

Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres asháninkas del río Ene

Giovanna Cavero M.*

Resumen

En nuestro país, el perfil epidemiológico muestra una serie de problemas que afectan principalmente la salud de las mujeres y que, en la mayoría de los casos, es producto de la iniquidad de género y de la pobreza. Esto unido a una pérdida, por parte de la mujer, de su derecho sobre su sexualidad, expresada a través de los mecanismos de control y ejercicios de poder; limita su derecho a la libertad, a mejorar su calidad de vida y al desarrollo humano. Asimismo, las políticas de salud no responden a las necesidades, problemas y demandas de las poblaciones más alejadas y pluriculturales de nuestro país. Se hace necesario, por lo tanto, conocer la realidad antes de dar respuestas a los problemas y necesidades, mediante acciones educativas y de fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones; así como, involucrar la participación de los profesionales de los servicios de salud, abordando el trabajo de salud reproductiva desde una perspectiva de género.

Abstract

The epidemic profile in our country shows a series of problems that affect mainly the health of women and that in most cases is a consequence of gender inequity and poverty. This together with a loss of their right to their sexuality, through control mechanisms and exercise of power which constrain their right to improve their quality of life and human development. Moreover, health policy makers do not respond to the necessities, problems and demands coming from the most remote and multicultural settlements. Therefore, it is necessary to know this people's reality before devising solutions by means of educational programs, the invigoration of sexual and reproductive rights of both women and men, as well as promoting the participation of health service professionals, from a gender perspective.

* Con aportes de Astrid Bant Haver.

INTRODUCCIÓN

La importancia de que las mujeres controlen su sexualidad y sus derechos con el fin de alcanzar metas en su salud, así como el progreso en las regiones menos desarrolladas, no es a menudo entendida por los responsables de las políticas y los 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 la 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 representativas de las necesidades de las mujeres rurales e indígenas, a quienes se les relaciona con las tareas de la vida diaria en las comunidades. De esta manera, los principios de organización se reducen a la armonía y complementariedad entre hombres, mujeres y naturaleza.

Esta visión armónica de las 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. Esto genera, en parte, un elevado número de hijos por mujer y aumenta las probabilidades de morir en un parto, tener cáncer cervical, ser víctimas de violencia basada en género, contar con escasos recursos para protegerse contra las ETS y el 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 1990. 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 en la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres indígenas; 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 participativos¹ 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, manifestaron 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 iniquidad 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 de 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, pueden 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 las áreas rurales. A través del acercamiento

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.

de "abajo hacia arriba", consideramos tres 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 la primera sección 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 la segunda sección se resume la metodología utilizada en los talleres y en la tercera, se analizan las percepciones, interpretaciones y experiencias de los procesos de salud reproductiva que vive la mujer asháninka. Finalmente, se presentan 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 diferenciados por género y están mediados 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, en el período 1970-1980, 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 papeles 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 1980 y 1990, las investigaciones sociales en la amazonia 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 amazonia. 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 1990, 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 los hombres y las 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 amazonia 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 período 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 colonos². 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 amazonia peruana: 52.461 personas (27.710 hombres y 24.751 mujeres), los cuales representan el 21,89 por ciento del total de la población indígena³.

De acuerdo con información demográfica poblacional de las comunidades del distrito de río Tambo, existen aproximadamente 16.193 habitantes (Municipalidad del Río Tambo, Convenio Unión Europea 2001). 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 las zonas alto andinas. 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 porque ellos son 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, solo el 9 por ciento de la población accede a niveles secundarios y el 1 por ciento, a nivel de educación superior.

-
2. Colonos son las personas que migran de la sierra, como resultado de políticas de repoblación dadas por el Gobierno en la década de 1970.
 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.

Las comunidades y anexos cuentan con escuelas de educación primaria, pero con infraestructura inadecuada. El número de profesores es reducido y solo 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 las 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, estudiar en la escuela o el colegio implica el inicio de las relaciones amorosas entre los jóvenes.

Los casos de morbilidad más frecuentes identificados 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 a 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, solo dos cuentan con puestos de salud. Cutivireni cuenta con tres personas (una obstetra y dos técnicos en enfermería) y Quempiri cuenta con una 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 asháninkas entran en relaciones de pareja desde muy 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 los pueden tener desde los 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 han registrado algunos casos de varones que tienen dos y hasta tres esposas, e incluso comparten la misma vivienda, lo cual genera conflictos conyugales, así como problemas entre las esposas, que 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, cuando la esposa es la prima cruzada real y la segunda, 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 las 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 realiza 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, y 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 período 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 de no pescar nada, pues consideran la menstruación como símbolo de impureza.

En la caza, pocas mujeres acompañan a sus esposos porque está catalogada como 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 de la transformación de los productos. La preparación de alimentos y producción de vestimentas es una responsabilidad exclusivamente femenina.

Las mujeres poseen técnicas para el hilado de algodón y obtienen productos de gran finura y calidad. Manejan con extraordinaria creatividad los teñidos en diferentes colores, sobre la base de plantas. Asimismo, 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, entre otros. 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 solo 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; elabora flechas para la caza, pasa por un ritual de iniciación a su vida adulta; se ejercita en la pesca con anzuelos y *tarrafas* (redes de pescar), que más adelante se encargarán de confeccionar.

La comercialización e intercambio es una actividad exclusiva de los varones, por su mejor dominio del castellano (ya que ellos continúan con sus estudios) y un mayor conocimiento del valor del dinero. Los productos a vender son: ajonjolí, cacao, café, maní, gallinas, etc. El

dinero que obtienen es manejado por ellos y se orienta al consumo; una parte se destina a adquirir comestibles (fideos, azúcar, atún, aceite, etc.) y la otra, para comprar ropa, ollas, tocuyo y/o herramientas⁴.

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 surgieron como respuesta a la crisis económica y a las presiones del Estado. Los varones se ubicaron en cargos directivos, se ocuparon de la política, del desarrollo comunal, entre otras actividades.

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

Actualmente, esta situación se está modificando y la tendencia es incluir a las mujeres en las juntas directivas de las organizaciones comunales en cargos menores (secretaria, tesorera y vocales) o como responsable de los 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 participantes 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 que les ha permitido incrementar su participación en eventos comunales y regionales y, progresivamente, conseguir 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, tanto en el nivel biológico

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

como social. Las alteraciones se restablecen 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 termodinámico frío-caliente, como los baños de vapor⁵. 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 (*sheripiari*); 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. No ver el rostro significa que el daño lo ha hecho el *kamari* o diablo. El pago puede ser efectuado en dinero (muy poco utilizado) y en especies (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 encuentra en la amazonia.

5. 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.

El uso de las plantas medicinales no requiere de curanderos, pueden ser utilizadas por cualquier persona que las conozca. En este caso, en su mayoría, las mujeres son quienes poseen estos conocimientos. Una de las plantas más utilizadas es el *piri piri* o *ivenki*, cuyas variedades tiene múltiples usos.

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

2.1 Objetivos

El objetivo general del diagnóstico participativo fue conocer y analizar los problemas y prácticas de la salud reproductiva de las mujeres asháninkas, a fin de sistematizar el conocimiento obtenido e implementar líneas de acción para mejorar sus condiciones de salud reproductiva. Asimismo, se propició la identificación de las mujeres como sujetos con derecho a una salud adecuada, así como a una vida sana y productiva.

Los objetivos específicos del diagnóstico fueron: (i) promover en las mujeres asháninkas, la observación y reflexión sobre su vida e identificar sus problemas de salud reproductiva con una perspectiva de género; (ii) definir qué entienden por salud y enfermedad; (iii) identificar los conocimientos, prácticas tradicionales y recursos locales utilizados en el cuidado de su salud; (iv) revalorar el papel de la mujer al interior de sus comunidades y (v) dar a conocer a los puestos de salud, las perspectivas de la mujer asháninka sobre la salud reproductiva.

2.2 Dinámica de los talleres

2.2.1 El diagnóstico participativo como forma de investigación participativa

El diagnóstico participativo es una herramienta metodológica de la investigación participativa, que se basa en otorgar "poder" a las personas para que asuman acciones eficaces orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida.

La investigación participativa sostiene que el conocimiento obtenido debe convertirse en un elemento crucial que permita la capacitación de las personas, para que sean capaces de tomar sus propias decisiones y de conducir su mundo (Salazar 1995).

El diagnóstico participativo investiga una situación que incluye la participación de la población (anteriormente concebida como objeto de investigación) como sujetos, cumpliendo el investigador la función de facilitador.

2.2.2 Ejecución de los talleres de diagnósticos participativo

El Taller de diagnóstico participativo se realizó en dos sesiones, en las cuales se formaron dos grupos de 10 a 13 personas cada uno, en función de las edades: de 13 a 25 años y de 25 años a más.

La primera sesión se inició con la presentación de los objetivos y el contenido del taller. Luego se procedió a la construcción de las historias de vida, haciendo énfasis en los procesos reproductivos y en las relaciones de género. Posteriormente, se expusieron los resultados y se reflexionó sobre la vida de la mujer en la comunidad, las relaciones de pareja, las preocupaciones por los hijos, sus obligaciones y demás aspectos de su vida.

En un segundo momento, se realizó la técnica de lluvia de ideas para expresar qué se entiende por salud, enfermedad y bienestar. Finalmente, se hizo una identificación inicial de los posibles problemas de salud reproductiva y se solicitó que se realice una consulta con otras mujeres de la comunidad.

La segunda sesión se inició con un resumen de lo realizado el día anterior. Se recogieron los resultados de la consulta a la comunidad y se seleccionaron los problemas más frecuentes, así como el más importante, mediante una votación. El siguiente paso consistió en averiguar qué sabían del problema más importante, sus causas y consecuencias. Por último, se graficó las rutas y los recursos de salud utilizados.

Las principales técnicas utilizadas en las sesiones fueron la observación; el análisis de las historias de vida y del árbol de causas y consecuencias; las gráficas de las rutas y recursos de salud; la lluvia de ideas; la entrevista (consulta a la comunidad) y la dinámica de evaluación final del taller.

La ejecución de los diagnósticos participativos contó con la participación de 107 mujeres, de las comunidades nativas Cutivireni, Camantavishi, Quempiri y Anexo Yoyato, pertenecientes al distrito de río Tambo, provincia de Satipo, departamento de Junín.

Las mujeres participantes pertenecían a los clubes de madres y a organizaciones sociales, y ninguna había recibido una capacitación o información en salud reproductiva. Sus edades oscilaron entre los 12 y los 55 años, aproximadamente.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Las relaciones de género

3.1.1 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 de las tareas es una expresión de organización de la sociedad; la cual se mantiene 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 papel 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 los actores externos⁶, 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 menstruando⁷, así como de las fuerzas negativas provenientes de los espíritus del bosque.

...cuando sale menstruación no podemos comer carne del que nos ha traído, sino ya no va a volver a cazar. No podemos comer pescado de *tarrafa* (red de pescar) solo 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; 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.

6. La distribución de responsabilidades está basada en el mito de la "Gran inundación", registrado y publicado por Rojas (1994).

7. La menstruación es considerada contaminante entre los asháninkas.

En la pesca participan varones y mujeres, salvo cuando estas últimas menstrúan. La fabricación de herramientas es una actividad exclusiva de los varones.

3.1.2 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 está casada ante un representante del Estado.

En el diagnóstico participativo se mencionó que hay dos maneras de constituir 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 parte de 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, lo que obliga a los padres 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 con el mundo exterior (misiones católicas, evangelistas, etc.) y su influencia.

En algunos 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 participan la comunidad y las autoridades, quienes tratan que la pareja se reconcilie. Si se separan, la comunidad es testigo.

3.1.3 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. Generalmente, esta comienza una vez que las jóvenes inician el ciclo menstrual.

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

Un problema relacionado con el inicio del proceso de reproducción a temprana edad 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 es 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 lo desee, aun 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 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 que 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. Incluso, 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 se asocia a la infidelidad y termina muchas veces con el abandono de la mujer⁸. 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.

También hay casos en los que el maltrato se produce durante el periodo prenatal y el puerperio, ya que algunos esposos obligan a la mujer a realizar sus actividades cotidianas, sin importarles su condición, debiendo traer grandes cantidades de yuca, leña y agua. Si la mujer no cumple es golpeada, incluso hasta llegar a la muerte.

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

3.2 Concepción sobre salud y enfermedad

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.

8. 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, este la podría abandonar por otra mujer, lo que genera inseguridad y temor en la esposa.

La salud se entiende como la ausencia de enfermedad y la salud mental, como la ausencia de preocupaciones, es decir, 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 con el exterior, tienen su cura en los puestos de salud. Sin embargo, la ruta de cuidado de salud inmediata es la tradicional y los puestos de salud⁹, en el último de los casos.

La enfermedad es entendida como la presencia de males (como la gripe, dolor de cabeza, diarreas) que impiden la realización de sus actividades y se debe guardar reposo; 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, en su mayoría, por todas las mujeres.

3.3 Los procesos reproductivos

3.3.1 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 o 13 años, a los 14 o 15, se siente triste porque le vino dolor tenía miedo (Comunidad Camantavishi).

El ritual de iniciación del paso de la niñez a la juventud tiene lugar 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 m² aproximadamente) por la madre o abuela. Este ritual (*mairéntaka*) está asociado a creencias míticas.

9. 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 *sheripiari*.

...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).

En este período, la joven hila durante el día. Solo puede salir al baño, y debe hacerlo con la cara y la cabeza cubiertas con una tela. Si no cumple con las reglas, el período 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. En esta etapa, muchas jóvenes se sienten tristes por el encierro, se cansan y sufren. Algunas de ellas no dan aviso una vez que llega la primera menstruación, por temor al encierro. En adición, esto genera la ausencia de la niña en la escuela, por un período prolongado.

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 que haga bien sus cosas. Se le corta el cabello para demostrar su paso a la juventud¹⁰. Una vez terminado el encierro debe ayudar a su madre en las actividades domésticas, demostrando interés, energía y voluntad. 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 hierbas 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, se considera a la mujer que está menstruando como símbolo de contaminación, impureza y atracción de los espíritus¹¹. Como parte del rito, una vez terminado su primer período, a la mujer se le pinta los brazos y las piernas con *huito*¹² para que se bañe en el 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, se le debe pintar todo el cuerpo como una boa, para que el espíritu se confunda y no la atrape.

10. Se considera que el cabello anterior era el de una niña y si no es cortado, este se cae.

11. Como se tiene la creencia que la sangre es mala (impura), 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 concepto de ciclo menstrual.

12. 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.

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, solo 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 período.

...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 períodos menstruales, la mujer generalmente permanece en su casa hilando y sentada en unas esteras llamadas *shitashis* todo el día, es ahí donde se deposita la sangre. En otros casos se sienta en contacto directo con la tierra, donde hace 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 al 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 se detallarán más adelante.

3.3.2 El embarazo o *tshomonte yetashiri*

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

Sin embargo, muchos de los problemas mencionados por las mujeres como frecuentes en el período prenatal, se relacionan con el exceso de trabajo. Algunas mujeres reciben ayuda de 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, esta se muere con su bebe atravesado... (Comunidad Nativa Quempiri).

Según la información de las mujeres, cuando los esposos se enteran de que su esposa está gestando se encuentra feliz, al igual que ella. Sin embargo, la responsable del cuidado y crianza de los hijos es la mujer.

La mayor preocupación de las mujeres embarazadas es la posición del bebé, razón por la cual 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 bebé.. (Comunidad Nativa Quempiri).

El promedio de hijos por mujer es entre 7 y 8. Algunas mujeres son conscientes de que a mayor cantidad de hijos es más difícil alimentarlos, lo que puede ocasionar enfermedades. Sin embargo, la decisión de cuántos hijos tener le corresponde al 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, razón por la cual muy pocas mujeres hacen uso de este servicio¹³. Por lo tanto, el personal de salud se ve obligado a realizar visitas periódicas para el control prenatal de las mujeres gestantes.

13. 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.

...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*¹⁴.

3.3.3 El parto

Generalmente, el parto se desarrolla 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), pues se sienten 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 y se sostienen 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 bebé nace, cae en la estera, nadie lo toca 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 bebé.

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 bebé quede atrapado.

Las complicaciones del parto son la demora y las hemorragias, para lo cual utilizan el baño con plantas medicinales y vaporizaciones; solo acuden al puesto de salud como última opción.

14. Red de pescar.

3.3.4 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 período determinado; sin embargo, 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 llora de hambre, otra persona lo amamanta hasta que se duerma.

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.

3.3.5 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. Como, por lo general, las mujeres están desinformadas, la confunden con un proceso de 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 el porqué de este proceso, no saben las causas del retiro de la sangre o qué pasa con ellas. Además, el proceso se acompaña 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, y tienen 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).

3.4 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 pueden ayudar en las labores domésticas, en la chacra y brindar compañía a sus padres.

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

3.4.1 Prácticas tradicionales

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

Documentación al respecto muestra 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 solo 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 período determinado.

La información sobre el uso de plantas anticonceptivas se transmite de generación en 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 usar 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), quienes 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)

3.4.2 Métodos anticonceptivos modernos

En las mujeres existen temores que inhiben el uso de métodos anticonceptivos. La mayoría se deriva de sus efectos secundarios, como mareos, dolores de cabeza, hemorragias, entre otros.

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).

3.5 El aborto

El aborto entre las mujeres es una práctica normal cuando una mujer está embarazada y no desea tener hijos. Se lleva a cabo mediante la bebida de ciertas plantas, pero solo durante el primer o segundo mes de embarazo, después es imposible que el preparado surta efecto porque el bebé ya está 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 hierva en agua y se toma varias veces... (Anexo Nativo Yoyato).

3.6 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 cuadro 1, 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 1

Comunidades nativas	Principales problemas
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

3.6.1 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.

Diversos estudios han determinado que la tasa de fecundidad más alta en la mujer nativa es entre los 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 las mujeres los consideran como una ayuda en el hogar; mientras que para los hombres, son una compañía y un medio para afianzar sus lazos de poder. No obstante, algunas mujeres consideran que 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, ellos 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 para 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.

3.6.2 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 y surge la curiosidad por el sexo opuesto. Sin embargo, esta curiosidad puede empezar en la niñez, puesto que los niños imitan lo que observan en los padres¹⁵.

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, pues allí se forman las parejas de enamorados, quienes muchas veces aprovechan el recreo 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.

3.6.3 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.

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

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, pues se rascan con fuerza y se producen heridas.

Esto genera fuertes dolores y preocupaciones en la mujer, porque la leche puede dejar de fluir. Si esto sucede, otra mujer con hijos pequeños da de lactar al suyo.

3.6.4 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 tener una relación directa¹⁶.

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 masato¹⁷, 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, porque 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 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 las tareas domésticas. Asimismo, su estado psicológico es más vulnerable frente al cambio en su vida: afrontar nuevas responsabilidades sola, 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

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.

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 ocurre 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 están asociadas a la posible infidelidad de la mujer.

3.7 Rutas y recursos de salud

3.7.1 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 las plantas, que son transmitidos de generación en generación. Sin embargo, la curación con plantas medicinales y ritos espirituales por curanderos o *sheripiaris* es cada vez menos practicada, por 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 y que sean los familiares, como la madre, la hermana o la suegra, quienes atiendan el embarazo y parto.

La ruta para curar una enfermedad se inicia 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.

3.7.2 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 realiza en función de 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 salud¹⁸; 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, pues 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 solo 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 medicamentos¹⁹.

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, la obliga a tener relaciones sexuales, la acusa de infidelidad, entre otros. La mujer asume estos comportamientos como propios y legítimos en su pareja.

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, por lo que aún se mantiene el sistema de intercambio o trueque.

El número de hijos que las mujeres nativas desean tener es 4 o 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, estos 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, principalmente porque no están acostumbradas a ser examinadas, sienten vergüenza, por el idioma y el 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 los proveedores y tomadores de decisiones de los servicios locales de salud, los resultados del informe, con el fin de conocer la perspectiva de las mujeres sobre su salud reproductiva y lograr un acercamiento entre ambas concepciones y prácticas de salud.

Asimismo, 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 por 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 (1999). *Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el Perú*. Lima: INEI.
- Bant, Astrid y Angélica Motta (2001). *Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Arias, Fabián; Beatriz y Oscar Espinoza de Rivero (1997). *Las cosas ya no son como antes: la mujer asháninka y los cambios socioculturales producidos por la violencia política en la selva central*, Serie Documentos de trabajo. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica-CAAAP.
- Gagnon, Mariano, Fray (2000). *Guerreros en el paraíso*. Lima: Jaime Campodónico Ed.
- Fondo para el Medio Ambiente Mundial-GEF PNUD (2001). *Amazonia, biodiversidad, comunidades y desarrollo*. CD Rom de los Proyectos RLA/92/G31.32.33. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud-MINSA (2000). *Aspectos socioculturales y necesidades de salud reproductiva en comunidades nativas*. Lima: MINSA, Proyecto Nippon Foundation.
- Ministerio de Salud-MINSA (1997). *Modelos de salud desarrollados por ONGs*. Lima: Proyecto de Salud y Nutrición Básica.
- Municipalidad del Río Tambo, Convenio Unión Europea (2001). *Plan estratégico de desarrollo distrital del Río Tambo 2001-2004*. Junín, Perú.
- Naccarato, Paola y Rosana Vargas (1993). *Para que ese dolor te calme*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Rojas Zolezzi, Enrique (1994). *Los asháninka. Un pueblo tras el bosque*. Lima: PUCP, Fondo editorial.
- Salazar, María Cristina (1995). *La investigación y acción participativa*. Colombia: Grupo Tarea.
- Staatmon, Dierna (1999). *Diagnóstico participativo en género y salud reproductiva*. Lima: MINSA, Proyecto Piloto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.