleres de Diagnósticos Participativos<sup>1</sup> en cuatro comunidades del río Ene en el departamento de Junín, han ayudado a las mujeres asháninkas a analizar sus problemas de salud e identificar sus prioridades. En sus propias palabras dijeron que el control sobre su sexualidad es un elemento crucial para la mejora de su salud y de sus vidas. Asimismo, identificaron la violencia y la inequidad de género como serios obstáculos para gozar de una buena salud, bienestar y ser productivas.

En los talleres también se señaló que existe desigualdad en las relaciones con los proveedores de salud pública, quienes son predominantemente de otras regiones, y que entre los servicios de salud brindados y los conceptos de enfermedad y recursos preventivos y de curación manejados por las mujeres asháninkas no existe una relación fluida y productiva. En este sentido, se sugiere integrar estos conocimientos y códigos del comportamiento culturales en la atención de los servicios.

Los talleres son una herramienta para facilitar a la comunidad la construcción de una agenda para la salud de las mujeres, así como una ayuda para identificar las actividades y tareas a realizar. Las comunidades y ACPC actualmente se encuentran en la fase de diseñar y poner en práctica pequeñas iniciativas comunales.

La experiencia demuestra que la equidad de género, el ejercicio de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos puede mejorar con la consolidación de grupos de mujeres y organizaciones de mujeres comunales, así como con un trabajo orientado a estimular el compromiso de los varones de la comunidad en estos temas. Es también importante hacer un seguimiento a actividades (i) que mejoren la interacción entre la comunidad y los proveedores locales de salud con el objetivo de contar con servicios más acordes con las expectativas culturales, y (ii) que promuevan la igualdad de género como una manera de mejorar la salud de las mujeres, además de ser un fin en sí. Las mujeres de la comunidad que cuentan con su propia agenda en salud y en derechos, con un entrenamiento básico para la negociación y un pequeño fondo proporcionado por el proyecto, así como con el respaldo de sus esposos,

podrán establecer un diálogo con los servicios médicos locales donde lograrán los cambios que desean.

Se puede hacer mucho en el nivel local; sin embargo, se requiere de la continuidad de las políticas nacionales para promover los derechos sexuales y disminuir la brecha entre los servicios y la demanda por servicios médicos en áreas rurales. A través del acercamiento de "abajo hacia arriba", consideramos a las tres siguientes recomendaciones centrales para una política nacional que apoye las iniciativas locales: (i) mejorar las condiciones (leyes, políticas, información y educación) para ejercer derechos sexuales; (ii) fortalecer la posición de mujeres y sus organizaciones en la negociación de sus intereses; y (iii) proporcionar materiales, conocimiento y habilidades a la comunidad para participar en el manejo de recursos e instituciones relacionadas con la salud de las mujeres.

En el primer capítulo del artículo se presenta el marco conceptual y una breve descripción de las comunidades asháninkas, donde se enfatiza los patrones culturales y tradicionales basados en las relaciones de género al interior de su organización. En el segundo capítulo se resume la metodología utilizada en los talleres y en el tercer capítulo se analiza las percepciones, interpretaciones y experiencias de los procesos de salud reproductiva que vive la mujer asháninka. Finalmente, se presenta las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## **1. Marco conceptual y descripción de las comunidades asháninkas**

### **1.1 Concepciones sobre género y salud reproductiva**

El acceso, la experiencia y las necesidades en relación con el cuerpo y la salud son diferenciadas por género y están mediadas por los sistemas vigentes en cada sociedad. Por género entendemos los significados y valores sociales y culturales que se dan a las diferencias biológicas empíricamente observables entre los sexos. Es un criterio más de organización social, inclusive en sociedades poco diferenciadas internamente.

Cuando hablamos de relaciones de género nos referimos a las maneras en las cuales las sociedades y las culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de "hombre" y "mujer" en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios. Las estructuras de género y la aplicación de un enfoque de género en sociedades amazónicas se han desarrollado y adaptado en las últimas tres décadas. La tendencia hacia la investigación-acción y la organización comunal con fines de defender los derechos indígenas en la práctica de las décadas 70 y 80, predisponía hacia la conceptualización de los pueblos indígenas como sociedades internamente igualitarias, sin mayores jerarquías económicas o sociales. Las relaciones entre los sexos fueron vistas como roles complementarios en una división funcional de trabajo por sexo y si hubiera alguna desigualdad interna, ella era

estratégicamente desestimada a favor de la amenaza que representaban las relaciones de poder con el mundo externo.

Bajo la influencia del surgimiento de una conciencia democrática y del movimiento feminista en el mundo académico en los años 80 y 90, las investigaciones sociales en la amazonía iniciaron estudios que, por primera vez, problematizaron las relaciones entre los sexos en términos de poder. Elementos de la antropología estructuralista, la práctica activista en defensa de los derechos indígenas y el movimiento emancipatorio de las mujeres, confluían en una nueva generación de publicaciones de estudios de caso sobre las condiciones de las mujeres en la amazonía. En estas publicaciones se resalta el efecto negativo de la inserción en el sistema económico-mercantil y la formalización de la organización política para el estatus y las condiciones de mujeres indígenas.

Durante los años 90, las investigaciones equilibraron sus interpretaciones de desigualdad entre los géneros en las sociedades amazónicas, reconociendo la desigualdad inherente a las sociedades indígenas y las desventajas y oportunidades que son producto de las transformaciones debidas a una progresiva incorporación en el sistema nacional. Si bien las mujeres indígenas amazónicas pueden obtener prestigio social por su capacidad de producir y compartir sus productos, sobre todo alimenticios, el estatus o el poder que ellas podrían alcanzar abarca solamente la esfera social femenina. La separación de los ámbitos de actuación de hombres y mujeres y la relación jerárquica entre ellos, no permiten que las mujeres cuestionen el poder y la autoridad de los hombres sobre ellas.

Se puede tipificar la relación entre hombres y mujeres como una relación de "conflicto cooperativo"; es decir, una relación en la cual se negocia en condiciones de interdependencia, así como de intereses propios de cada género, como por ejemplo, en la sexualidad. Por lo general, en la práctica cada actor identifica su propio interés y la justicia de los intercambios. El mayor problema está en "cómo" se negocia. ¿Con qué peso y a través de qué mecanismos se introduce una propuesta o una demanda en una negociación, como, por ejemplo, el uso de anticonceptivos? Los procesos de negociación ofrecen oportunidades y riesgos para alcanzar una mayor igualdad entre los géneros.

La sexualidad y los cuerpos son el territorio por excelencia de la transacción y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres, y sus resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Es necesario aumentar la capacidad de las mujeres para defender sus derechos individuales y colectivos en los marcos culturales que estimen relevantes para el pleno desarrollo de sus vidas. La salud sexual y reproductiva de las mujeres es, en gran parte, el resultado de la capacidad de ejercer derechos, entre ellos, los sexuales y reproductivos.

## 1.2 Situación sociodemográfica

La amazonía peruana cuenta con una extensión del 62 por ciento del territorio nacional, donde existe 42 grupos etnolingüísticos, los cuales presentan características culturales, económicas y políticas distintas a otros sectores poblacionales del territorio nacional.

Actualmente la población indígena amazónica vive una situación crítica, producto del periodo de violencia vivido, de la presencia del narcotráfico en algunas zonas, de la implantación de políticas económicas en detrimento del desarrollo sostenible de la región y del desplazamiento poblacional hacia el interior de la selva debido a la cada vez mayor presencia de colonos<sup>2</sup>. Estos factores han generado un proceso de aculturación violento.

Como resultado de estos forzados contactos, se percibe la pérdida de la identidad cultural de los pobladores, una transfiguración étnica y una mayor dependencia de las comunidades nativas con el mundo exterior, aun cuando se mantienen ciertos patrones tradicionales.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1993, la población asháninka constituye el grupo indígena más importante de la amazonía peruana: 52,461 personas (27,710 hombres y 24,751 mujeres), los cuales representan el 21,89 por ciento del total de la población indígena<sup>3</sup>.

De acuerdo con información demográfica poblacional de las comunidades del distrito del río Tambo, existe aproximadamente 16,193 habitantes<sup>4</sup>. La Municipalidad estima que la población total del distrito es de 18 mil habitantes, de los cuales alrededor del 86 por ciento son nativos asháninkas y 14 por ciento colonos provenientes de zonas altoandinas. Una de las características de la población asháninka es la de ser eminentemente joven. El 48,04 por ciento es menor de 15 años.

De acuerdo con el Censo de 1993, el nivel de analfabetismo de las comunidades asháninkas es de 39 por ciento con una notable brecha entre varones y mujeres. Los varones acceden a mayores grados de instrucción debido a que son ellos el nexo con el mundo exterior, los responsables de las relaciones sociales y de ocupar cargos de autoridad al interior de su comunidad. Sin embargo, sólo el 9 por ciento de la población accede a niveles secundarios y el 1 por ciento a nivel de educación superior.

Las comunidades y anexos cuentan con escuelas de educación primaria, pero de infraestructura inadecuada. El número de profesores es reducido y sólo algunos son bilingües. El número de estudiantes no guarda relación con la población juvenil de las comunidades, donde se ubican dichos centros, lo cual evidencia una deserción escolar y una alta tasa de analfabetismo.

Una de las posibles explicaciones de la deserción escolar en mujeres es el embarazo precoz, lo cual obliga a las jóvenes a abandonar la escuela para atender a los hijos y cumplir con las actividades domésticas. Los padres asumen que a determinada edad, el estudiar en la escuela o el colegio implica el inicio de las relaciones amorosas entre los jóvenes.

Los casos de morbilidad más frecuentes identificadas en las comunidades del distrito del río Tambo son desnutrición crónica (74 por ciento), tasa que a nivel de la población infantil alcanza el 83,7 por ciento; infecciones respiratorias (IRA), enfermedades diarreicas (EDA), infecciones la piel y parasitosis, principalmente. Según información de los puestos de salud de Cutivireni y Quempiri, las enfermedades más frecuentes son: EDA, IRA, parasitosis y desnutrición.

Las mayores causas registradas de mortalidad son tuberculosis, neumonía, desnutrición, envenenamiento y EDA.

La infraestructura de salud en las comunidades nativas está compuesta por postas médicas, donde se brinda servicios de atención por un médico, enfermeros, técnicos en enfermería y promotores. Sin embargo, el 76 por ciento de las comunidades nativas carece de este servicio y las que lo poseen, no cuentan con el personal completo para una óptima atención.

De las cuatro comunidades nativas donde se trabajó, sólo dos cuentan con puestos de salud. Cutivireni cuenta con tres personas (una obstetrix y dos técnicos en enfermería) y Quempiri cuenta con 1 persona (técnico en enfermería). En ningún caso atiende un médico. El personal de salud asignado es insuficiente para abastecer la demanda de las comunidades nativas (279 familias en Cutivireni y 128 en Quempiri).

### **1.3 Relaciones de género en la población asháninka**

#### **1.3.1 La familia asháninka**

Los Asháninka entran en relaciones de pareja jóvenes. Tradicionalmente, los compromisos conyugales son arreglados a temprana edad por los padres. En el caso de los varones es entre los 15 y los 18 años, mientras que las niñas pueden tener desde 12 años. Sin embargo, cada vez son más frecuentes los casos de parejas que se unen por iniciativa propia.

El varón va a vivir a casa de la mujer y trabaja por un tiempo determinado en la casa de los suegros (*airontsi*) hasta que nace el primer hijo. Luego procede a construir su propia vivienda cerca de la casa de los suegros. Por lo tanto, el vínculo matrimonial es de carácter matrilocal. Se ha registrado algunos casos de varones que tienen dos y hasta tres esposas, llegando a compartir la misma vivienda, lo cual genera conflictos conyugales, así como problemas entre las esposas, los cuales son resueltos por las autoridades comunales. Antiguamente esta modalidad de convivencia era común, sin embargo la poliginia es cada vez menos frecuente.

Son dos las relaciones de parentesco entre esposos. La primera es cuando la esposa es la prima cruzada real, y la segunda es cuando el hombre se casa "lejos". El concepto de lejanía no es espacial, sino más bien social: se debe contraer matrimonio fuera de las relaciones de consanguinidad y afinidad conocidas. De esta manera, la terminología de parentesco es manejada con la finalidad de involucrar a la futura esposa en la categoría de prima cruzada bilateral (todos los asháninkas mantienen una relación de consanguinidad o afinidad conocida y extendida hasta incluir a todo el grupo étnico).

Desde hace algunas décadas y por influencia de migraciones evangélicas, aquellas parejas que han formado uniones con sus "primos" no son bien vistas por algunos sectores de la comunidad, y son objeto de burla, sobre todo de parte de los mestizos. Asimismo, debido a invasiones de colonos o migraciones, en las comunidades asháninkas se han desarticulado las formas tradicionales de parentesco.

### **1.3.2 La división sexual del trabajo**

En la sociedad asháninka, la división del trabajo al interior de la familia y la comunidad se divide por género. Esta organización del trabajo, la prohibición de los géneros de realizar ciertas actividades y el control sobre los beneficios son legitimados por el rito y el mito.

#### **El trabajo de las mujeres**

Durante la niñez, las niñas empiezan con el hilado del algodón en cantidades pequeñas, aprenden a pelar yucas, ayudan a preparar pescado ahumado y otras carnes, trasladan la yuca cosechada de la chacra a la casa, traen agua de los ríos y leña, comienzan a lavar ropa y utensilios de cocina, mientras aprovechan en bañarse con sus hermanos menores y otros niños.

Durante la pesca, las mujeres, sin importar su edad, recogen cangrejos y carachamas (pequeños peces) en los ríos, y salan y secan el pescado. Sin embargo, cuando atraviesan el periodo menstrual o cuando están embarazadas, están prohibidas de participar en dicha actividad, pues se dice que harán que el veneno se endulce o pierda fuerza. Por ello, los hombres son los encargados de machacar las hojas de *wakoshi* como protección ante el riesgo a no pescar nada, por considerar a la menstruación como símbolo de impureza.

En la caza, pocas mujeres acompañan a sus esposos debido a que es considerada una actividad propia de hombres. Si lo hacen es para recoger frutas, caracoles, gusanos comestibles y sogas de monte, los cuales servirán para la confección de artesanías.

En la agricultura, la mujer se dedica a la siembra complementaria y a la cosecha, una vez que el hombre ha rozado, quemado, sembrado y realizado el primer deshierbe. El hombre es el encargado de producir el huerto y la mujer de su cuidado y transformación de productos. La

preparación de alimentos y producción de vestimentas es una responsabilidad exclusivamente femenina.

Las mujeres poseen técnicas para el hilado de algodón obteniendo productos de gran finura y calidad. Manejan con extraordinaria creatividad los teñidos en diferentes colores sobre la base de plantas. Así mismo, confeccionan pisos o petates (*shitashinti*) para sentarse o dormir y canastas para cargar yuca o leña.

Actualmente, debido al ingreso de las comunidades en una economía de mercado, producto de una mayor interacción con la sociedad, el trabajo de la unidad doméstica está orientado a la producción de cultivos comerciales como café, achiote, cacao, ajonjolí, etc. Ello produce cambios en la distribución del tiempo del trabajo masculino y femenino. En este nuevo contexto, la mujer dedica la mayor parte de su tiempo al trabajo, cuidado y cosecha en la agricultura ya que no es sólo una actividad de subsistencia, sino también una fuente de ingresos para la familia.

### **El trabajo de los varones**

El niño inicia su actividad laboral apoyando a sus padres en la chacra; empiezan a elaborar flechas para la caza, pasando por un ritual de iniciación a su vida adulta; se ejercitan en la pesca con anzuelos y *tarrafas* (redes de pescar) y más adelante confeccionarán los mismos.

La comercialización e intercambio es una actividad exclusiva de los varones debido a su mejor dominio del castellano (ya que ellos son los que continúan con sus estudios) y a un mayor conocimiento del valor del dinero. Los productos a vender son ajonjolí, cacao, café, maní, gallinas, etc. El dinero obtenido es manejado por ellos y se orienta al consumo; una parte se destina a adquirir comestibles (fideos, azúcar, atún, aceite, etc.) y otra es para comprar ropa, ollas, tocuyo y/o herramientas<sup>5</sup>.

En la cultura asháninka los varones son representados como elementos móviles, cazadores, comerciantes y guerreros. Son los que hablan en las asambleas, los que asumen cargos directivos y políticos; constituyen la parte dinámica.

### **1.3.3 Género y liderazgo en las organizaciones**

Las organizaciones comunales comenzaron a surgir como respuesta a la crisis económica y a las presiones del Estado. Los varones se ubicaron en cargos directivos, ocupándose de la política, del desarrollo comunal, etc.

La política comunal ha sido tradicionalmente masculina. La mujer no podía ingresar debido a su limitado acceso a la educación y porque estas actividades se consideraban espacios masculinos.

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y 216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

Actualmente, esta situación se está modificando y la tendencia es a incluir a mujeres en las juntas directivas de las organizaciones comunales en los cargos menores, como son los cargos de secretaria, tesorera y vocales, o de responsable de asuntos femeninos.

Los Clubes de Madres han sido creados por misiones religiosas, organizaciones no gubernamentales y/o autoridades locales. Su objetivo original era solicitar y canalizar apoyo y donaciones de instituciones. La mayoría de las mujeres participes de los Clubes son analfabetas y muy pocas hablan castellano.

Mediante estas organizaciones, paulatinamente las mujeres han asumido tareas de servicio a la comunidad, como la elaboración de los desayunos escolares, la creación de chacras comunales, la preparación de alimentos en celebraciones festivas, etc., lo cual ha incrementado su participación en eventos comunales y regionales y progresivamente han conseguido un espacio dentro de su estructura comunal.

#### **1.3.4 El cuidado de la salud y la perspectiva de género**

Un concepto central para las comunidades nativas es la noción de bienestar asociado con equilibrio. La vida de una persona debe poseer un equilibrio a nivel biológico y social. Las alteraciones se reestablecen a través del uso de plantas medicinales y alucinógenas y manteniendo una dieta.

El concepto de enfermedad no está asociado únicamente a razones anatómicas y físicas, también puede provenir de desequilibrios en las relaciones familiares o sociales y de lugares especialmente peligrosos, como el bosque. Según la creencia asháninka, los *kamari* (espíritus) del bosque atacan a los individuos enfermándolos o matándolos cuando se encuentran solos. Esto se cura a través del uso de plantas medicinales, la mayoría de las veces regida por el efecto termo dinámico frío-caliente, como los baños de vapor<sup>6</sup>. La recuperación de la salud es el encuentro nuevamente con el equilibrio total, es decir individual, familiar, social y del entorno.

#### **Curanderos y brujos**

Los asháninkas consideran que la ruptura del equilibrio biológico, psicológico y social muchas veces se debe al daño causado por los hombres, mujeres o niños brujos, o al ataque de espíritus que se encuentran en la naturaleza. Cuando una persona ha sufrido un daño acude a los curanderos.

Existen mujeres curanderas "*shipokantasiri*" y curanderos varones "*sheripari*", las primeras generalmente curan a través de vaporizaciones, mientras que los segundos curan con tabaco.

Si la persona no sana con la vaporización es porque el daño ha sido muy fuerte. Para detectar quién ha producido el daño se acude al *sheripiari*, quien al fumar tabaco ve el rostro de la persona que lo ha causado. Si no se ve el rostro quiere decir que el daño lo ha hecho el *kamari* o diablo. El pago puede ser efectuado en dinero (muy poco utilizado) y especies como tocuyo, sal, etc.

### **Plantas medicinales**

Los asháninkas han desarrollado un conjunto de conocimientos tradicionales sobre los recursos naturales, los cuales son de gran valor e importantes para la ciencia. En el territorio nacional hay 1,109 especies de plantas medicinales, de las cuales el 80,25 por ciento se encuentran en la amazonía.

El uso de las plantas medicinales no requiere de curanderos, pueden ser utilizadas por cualquier persona que las conozca. Son mayormente las mujeres quienes poseen estos conocimientos. Una de las plantas más utilizadas es el *piri piri* o *Ivenki* cuyas variedades tiene múltiples usos.

## **2. Análisis de resultados**

### **2.1 Las relaciones de género**

#### **2.1.1 Roles y funciones en el hombre y la mujer**

En la sociedad asháninka, como en muchas otras sociedades amazónicas, la unidad de producción es la unidad doméstica. Al interior de esta sociedad, las actividades del hombre y de la mujer están complementadas y definidas culturalmente según género. En la división del trabajo, algunas actividades llevadas a cabo por un sexo no deben ser desempeñadas por el otro. La división en las tareas es una expresión de organización de la sociedad; la cual es mantenida a través del control legitimado por el rito y el mito.

Las actividades de las mujeres están centradas básicamente en el hogar y la chacra. Actualmente, la artesanía es una actividad orientada a revalorar el rol de la mujer al interior de la familia y la comunidad debido a que promueve la generación de ingresos y preserva la cultura de los asháninkas. Esta actividad es apoyada por la ONG ACPC desde hace cuatro años.

Las actividades de los hombres están dirigidas a la caza, pesca, comercialización de productos. Es el varón quien toma contacto con actores externos<sup>7</sup> y se ha observado que esto constituye un obstáculo para que las mujeres tengan acceso al dinero generado por su labor.

La cacería constituye una actividad masculina y su éxito depende de la purificación del cazador, de sus herramientas, de la contaminación de la mujer que está menstruando<sup>8</sup>, así como de las fuerzas negativas provenientes de los espíritus del bosque.

*"...cuando sale menstruación no podemos comer carne del que nos a traído sino ya no va a volver a cazar. No podemos comer pescado de tarrafa (red de pescar) sólo con cube (veneno de una planta)..."* (Comunidad Nativa Cutivireni)

Cuando la mujer está menstruando o embarazada no debe comer carne, excepto la traída por su esposo, porque de lo contrario el hombre no volverá a cazar. Por ello, existen ciertas plantas que utilizan los hombres para purificarse en caso de entrar en contacto con la sangre menstrual de su esposa. En la pesca participan varones y mujeres, salvo cuando estas últimas menstrúan. La fabricación de herramientas es exclusivamente actividad de los varones.

### **2.1.2 La vida en pareja**

De acuerdo con la tradición, la unión del hombre y la mujer asháninkas se da en una ceremonia que tiene como testigos a sus paisanos y a las autoridades de la comunidad. En la ceremonia, el padre aconseja públicamente a su hija sobre el matrimonio como una unión de carácter permanente. La mayoría de parejas asháninkas no están casadas ante un representante del Estado.

En el diagnóstico participativo, se mencionó que hay dos maneras de formar la unión en la pareja: la primera y más antigua consiste en la entrega de la mujer a su esposo a temprana edad (generalmente una vez que empieza a menstruar) por sus padres, hermanos o familiar responsable. Estas alianzas matrimoniales se dan por intereses familiares basados en relaciones de poder y no tienen en cuenta la voluntad de la joven. Asimismo esta unión según las mujeres, es justificada cuando las jóvenes empiezan a menstruar y buscan tener relaciones sexuales sin importar si el hombre es casado o soltero, viéndose los padres obligados a elegir un esposo que sea soltero para evitarse problemas. Una de las consecuencias de esta práctica es que la mujer deja de estudiar, ya que por lo general sale embarazada y se dedica al cuidado de los hijos.

La segunda forma es la elección voluntaria producto del enamoramiento. Esta elección se da más en las parejas actuales. El hombre va a la casa de la joven y conversa con el padre o con el hermano para pedir permiso de casarse.

*"...sus padres quieren que terminen su primaria y otros quieren entregar al esposo antes de que termine su primaria..."* (Anexo Nativo Yoyato)

*"...en algunos casos las mujeres conocieron a los hombres en fiestas y él pidió la mano a sus padres ahora ambos están felices..."* (Comunidad Nativa de Quempiri)

Una práctica tradicional menos ejercida es la poliginia, la cual se produce cuando un hombre tiene dos o más esposas simultáneamente; pueden vivir en la misma casa o en diferentes. A pesar de que antiguamente la poliginia era frecuente, en la actualidad ya no lo es debido al contacto e influencia con el mundo exterior (misiones católicas, evangelistas, etc.)

En unos casos, la separación se produce por la infidelidad de una de las partes, aunque se sabe que antiguamente el cónyuge que había cometido la infidelidad era castigado duramente. Actualmente se llama a ambos cónyuges a una reunión donde participa la comunidad y las autoridades, quienes tratan que la pareja se reconcilie. Si se separan, la comunidad es testigo.

### **2.1.3 La vida reproductiva, la sexualidad y el maltrato**

Dadas las características de la vida en pareja mencionadas, uno de los principales problemas vinculados a la salud reproductiva en las comunidades es el inicio temprano de la vida sexual y reproductiva. Esta comienza generalmente una vez que las jóvenes empiezan a menstruar.

Sin embargo, el que estén embarazadas a temprana edad, no implica necesariamente la convivencia con la pareja, dando lugar a la aparición de madres solteras, como veremos más adelante.

Un problema relacionado con el inicio a temprana edad del proceso de reproducción es la multiparidad. Es frecuente que mujeres jóvenes, menores de 25 años tengan ya entre 4 y 5 hijos, con el consiguiente deterioro de su salud. Normalmente las mujeres tienen hijos hasta la menopausia. Muchas veces se da contra su voluntad, y argumentan que es el esposo quien decide cuántos hijos tener. Las mujeres se sienten en la obligación de mantener relaciones sexuales con su pareja y darle hijos cuantas veces éste lo desee, aún en contra de su voluntad, por temor a que el esposo no sea feliz y se vaya del hogar o busque otra mujer.

*"...cuando tengo hijos él me tiene bien, me quiere, hay otro hombre que cuando no le dan hijos se va a buscar otra pareja"* (Comunidad Nativa Quempiri)

Las familias asháninkas tienen un promedio de 6 a 8 hijos. Es posible comprobar que las mujeres -especialmente las de generaciones anteriores, cuando el acceso a los servicios resultaba mucho más difícil- han perdido varios hijos a lo largo de su vida reproductiva ya sea en la etapa prenatal o en los primeros años de vida del niño.

Otro argumento para tener un elevado número de hijos es que son considerados como ayuda en las labores domésticas y una vez las mujeres se casan, los yernos también ayudan en la chacra.

*"...toda mujer desea tener hijo, porque sino quien la va a ayudar a trabajar"* (Comunidad Nativa Quempiri)

En relación con la sexualidad, las madres suelen advertir a las jóvenes cuando empiezan a menstruar sobre las consecuencias de mantener relaciones sexuales con hombres sin haberse comprometido. Sin embargo, mencionan que las jóvenes son muy rebeldes y no quieren escuchar lo que les dicen.

La información recibida sobre sexualidad, en algunos casos empieza desde la niñez, cuando los niños observan a los padres en la intimidad. Esto se debe a que es costumbre en las familias asháninkas vivir en espacios compartidos. Muchas veces los hijos pequeños duermen en una sola habitación o hasta en el mismo *emponado* (cama elaborada sobre la base de corteza de palmera flexible de gran tamaño) con los padres. Se ha observado que algunos niños empiecen a jugar con objetos simulando una relación sexual.

*"...a veces juegan con un palo o un plátano a que tiene relaciones sexuales"* (Anexo Nativo Yoyato)

El maltrato al parecer es un problema frecuente que se da al interior de la pareja asháninka, las principales causas identificadas son la negativa de la mujer a tener relaciones sexuales, la cual es asociada a la infidelidad y termina muchas veces con el abandono de la mujer<sup>9</sup>. De otro lado, se mencionó que algunas jóvenes son víctimas de violación por sus familiares indirectos (cuñado) o algún conocido cercano. Sin embargo, también se afirmó que estas situaciones no son frecuentes porque si suceden son con el consentimiento de la mujer. En otros casos, la mujer también es maltratada/golpeada físicamente cuando el hombre ha ingerido una bebida alcohólica.

En otros casos, el maltrato se ha dado durante el periodo prenatal y el puerperio, ya que algunos esposos obligan a la mujer a realizar sus actividades cotidianas sin importar su condición, debiendo traer grandes cantidades de yuca, leña y agua. Si la mujer no cumple es golpeada llegando en algunos casos hasta la muerte.

*"...al día siguiente (de dar a luz) el esposo la obliga a traer yuca, preparar masato."* (Comunidad Nativa Camantavishi)

## **2.2 Concepción sobre salud y enfermedad**

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y 216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

El concepto de bienestar en la mujer guarda relación con la noción de equilibrio al interior de su familia, de la comunidad y del medio ambiente. Para mantener este equilibrio existen rituales basados en mitos, los cuales purifican el cuerpo.

La salud es entendida como la ausencia de enfermedad y la salud mental es descrita como la ausencia de preocupaciones, cuando no hay problemas con la pareja y cuando no están presentes los espíritus o *kamaris*.

El origen de las enfermedades puede estar en los espíritus del bosque y se curan con las vaporizaciones y/o visitas al *sheripiari* (curandero). Por su parte, se identifica que las enfermedades más recientes, producto del contacto el exterior, tienen su cura en los puestos de salud. Sin embargo, la ruta de cuidado de salud inmediata es la tradicional y, en último caso, los puestos de salud<sup>10</sup>.

La enfermedad es entendida como la presencia de enfermedades como la gripe, dolor de cabeza, diarreas; cuando no se pueden realizar actividades y se debe guardar reposo; cuando hay presencia de poderes provenientes de espíritus, como el mal aire o fuerzas malignas que causan daño y cuando se recibe maltrato por parte del esposo.

La utilización de ciertas plantas es vital para la curación básica de algunas enfermedades. Este conocimiento es practicado mayormente por todas las mujeres.

## **2.3 Los procesos reproductivos**

### **2.3.1 La menstruación u *oshirinkaka***

La menstruación se entiende como el despertar de la niñez a la juventud, se presenta entre los 12 y 14 años, y marca un cambio importante en la vida de las mujeres. En las cuatro comunidades se mencionó que aún se practica un ritual que marca el paso a la adultez. Muchas veces las jóvenes no están informadas sobre la menstruación, lo cual causa temor y vergüenza en ellas. En estos casos, acuden a su madre para contarle lo sucedido.

*"...la menstruación viene a los 12 ó 13 años, a los 14 ó 15, se siente triste porque le vino dolor tenía miedo" (Comunidad Camantavishi)*

El ritual de iniciación del paso de la niñez a la juventud se da durante la primera menstruación (*Opankotaka*). Consiste en la separación física de la joven de su familia entre uno y tres meses en una choza (*ovirentzi*) construida cerca o dentro de la casa (de 1 ½ m<sup>2</sup> aproximadamente) por la madre o abuela. Este ritual (*mairéntaka*) está asociado a creencias míticas.

*"...primero le hacen la choza, hila algodón por uno a tres meses, porque cuando baja su regla viene una culebra y la va a mascar (a la joven) por ello la esconden." (Comunidad Quempiri)*

Durante este periodo la joven hila durante el día. Sólo puede salir al baño y debe hacerlo con la cara y la cabeza cubiertas con una tela. Si no cumple con las reglas, el periodo puede prolongarse hasta por tres meses. El único contacto que mantiene la joven es con su madre o una mujer adulta, quien le alcanza el algodón para el hilado y los alimentos.

Muchas jóvenes durante este periodo se sienten tristes por el encierro, se cansan y sufren. Algunas de ellas no dan aviso una vez llegada la primera menstruación por temor al encierro. En adición, esto genera la ausencia de la niña a la escuela por un periodo prolongado de tiempo.

Según relatan las mujeres, durante el encierro o después de haber concluido este, la niña es sometida a baños calientes, con ciertas plantas, para darle energía renovada y hacer bien sus cosas. Se le corta el cabello para demostrar su paso a la juventud<sup>11</sup>. Una vez terminado el encierro debe ayudar a su madre a hacer las actividades domésticas demostrando interés, energía y voluntad. Finalmente, la ceremonia culmina con la preparación del masato, bebida tradicional de los asháninkas, lo cual demuestra que la joven está apta para el matrimonio, ya que es responsable y sabe hacer las actividades que corresponden a su género.

*"...así le bañan con hiervas calientes para que tenga energía, cuando salen de la choza algunas mujeres cosechan yuca y hacen masato para los invitados, hacen una fiesta para que le corten el pelo, porque el cabello que ha tenido era de niña"*

(Comunidad Nativa Camantavishi)

Según lo expuesto en el primer capítulo referido, se considera a la mujer que está menstruando como símbolo de contaminación, impureza y atracción de los espíritus<sup>12</sup>. Para ello, como parte del rito, la mujer es pintada en los brazos y piernas con *huito*<sup>13</sup> una vez terminado su primer periodo para ir a bañarse al río. La creencia es que el espíritu de los ríos se presenta en forma de boa y al ver a la mujer, puede fecundarla. Por ello, la mujer debe ser pintada en todo el cuerpo como una boa para que el espíritu se confunda y no la atrape.

De igual manera, se induce al vómito con el objetivo de botar todas las cosas internas de una niña, quedando limpio el cuerpo de la mujer para recibir las energías propias de la juventud. La inducción es a través del uso de plantas.

La menstruación puede durar entre tres y seis días, sólo en un caso se mencionó que duró aproximadamente doce días, reconociendo una hemorragia que se controló con el uso de ciertas plantas.

Los cólicos ocasionados por la menstruación son controlados con el uso de ciertas plantas. Otras se utilizan para que se "corte la regla". La menstruación es identificada como un proceso que causa malestar y descontento en la mujer y muchas veces en el esposo, lo cual hace suponer la suspensión de las relaciones sexuales durante el periodo.

*"...antes cuando me venía mi regla todos los meses me aburría y mi esposo también porque dice que apesta y cuando terminaba los dos estábamos felices"* (Comunidad Nativa Cutivireni)

Durante los periodos menstruales, la mujer generalmente permanece en su casa hilando y sentada en unas esteras llamadas *shitashis* todo el día. Ahí es depositada la sangre o en otros casos se sientan en contacto directo con la tierra haciendo un hueco pequeño para luego enterrarla. Al terminar el día se dirige al río a bañarse y a lavar su ropa y sus esteras.

El inicio de la menstruación se asocia a los impulsos sexuales, los cuales se hacen más intensos y se empieza a tener curiosidad por el propio sexo y el opuesto. Ello da lugar a la etapa del enamoramiento entre los jóvenes (el colegio es visto por los padres como un lugar para encontrar pareja) y el inicio de las relaciones sexuales, las cuales en muchos casos se dan con hombres casados. Esto origina el embarazo precoz y la presencia de madres solteras de temprana edad, problemas que más adelante se detallarán.

### **2.3.2 El embarazo o *tshomonte yetashiri***

El embarazo es percibido como un momento en el cual no es necesario cambiar el ritmo de vida. La mujer continúa realizando sus labores habituales, como el cultivar la chacra, cargar yuca, leña, agua, etc.

Sin embargo muchos de los problemas mencionados por las mujeres como frecuentes en el periodo prenatal, se relacionan con el exceso de trabajo. Algunas mujeres son ayudadas por su esposo, mientras que otras son maltratadas. La necesidad de continuar con sus labores depende más de las exigencias cotidianas que de una convicción de las mujeres.

*"...algunos hombres cuidan o buscan animales otros le pegan, hay veces cuando le pega mucho a la mujer, ésta se muere con su bebe atravesado"* (Comunidad Nativa Quempiri)

Según la información de las mujeres, los esposos al enterarse de que su esposa está gestando se encuentra feliz, y ella también pero la responsable del cuidado y crianza de los hijos es la mujer.

La mayor preocupación de las mujeres embarazadas es la posición del bebé, para ello durante los últimos meses se realizan frotaciones en el vientre para asegurar una adecuada posición del niño dada la ausencia de parteras, y facilitar el parto.

Algunas mujeres son conscientes de la importancia de la alimentación en el desarrollo del niño durante la gestación, pero no suelen contar con los recursos necesarios para gozar de una buena nutrición.

Existen también los embarazos no deseados. Esto sucede cuando las mujeres son forzadas a tener relaciones sexuales para tener más hijos según los deseos del esposo. Ello ocasiona inestabilidad emocional en la mujer.

*"...cuando salgo embarazada me siento triste porque voy a cargar otro bebe"* (Comunidad Nativa Quempiri)

El promedio de hijos por mujer es entre 7 y 8. Algunas mujeres son consientes que a mayor cantidad de hijos es más difícil alimentarlos, dando paso a las enfermedades. Sin embargo, la decisión de cuántos hijos tener está determinada por el esposo.

*"...con tres hijos estaba feliz, después ya no porque ya no comía mucho, no alcanzaba la olla"* (Comunidad Nativa Camantavishi)

La asistencia al control prenatal en los servicios de salud es mínima porque no se considera necesaria para la salud de la madre. En adición, las mujeres no están acostumbradas a ser examinadas y sienten vergüenza. Muy pocas mujeres hacen uso de este servicio<sup>14</sup>, motivo por el cual, el personal de salud se ve obligado a realizar visitas periódicas para el control prenatal de las mujeres gestantes.

*"...no vamos a la posta por vergüenza, nos van a tocar, nos da miedo, nos podemos asustar y morir del susto"* (Anexo Nativo Yoyato)

Según información de los puestos de salud, los problemas más frecuentes en las mujeres embarazadas son la desnutrición y la anemia derivadas de la precaria condición de vida y la limitada alimentación y el segundo problema identificado es la multiparidad y el embarazo precoz. Por su parte, en las comunidades, las complicaciones del embarazo se atribuyen a factores sobrenaturales o a haber comido pescado atrapado con *tarrafa* (red de pescar).

### **2.3.3 El parto**

El parto se desarrolla generalmente en el domicilio. Las comunidades no cuentan con una partera. Las mujeres son asistidas por la madre, la suegra, nuera, hermana o por una mujer mayor de la familia. Muy pocas son atendidas por el esposo (si la atienden las mujeres, ya no participan) por sentirse inhibidas ante ellos. En otros casos, son ellas mismas las que se

atienden, especialmente cuando el parto transcurre normalmente o cuando son madres solteras (debido a que en la familia no desean ayudarlas).

*"...dan a luz en su casa; cuando demora, todos van; cuando es rápido, la mamá la hermana o la suegra van; los hombres no entran se van a trabajar a la chacra, algunas dan a luz a solas porque con la hierba no sienten dolor"* (Anexo Nativo Yoyato)

La posición comúnmente adoptada por las mujeres para dar a luz es la de cuclillas sosteniéndose de un palo (mayormente un palo de madera grueso que sirve como columna de la casa) colocado en forma vertical, permaneciendo así hasta dar a luz y hasta que caiga la placenta. Las mujeres o el esposo ayudan sosteniéndola.

Una vez que el bebe nace, cae en la estera, nadie toca al bebe mientras está naciendo. Luego la persona que asiste o la madre corta el cordón umbilical con una flecha desinfectada al fuego, lo amarra con un hilo (de algodón) y baña al bebe. Las mujeres utilizan infusiones de plantas (agua con ceniza y *piri piri*) para calmar el dolor del parto y para que el niño o niña resbale por el canal vaginal en el caso que la mujer haya comido pescado de *tarrafa* y el bebe quede atrapado.

Las complicaciones del parto son la demora y las hemorragias, para lo cual utilizan el baño con plantas medicinales y vaporizaciones y, en último caso, acuden al puesto de salud.

#### **2.3.4 El puerperio**

Después del parto, las mujeres suelen descansar entre tres y siete días, hasta que caiga el cordón umbilical. En algunos casos, cuando se produce el nacimiento del primer hijo, ambos padres se someten a un ritual.

Otras mujeres mencionan no descansar y continuar con las actividades, exponiéndose a un "sobreparto" caracterizado por fiebre, escalofríos y dolores abdominales.

Algunas mujeres guardan abstinencia sexual, por un periodo determinado. Pero no hay mayor información al respecto.

Cuando la madre no está cerca o ha salido a la chacra, se deja al niño bajo el cuidado de la hermana mayor o abuelas. Si éste llora de hambre es amamantado por otra persona hasta quedar dormido.

Al nacer por lo general, los niños poseen bajo peso, lo que aunado a las frecuentes diarreas y desnutrición contribuye a la alta tasa de mortalidad infantil en la zona.

### **2.3.5 La menopausia u *opirijatake***

El retiro de la menstruación en las mujeres indica su paso a la vejez. Esto es visto como un proceso normal, propio del ciclo de vida. Puede producirse después del último parto o con el retiro eventual de la menstruación, muchas veces las mujeres están desinformadas y lo confunden con un proceso del embarazo. Cuando esto ocurre, las mujeres continúan con sus tareas cotidianas, pero ya no reposan durante los días que menstruaban.

El retiro de la menstruación hace sentir a la mujer cierta felicidad, porque dejan de salir embarazadas. Por el contrario, en los esposos se genera un malestar porque no podrán tener más hijos.

Las mujeres desconocen por qué se da este proceso, no saben por qué se retira la sangre o qué pasa con ella. El proceso se da acompañado de dolores corporales y malestares físicos, los cuales son tratados con la medicina tradicional.

Su actividad sexual continúa aún con la pérdida o disminución del deseo sexual, teniendo relaciones sexuales en contra de su voluntad.

*"...mi marido siempre tiene relación conmigo así no quiera y me dice que para qué tiene mujer si no va a tener relación, aunque me duela la barriga, mi marido me hace"* (Comunidad Nativa Quempiri)

### **2.4 Los métodos anticonceptivos**

La información recogida muestra que existe en las mujeres un interés por regular su fecundidad. Sin embargo, en general, se expresa el deseo de tener varios hijos, ya que éstos pueden ayudar en las labores domésticas, en la chacra y en dar compañía a sus padres.

*"...toda mujer desea tener hijos porque sino quién la va a ayudar a trabajar"* (Comunidad Nativa Quempiri)

#### **2.4.1 Prácticas tradicionales**

Las mujeres de las cuatro comunidades nativas mencionaron el uso de plantas como anticonceptivos. Este conocimiento es exclusivo de la mujer y cuentan con una amplia variedad de plantas para el control de la menstruación, para abortar, etc.

Documentación al respecto da cuenta de la existencia y uso de plantas para regular la fertilidad, suspender la menstruación de manera definitiva o temporal y reiniciar el ciclo menstrual. Sin embargo, en los talleres sólo se obtuvo información de plantas cuya función es suspender la menstruación de manera permanente.

"...para cortar la menstruación y nunca más salir embarazada toman *manijishibaqui*, *inkitecsa*, *baroki* y resina de plátano, cada vez que menstrúan. Estas plantas cortan la menstruación de forma permanente" (Anexo Nativo Yoyato)

Para usar las plantas, la mujer debe hacer una dieta especial que muchas veces consiste en la prohibición de carnes, cuyo consumo puede anular el efecto de la planta y tomar preparados por un periodo de tiempo determinado.

La información sobre el uso de plantas anticonceptivas se transmite de generación a generación por las madres y abuelas. Lo que confirma que son las mujeres quienes dominan estos conocimientos.

Muchas veces las mujeres utilizan los métodos anticonceptivos tradicionales junto con los modernos, pero desconocen la frecuencia con la cual deben colocarse los métodos modernos. Ello evidencia la falta de una orientación adecuada por parte de los agentes de salud o la deficiencia en la atención prestada al momento de dar las indicaciones.

"...para evitar embarazo pocas mujeres toman ampollas y también *ivenki* cada seis meses para no salir embarazadas, es una planta que se chanca y se toma con agua." (Comunidad Nativa Camantavishi)

Existe desconfianza hacia los métodos anticonceptivos modernos por los efectos secundarios que pueden causar o porque se cree que pueden generar hemorragias. En algunos casos, estas ideas son reforzadas por los promotores de salud de su comunidad (en este caso un hombre) quien a pesar de contar con capacitaciones básicas en cuidados de la salud, desconocen la utilización de los métodos anticonceptivos.

"*Marcela tiene 5 hijos, toma hierba para no tener más hijos fue un acuerdo con su esposo... No quiere ponerse ampolla porque le da hemorragia, eso le ha dicho su promotor de salud...*" (Anexo Nativo Yoyato)

#### **2.4.2 Métodos anticonceptivos modernos**

En las mujeres hay temores que inhiben el uso de métodos anticonceptivos. Muchos se derivan de los efectos secundarios de los mismos como mareos, dolores de cabeza, hemorragias, etc.

Los métodos anticonceptivos más utilizados son los inyectables conocidos por las mujeres como "ampollas" y las pastillas.

"...voy donde la doctora (técnica en enfermería) para que me ponga ampolla" Comunidad Nativa Cutivireni

## 2.5 El aborto

El aborto entre las mujeres es una práctica vista con normalidad cuando una mujer está embarazada y no desea tener hijos. Se lleva a cabo mediante la bebida de ciertas plantas, pero sólo durante el primer o segundo mes de embarazo, después es imposible que el preparado surta efecto por encontrarse el bebe ya formado. Otra forma de aborto son las caídas, las cuales son provocadas para alcanzar este fin.

"...algunas mujeres para abortar toman cortadillo cuando tienen un mes o quince días, pero más no. Se hierve en agua y se toma varias veces" (Anexo Nativo Yoyato)

## 2.6 Problemas prioritarios de salud sexual y reproductiva

En los talleres, las mujeres identificaron los tres principales problemas relacionados con su salud reproductiva. A continuación se presenta un resumen de las principales causas y consecuencias del principal problema seleccionado. Cabe mencionar, como se observa en el siguiente cuadro resumen, que dos de los tres problemas elegidos como prioritarios para cada comunidad son sociales y de género, situaciones que atentan contra la salud reproductiva de la mujer.

**Cuadro resumen**

| <b>Comunidades nativas</b>    | <b>Principales problemas</b>                             |
|-------------------------------|--|
| Comunidad Nativa Camantavishi | Alto número de hijos, embarazo precoz y violencia sexual |
| Anexo Nativo Yoyato           | Embarazo precoz, dolor de ovarios y violación sexual     |
| Comunidad Nativa Quempiri     | Mastitis, alto número de hijos y aborto                  |
| Comunidad Cutivireni          | Embarazo Precoz y Abuso Sexual                           |

### 2.6.1 Comunidad Nativa Camantavishi

Los principales problemas seleccionados fueron alto número de hijos, embarazo precoz y violencia sexual.

#### **Problema prioritario: Alto número de hijos**

Es un problema característico de las etnias amazónicas y es calificado por los servicios de salud como multiparidad. Las mujeres asháninkas inician su vida sexual a una edad muy temprana, tienen un promedio de 7 a 8 hijos (la tasa global de fecundidad es de 7,9 hijos por mujer, tasa que supera ampliamente el promedio nacional). Esto responde a patrones culturales, donde una vez realizado el paso de la niñez a la juventud mediante el rito del

*mairentakata*, la mujer se encuentra apta para formar un hogar y casarse. Según las entrevistadas el deseo de toda mujer es casarse y tener muchos hijos.

Estudios han determinado que la tasa de fecundidad más alta en la mujer nativa es entre 20 y 24 años (23 por ciento) lo cual refuerza que el proceso del embarazo se presenta a temprana edad. El 2,3 por ciento de las adolescentes entre los 12 y 14 años ya son madres. Una causa del embarazo temprano que no ha sido mencionado por las mujeres sería la curiosidad de las jóvenes por las relaciones sexuales.

Tanto el hombre como la mujer desean tener muchos hijos, ya que para las mujeres son considerados una ayuda en el hogar y para los hombres son una compañía y un medio para afianzar sus lazos de poder. No obstante, algunas mujeres consideran que el tener varios hijos dificulta su cuidado y la satisfacción de sus necesidades básicas, como el vestido, la alimentación y las medicinas. Asimismo, reconocen que de no cubrir todas las necesidades en sus hijos, éstos podrían morir, observándose una alta tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, existe la idea de que a hijo muerto hijo "repuesto".

Después de cierto tiempo la mujer no se siente en condiciones físicas de seguir embarazándose, desea ingerir plantas anticonceptivas, pero no lo hace sin el consentimiento del esposo por temor al abandono. Generalmente él no lo permite porque desea tener muchos hijos, actitud que deriva en actos de violencia sexual. De otro lado, si la mujer no mantiene relaciones íntimas con su esposo es acusada por él de infidelidad.

Otra causa atribuida al alto número de hijos es que las mujeres no asisten al puesto de salud a adquirir métodos anticonceptivos porque argumentan que les produce hemorragias. En su lugar, utilizan métodos tradicionales, considerados más efectivos.

### **2.6.2 Anexo Yoyato**

Los principales problemas seleccionados fueron embarazo precoz, dolor de ovarios y violación sexual.

#### **Problema prioritario: embarazo precoz**

Como consecuencia del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, muchas jóvenes quedan embarazadas siendo adolescentes. El cuerpo de la joven una vez que empieza a menstruar atraviesa una serie de cambios, empieza a sentir impulsos sexuales que se hacen cada vez más intensos generándose la curiosidad por el sexo opuesto. Sin embargo, esta curiosidad puede empezar en la niñez debido a que los niños imitan lo que observan en los padres<sup>15</sup>.

Cuando las jóvenes mantienen relaciones sexuales con hombres que ya cuentan con una familia, muchas veces los resultados son los embarazos precoces y la aparición de madres solteras, ya que el hombre no quiere reconocer al hijo y no tiene recursos para criarlo. Los padres advierten a sus hijas sobre estas situaciones, pero mencionan que algunas jóvenes obedecen y otras por el contrario se rebelan.

Las mujeres mayores ven a la escuela como un riesgo porque sus hijas podrían salir embarazadas, ya que allí se forman las parejas de enamorados, los cuales muchas veces durante el recreo, aprovechan para mantener relaciones sexuales.

Por último, los hombres con mayor dominio del castellano o los que visten ropa occidental son identificados como los mejores candidatos para contraer matrimonio. Se considera que estas características aseguran a la joven bienestar y estabilidad económica porque la pareja comercializa mejor sus productos y tiene facilidad para salir al exterior.

### **2.6.3 Comunidad Nativa Quempiri**

Los principales problemas seleccionados fueron mastitis, alto número de hijos y aborto.

#### **Problema prioritario: mastitis**

La mastitis es definida como la hinchazón dolorosa en los senos. Se produce cuando uno de los canales por donde sale la leche materna se obstruye y se infecta. El pecho se pone rojo, caliente y puede presentar abscesos de pus.

Para las mujeres, la causa de la mastitis es la presencia de hongos en el ambiente. Asimismo, la asocian con la comezón que siente la mujer al dar de lactar, y por rascarse con fuerza se producen las heridas.

Esto genera fuertes dolores y preocupaciones en la mujer, lo cual ocasiona que la leche deje de fluir. Si esto sucede, otra mujer con hijos pequeños da de lactar al suyo.

### **2.6.4 Comunidad Nativa Cutivireni**

Los principales problemas seleccionados fueron el embarazo precoz, la violación o abuso sexual y la retención de placenta.

#### **Problema prioritario: embarazo precoz y abuso sexual**

A petición de las mujeres se trabajaron las causas y consecuencias de ambos problemas por guardar una relación directa<sup>16</sup>.

### **Embarazo precoz**

Las principales causas de embarazo precoz son atribuidas a las relaciones sexuales que mantienen los jóvenes después de haber ingerido una gran cantidad de masato<sup>17</sup> durante las fiestas de la comunidad. Se mencionó que muy pocas veces las jóvenes sufren una violación sexual por los hombres de la misma comunidad debido a que la mujer tiene que dar el consentimiento para que el acto sexual ocurra.

Como consecuencia de estas situaciones surgen las madres solteras, quienes deben criar solas a sus hijos, sin la ayuda del hombre porque éste no quiere reconocer al niño como suyo. En la mayoría de los casos, la mujer no menciona ante las autoridades de la comunidad quién es el padre de su hijo debido a que el hombre por lo general es casado o es un familiar y eso le genera vergüenza. Además, las jóvenes deben abandonar la escuela para cuidar al niño y realizar tareas domésticas. Asimismo, su estado psicológico es más vulnerable frente al cambio de su vida al afrontar, sola, nuevas responsabilidades sin la ayuda de sus familiares.

### **Violación o abuso sexual**

La violación fue identificada en dos situaciones, la primera es cuando una mujer soltera y joven es violada debido a la embriaguez de un hombre y el deseo de estar con una mujer joven para tener hijos con ella. Como consecuencia se genera una inestabilidad emocional en la mujer y se produce un embarazo no deseado; ante ello se practica el aborto o la mujer tiene al bebé sin nadie que la ayude a cuidarlo y mantenerlo.

La segunda situación se da cuando una pareja es casada y el hombre obliga a su mujer a mantener relaciones íntimas a la fuerza, aun cuando ella se encuentre enferma. En algunos casos se puede llegar a las agresiones físicas y verbales, estas últimas asociadas a la posible infidelidad de la mujer.

## **2.7 Rutas y recursos de salud**

### **2.7.1 Recursos tradicionales y prácticas curativas**

El bienestar para los asháninkas es considerado como un equilibrio total: individual, familiar, de la comunidad y el medio que lo rodea. Para asegurar dicha armonía, los asháninkas poseen conocimientos muy antiguos sobre el poder curativo de plantas, siendo transmitido de generación en generación. Sin embargo, la curación con plantas medicinales y ritos espirituales por curanderos o *sheripiaris* es cada vez menos practicada debido a los mayores contactos con el mundo exterior.

Los conocimientos sobre recursos caseros para la solución de los problemas de salud más frecuentes son compartidos en la comunidad; los conocimientos más especializados son

manejados por mujeres y hombres mayores de edad, *shipokantatsiri* y *sheripiaris*, respectivamente.

Todas las mujeres poseen un conocimiento exclusivo de las plantas utilizadas para los diferentes procesos reproductivos y algunos anticonceptivos. Lo que sustenta en parte la ausencia de parteras, siendo la atención del embarazo y parto realizado por familiares, como la madre, la hermana o la suegra.

La ruta para curar una enfermedad empieza con el uso de los recursos tradicionales: se obtienen plantas medicinales de los bosques, se prepara infusiones para beber o para bañarse con ellas. Si no se encuentra un alivio, el siguiente paso es acudir a una mujer (generalmente de edad avanzada) especialista en vaporizaciones.

### **2.7.2 Utilización de los servicios locales de salud**

Los servicios locales de salud son los últimos recursos utilizados por los asháninkas para la cura de las enfermedades. Esta visita se da de acuerdo con la gravedad del paciente (muchas veces el paciente llega agonizando) y cuando la medicina tradicional no ha podido contrarrestar o curar la enfermedad.

Cuando existe un servicio de salud en la comunidad, las mujeres no asisten voluntariamente a realizarse el control prenatal, sino es el personal de salud quien visita los domicilios para identificar el estado de las gestantes. Esto se torna más difícil cuando la comunidad nativa no cuenta con un puesto de salud<sup>18</sup>; en estos casos, las visitas del personal de salud son mensuales, siendo una limitación la falta de medios de transporte del personal y de los medicamentos.

Una de las barreras existentes en la atención de los servicios en los puestos de salud es el sentimiento de vergüenza de las mujeres, no permiten que se les examine porque no están acostumbradas a este tipo de consultas médicas. En adición, muchas veces son atendidas por hombres colonos, lo cual no facilita su asistencia al puesto de salud.

A ello se suma el problema del idioma debido a que la mayoría del personal de salud sólo habla castellano. En algunos casos la consulta se realiza sobre la base de señas, lo cual no garantiza una adecuada atención. El costo de las medicinas es también otra limitación, ya que la familia no está en condiciones de cancelar los gastos de los medicamentos<sup>19</sup>.

Finalmente, las barreras culturales entre el personal de salud y las comunidades nativas; entre las diferentes percepciones relacionadas con la salud y la enfermedad, y entre la medicina

tradicional y la medicina moderna son temas pendientes que merecen nuestra atención en futuras investigaciones.

## **Conclusiones y recomendaciones**

### **Conclusiones**

La sexualidad femenina se manifiesta en términos de las necesidades y requerimientos del varón. La mujer "complace" al varón y le da hijos por temor a ser abandonada por él.

La violencia del hombre contra la mujer se da en niveles físicos y psicológicos, evidenciándose relaciones de género desiguales al interior de la familia. El hombre decide el número de hijos a tener, la obliga a tener relaciones sexuales, la acusa de infidelidad, entre otros. La mujer asume estos comportamientos como propios y legítimos en su pareja.

El número de hijos que las mujeres nativas desean tener es 4 ó 5, pero por insistencia del esposo, el número promedio asciende a 7 u 8 hijos con el objetivo de contar con ayuda en las labores familiares y para mantener la cultura. Las mujeres reconocen que el alto número de hijos no permite un buen cuidado y crianza en alimentación, vestido y salud, y perciben que a mayor número de hijos, mayor desgaste físico en ellas.

Si bien hay acceso a métodos anticonceptivos modernos, éstos no se utilizan por temor a su impacto en la salud. Existe una falta de información entre las mujeres sobre la variedad de métodos anticonceptivos, así como sobre la forma de administrarlos. El servicio de salud es utilizado como último recurso por las mujeres debido principalmente a no estar acostumbradas a ser examinadas, a sentir vergüenza, al idioma y al costo de los medicamentos.

### **Recomendaciones**

Este informe nos ha permitido conocer las prácticas y problemas de salud sexual y reproductiva en la mujer asháninka. A partir de ello se recomienda implementar políticas que mejoren la salud de la mujer, mediante la planificación y ejecución de proyectos de capacitación y organización. Se sugiere formar un grupo de promotoras bilingües en derecho y salud de las mujeres, las cuales sean el nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad.

Se recomienda dar a conocer y discutir con el proveedores y tomadores de decisiones de los servicios locales de salud los resultados del informe a fin de conocer la perspectiva de las mujeres sobre su salud reproductiva y lograr un acercamiento entre ambas concepciones y prácticas de salud.

Se sugiere continuar con los proyectos paralelos que viene realizando la Asociación Cutivireni-ACPC con las mujeres, orientados a la generación de ingresos económicos. Ello promoverá el empoderamiento en las mujeres a través de una mayor participación en la toma de decisiones al interior de su familia.

Trabajar con la población adolescente los temas de educación en sexualidad y género, ya que los problemas identificados se generan debido a la iniciación temprana en las relaciones sexuales, producto del deseo y la curiosidad, ocasionando un desequilibrio de poder en las relaciones de género y madres solteras.

### **Bibliografía**

- Alcántara de Samaniego, Elsa, Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el Perú, Lima: INEI, 1999.
- Bant, Astrid y Angélica Motta, Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali, Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2001.
- Fabián Arias, Beatriz y Oscar Espinoza de Rivero, Las cosas ya no son como antes: la mujer asháninka y los cambios socioculturales producidos por la violencia política en la selva central , Lima: CAAAP, 1997.
- Fray Gagnon, Mariano, Guerreros en el paraíso, Lima: Jaime Campodónico Ed., 2000.
- GEF PNUD, CD, Amazonía, biodiversidad, comunidades y desarrollo, 2001.
- MINSA, Aspectos socioculturales y necesidades de salud reproductiva en comunidades nativas, Lima: Proyecto Nippon Foundation, 2000.
- MINSA, Modelos de salud desarrollados por ONGs, Lima: Proyecto de Salud y Nutrición Básica, 1997.
- Municipalidad del Río Tambo – Convenio Unión Europea, Plan Estratégico de Desarrollo Distrital del Río Tambo 2001 – 2004, 2001.
- Naccarato, Paola y Rosana Vargas, Para que ese dolor te calme, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 1993.
- Rojas Zolezzi, Enrique, Los asháninkas, un pueblo tras el bosque, Lima: 1992.
- Salazar, Maria Cristina, La investigación y acción participativa , Grupo Tarea – Colombia, 1995.
- Staatmon, Dierna, Diagnóstico participativo en género y salud reproductiva, MINSA: Proyecto Piloto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, 1999.

### **Notas**

**1** Las reuniones se llevaron a cabo entre fines de mayo y la primera quincena del mes de junio del año 2002. En cada comunidad, se realizó dos sesiones de medio día cada una, contando así con un total de ocho reuniones.

**2** Colonos son las personas que migran de la sierra, como resultado de políticas de repoblación dadas por el gobierno en la década de los años setenta.

**3** Los registros censales omiten a la población de las cuencas de los ríos Ene y Tambo, cuya área no pudo ser censada por la violencia que se vivía en dicha zona.

**4** *Plan estratégico de desarrollo distrital de la Municipalidad del río Tambo 2002-2004.*

**5** Cabe mencionar que esta actividad se realiza en condiciones de desventaja para ellos, debido al pago injusto que reciben por sus productos.

**6** Las vaporizaciones consisten en calentar piedras al rojo vivo y colocarlas en una olla en agua caliente. La persona enferma debe colocarse sobre la olla y cubrirse con su cushma (vestimenta tradicional). Luego la curandera busca en la olla los restos de objetos que hayan quedado aparte de las piedras y empieza a interpretar la posible causa de la enfermedad.

**7** La distribución de responsabilidades está basada en el mito de la Gran Inundación, registrado y publicado por Rojas Zolezzi, Enrique, *Los asháninkas, un pueblo tras el bosque*, Lima: 1992.

**8** La menstruación es considerada contaminante entre los asháninkas.

**9** También se mencionó que aunque la mujer se sienta enferma o indispuesta por estar en el periodo menstrual, son obligadas por el esposo a mantener relaciones sexuales a la fuerza. Si la mujer no acepta al esposo o no manifiesta satisfacción en el acto sexual, éste la podría abandonar por otra mujer, creando inseguridad y temor en la esposa.

**10** El hecho de requerir dinero para comprar medicinas en el puesto de salud genera una disminución en la utilización de los servicios. De manera contraria, cuando hacen uso de las vaporizaciones, los servicios son pagados con bienes materiales (sal, cuchillos, etc.); en adición, la práctica es llevada a cabo por un familiar, un conocido o un *sheripari*.

**11** Se considera que el cabello anterior era el de una niña y si no es cortado, éste se cae.

**12** Se considera que la sangre es mala (impura); y por ello el cuerpo la elimina. Las mujeres no tienen una idea clara de cómo se genera la sangre de la menstruación; saben que sale por la vagina, pero desconocen el ciclo menstrual.

**13** Es el fruto de una planta, en cuyo interior se encuentran las semillas, las cuales, una vez aplicadas en la piel, adquieren el color negro.

**14** Es importante mencionar que el personal de salud asignado a este servicio en la mayoría de los casos es de sexo masculino y de origen andino (colonos), lo cual no favorece el uso de los servicios.

**15** Como se mencionó anteriormente, los niños duermen junto o cerca de sus padres.

**16** Algunas de las causas y consecuencias son similares a las expuestas en los casos anteriores, por ello en esta sección se presentarán las características aún no mencionadas.

**17** Bebida fermentada a base de yuca.

**18** Este es el caso de las comunidades Camantavishi y Anexo Yoyato

**19** Cabe mencionar que el ingreso de las comunidades asháninkas del valle del Ene a la economía de mercado es reciente, y aún se mantiene el sistema de intercambio o trueque.

## **Libertades Laicas**

red iberoamericana por las libertades laicas