

**MINISTERIO DE SALUD, FONDO DE POBLACION DE LAS
NACIONES UNIDAS, FCI/Bolivia, INTERARTS**

**INFORME FASE I
SISTEMATIZACION INFORMACION BIBLIOGRAFICA
SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PUEBLOS
INDIGENAS CON ENFOQUE DE GENERO EN
INTERCULTURALIDAD**

LA PAZ, JULIO 2007

CREDITOS

Esta fase de investigación contó con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA y de AECID en el marco del proyecto *Instrumentos Culturales para la mejora de la salud sexual y reproductiva*, ejecutada por la Fundación InterArts y FCI/Bolivia.

El Viceministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional del MSD como ente rector

La Carrera de Antropología – Universidad Mayor de San Andrés quien colaboró con la conformación del equipo de investigación y de sus instalaciones para las reuniones del mismo

Representantes institucionales

Dr. Jaime Zalles	Viceministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional
Dr. Oscar Laguna	Viceministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional
Dr. Oscar Viscarra	Oficial de Programas, UNFPA
Lic. Alexia Escobar	Coordinadora FCI/Bolivia

Equipo de investigación:

Elaboración del informe:

Lic. Ma. Dolores Castro	Investigadora Principal, Consultora UNFPA-FCI/Bolivia
Lic. Raquel Nava	Apoyo en la elaboración del informe, UMSA
Antonio Alípaz	Apoyo en la elaboración de la base de datos

Recolección de la información y elaboración de fichas

Lic. Angela Caballero	UMSA
Lic. Luz Castillo	UMSA
Lic. Raquel Nava	UMSA
Antonio Alípaz	UMSA
Pablo Soto	UMSA
Miguel Canaza	UMSA, FCI/Bolivia
Robin Mamani	UMSA, FCI/Bolivia

Agradecimientos

Al personal de las instituciones y bibliotecas en La Paz, Santa Cruz y Cochabamba

Al Lic. Freddy Michel, Director de las Carreras de Antropología y Arqueología

CONTENIDO

I. Introduccion-----	4
II. Metodología-----	6
III. Resultados de la sistematización-----	15
IV. Conclusiones-----	60

Anexos: Base de Datos
Fichas Bibliográficas
Taller de Presentación de Resultados

I. INTRODUCCION

Este informe corresponde a la fase I de investigación del proyecto: *Investigación en Sexualidad y Salud Reproductiva en pueblos indígenas con enfoque de género e interculturalidad*, cuyo objetivo es obtener información cualitativa sobre sexualidad y salud reproductiva en pueblos indígenas para orientar de una manera más adecuada los mensajes de los programas nacionales de salud sexual y reproductiva dirigidos a estas poblaciones. El proyecto fue planteado en dos fases: Fase I Sistematización de la información sobre SSR en pueblos indígenas de Bolivia priorizando aymaras, quechuas y Tierras Bajas. Fase II investigación en profundidad consistente en un trabajo de campo para recolectar información cualitativa en SSR en determinadas poblaciones indígenas.

La primera fase de investigación fue llevada a cabo entre los meses de marzo y abril del 2007. Un primer informe preliminar circuló en mayo y fue presentado en un taller con diversos actores.

El objetivo central de la primera fase fue conocer el estado de información sobre salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas, así como identificar temas y lugares para la fase II.

Grosso modo esta sistematización mostró que la temática de sexualidad y salud sexual y reproductiva ha sido trabajada en diversas investigaciones a cargo de instituciones gubernamentales, agencias/Organismos No Gubernamentales (ONGs), Universidades (a nivel académico) e instituciones interagenciales /interinstitucionales.

Estas investigaciones pueden ser divididas en dos grupos:

- a) Investigaciones que abordan el tema de SSR de forma directa, pero no centran su atención en poblaciones indígenas, aunque aluden a las prácticas, conocimientos y comportamientos de la población migrante quechua y aymara en áreas urbanas. La mayoría de estas investigaciones son llevadas a cabo por ONGs cuyo interés radica en apoyar y fortalecer los programas nacionales de salud sexual y reproductiva tanto en el ámbito de la salud como en la educación y/o la situación de las mujeres y adolescentes del país.
- b) Investigaciones en las que se encuentra información de forma indirecta a través de temas más amplios que tienen que ver con salud, cosmovisión o descripciones etnográficas sobre pueblos indígenas. Estos trabajos estuvieron a cargo de universidades e institutos de investigación académicos, alianzas realizadas entre ONGs y agencias con instituciones de investigación académicas y otras instituciones extranjeras que realizaron convenios con el gobierno de Bolivia.

Se encontró una amplia gama de enfoques aplicados en los trabajos, en su mayoría investigaciones cualitativas relacionadas con los sujetos/as de investigación y sus experiencias en torno a la SSR, de forma directa o indirecta, aludiendo a interacciones, valoraciones, conocimientos, significados, sentimientos etc.

En otros tipos de trabajos se encuentra también el aporte de las investigaciones cuantitativas que muestran la situación de la SSR de los pueblos indígenas en números, con encuestas y estudios censales de pueblos indígenas. Igualmente hay investigaciones que combinan los enfoques cuali-cuanti, trabajadas en tesis de grado de licenciatura de diferentes carreras en el ámbito de las ciencias sociales.

En menor grado se encuentran investigaciones operativas, participativas o con otros enfoques donde sobresalen las encuestas, grupos focales, entrevistas antes y después de las intervenciones y la evaluación participativa.

Las investigaciones se han desarrollado tanto en el ámbito rural (centradas en áreas de concentración poblacional y no en zonas aisladas) como en el urbano (zonas urbano-marginales y periféricas). Hay que destacar que las investigaciones de las llamadas “Tierras Bajas”, en particular en el departamento de Pando, son escasas o prácticamente inexistentes en relación al número elevado de trabajos realizados en el área andina.

Las temáticas abordadas en las investigaciones que más destacan son aquellas que tienen que ver con salud reproductiva (embarazo, parto, puerperio), en cambio las que aparecen relacionadas con sexualidad generalmente han sido abordadas de forma indirecta en investigaciones antropológicas, sociológicas o etnohistóricas.

Cabe recalcar que en la diversa gama de investigaciones encontradas, los temas relacionados con anticoncepción, cáncer cérvico uterino, ITS/VIH/SIDA, y otros relacionados con las concepciones del cuerpo, menopausia, infertilidad, son los más escasos sobre todo en poblaciones indígenas.

Los resultados de la sistematización fueron presentados en un taller en el mes de junio de presente donde participaron autoridades del Ministerio de Salud, Agencias, ONG, investigadores/as, representante de la Central Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) y otros líderes de organizaciones indígenas aymara y quechua.

En esta reunión se determinó realizar la fase II del proyecto en temas de anticoncepción, cáncer cervico uterino e ITS en poblaciones indígenas de Cochabamba y de Pando. También se discutió la posibilidad de ampliar esta fase al departamento de La Paz.

Esta fase se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril, el primer informe se lo realizó en el mes de mayo. Se contó con un equipo quien se encargó de contactar, visitar, identificar información, incorporar la información a una base de datos y elaborar fichas por cada fuente consultada.

Es importante mencionar que esta fase no agota todas las fuentes que pueden existir en el país pues solamente nos concentramos en lugares seleccionados de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Sin embargo, es interesante remarcar que buena parte de la información producida sobre esta temática se centraliza en La Paz, incluyendo información de Tierras Bajas que están ausentes en estos lugares.

Los hallazgos están descritos en relación con los objetivos del proyecto, por tanto la información contenida en las fichas bibliográficas correspondió a una selección de datos o capítulos sobre SSR por lo que no se fichó todo el contenido de la fuente a menos que hubiera sido una fuente específica sobre el tema.

Finalmente, tanto la base de datos como estos documentos constituyen una base preliminar de información que puede seguirse ampliando a medida que se encuentre otra información no incorporada o se cuente con nuevas publicaciones.

II. METODOLOGIA

Los objetivos de la investigación para la fase I y II son:

Objetivo general

Desarrollar una investigación que enmarcada en los términos de referencia de la consultoría, brinde información cualitativa sobre sexualidad y salud reproductiva en determinados pueblos indígenas de Tierras Altas.

Objetivos específicos

- Sistematizar la información proveniente de investigaciones y otros documentos sobre SSR en pueblos indígenas en el país.
- Identificar fortalezas y vacíos de investigación en SSR en poblaciones indígenas.
- Diseñar y conducir una investigación a profundidad que permita conocer los procesos y dinámicas culturales relacionadas con la sexualidad y salud reproductiva en determinados pueblos indígenas de Tierras Altas.
- Incorporar una metodología participativa que involucre activamente a personas clave de las poblaciones seleccionadas con el fin de identificar e intercambiar estrategias que sirvan para recolectar evidencias relacionadas con inquietudes y problemas en salud sexual y reproductiva.
- Elaborar un marco conceptual para operacionalizar tanto la promoción como la prevención de la SSR adecuado a los pueblos indígenas.

1. Propósito de la Fase I

El propósito de la primera fase es ayudar a aclarar el tema de investigación y el problema del mismo al situarlo en un contexto empírico y teórico más amplio. Además con ello se pretende: Mejorar la ejecución del proyecto y sus resultados de impacto.

La sistematización de la información requiere de una metodología exploratoria, descriptiva y analítica

2. Proceso metodológico

Metodología	Actividades
Exploratoria	1. Identificación de fuentes secundarias 2. Entrevistas con personas clave sobre el tema 3. Acopio y selección de información mediante organizaciones indígenas, especialistas y otros actores clave.
Descriptiva	1. Procesamiento de la información de acuerdo a matrices para el vaciado de información. 2. Priorizar información sobre cosmovisión y salud indígena (prácticas, conocimientos, agentes y otros relacionadas con la SSR)
Analítica	Sistematización de la información identificando resultados, acciones, vacíos de investigación y problemáticas. Dicha revisión tomará en cuenta la perspectiva intercultural y de género.

Usamos la sistematización como un método que permite transitar de experiencias de investigación a otro conocimiento a través de la interpretación crítica. A partir del ordenamiento y reconstrucción descubre:

- La lógica de los procesos

- Los factores que han intervenido en dicho proceso,
- Como se han relacionado entre si,
- Y por qué lo han hecho de ese modo.

Para la realización de este proceso se contó con un equipo de investigación formado en antropología y que tuvieran un conocimiento y experiencia importante de trabajo con pueblos indígenas. Este equipo fue capacitado en temas de salud sexual y reproductiva, género, e interculturalidad para contar con criterios uniformes en la selección de las fuentes.

Una vez que se capacitó al equipo se procedió a realizar las fases de exploración, descripción y sistematización de la información en base a un cronograma interno de trabajo.

a) Proceso de exploración y descripción de fuentes

En primer lugar se hicieron los contactos respectivos para la identificación de instituciones. Se seleccionaron las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz para centralizar la búsqueda de información. El siguiente cuadro indica las instituciones y personas contactadas:

Ciudad	Institución	Temas que contienen	Contacto	Dirección
Cochabamba	Biblioteca Etnológica de Cbba	Pueblos indígenas		Campus Universidad Católica
	Centro de Investigación y Educación en Salud - CIES	Salud Sexual y Reproductiva	Roxana Mostajo	Calle Lanza Esq. Honduras N° 1094 Teléfono: 4231670
	CRECER	Investigaciones en salud	Rosa Alejandro	Av. Gabriel Rene Moreno N° 1395 Teléfono: 4281863
	Centro de Documentación Biblioteca UMSS	Medicina, salud publica	Ovidio Lara	Av. Aniceto Arce N° 0371 Telefono: 4231508
	Centro de Documentación CENDOC	Derechos humanos de la mujer y género	Maria Elena Sabja	Calle Mexico N° 334 Teléfono: 4285588
	Instituto de Formación y Familia Integral - IFFI	Salud pública, salud de la mujer, Salud reproductiva	Margarita Granado	Av. Heroínas N° 1052 Teléfono: 4542401
	Instituto para el Desarrollo Humano	Salud publica	Ana Saudan	Av. Washington Teléfono: 4240281
	SERES	Población, planificación familiar	Rosario Méndez de Grigoriu	Pasaje Warisata N° 1 Avenida Circunvalación entre Santa Cruz y Potosí Teléfono: 4293148
LA PAZ	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)	Tesis y publicaciones sobre antropología y pueblos indígenas	Monica Uria	Z. Central; Av. 6 de Agosto; Edif. HOY, N° 2170; P-4 Teléfono: 2441782; e-mail: ibantropo_arqueo@yahoo.es Mañana: 9:00-12:00; Tarde: 3:00-7:00
	Centro de documentación Ministerio de Salud	Salud Publica	Maria Eugenia Moncada	Av. Capitán Ravelo N° 2192 Telefono: 2442666
	Centro Documental de la Mujer "Adela Zamudio" - CIDEM	Genero, Salud Sexual y Reproductiva	Lourdes Peñaranda	Z. San Pedro; C. Boquerón, esq. Almirante Grau; Ed. El Carmen 2, N°598 A, mezzanine Teléfono: 2490319-2490358; http://www.cidem.org.bo ;

				cidembiblioteca@accelerate.com
	CIPCA	Cultura, Pueblos indígenas		Universidad de la Cordillera Calle Chaco N° 1161 (alto Sopocachi)
	Consejo de Salud Rural Andino	Salud publica y Medicina Alternativa	Marcela Mendoza	Calle Crespo N° 2224 Sopocachi Teléfono: 2412495
	FCI	Salud sexual y reproductiva en Tierras Bajas	Alexia Escobar	Plaza España Teléfonos: 2416135
	IBIS Dinamarca	Pueblos Indígenas	Idony Lopez	Calle Jacinto Benavente N° 2187 (entre Aspiazu y Fernando Guachalla) Teléfono: 2231114-2231816
	Instituto Superior de Estudios Andinos de Teología (ISEAT)			Avenida Jaimes Freyre N° 1926 (Tembladerani)
	Centro de Documentación Gregoria Apaza	Genero	Rene Machicado	Calle Eulert, Zona 16 de Julio, Primera Sección N° 1680
	OPS/OMS	Salud	Susana Hannover	Calle Victor Sanjinez N°2678 Ed Barcelona, Sopocachi Plaza España Teléfono: 2412465
	PROCOSI	Salud sexual y reproductiva	Francisco Benavides	Av. 20 de octubre N° 2164 Teléfono 2416061
	Pro Mujer	Salud sexual y reproductiva, Genero	Lucy Calero	Calle 9 de Obrajes Ed. El Zodiaco N° 455 Pb. Of. 10 Teléfono: 2784711
	Save the Children	Salud, educación	Patricia Patzi	Calle Héroes del Acre San Pedro Teléfono:2412455
	UNESCO	Comunidad y cultura	Fanny Calanis	Av. Camacho Esq. Loayza Ed. BBA Piso 10 Telefono 2204038
Santa Cruz	APCOB	Pueblos Indígenas	Viviana Marzluf	Calle 4 ojos N° 80 Villa San Luis Teléfono: 3539954
	Casa de la Mujer	Biblioteca cerrada		4to. Anillo entre Roca y Coronado www.ondaslibres.org
	CIES	Salud Sexual y reproductiva	Jose Antonio Nava	Av. Grigotá N° 395 frente a la Ramada Teléfono: 3541883
	Centro de Estudios Jurídicos e Investigación Social (CEJIS)	Territorio, Derechos Indígenas, legislación		c/ Alfredo Jordán Nro.79 Teléfono: 3532714-3533809; cejis@scbbs-bo.com; contacto: Juan Bohorquez G 8:00- 12:30, 3:00 - 18:30
	Colectivo Rebeldía (CR)	Mujeres, genero y Derechos de la mujer	Guadalupe	/Potosí 552 Teléfono: 352133; core@mail.cotas.com.bo; contacto: Cinthia Suarez 8:00- 12:30, 3:00 - 18:30
	Universidad Gabriel Rene Moreno	Salud	Isidro Ferrufino	Campus Universitario Segundo Anillo Teléfono: 3363127
	Universidad NUR	Salud	Teresita Blanchetrit	Av. Cristo Redentor N° 100 Telefono: 3363939
	CARITAS	Desarrollo social	Sally Sanchez	Av. Santa Cruz N° 2515, Barrio Lazareto Teléfono:3473374

	CENDIC	Salud, pueblos indígenas	Liana Rioja	Calle Villa Primero de Mayo. Barrio San Juan S/n Teléfono: 3622707 – 3498494 WWW.cidob-bo.org
--	--------	--------------------------	-------------	---

Se tuvo también acceso a las bibliotecas personales de Maria Dolores Castro y de Angela Caballero. Una vez ubicadas las instituciones se procedió a organizar el equipo para la exploración de fuentes. Las fuentes consistieron en libros, artículos, informes de investigación publicados o no publicados, encuestas, materiales educativos, por ejemplo, educación sanitaria, planes y programas de las políticas gubernamentales.

Para la selección e identificación de las fuentes se utilizaron los siguientes criterios:

- Temas sobre SSR en pueblos indígenas
- Temáticas relacionadas con sexualidad y reproducción en pueblos indígenas entre ellas: cosmovisión, cultura, orden social, parentesco y otras (tesis, estudios, revistas etc.)
- Fuentes de los últimos 10 años, con excepción de aquellas que sean útiles no importando el año de publicación. Este periodo se lo utilizó con base en el criterio de que es a partir de 1994 que claramente se inicia una estrategia pública en relación a la SSR, aunque posteriormente se incluye más específicamente la temática sobre poblaciones indígenas e interculturalidad en diferentes programas. A partir de los 90s las ONGs, agencias e instituciones estatales, así como los investigadores se interesan más por abordar el tema¹.

Se dio prioridad a las fuentes directas y a la bibliografía de carácter cualitativo.

Para la descripción de las fuentes revisadas se procedió a organizar: una base de datos y hacer una descripción de las fuentes en forma de fichas resumen.

Base de datos

Se construyó una base de datos llamado: *Índice bibliográfico sobre sexualidad y salud reproductiva en poblaciones indígenas bolivianas*. Esta base contiene la identificación principal de cada texto y consistió en:

- Número de documento
- Autor(es)
- Título de la publicación
- Temática
- Tipo de publicación
- Editorial
- Lugar de publicación
- Fecha de publicación
- Número de páginas
- Biblioteca consultada
- Código de clasificación

¹ A partir de 1999 con el SBS se incorpora el tema de "salud con identidad" incorporando la perspectiva cultural a la Reforma de Salud. Posteriormente con el programa EXTENSA, se crea el componente de Salud e Interculturalidad, donde se crea en el 2001 el Seguro Básico Indígena y Originario. La interculturalidad en salud se identifica como una transversal fundamental en todos sus programas. Sin embargo, hasta ese momento el "Componente de Interculturalidad" enfatiza a la mujer embarazada y la atención del parto. Las redes sociales orientaron su trabajo a la protección de la mujer embarazada y la emergencia obstétrica. Se incluyen otros temas como la vigilancia de la violencia intrafamiliar y comunitaria. (Maria Dolores Castro, 2005 Informe de Consultoría Barreras Socioculturales al Acceso de la Mujer a los Servicios de Salud, Viceministerio de la Mujer)

Un ejemplo es el siguiente:

FECHA: 28-06-07									
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA									
INDICE BIBLIOGRÁFICO SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIONES INDÍGENAS BOLIVIANAS									
Nº	AUTOR(ES)	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	TEMÁTICA	TIPO DE PUBLICACIÓN	EDITORIAL	LUGAR DE PUBLICACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	NÚMERO DE PÁGINAS	BIBLIOTECA CONSULTADA
297	Dibbits, Ineke	Lo que puede el sentimiento: la temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur	El Alto La Paz/salud/mujeres/información/aspectos económicos/aspectos sociales/medicina tradicional/rituales/servicios de salud/planificación familiar/autodeterminación/reproducción	Libro boliviano	Tahimapu	La Paz	1994	194	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
298	B. de Morales, Cecile (edit.)	Huaraco, comunidad de la puna	geografía/geología/clima/suelos/salud/derecho/tierra/ecosistemas/fauna silvestre/agropecuaria/ganadería/cultivos/Huaraco	Libro boliviano	Instituto de ecología, U.M.S.A.	La Paz	1994	261; illus.	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
299	Baldma, José	Políticas alternativas de salud: temas de política social	salud/desarrollo social	Libro boliviano	ILDIS	La Paz	1996	114	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
300	Molina Rivero, Ramiro; Portugal Loayza, Jimena	Consulta de bases a los ayllus del norte de Potosí y sur de Oruro	participación popular/ecología/Potosí/Oruro/ayllu/comunidades rurales/organización social/Macha/educación/salud/sistemas educativos/capacitación/ordenamiento territorial/desarrollo económico/descentralización	Libro boliviano	ILDIS	La Paz	1996	271; tbs.	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
301	Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Desarrollo Popular	Bolivia. Participación Popular en cifras: resultados y proyecciones para analizar un proceso de cambio	economía/financiamiento/educación/salud/empleo	Libro boliviano	Secretaría Nacional de Desarrollo Popular	La Paz	1997	143; tbs.; grs.	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
302	Ramírez Hita, Susana	Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí	medicina tradicional/medicina religiosa/antropología médica/epidemiología/Potosí	Libro boliviano	Plural editores	La Paz	1ª ed.; 2005	259; illus.	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
303	Zangari, Alessia; Castellón, Ivan	Willaqhana: Il postgrado en salud intercultural	desarrollo socio-sanitario/salud intercultural/medicina andina/medicina moderna/nutrición	Libro boliviano		Potosí	1ª ed.; 2005-2006	35; illus.	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
304		Investigación	comunidades rurales/producción agropecuaria/sistemas agrícolas/campesinado/tenencia de la tierra/autoridades tradicionales/género/dimensión del trabajo/parentesco/residentes/migración interna/kallawayá/Chari La Paz/Chulumani/Yungas	Libro boliviano	PIEB	La Paz	1999		Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)
305	Bastien, Joseph W.	La montaña del cóndor: metáfora y ritual en un ayllu andino	población indígena/amerindios/kallawayas/medicina tradicional/antropología social/antropología cultural/religión/mitología/ayllu/grupos étnicos/rituales/montañas/ritual/hímatrimonio/rios/muerte/malasuerte	Libro boliviano	Hispal	La Paz	1996	253	Biblioteca especializada de Antropología (U.M.S.A)

En base a esta primera selección se han registrado un total de 464 documentos bibliográficos. Posteriormente a ello se hizo otra selección más rigurosa sobre el tema. (ANEXO: Base de Datos)

Fichas resumen

- Una vez que se identificaron los textos se procedió a seleccionar las fuentes para la sistematización (sexualidad, ITS, anticoncepción, y otros) El tiempo no permitió fichar todos los textos de tal manera que este puede considerarse un proceso que puede continuar a medida que se fichan otros textos.

Se hizo una descripción de los mismos con base en la siguiente guía:

→ Sugerencias:

- Lea de manera generosa pero crítica.
- Registre la información bibliográfica completa
- Tome notas completas
- Compare trabajos relacionados

→ Ficha:

Aspectos generales

- Título o nombre de la publicación
- Nombre de la institución (identifique el tipo de institución que patrocina o esta a cargo de la investigación)
- Áreas de trabajo / Líneas de acción de la institución
- Autores
- Fecha de publicación o realización de la investigación
- Tipo de investigación (Investigación cualitativa, Salud pública, Investigación epidemiológica u otra)
- Objetivos / Propósitos
- Población objetivo: Describa las características de la población si es posible
- Duración
- Lugar

Aspectos específicos

- Identificar la temática investigada (temas y subtemas)
- Identificar problema o problemas que se investiga o que se alude
- Marco conceptual: Identificar los conceptos (la teoría que esta detrás de la práctica, las hipótesis) o categorías de análisis
- Metodología utilizada: enfoques, abordaje, instrumentos etc.
- Conclusiones presentadas
- Identifique principales hallazgos /resultados de tipo metodológico, teórico u otros
- Identifique como se difundieron los hallazgos
- Aspectos éticos incluidos
- A que audiencia esta dirigido
- Identifique fortalezas, limitaciones o lecciones aprendidas
- Identifique si hubo un enfoque participativo y quienes y en calidad de que participaron
- Identifique si hubo o no un enfoque de genero e interculturalidad.

- Describir las reacciones a la lectura

Las referencias se deben organizar de manera alfabética (apellido del autor).
Cada referencia va acompañada de las respectivas anotaciones.

Se fotocopiaron algunos textos, pero otros, por políticas institucionales, sólo se resumieron en las mismas bibliotecas.

Algunas apreciaciones

El equipo comentó las potencialidades y limitaciones que tuvieron en los contactos, revisión y fichaje:

- Fueron positivas las reuniones de coordinación del equipo
- En algunos lugares exigieron la cédula de lector, con la cual no se contaba
- Algunas instituciones exigieron la consulta de documentos en sala de lectura, lo que limitó el tiempo ya que se tuvo que ir varias veces a una misma institución.
- Discontinuidad en los horarios de atención pública
- Eficiencia profesional del personal bibliotecario en la atención del lector
- En algunos casos se hallaron documentos bibliográficos sin ningún tipo de codificación
- La mayor parte de la documentación se halla ubicada en la ciudad de La Paz
- Algunas instituciones cobran por el acceso a su uso de biblioteca por razones de mantenimiento
- Algunas instituciones tienen requerimientos que dificulta el acceso a la información. Entre ellas no autorizan las fotocopias o autorizan solo partes de los textos. Las fotocopias deben sacarse en el mismo lugar a un costo mayor que en otras fotocopias.
- Los responsables de las bibliotecas no siempre están disponibles o la biblioteca esta cerrada
- El índice puede seguir enriqueciéndose con nueva información

a) Proceso de sistematización

El proceso de sistematización se realizó sobre la base de las fichas (*ANEXO: Fichas bibliográficas*) Haciendo comparaciones, vinculando temas, identificando vacíos y aportes. Una vez que se realizó este proceso se estableció un índice referido a:

- instituciones,
- datación,
- tipos y enfoques metodológicos;
- objetivos o propósitos,
- población objetivo,
- conceptos,
- localización geográfica,
- temas de investigación
- principales hallazgos: Salud reproductiva, sexualidad, anticoncepción, Cáncer cervico uterino, ITS/VIH/SIDA, cuerpo, género, servicios de salud SSR, medicina tradicional,
- aspectos éticos,
- audiencia,
- enfoque de género e interculturalidad,
- enfoque participativo,
- cuadro comparativo,

- aportes, y
- vacíos

Los resultados de la sistematización fueron discutidos con la presencia de actores del MSD, agencias, ONGs, representantes de pueblos indígenas y organizaciones sociales.

En este taller se decidió conjuntamente temas y lugares para la Fase II de investigación.
(ANEXO Taller de Presentación de Resultados Fase I)

I. RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACION

1. Institución a cargo de la investigación y/o publicación

ONG	Gobierno	Agencias /organismos	Universidad /academia	Interagencial/interinsitucional
41	6	9	29	14

Las investigaciones revisadas pueden dividirse en dos grupos: a) aquellas que abordan directamente el tema de la salud sexual y reproductiva, y b) aquellas en donde el tema de la SSR es tratado de forma indirecta a través de temas más amplios relacionados con la cosmovisión, la salud, o descripciones etnográficas generales de las poblaciones indígenas.

a) *Investigaciones sobre SSR*

Las investigaciones que abordan directamente el tema de salud sexual y reproductiva no necesariamente centran su atención en poblaciones indígenas pero muchas de ellas aluden a las prácticas, conocimientos y comportamientos en áreas urbanas de población migrante quechua y aymara, o en comunidades rurales de habla quechua o aymara.

La mayoría de las investigaciones de este tipo son llevadas a cabo por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), cuya generalidad radica en apoyar y fortalecer los programas nacionales de salud sexual y reproductiva tanto en el ámbito de la salud como en la educación, y/o la situación de las mujeres y adolescentes de país.

Entre las ONGs destaca la Red PROCOSI (Programa de Coordinación de Salud Integral), entre ellas: CSRA (Consejo de Salud Rural Andino) SERVIR, FSG, Esperanza Bolivia, CIES (Centro de investigación y Educación en Salud), Save the Children, PCI, CEPAC, APSAR, SACOA, CARE, APROSAR, CARITAS, CRS, PIT, FFH/CRECER, FH, CARE, PROSALUD, CIAES (Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud), JSI (John Snow internacional). Otras ONGs no afiliadas a la red y cuyas investigaciones fueron revisadas son: CIDEM, Casa de la Mujer, PROSANA, IMPRODES.

A nivel gubernamental los ministerios y dependencias de salud, educación y género se han centrado en desarrollar políticas y programas relacionadas con la SSR para toda la población boliviana y en los últimos años incorporando perspectivas de interculturalidad y género. Desde estas instituciones se han impulsado algunas investigaciones pero siempre con el apoyo de ONGs y agencias u organismos internacionales. Entre las Agencias y Organismos internacionales que colaboran con el sector gubernamental destacan: OPS-OMS; UNFPA, GTZ, USAID (Con el proyecto Mothercare). Estas últimas también cuentan con investigaciones propias.

Cabe destacar la coordinación interinstitucional para algunas investigaciones socioculturales en los temas de salud sexual y reproductiva entre ellas: CIDOB//UNFPA; UNFPA/CIDOB/ CPESEC; PROANDES/UNICEF.

El Diagnóstico Socio-demográfico de los pueblos indígenas a partir del Censo 2001, constituye uno de los esfuerzos importantes de la CEPAL y el BID. En este Censo se puede observar las inequidades en salud y aquellas relacionadas con la fertilidad y fecundidad de las mujeres indígenas del país.

Pocas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) estimulan investigaciones en profundidad o científicas sobre el tema. Entre ellas tenemos APCOB que trabaja con poblaciones indígenas principalmente de Santa Cruz, TAHIPAMU (Taller de Historia y Promoción de la Mujer) que trabaja con hombres y mujeres del área andina y recientemente en un estudio con FCI/Bolivia en el Beni. ILCA (Instituto de Lengua y Cultura Aymara) que han llevado a cabo diversas investigaciones lingüísticas y antropológicas en los andes.

Las organizaciones indígenas de base como CIDOB (Centra Indígena del Oriente Boliviano) y APG (Asamblea del Pueblo Guaraní) están involucradas en algunas investigaciones, ya sea, como parte un esfuerzo con otras instituciones o solas.

b) Investigaciones no específicas sobre el tema

Las investigaciones sobre temáticas no específicas sobre SSR han estado más que todo a cargo de las universidades e institutos de investigación. Las investigaciones consisten en tesis, etnografías, historias o diagnósticos cualitativos sobre pueblos indígenas, su sociedad y su cultura. Se han incluido otras que no tienen que ver con poblaciones indígenas pero que los temas son de interés para la investigación. Entre las universidades sobresalen: la Universidad Mayor de San Andrés, Católica Boliviana San Pablo, Mayor de San Simón y NUR y entre los institutos de investigación tenemos: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y CAEA (Centro Argentino de Etnografía América)

Las agencias u organismos no promueven o apoyan investigaciones de tipo académico o de mayor profundidad. Esto se evidencia cuando una sola investigación con esta envergadura que ha sido llevada a cabo por la OPS/OMS. Para este tipo de investigaciones se observa una alianza de los organismos y agencias con instituciones de investigación, académicas, ONGs u organizaciones de base. Entre ellas tenemos por ejemplo: UNFPA/UNESCO/CIDES-UMSA para un trabajo sobre los factores socioculturales que intervienen en la mortalidad y fertilidad materno- infantil (CIAES/UNICEF)

Otras alianzas provienen de convenios como por ejemplo el que se dio entre el Instituto Lingüístico de Verano (ILV) con el Gobierno de Bolivia a través del Ministerio de Educación. Otro esfuerzo interinstitucional fue el de Ministerio de Desarrollo Sostenible /PNUD/Cooperación Sueca, con un estudio sobre los Guaranés.

2. Fecha y periodo de investigación/publicación

1990-1995	1996-2000	2001-2005	No especifican	Otros
24	27	29	14	Siglo XVII 1808-1809 1935 1955-64 1972-74 1980

En el periodo 1994 al 2002 se desarrollan una serie de investigaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Es importante recordar que la década de los '90 marca un hito en el abordaje de los estudios e intereses en relación a la salud sexual y reproductiva. Los cambios en la visión de la salud y la población con las conferencias del Cairo (1994) y Beijing (1995); influyen las investigaciones para comprender la problemática de la SSR, particularmente de las mujeres, desde distintas perspectivas, abordajes e intereses políticos. Una revisión de las

investigaciones de algunos países de América Latina, hecha por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) constata esta situación (González y Sánchez, 2000.)

En este contexto, la mayoría de las investigaciones provenientes de ONGs han girado en torno al tema de la salud reproductiva de las mujeres y de la calidad de atención de los servicios de salud.

Se revisaron algunas fuentes históricas importantes que hacen referencia al tema de sexualidad y género tanto en la época prehispánica, post colonial y a inicios de los '90 dada su riqueza etnográfica y etnohistórica que pueden brindar datos sobre comportamientos sexuales y reproductivos y sus transformaciones. Por ejemplo, las Crónicas de Guamán Poma de Ayala del Siglo XVII, las investigaciones de Erland Nordenskiöld sobre los indígenas del Gran Chaco y las investigaciones en pueblos indígenas amazónicos realizados por el ILV y otros investigadores.

Llama la atención que algunas publicaciones no indican la fecha de realización de la investigación. Sin embargo, este dato debe ser nuevamente revisado.

El tiempo de duración de las investigaciones es muy variado. Algunos textos no especifican cuanto tiempo llevo hacer la investigación. La mayoría de las investigaciones conducidas por ONGs no toman un año de investigación. Algunas de ellas incluso son investigaciones rápidas de dos meses, incluso aquellas que aplican metodologías cualitativas.

Las investigaciones de mayor envergadura en tiempo de investigación son las académicas que tienen que ver con tesis de grado o estudios etnográficos, sociológicos, lingüísticos, etc. Por lo general estas investigaciones se llevan a cabo en un periodo de uno a dos años.

3. Tipo/ enfoques de investigación

Cualitativa	Cuantitativa	Investigación operativa	Cuanti/cuali	Participativa	Otros
46	15	3	10	4	Sistematización Cartillas Historietas Coloquios Taller-debate Crónicas Reseña Revisión bibliográfica

Este cuadro se realizó de acuerdo con la información proveniente de los propios autores de la investigación quienes describen el tipo de investigación y enfoques empleados. En estas investigaciones encontramos una amplia diversidad de enfoques aplicados.

a) Investigaciones cualitativas

Relacionadas con los sujetos/as de investigación y sus experiencias en torno a la SSR de forma directa o indirecta aludiendo a interacciones, valoraciones, conocimientos, significados, sentimientos, etc.

Las investigaciones llevadas a cabo por algunas ONGs y que tienen un periodo de menos de 6 meses de investigación acuden a aplicar entrevistas abiertas, grupos focales, observaciones en

contextos socioculturales y en servicios de salud, etc. Generalmente estas investigaciones tienen guías previamente establecidas indagando temas de intereses institucionales y no tanto de los propios grupos. Siguen el proceso de recolectar la información, generalmente mediante grabaciones y posteriormente se trabaja en base a las transcripciones e interpretaciones o análisis de los datos. Los resultados de estas investigaciones son muy específicos sobre el tema obviando otros factores (económicos, sociales, simbólicos o políticos) como determinantes en los comportamientos de la SSR.

Estas investigaciones han ofrecido bastantes aportes sin embargo, no ofrecen un contexto histórico, social y cultural más amplio para entender determinados comportamientos o transformaciones en relación a la SSR.

Las investigaciones provenientes de tesis u otro tipo de investigaciones aplican diferentes enfoques principalmente descriptivos, interpretativos y reflexivos. Por lo general son investigaciones etnohistóricas, sociolingüísticas, antropológicas, etnográficas, literarias. Las técnicas para recabar datos se basan en la observación participante, historias de vida, historiografía, diálogos de saberes, entrevistas en profundidad y otras.

Por la envergadura de sus metodologías y de los temas, estas investigaciones toman mayor tiempo y los/as investigadores/as usualmente dedican buena parte a la estadía de campo o la convivencia con las poblaciones para poder hacer sus descripciones detalladas y amplias sobre aspectos sociales, económicos y culturales.

Si bien, muchas de estas investigaciones parten de un contexto histórico social y cultural más amplio, no centran la atención en el tema de SSR y los datos que se pueden obtener son escasos. La riqueza de estas investigaciones radica en que nos ayuda a entender los comportamientos sexuales y reproductivos como parte de otros procesos fundamentales en la vida de las personas. Este tipo de investigaciones están referidas tanto a poblaciones del área andina como a las de la amazónica y el sector chaco platense. Las investigaciones sobre cultura y sociedad en los Andes son mucho más ampulosas que en las otras regiones. En esta sistematización se tomaron en cuenta solamente aquellas que hicieran referencia en forma directa o indirecta a la salud sexual y reproductiva y sus diferentes componentes. También se incluyó aquellas que trabajan con el tema de género y sexualidad. Algunas investigaciones muestran un aporte novedoso desde el punto de vista metodológico.

Cabe destacar que el estudio de Maya Benavides sobre *“Las imágenes de la sexualidad. Recursos gráficos y escultóricos del cuerpo en dos contextos mineros”* aplica un enfoque reflexivo a partir de una aproximación visual a las tecnologías del “yo”, a través de la representación gráfica y escultórica del sexo, usando la imagen del cuerpo. En este sentido se usa la imagen escultórica del Tío en las minas de Potosí, y la de Tata Chajcha (cruz verde con un Cristo pintado) del municipio de Porco, provincia Quijarro del departamento de Potosí. (Benavides, M. 2004)

El estudio de Jesús Flores J. Sobre *“Diversidad Sexual y términos étnicos: una introducción a partir del estudio de los insultos”*, se basa un análisis de la comunicación y los vínculos que existen entre receptor y emisor y las circunstancias que median el uso de los insultos (Flores, J. 2004).

Destaca también un estudio sobre factores socio demográficos desde una perspectiva cualitativa teniendo en cuenta que los hombres y mujeres son actores/as demográficos(as) que

piensan, sienten, negocian y deciden. En este sentido no usaron los clásicos análisis estadísticos de la demografía. (Salinas, S. 2000).

Cabe mencionar la identificación de las relaciones de género a partir de la elaboración y uso del textil donde se habla de los espacios significativos del ser hombre y ser mujer. La interpretación de estos elementos para saber qué incidencia posee en la vida de la comunidad. La determinación de cómo el tejido se constituye en parte del ser social y cultural de la mujer joven. El establecimiento de cómo la comunidad se vale para construir su identidad a partir de las relaciones de género y el textil. (Villarroel, G. 2005)

El uso del método auto reflexivo que propicia diálogos utilizado por TAHIPAMU es un enfoque importante para tomar en cuenta en relación con la interculturalidad.

El análisis simbólico de la cultura expresado a través de las metáforas introduce otra oportunidad de relacionar la vida-salud-sexualidad y genero con la naturaleza esto se observa en el estudio de J. Bastien sobre la Montaña del Cóndor donde encuentra que el simbolismo religioso de la comunidad de Kaata, (La Paz) relacionado a la montaña del mismo nombre, representa el aspecto vital de la comunidad, que la entiende, a su vez, como la representación de un cuerpo humano viviente, aunque con la forma de la naturaleza del lugar. (Bastien, J. 1996)

Destaca la tesis realizada por Raquel Nava (2006) sobre mujeres yatiris aymaras en La Paz y el Alto, tomando en cuenta que la mayoría de las investigaciones sobre medicina tradicional andina destacan el rol de los yatiris, dejando entrever roles de parteras a las mujeres. Esta tesis aporta en profundizar en las mujeres como actores clave en el ejercicio de la medicina tradicional.

Desde una perspectiva aymara y religiosa destaca el estudio de Vicenta Mamani quien escribe en lengua aymara y trabaja con testimonios de mujeres aymaras. Además es una investigación donde se toma en cuenta tres fuentes de información: la bibliografía escrita por teólogos aymaras católicos o protestantes, la bibliografía escrita sobre la socialización del hombre y la mujer, y la bibliografía sobre la autoestima de la mujer. (Mamani, V. 1999)

Continuando con una perspectiva Aymara- Quechua sobre la salud, enfermedad y cuerpo, es importante mencionar a las descripciones realizadas por Federico Aguiló (1980) en diversas comunidades rurales del departamento de Potosí. Este estudio nos permite comprender las enfermedades andinas desde su dimensión natural y mítica en niños y adultos. Se realiza una conceptualización de la enfermedad en el mundo andino con un enfoque comparativo a la medicina occidental, mostrando que desde el punto de vista Aymara y quechua, comprendiendo varios tipos desde sus dimensiones de: enfermedades míticas o internas, enfermedades naturales, enfermedades calientes y enfermedades frías.

Las investigaciones cualitativas de tipo exploratorio de TAHIPAMU en la región andina y junto con FCI en el Beni, destacan la importancia de ampliar las investigaciones hacia los hombres y su involucramiento en la atención perinatal. Tratando de entender mejor las necesidades de los hombres como promotores y proveedores de cuidado a las mujeres en la etapa prenatal, durante el parto y periodo post parto. Entender mejor las dinámicas de interacción y negociación en el proceso de toma de decisiones de la pareja con respecto al cuidado pre natal, el lugar y la persona que atenderá el parto, la utilización de métodos anticonceptivos y otros aspectos de la salud perinatal.

Las investigaciones etnográficas de ILCA ofrecen un aporte en el uso de los discursos que tienen que ver con el cuerpo, los textiles, los relatos, las canciones, etc. El rescate de los vocabularios en torno al parto y otros eventos de la SSR son uno de los aportes más importantes de esta institución. Así mismo los aportes provenientes de la Etnofisiología a la que también acude otra institución como el CIAES.

b) Investigaciones Cuantitativas

El centro de esta sistematización fueron las investigaciones cualitativas. Sin embargo, no se descartaron aquellas que muestran la situación de la SSR de los pueblos indígenas en números. Como aquellas relativas al Diagnóstico socio-demográfico a partir del Censo 2001, llevado a cabo por CEPAL y el BID.

En otras investigaciones cualitativas sobresalen encuestas y un estudio censal de poblaciones indígenas (1993) basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA).

c) Investigaciones cuali cuantitativas

Las investigaciones cuali -cuantitativas corresponden a tesis de de grado en la carrera de comunicación social de la Universidad... (prácticas y concepciones culturales que median en los mensajes de salud reproductiva) y la de Trabajo Social de la misma universidad (Tradiciones de la mujer aymara en el parto y su influencia en la atención en el hospital de la mujer). Las investigaciones combinan discusiones en grupos focales, entrevistas individuales, observación con encuestas. Un ejemplo, importante de estas investigaciones es la realizada por M. Eugenia Choque, Susanna Rance et al., (1995) sobre "Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación familiar entre mujeres aymaras del área urbana de Bolivia" que utiliza la encuesta sobre las tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos, y la mezcla de métodos en la población bajo estudio (mujeres aymaras que trabajan como productoras y vendedoras en La Paz y El Alto) combinándolo con los resultados cualitativos concernientes a los obstáculos al uso de métodos modernos. (Choque ME, et al. 1995)

d) d. Investigaciones operativas

En las investigaciones operativas sobresalen las encuestas, grupos focales, entrevistas antes y después de las intervenciones y la evaluación participativa. En el proyecto Bi-Alfabetización del UNFPA destaca el fundamento teórico de la Bi-alfabetización proveniente de la "Estrategia Integral para la Disminución de la pobreza Campesina e Indígena" propuesta por la Dra. Isabel Hernández (PR-CEPAL). La metodología de Bi-alfabetización recupera los postulados de la antropología social, la investigación participativa y de la pedagogía psicosocial de Paulo Freire. Se sustenta en los principios del aprendizaje a partir de la experiencia, acción- reflexión- acción, aprendizaje en grupo y aprendizaje para el cambio; promueve la práctica de la alfabetización crítica, creativa y contribuye a la toma de conciencia de la realidad socioeconómica, cultural e histórica de las/los participantes. Las pautas metodológicas de Bi-alfabetización parten de la vida, el trabajo y la práctica de la población destinataria.

e. Investigaciones participativas

En las investigaciones participativas se destaca la metodología Warmi: (Identificación de problemas, involucramiento de comunidad, e intervenciones) (Concern International-PROCOSI

1998). Otra metodología participativa es la aplicación del Advocacy (Término inglés que significa Abogacía: Conjunto de estrategias para impulsar una causa con base en la identificación de un cambio social deseado). Las estrategias deben estar encaminadas al logro de un mayor compromiso y voluntad social y política, de parte de actores sociales o políticos (personas e instituciones) que puedan influir en la toma de decisiones, en la legitimación social y política y el fortalecimiento de la opinión pública, favorables para la causa determinada.¹

En los diagnósticos realizados por el Ministerio de Salud con apoyo de la OMS y de USAID destacan las investigaciones sobre la situación de la SSR y del Cáncer Cérvico Uterino, que utilizando una metodología mixta desarrollada por la OMS y Reprolatina Brasil toman en cuenta distintas perspectivas de actores, observaciones de servicios de salud y una revisión bibliográfica exhaustiva.

4. Objetivos /propósitos

Los objetivos y propósitos de las investigaciones tienen que ver con:

- **Salud reproductiva:** Conocimientos, actitudes, prácticas de mujeres, hombres y adolescentes en relación con la salud reproductiva (anticoncepción, fertilidad, parto, embarazo, aborto, Cáncer Cérvico Uterino (CCU y otras)
- **Salud sexual:** Indagar, conocer: Comportamientos sexuales en contextos históricos, compartimientos y prácticas de la SSR; educación sexual entre adolescentes; sexualidad y erotismo en pueblos indígenas.
- **Cuerpo:** Reflexiones sobre imágenes y fenómenos socioculturales.
- **Servicios de salud sexual y reproductiva:** Mejoramiento de la calidad de atención, barreras para el acceso, oferta de servicios
- **Recursos humanos:** Capacitación y mejoramiento de destrezas a proveedores de salud en SSR
- **Derechos sexuales y reproductivos:** Ejercicio de los mismos
- **Género:** Incorporación del enfoque de género, relaciones de género, toma de decisiones, socialización del género, involucramiento de los hombres en la SSR
- **Interculturalidad:** Incorporación o adecuación de la interculturalidad en los servicios de SSR. Descripción y análisis de las características y articulaciones de los saberes biomédicos, con los religiosos y “tradicionales” en varios contextos.
- **Medicina tradicional:** Diagnóstico, actitudes e interrelaciones con la medicina académica o formal. Recuperar conocimientos y saberes ancestrales de la medicina aymara; papel de los cheerúrsch y el oboirsch (chamanes). Prácticas y lenguaje ritual de mujeres yatiris aymaras. Problemáticas de salud generales en áreas amazónicas.
- **Cultura:** Conocer, identificar, describir, analizar: idioma, parentesco, cosmovisión en general y algunos aspectos relacionados con la sexualidad y género

5. Población Objetivo

Algunas investigaciones no especifican una población determinada. Hablan más bien en sentido de “culturas” o “poblaciones” como: Aymaras o Incas, Chiquitana, Ayoreode, Chácobo.

□ Telleria Jaime y Susana Rance, 2001. Advocacy Participativo. CISTAC, Comisión Europea, Population Concern, Masque V. La Paz, Bolivia.

Las que especifican la población investigada, refieran a:

- Mujeres rurales y urbanas migrantes en edad fértil (aymaras, quechuas)
- Mujeres de comunidades rurales quechuas y aymaras jóvenes y adultas
- Hombres homosexuales de clase media
- Adolescentes urbanos y de provincia entre 15 y 19 años
- Jóvenes solteros de ambos sexos en el Chaco
- Jóvenes maticos
- Hombres y mujeres Laymi (Norte de Potosí)
- Hombres/pareja mojeños ciudadanos de Trinidad y pueblo indígena Itonoma de Magdalena.
- Grupos domésticos quechuas de estratos socioeconómicos bajos, así como terapeutas tradicionales, personal sanitario y pastores evangélicos.
- Grupo étnico Weenhayek
- Generalidades de los Chiriguano-Guarani. Izozo-guarani-Ava-guarani y Matico
- Mujeres guaraníes
- Pueblo Yuki

6. Marco conceptual (conceptos y teoría empleada para el análisis)

La mayoría de las investigaciones trabajan con conceptos diversos de cultura y género. Se asume la definición de SSR de la Organización Mundial de la Salud.

Algunos conceptos / teorías interesantes que pueden ser útiles son:

Concepto Sistémico de Enfermedades: “1. *Tesis de la Participación*: muchas hojas o flores tienen semejanza en su forma con partes del cuerpo humano, lo que les hace aplicables a la curación del órgano al que se parecen. 2. *Tesis de los Efluvios*: no pudiendo explicar la etiología de muchas enfermedades, el aymara recurre a los mitos, atribuyendo su presencia a principios sobrenaturales, como castigo divino o causa de conducta, como castigo de dioses por animales que fueron heridos por el hombre, o maleficios de los hechiceros. 3. *Tesis de los cuerpos extraños*. La observación empírica que sobre las enfermedades tuvieron los aymaras determinó la explicación de algunas, espectando que las afecciones quirúrgico-traumáticas por accidentes o guerras eran producidas por cuerpos extraños, que venían desde fuera como espinas, flechas piedras, también observo que habían otros objetos extraños que ingresan en forma natural como alimentos, parásitos, venenos. (Loza, G. 1995)

Enfermedad: Desde la concepción Aymara-Quechua de la enfermedad, Federico Aguiló (1980) explica en su investigación los siguientes conceptos y tipos de enfermedades:

- a) Enfermedad: usu, usuta en aymara y onqoy en quechua. Toda incidencia en el cuerpo o ajayu (espíritu) o a ambos a la vez, desequilibradora por la agresión extrínseca o intrínseca de un demiurgo, con efectos permanentes, quizás progresivos, y frecuentemente irreversibles. La enfermedad tiene siempre una causalidad extrínseca viva, más o menos antropomorfizada, que afecta ya sea al cuerpo, ya sea al ajayu o espíritu. Es siempre maligna y deja a la persona sumamente afectada y desconcertada
- b) Dolor: nanay en aymara y quechua. Proviene la expresión –na- que es un quejido. Se utiliza en forma espontánea, cuando se sufre una situación de desconcierto o incertidumbre. Es el balbuceo expresivo del dolor, cuando precisamente éste no es ubicable o especificable
- c) Enfermedad mítica o interna: agresión de un demiurgo, más o menos antropomorfizado, proveniente del espacio hostil o de la Pachamama, que produce una lesión permanente al ajayu y al cuerpo. Exige curación mágica

- d) Enfermedad natural, puede ser interna o externa: agresión y consiguiente lesión en las zonas periféricas del cuerpo, sin incidencia directa al ajayu o realizada por un agente exterior
- c) Concepción tricotómica: el cuerpo es la orilla exterior del ser humano; el alma es el principio vital; el ajayu o espíritu se halla entre ambos, es un ente volátil que da un equilibrio estable a la relación de cuerpo y alma
- d) Enfermedad fría: pérdida del ánimo o ajayu
- e) Enfermedad caliente: implica la presencia de demiurgos en el interior, junto al ajayu repercute en el cuerpo por un ruphay (calor o fiebre excesiva) que hay que moderar
- f) Jampiri: ministro u oficiante de los ritos relacionados a las enfermedades mágicas o míticas
- g) Enfermedades de niños: son: alfombrilla o compadres (escarlatina, sarampión, viruela), amartelo (angustia por separación de la madre), aya orejasqa (provocada por la presencia de la madre encinta o con el niño en la espalda en un velorio o entierro), k'uycas o khurus, lilli, kij'un, rasca paloma o karacha, wayra, sajra onkoy, sirk'i, tillu, mancharisqa
- h) En la psicología del habitante aymara y quechua no existe una asociación directa entre: enfermedad y mala alimentación o falta de higiene y contagio.

Cuerpo: “Construcción sociocultural que está sujeto a regulaciones, normas, usos e imaginarios de un determinado grupo social en un determinado periodo temporal, al interior de este el cuerpo es algo indeterminado si no se lo piensa en relación con la persona, su sociedad y su entorno físico. Es el único valor material del ser humano, es la frontera entre lo individual, lo colectivo y el mundo exterior” (Benavides, M. 2004)

Etnicidad: No como una categoría de diferenciación social, si no como una expresión del lenguaje: “etnicidad como un lenguaje para hablar las diferencias de clase y también las regionales. Y también señala que la etnicidad no debe ser tomada como un eje de diferenciación social existente en todas las sociedades así como el género o la edad” (Flores, J. 2004)

Intercultural: Expresión de una voluntad y actitud positiva de reconocimiento, respeto y valoración del otro / otra. (Salinas, S. 2000)

Parentesco: Las funciones del sistema de parentesco son a la vez psicológicas y materiales “... la parte material son las relaciones sociales que existen en acciones observables para el cumplimiento de obligaciones y la realización de derechos, sean materiales o mentales, reciprocas o unilaterales. Lo mental son las realidades sin las cuales el sistema de parentesco no podría existir ni reproducirse: reglas de matrimonio y residencia, terminología, residencia, y un cuerpo de principios que definen y legitiman los derechos y obligaciones personales vinculadas a las de parentesco y que delimitan el significado social de ser un pariente o un no - pariente...” (Suaznabar S, 1995: 101)

Socialización: como el proceso de inserción de los niños/as a la sociedad. Identificando tres procesos: Socialización primaria como «desarrollo de las relaciones interhumanas por medio de la regulación recíproca. Corresponde a la infancia primera». Socialización secundaria como «periodo de institucionalización y asunción de papeles del niño, en el que se internalizan los submundos basados en instituciones». Combinación cultural como «articulación intercalada de formas culturales que nos remiten a lo ancestral, y otras nuevas, producto de la asimilación con criterio de selectividad, para optimizar la crianza y socialización de los niños». (Criales, L. 1995)

Chacha-warmi: Binomio entendido como una exposición teórica del simbolismo de la dualidad andina de hombre y mujer, en aspectos como el territorio, los rituales, la división sexual del trabajo (Harris, O. 1974)

Antropología médica: «...el estudio de los fenómenos que las dinámicas de salud/enfermedad asumen en el propio entorno social. Adquieren así relevancia, por ejemplo, las modalidades de construcción de las representaciones de las enfermedades y los sistemas de referencia de la salud en los varios contextos sociales y en las diferentes culturas; la pluralidad de conocimientos médicos de prevención y curación y la figura de los operadores de salud que son el producto de esos conocimientos (desde los chamanes a los médicos occidentales, para adoptar una simplificación de los extremos); las funciones de los horizontes mágico-religiosos en el proceso de determinación del sentido de las enfermedades; las cuestiones de la eficacia de las terapias rituales y, en general, de aquellas que, en relación con una convencional centralidad del saber biomédico, son definidas como terapias no convencionales; la crítica al paradigma biomédico y a las actitudes de comportamiento y organización que su empleo libre de análisis histórico, contextual y cultural han indicado; la calibración de los servicios sanitarios en las sociedades multiculturales.» (Ramírez, S. 2005).

7. Localización Geográfica

La Paz		Chuquisaca		Oruro		Cochabamba		Santa Cruz		Potosí		Tarija		Pando		Beni	
U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R
Peri urbano s	Yungas Inquisivi Manco C Omasuyos Camacho Ingavi Pacajes Aroma Patacamaya Ancoraimes Puerto Acosta	B p e ri u r b a n o s	Camargo S Lucas Gran Chaco Monte- agudo	B p e ri u r b a n o s	Caracollo Sajama Carangas S Carangas Poopo Avaroa	B p e ri u r b a n o s	Canillitas S Domingo Kami Sipe Sipe Totora Carrasco Mizque E Arce Punata Jordán Arani Arque	B p e r i u r b a n o s	A Ibañez Yapacaní S Julián Camiri Oropeza S. Ignacio de V.	B p e ri u r b a n o s	Caiza N Potosí N Chichas J M Linares Chayanta Porco		Entre Ríos Yacuiba Cercado Méndez Avilés		Manuripi N Acota Abuna	Trinidad	Covendo Portachuelo Alto y bajo Alto Ivon Galilea Magdalena

8. Temas de investigación

S. Reproductiva	S. Sexual	PF	CCU	ITS/VIH	Salud	Género	Derechos SSR	Comunicación en Salud	Cuerpo
30 Embarazo Parto Puerperio Fecundidad Lactancia materna Capacitación * Incorporación de hombres consultas de control prenatal consultas por ARO Acceso a servicios IEC	11 Incorporación de hombres Acceso a servicios IEC Adolescentes Placer Enamoramiento Parejas	10 Abastecimiento Uso de M modernos Uso de DMPA Días fijos Derechos Decisiones	2 Demanda Detección	4 Detección Educación Prevención	2 Integración de la mujer en cuidados de la salud Medicina tradicional	10 Identidad Relaciones de Empoderamiento Violencia	2 Abogacía	2 Estrategias en SSR	2 Imágenes Representa- ciones Simbolismo

a) Las capacitaciones son a proveedores de salud, parteras, líderes comunitarios.

Como se puede observar en los cuadros anteriores las investigaciones se realizan tanto en el ámbito rural como urbano. No obstante en el ámbito rural las personas están ubicadas en áreas de concentración poblacional y no en zonas aisladas. En las zonas urbanas las investigaciones se centran en barrios urbano- marginales y no así de clases medias o altas.

Pando aparece como uno de los departamentos donde se llevan a cabo pocas investigaciones y en general las llamadas “Tierras Bajas” tienen menores investigaciones que la parte andina.

Las investigaciones basadas en crónicas y etnohistorias hablan en general de lo aymara y quechua o incaico sin especificar lugares o regiones.

En relación a los temas de investigación los que más destacan son los que tienen que ver con salud reproductiva, sobre todo aquellas que abordan específicamente el tema. Los temas que aparecen relacionados con sexualidad generalmente han sido abordados de forma indirecta en investigaciones antropológicas, sociológicas o etnohistóricas más amplias.

Los temas de salud reproductiva están relacionados con prácticas del parto.

Los temas de sexualidad están referidos a la construcción de la sexualidad, toma de decisiones, prácticas y comportamientos

Los temas de género aluden a la construcción de la feminidad y masculinidad en distintas épocas históricas y realidades culturales. Algunos rituales y descripción de características de las diferencias entre género. Ritos de iniciación y otros. La investigación sobre la elaboración y uso de textil introduce temas de identidad de género en los Andes, género y textil andino.

En cuanto al estudio del cuerpo se trata de representaciones de las imágenes corporales con énfasis en los órganos sexuales y la sexualidad en dos contextos mineros.

Los temas relacionados con CCU, ITS/VIH/SIDA, y otros relacionados con las concepciones del cuerpo, menopausia, infertilidad son los más escasos.

9. Principales Hallazgos en SSR

Dada la diversidad de fuentes, metodologías y enfoques generalizar los hallazgos se hace complejo. Sin embargo, aquí se intenta puntualizar las principales ideas de las investigaciones en relación a los componentes de la salud sexual y reproductiva y otros factores relacionados.

Uno de los argumentos centrales expuesto por varios autores es que los aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción y las relaciones de género han ido cambiando históricamente por una serie de factores. Estos factores tienen que ver con la dinámica histórica y social en las que están insertas las diferentes poblaciones indígenas y sus culturas. Así por ejemplo la colonia, la imposición de valores cristianos o la evangelización, la migración, la pobreza y otros han desestructurado las identidades y comportamientos sexuales, genéricos y sociales.

En este sentido es importante comprender las identidades y comportamientos así como las relaciones sociales en un contexto que se transforma y no como estructuras fijas o estáticas.

Otro argumento que sobresale de las investigaciones es que no podemos comprender las construcciones de la sexualidad y de género con categorías pre determinadas, desde afuera. Es necesario comprenderlas en sus contextos y manifestaciones diversas. Así por ejemplo Ina

Rössing nos habla que en Amarete (andes bolivianos) no hay dos géneros, sino diez géneros simbólicos. Otras investigaciones muestran que las decisiones sobre la elección de la pareja y de las relaciones sexuales provenían de las mujeres y no así de los hombres. La sexualidad puede expresarse en las danzas, cantos, erotismo; es decir, en un universo más simbólico y no sólo en el ámbito del matrimonio, la pareja, o las relaciones sexuales.

A continuación se indican importantes conclusiones de los autores en relación con la Salud Sexual y Reproductiva:

a) Salud Reproductiva

▪ *Número de hijos*

La colonia y la evangelización tuvieron un impacto en el número de hijos por familia. El número de hijos en las comunidades aymaras de ex hacienda y cristianizadas es mayor que en las comunidades que estuvieron relativamente aisladas de estas influencias. (Loza, G. 1995)

Respecto al nacimiento de gemelos vemos que en época pre-colonial eran mantenidos en secreto pues como es sabido incluso hoy en día se dice que son hijos/as del rayo; sin embargo en la época colonial preferían matar a uno de ellos/as pues los españoles los buscaban como objeto de Idolatría. (Loza, G. 1995)

Entre los indígenas Toba, hoy casi extintos en territorio boliviano, el nacimiento del primer hijo es fundamental. Marca la estabilidad de la pareja y la celebración del matrimonio. Es aquí cuando los padres deben cumplir ciertas reglas para asegurar el bienestar de su hijo, incluso se prohíbe el consumo de algunos alimentos para que el niño no nazca mal. (Arnott, J. 1935).

Para el grupo étnico maticos, los hijos provenientes de los encuentros amorosos en los bailes son proclives al infanticidio. Ello por diferentes motivos. En primer lugar, porque nadie está dispuesto a cambiar el estilo vida y asumir las responsabilidades que implica la procreación. En segundo lugar influye la visión etnofisiológica del grupo respecto a la concepción. En efecto, para el matico el padre es el verdadero hacedor del vástago a través de las sucesivas disposiciones seminales que determinan por sí mismas la conformación de un nuevo ser, a la madre le cabe el papel de mero receptáculo. Durante los bailes, las mujeres matico mantienen relaciones sexuales con varios hombres por lo que ni ellas saben quién es el padre del hijo nacido después de estos eventos. (Idoyaga, A 1974).

Para el grupo étnico guaraníes, la maternidad es importante, pero la esterilidad no es motivo de divorcio pero, sí de tristeza y vergüenza. La maternidad otorga status, solo con concibiendo un hijo se puede llegar a tener autoridad, tener hijos permite a la mujer guaraní sentirse superior al hombre. (Canedo MI 1999)

En el grupo étnico Ese Eja, uno de los mitos que hace referencia a los hijos es el del Mono Icháji, quien enseñó a tener hijos a los Ese Eja cuando bajaron del cielo olvidando como tenerlos. Una pareja que buscaba un árbol para poder tener hijos preguntó al Mono Icháji como tenerlos y este les enseñó copulando con la mujer. Posteriormente, ésta volvió a su comunidad para hacer lo mismo y continuar con reproduciéndose. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)

- *Parto*

En el tema de la vida reproductiva de las mujeres andinas en el área rural, principalmente en relación al embarazo y parto, resaltan los estudios de Denise Arnold y Juan de Dios Yapita que con una entrada de más de 2000 términos aymaras del parto, muestran que el parto andino es un sistema biosocial local de la etnomedicina con sus propios bio-comportamientos, es decir con sus propias prácticas y técnicas bioculturales. Las prácticas andinas del parto son parte de un sistema íntegro de salud con su propio sentido interno y su propio sistema de conocimiento fundamentado. Hay diferencias entre el cuerpo físico y el cuerpo espiritual de la parturienta lo que exige la aplicación de diferentes técnicas de la curación psicológica, ritual y física. (Arnold y Yapita, 1999.)

En este mismo sentido el Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud, CIAES en 1991 realizó una investigación sobre las actitudes, conocimientos y prácticas sobresalientes acerca del ciclo reproductivo. El estudio revela ocho tiempos en el ciclo reproductivos de las mujeres quechuas: El embarazo, el parto del niño, el alumbramiento de la placenta, el puerperio, la atención del recién nacido, la lactancia materna, la planificación familiar y el aborto. El estudio se basó en una interpretación etnofisiológica de los resultados y con recomendaciones para futuras intervenciones en el área de salud materna y neonatal.

El modelo se basa en la gran preocupación de la mujer quechua por las subidas, bajadas, entradas y salidas dentro y fuera de su cuerpo. En la mujer sana las partes cardinales del cuerpo están ubicadas o moviéndose correctamente, estos movimientos se determinan principalmente por la presencia de elementos cálidos y calientes, que incentivan la bajada y salida de partes del cuerpo o los frescos y fríos, que incentivan la entrada y subida de cosas. La mujer sana también es mujer fuerte, trabajadora, bien nutrida, portadora de mucha sangre y paridora de niños sin problemas. (CIAES, 1991).

Arnold y Yapita, cuestionan que es en el mundo de las mujeres donde están más enfrentados los conflictos de valores entre el sistema cosmopolita de salud y el sistema local. Sobre todo el rol de las mujeres mayores en la transmisión del conocimiento y cuidado de la salud ha sido minado por agentes de cambio como es la escuela, los programas de capacitación del Ministerio de Salud y de algunas ONG, las donaciones de alimentos que de acuerdo a los autores “la conformación de clubes de madres con las donaciones de alimentos ha hecho que las mujeres tengan más wawas para poder tener acceso a estos alimentos. Además induciendo un proceso de maternalización que también ha cambiado el rol de mujeres pastoras, tejedoras se han convertido en “simples madres” o “criadoras de wawas”.

Cuestionan la introducción del paquete sanitario implementado por... de “Parto Limpio”, que al igual que otras autoras piensan que este concepto de “limpio” genera estereotipos raciales que califican a la mujer quechua como “sucias”, “ignorantes” (Dibbits y Boer, 2002). El paquete además afecta el sistema de conocimientos al introducir materiales ajenos como tijeras de metal, cortaúñas, e hilo reemplazando los culturales como el caito y el orín desinfectante. “Las mujeres necesitan mantener sus uñas largas y duras para el trabajo agrícola”. (Arnold y Yapita, 1996). Por otro lado, la capacitación como parteras a mujeres jóvenes está destinada al fracaso. Pues la experiencia y la confianza con las mayores son fundamentales en el campo. Un estudio de la Unión Europea muestra que un 80% de las mujeres de algunas provincias aprenden las prácticas del parto de mujeres mayores. (Ibíd.)

En comunidades rurales de La Paz, se encontró que las parteras son reconocidas por la comunidad, tienen prestigio y estatus social. Esta especialización no significa que las parteras solo se dediquen a su oficio, pues ellas trabajan en las chacras o venden su fuerza de trabajo como las demás mujeres. El prestigio de una partera no es generalizado, algunas mujeres piensan que hay parteras que atienden bien, pero hay otras que no. Sin embargo este criterio de buena atención está relacionado con los vínculos de parentesco que la paciente tenga con la partera; es decir, se confía en una u otra porque es su tía, o su vecina. (Velasco L. 1996)

La que mide la eficacia de una partera es otra partera con la cual comparten los mismos espacios sociales. Cuando hay rivalidad entre ellas, se desprestigian mutuamente. Este caso se observó cuando una partera dijo algo acerca de la otra: "ella se equivoca, no sabe, una wawa se le ha muerto", la otra también dijo "dicen que es sucia, no se lava sus manos para recibir a las wawas". (Ibíd.) Los curanderos y yatiris, generalmente no atienden partos, aunque pueden ver a una embarazada, para prescribir mates, curar de susto, o de alguna enfermedad más que todo proveniente del posparto mediante la lectura de la hoja de coca. Hay parteras que son médicas naturistas a la vez y pueden cumplir estas dos funciones en forma integral y con mejores resultado. (Ibíd.)

Tanto en áreas rurales como en las zonas urbanas las mujeres hacen referencia a los cuidados que deben tener para no tener un parto difícil, que cuando lo tienen se debe al incumplimiento de alguna regla de prohibición y por tanto, los tratamientos ameritan acciones tradicionales como las hierbas, rituales dependiendo de la causa que originó el problema. (Llanos E., 1991)

Por ello, cuando la embarazada presenta dolores inesperados consulta con el yatiri (adivino) el quiliri (curandero) o la usuyiri (partera), el diagnóstico se hace a través de la lectura de la coca y de acuerdo con los resultados se hará el tratamiento, o las ofrendas a los espíritus ofendidos o simplemente se darán recomendaciones sobre su cuidado personal (Carter y Mamani, citados en Llanos E. 1991).

En las investigaciones de Arnold se plantea que en el área rural (Oruro, Potosí, La Paz) las mujeres mayores (con experiencia) saben identificar un riesgo para la madre y bebé, sea este simbólico o biológico como la hinchazón de los pies. En una investigación sobre prácticas y actitudes sobre embarazo, también en Potosí y Oruro, Condori T. encuentra que el 56.8% de las mujeres entrevistadas no identificó la preclampsia como un riesgo, y por el contrario, ésta es considerada una señal de que el embarazo está bien y que no hay ninguna complicación. Del total de mujeres entrevistadas, el 65% nunca había escuchado hablar sobre los riesgos. (Condori T. 1998.)

Un estudio sobre maternidad de las mujeres indígenas en diez ayllus de Potosí, plantea que las mujeres y las parteras tienen un conocimiento y prácticas preventivas durante su maternidad pero los funcionarios no brindan información de manera adecuada y respetuosa para ayudar a identificar otros riesgos que culturalmente no se conocen. Se plantea que la incomunicación y subestimación de los funcionarios de los servicios de salud respecto a las prácticas culturales tradicionales de la maternidad se refleja en las bajas coberturas y en los pocos o inexistentes espacios de diálogo o capacitación dirigida a parteras y madres. Se toma como agentes de estudio a: servicios de salud (proveedores/as de servicio), (Vargas Y., Alemán V., 2003)

Tristan Platt considera en un inicio ideas y prácticas en torno a la concepción y embarazo de las mujeres en el ayllu de Macha. En sus descripciones analiza la trayectoria del embrión desde el momento de su concepción, cuya chispa vital recién formado es un alma ancestral que se transmite como la emanación de una piedra sagrada kamiri, y luego se reencarna en un nuevo

marco de sangre que se forma dentro del vientre después de cuajar el grumo inicial depositado por el hombre con la sangre menstrual femenina. A través del proceso de gestación hasta la expulsión del feto mediante el parto, la relación del bebé y su mellizo, considerada a la placenta, tiene sus respectivos tratamientos rituales de separación y la aparición del feto como una entidad voraz que absorbe sangre hasta poner en peligro la vida de su madre quien debe librar una esforzada lucha para salvarse de esta amenaza mortal.

Se toca el tema en el caso de los fetos abortados que quedan como seres furiosos y vengativos en busca de recuperar su espacio perdido, atacan a alguna mujer embarazada vulnerable que carezca de la protección ritual correspondiente.

Asimismo, toca el tema de los ritos de separación entre la madre y el feto una vez que este nace y antes de darle el pecho, los tratamientos postnatales del bebé y la madre para poder realizar al final el bautizo doméstico informal como bebé cristiano con sal cristalina y el nombre que se le da como parte de su identidad social. (Platt, T. 2006).

Se identifican enfermedades autóctonas Quechuas- Aymaras con relación a la maternidad que se puede llegar a complicarse después del período del parto. Esta enfermedad es conocida en la región de Potosí con el nombre de "Mangri Onqoy o enfermedad de la matriz", y puede ser causada cuando las mujeres hacen trabajos muy duros y pesados derramando su sangre y enfermando, esto especialmente sucede después del parto. Esta debilidad que exige, por tanto, mayor esfuerzo y trabajo en el nacimiento de la wawa se puede curar con una buena alimentación, pero, cuando la enfermedad se hace endémica, se suelen hacer sahumeros con incienso para que la enfermedad se aparte, aquí interviene la mano del especialista ritual "Jampiri" o "Yatiri". (Aguiló, F. 1980)

Entre los indígenas Toba se relatan una serie de tabús y mitos que se deben de cumplir antes y después del parto. Por ejemplo, después del nacimiento el padre está prohibido de utilizar armas de cualquier clase. En el posparto el hombre también guarda reposo, ayuna, se muestra débil y enfermo hasta que el cordón umbilical de su hijo/a esté completamente seco. Después del nacimiento la comunidad participa buscando un nombre para el recién nacido. (Arnott, J. 1935:300).

Entre los indígenas Chácobo, Marian Prost del ILV observó que el alumbramiento de las embarazadas se realiza en lugares claros o detrás de la casa y son atendidas por el esposo o por una amiga. Algo interesante es que los niños/as y las jóvenes son animados para observar el parto como medio de socialización (aprendizaje) para saber cómo actuar cuando llegue la ocasión (Prost, M. 1970).

▪ *Embarazo:*

Durante el incario las mujeres trataban de lucir su embarazo. Durante la Colonia y la época de hacienda lo trataban de ocultar para no delatarse en caso de aborto. Además la sentencia de la iglesia era fuerte "mientras no es visible el niño no dará que hablar pues es posible que alguien se interese en su estado para hacerle daño, ya sea de una persona o incluso de algún Dios, los males afectarían a toda la comunidad por ello es preferible que no se conozca el embarazo". (Loza, G. 1995)

En las concepciones aymaras el embarazo no es un asunto biológico, tiene que ver con un sistema de creencias como por ejemplo se trata de buscar que el niño/a nazca en luna nueva para que no tenga problemas físicos o mentales y para que el alma no tarde en bajar al cuerpo.

A partir de la desaparición de la luna hasta luna llena, los espíritus buenos tienen a aproximarse y ayudar a las mujeres parturientas. (Loza, G. 1995)

El embarazo no es visto como un todo si no que está dividido en tres etapas: hasta el tercer mes: *Japhiri*, la segunda fase *P'unuptiri* desde el cuarto al séptimo mes y los dos últimos meses *T'ini*. En la primera fase la mujer debe ingerir pocos líquidos, en la segunda los bebe en abundancia, mientras que en el tercero nuevamente decrece. (Loza, G. 1995)

En este mismo sentido, otras investigaciones muestran que el parto también se distingue en dos periodos: Desde los dolores del parto hasta la dilatación y el nacimiento de la wawa y el alumbramiento (expulsión) de la placenta (y el periodo de recuperación.) El alumbramiento es tratado como otro nacimiento, de ahí la importancia de la placenta y su simbolismo de la vida. Actualmente, uno de los avances importantes en el entendimiento cultural es la disposición oficial de la devolución de la placenta a las mujeres (MSD, DTSS, 2004.) Para mayor información sobre la placenta y su simbolismo refiérase al artículo de J. Davidson sobre este tema.

Los productos provenientes del embarazo como la placenta y el líquido amniótico tienen un uso ritual y medicinal.

Algunos estudios han abordado los sentimientos y emociones de las madres en relación con el significado del embarazo, parto y puerperio. Estos sentimientos están relacionados con miedo, temor, tristeza, angustia, felicidad, y otros que son necesarios tomar en cuenta durante las consultas médicas. Asimismo, el involucramiento de los hombres en este proceso es fundamental. (Charalay D, 1996, 1996, Dibbits I.)

Los factores socioeconómicos de la familia influyen en los sentimientos relativos al embarazo. Tanto en comunidades rurales de La Paz y Cochabamba se encontró que a nivel familiar resalta la tristeza con que la mujer asume su nuevo embarazo por las condiciones económicas en las que se encuentra. En algunas comunidades de Chuquisaca, se indagó que ni los hombres, ni las mujeres sienten felicidad por el embarazo. "Los hijos son algo natural, no planificado, una consecuencia lógica e inevitable" (Charalay D, 1996). Es importante considerar la salud mental de las embarazadas en las clínicas, ya que muchas de ellas van, quizá a buscar un apoyo psicológico más que biológico. (Michaux, 1996).

Sobre la participación de los hombres en esta etapa del ciclo reproductivo de las mujeres se encuentran diversos hallazgos. Sin embargo, la mayoría tiende a mostrar que el apoyo psicológico y físico de los hombres se realiza hacia las últimas etapas del embarazo, tomando roles importantes en la atención del parto, alumbramiento y disposición de la placenta. En algunas comunidades es recién al séptimo mes que el hombre interviene, y en otras tan pronto se entera del embarazo. Pero la decisión por comunicar el embarazo al hombre es tardía, generalmente se anuncia cuando el embarazo empieza a notarse. (Charalay D., 1996)

En el campo, dice J. Izko: "la mujer continúa trabajando durante el embarazo. Recibe la ayuda de esposo cuando el embarazo está avanzado como levantar cosas pesadas y el cuidado de los animales. Esta colaboración va disminuyendo con cada embarazo, siendo la ayuda del esposo en el primer embarazo". (Izko y otros, citado en Llanos E. 1991).

La ayuda que la mujer migrante recibe del esposo se limita a traer agua, lavar la ropa o cocinar. Algunas reciben ayuda el primer mes y otras el último. Otra ninguna ayuda porque trabajan y los fines de semana "van al fútbol". (Llanos E. 1991).

Dibbits I. y Terrazas M. de TAHIPAMU llevaron a cabo una investigación sobre el involucramiento de los hombres en la atención de salud perinatal en El Alto. Se investigó sobre las formas de involucramiento de los hombres en el período del embarazo, parto y post parto y el apoyo concreto que brindan a su compañera (prácticas y conocimientos), así como sus conflictos, sentimientos, modos de actuar y de concebir su rol. Se intentó entender mejor las dinámicas de interacción y negociación en el proceso de toma de decisiones de la pareja con respecto al cuidado prenatal, el lugar y la persona que atenderá el parto, la utilización de métodos anticonceptivos y otros aspectos de la salud perinatal. Se vio las necesidades de los hombres como promotores y proveedores de cuidados a las mujeres en la etapa prenatal, durante el parto y período post parto.

W. Rivero Pinto plantea que en las poblaciones amazónicas, el embarazo esta asociado a tabúes, cuando una mujer soltera se embaraza se recurre al aborto mediante prácticas naturales, entre los ayoreos se acepta que nazca, para luego enterrarlo junto a la placenta. Cuando la mujer está embarazada hay prohibiciones en el régimen alimenticio, las mujeres no comen algunas frutas y carnes, lo mismo ocurre con el hombre que no puede cazar en determinados animales. Luego del parto la abstención en las relaciones sexuales es por mucho tiempo, para garantizar la salud del niño. (Rivero Pinto, W. sf)

Muchas de las mujeres guaraníes son madres solteras, esto es resultado, dice la autora, de la mucha libertad que gozan y la ignorancia -sobre todo de las mujeres- del funcionamiento de su cuerpo y de evitar un embarazo no deseado. Otro factor se debe a que los hombres que adquieren autoridad, dinero y poder, (como los dirigentes) acceden a varias mujeres, como símbolo de poder. Esto responde a la cultura y al entorno machista. Finalmente es la migración a la ciudad, donde terminan embarazadas. (Canedo, MI. 1999).

b) Sexualidad:

▪ *Casamiento/matrimonio/pareja:*

El casamiento y hacer pareja eran fundamentales durante el incario. El matrimonio contribuyó bastante en el funcionamiento y equilibrio del Tawantinsuyo, pues la pareja fue la unidad productiva y, por tanto, era considerada como una unidad contable y ritual para determinar las obligaciones de la mita. Por ejemplo, el Inca Yupanqui luego de treinta días de celebraciones después del Capac Raymi, ordena a los orejones contar el número de solteros y solteras para casarlos entre provincias distintas. (Hernández Astete, F. 2005)

De acuerdo con las crónicas de Guamán Poma de Ayala, se observa que la edad de casamiento ha cambiado bastante. Pues durante el incario hombres y mujeres no eran considerados adultos hasta que se casaban; esto es a los treinta años en caso de hombres y de treinta y tres en caso de mujeres. El control social fue muy severo, es así que antes de la edad del casamiento las mujeres y hombres debían ser vírgenes, caso contrario era duramente castigados (eran colgados en peñascos, azotados con plantas como la ortiga y enterrados vivos, al igual que a los adúlteros (Guamán Poma de Ayala, F. Crónicas)

A partir de que se casaban las parejas podían tener cuántos hijos quisieran, mientras más mejor, incluso señala que existía la calle de los enfermos mentales, o personas con defectos físicos, donde se buscaba a sus pares para que se reproduzcan; éstos últimos, eran muy apreciados y oficiaban como sirvientes de las personas más importantes. (Guamán Poma de Ayala F.)

Durante esta época las mujeres solteras adultas no son aceptadas como iguales. La madre soltera se considera como la crítica negativa aún peor de la comunidad. Estas mujeres suelen ser marginadas en absoluto, por considerárselas deshonorosas. La mujer casada se considera como el “único papel legítimo para la mujer adulta”. (Mamani, V 1999)

La autora cuestiona el Chacha-Warmi por que lo cotidiano se constata que las desigualdades sociales favorecen a los hombres. Además se tiene en cuenta el problema de la violencia familiar. La situación de la mujer viuda, divorciada y anciana se considera en la marginación, falta de respeto y abandono que sufren estas mujeres por parte de la comunidad o los hijos respectivamente. (Bernabé V. 1999)

Entre los indígenas tobas del Chaco también se indica que el hacer pareja era fundamental. Un rechazo podía implicar un suicidio o el rapto. (Arnott, J. 1935) Asimismo la magia desempeña una parte importantísima en la vida de los enamorados del Chaco. Cada enamorado recurre a sortilegios de diversa índole para “obligar” al indiferente objeto de su amor a corresponderle...” (Arnott, J. 1935) Incluso Arnott clasifica los filtros de amor entre los menos efectivos, los intermedios y los más efectivos o los infalibles y describe sobre los amuletos que consiguen del monte los Tobas y que pasos deben de seguir cuando se está pretendiendo a alguien. Menciona también que “... los jóvenes pretendientes Chiriguanoes suelen colocar haces de leña para hoguera en la puerta de su amada, y el regalo si es aceptado significa que también lo es quien lo ha hecho...” (Arnott J. 1935).

Practican también los “matrimonios a prueba”. La nueva pareja se aloja en la casa del padre de la joven y si después de unos cuantos meses de vida conyugal los jóvenes deciden separarse, no se produce conflicto alguno, pues, no se considera que una pareja este realmente casada hasta que le haya nacido un hijo...” (Arnott, J. 1935).

Entre los indígenas amazónicos W. Rivero plantea que viven en familias poligínicas, un hombre y dos o tres mujeres cada una con tres hijos promedio, la familia es la unidad social y económica, la familia es nuclear y extensa. En las familias nucleares viven el esposo y sus mujeres cada una con su espacio, y la extensa con los parientes instalados en casas contiguas, no se permite tener hijos fuera del matrimonio. Los miembros de la familia tienen un poder coercitivo sobre la elección de la futura pareja. La sexualidad está ligada íntimamente a la dualidad, a la armonía de contrarios para el equilibrio, tanto el hombre y la mujer son una oposición necesaria y difundida en la vida y la cultura indígena. Las primeras relaciones sexuales se dan a edad tierna, lo sexual no es un tabú, el niño aprende en la familia y la comunidad, los niños practican juegos sexuales y no son reprimidos se aprende de los actos de los padres. En general, no hay indígenas que queden solteros, el matrimonio es obligatorio contiene dimensiones políticas y económicas, es un instrumento al servicio de la reciprocidad. (Rivero Pinto, W. sf)

Otro de los hallazgos se refiere al matrimonio del grupo étnico Chácobo. Marian Prost afirma que no existe ningún ritual o ceremonia para la unión de la pareja. “...Cuando un hombre pretende a una joven por esposa, pide permiso a su madre o a su tutor...” (Prost, M. 1970).

Entre otras cosas, el joven pretendiente Chácobo ofrece carne a la elegida para asarla, si ella lo acepta el puede sentirse admitido y casarse con ella. En los Chacobos está permitido las alianzas matrimoniales entre primos cruzados así como la poligamia (Cabe mencionar que producto de la evangelización del ILV, la poligamia desapareció como sistema social entre los Chácobo).

El matrimonio puede disolverse por distintos motivos. M Prost menciona "... muchos hombres Chácobos cuentan que han botado a una o dos esposas. Una vez, una mujer botó a su marido por que él le había castigado..." (Prost, 1970:53). Cuando existen estas separaciones entre los Chacobos hay una división de los hijos; los hijos menores de cinco años se quedan con la madre y los hijos mayores se quedan con el padre.

Entre el grupo étnico Ayoréode "... antes de consolidar su pareja, es decir, al establecer un matrimonio, los hombres y mujeres jóvenes tienen o pueden tener una serie de experiencias de convivencia o relacionamiento sexual, no existen restricciones salvo las prescritas por el tabú del incesto y parcialmente la exogamia de clanes por demás, tanto el propio grupo familiar de los o las jóvenes, así como esto de la comunidad asume con la más absoluta normalidad el que esos individuos inicien su vida sexual sin establecerse como matrimonio". Los Ayoréode utilizan el término de *gapuá* para referirse a una joven que ya menstrúa y puede tener hombre pero aún no tiene hijo; llaman *nacarí* al joven que ya puede tener mujer pero que todavía no tiene hijo. Estas experiencias de convivencia previas al matrimonio, no plantean ningún tipo obligaciones a los miembros de la pareja... (Suaznábar, B. 1995: 139).

Suaznábar (1995) enfatiza que los Ayoréode manifiestan una autonomía personal en relación a la sexualidad de hombres y mujeres, es decir la capacidad de ellos de decidir libremente sobre su comportamiento sexual. Ciertamente la noción de autonomía personal alude al derecho de mujeres y hombres de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas (Suaznábar, B. 1995),

La pareja puede dormir algunas veces en la casa de los padres de su esposa o donde los parientes más próximos de su mujer, "... el hombre no reclama que la mujer cocine para él y ella tampoco exige que le dé dinero, si ella lava la ropa de ambos y él le compra ropa u otro regalo, es por voluntad propia de agradar al otro. Aunque ambos están completamente libres de exigencias, es en este período donde hombre y mujer muestran su voluntad y cariño por el otro al asumir voluntariamente algunos roles de pareja, ambos suelen salir con frecuencia ya sea de visita o por trabajo fuera de la comunidad, la relación con los parientes del otro miembro de la pareja tiende a ser muy cordial, cuando existe voluntad de mantenerse como pareja. Si en el transcurso uno de ambos quiere tener otra pareja, la relación se da por terminada, raras veces eso sucede sin conflicto, pero al final la decisión del otro es aceptada con mayor facilidad que entre los matrimonios. La violencia física entre los miembros de la pareja es algo completamente raro en esta etapa (...) si se produce un embarazo en esta fase de convivencia la pareja no está obligada a establecerse como matrimonio, existe la posibilidad -cada vez menor- de dejar que el recién nacido sea sepultado vivo, especialmente si tiene algún defecto físico, la otra alternativa, hoy mucho más vigente, es regalarlo a los parientes de ella. En ambos casos, la pareja es auxiliada por los parientes de la mujer y no se llega a forzar a los jóvenes una relación que ellos no deseen. Obviamente si la pareja acepta lo suficiente, también puede decidir criar al niño como su hijo y establecer un hogar, entonces se trata ya de un matrimonio. (Suaznábar, B. 1995: 140-141).

Describe la importancia del nuevo matrimonio, donde deben ser tolerantes con varones y mujeres jóvenes y apoyarlos en la mayor de las posibilidades en el cuidado de los niños. Las exigencias sociales y conyugales se presentan a partir de la muerte del niño de la pareja. Los Ayoréode investigan, cuestionan y reconstruyen los detalles para llegar con el culpable, "...es muy frecuente que se comente la flojera de la mujer, su falta de atención, falta de limpieza o descuido en la alimentación de niño. Si el niño no fue auxiliado médicamente a tiempo se atribuye al hombre la responsabilidad de su muerte; especialmente cuando se sospecha que él no se esforzó lo suficiente por conseguir alimentos para su familia o para pagar la atención de su hijo. Son agravantes el que la mujer o el hombre tengan algún vicio, los comentarios y

censuras empiezan por jogasui y la red de parentela de ella o de ambos, cada cual con sus propia versión en defensa de su pariente, luego se hace un tema público. Otra exigencia que inicia y se muestra muy frecuente con el matrimonio es la demanda de la mujer por ser ella quien administre el dinero de su familia...” (Suaznábar, B. 1995: 140-142)

La autora centra su atención en la prostitución por ser éste un elemento crítico en la vida social de los Ayoréode y que forma parte de los conflictos cruciales en estas poblaciones. Sustenta que la libertad de elegir a una pareja y mantenerla a lo largo del tiempo depende de la fidelidad y el compromiso que asume como pareja y es libre de decidir en términos, “... sea un compañero sexual por una noche, por unos cuantos días o por un tiempo indefinido hasta llegar a formar una familia. La posibilidad de retirarse de un trato está siempre abierta, ni el matrimonio, ni los hijos limitan decisión de terminar con una pareja...” (Suaznábar, B. 1995).

Suaznábar (1995), identifica la prostitución en los Ayoréode como el proceso de maduración sexual y en la actividad económica de las mujeres Ayoréode. Pero al mismo tiempo es un elemento que genera conflictos sociales de difícil solución para los Ayoréode debido a que se practica en un contexto ajeno a la comunidad y va asociado a la drogadicción, alcoholismo y violencia.

En el mismo sentido que Suaznábar (1995), Brieger (2001) habla que “La prostitución esta casi presente en todas las comunidades rurales del grupo étnico Weenhayek y, en términos generales y sin temor a equivocarme, considero que no está mal vista.”

Entre los Ayoréode como en los otros grupos mencionados de las amazonas, el tipo de unión que se permite a la pareja y consolida el matrimonio es el advenimiento de los hijos. (Suaznábar, B. 1995: 153).

Los Weenhayek “actualmente, no tienen restricciones para el matrimonio, incluso se aceptan las relaciones y la mezcla con gente “criolla” o de otras etnias (aymaras, quechuas), siendo lo importante que la pareja se quede a residir en el lugar y mantenga el idioma, cuya responsabilidad es de la mujer.” En general, la primera relación sexual no implica compromisos o, en su caso, puede provocar el juntamiento temporal”. (Brieger, G. 2001).

Al contrario, en los guaraníes no existe la etapa de enamoramiento, los jóvenes al casarse viven con sus padres, que puede ser del hombre o de la mujer. Cuando viven al lado de la suegra, la mujer tiene que realizar todo lo que le pida la suegra. (Canedo Ma. Isabel, 1999)

La investigación sobre los Yuqui muestra que los matrimonios se dan a edad temprana llamados *yacuaquiu*, se trata de un proceso sexual que toda chica Yuqui pasa. Es lo que le permite pasar al estado adulto. (Melgar, E. 1990)

En este proceso una vez que la mujer tiene la menstruación es iniciada sexualmente por su pareja o por un miembro de la familia. A la niña se le pinta de color azul, lo que significa unión, si está comprometida se pinta a los dos, y si no lo está, la pintura significa la unión a las mujeres adultas. (Melgar, E. 1990)

Los Yuquis se desenvuelven en dos polos, carne-sexo y hombre-mujer. En ese sentido la lucha por la carne es la lucha por los derechos sexuales. Si el hombre no trae carne puede perder a su mujer, las mujeres adultas tienen prohibido recibir carne cuando esta menstruando, sobre todo de un hombre menor a ella. (Melgar, E. 1990)

El poder de la carne les da poder sobre la sexualidad de las mujeres, sobre todo de todos los cazadores. Si la mujer tiene hermanas menores, el cazador tiene derecho sobre ellas. Ambos tienen derechos a compañeros sexuales fuera del matrimonio. La mujer puede pedir que otra mujer pueda una tener relación sexual con su marido, como un favor sexual, habitualmente lo hacen las mujeres cuando el esposo está ausente. Este favor se lo pide frecuentemente cuando la mujer está en tiempo de parto o de menstruación. (Melgar, E. 1990)

Las mujeres que dejan de menstruar pasan a otra categoría y las prohibiciones que se les da como el no recibir carne de los hombres menores se reducen o anulan. Finalmente, la masculinidad esta dada por la obligación de cumplir y traer carne-caza y se da a través de la mujer.

Como producto de la aculturación la familia, entre los Esse Eja es monogámica, pero en algunos casos la poliginia se da en forma sororal. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)

La residencia del nuevo matrimonio no tiene reglas fijas, se puede vivir tanto con los padres de la esposa como con los del esposo. Antes se realizaba el ritual del matrimonio luego de un año de convivencia, en ese tiempo no se tenía hijos, que se evitaban por medio de una planta llamada oneshájja, especie de anticonceptivo natural. Este arbusto es exprimido en algún alimento, tanto líquido como sólido, para evitar los embarazos. Otra forma es de uso ritual, consiste en cubrir la planta con hojas de palma y atarla con un bejuco, pero controlando que no se muera para evitar la esterilidad permanente. Cuando se quiere tener hijos nuevamente solo es necesario desatarla. El matrimonio es decisión única de los jóvenes, pero cuando el matrimonio no funciona y existe separación o alguno de los padres muere, los hijos son dados en adopción. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)

El ciclo vital de existencia es importante para los Ese Eja y es calificado en cinco etapas; a) infante, de cero dos años quien depende exclusivamente de la madre; b) el chico, de tres a catorce años, no tiene voz ni voto en la comunidad; c) joven soltero, desde los quince hasta el casamiento, ayuda en la familia y tiene derechos en la comunidad; d) hombre casado, desde su casamiento hasta la viudez o separación, sustenta la comunidad en todas sus pretensiones; e) el anciano, encargado de conservar y transmitir la cultura, tiene prestigio y voz en la comunidad. Esta división no es por las edades sino por el rol que cumple cada individuo en la sociedad. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)

Al igual que los Yukis las relaciones sexuales de los Ese Eja estaban reguladas por la actividad de la caza y pesca. En tiempos pasados, la caza involucraba una serie de restricciones sexuales, como el de evitar las relaciones sexuales para tener éxito en la casería, también durante los primeros seis meses luego del parto el varón debía abstenerse en las relaciones sexuales. La infidelidad tanto del hombre como de la mujer hace que las flechas sean desviadas, esto último es sustentado por el mito de los hermanos. Otra prohibición sexual es la prohibición sexual hasta terminar la carne del animal cazado, o el pescado para que no se pudra. Si se come yuca y se tiene relaciones sexuales, la boca queda torcida.

La prohibición de las relaciones sexuales luego del parto es explicada por el olor de la sangre que sería más intenso en este lapso de tiempo, lo que dificultaría la caza en por el olor de los humanos. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)

W. Rivero Pinto describe que la relación sexual en los pueblos amazónicos es la realización última de la pareja, el erotismo esta asociado a aumentar el placer. Pero lo sexual no esta

disociado del entorno ecológico. Las mujeres se sienten mejor cuando esta cerca una planta a su lado, ya que las plantas según la mitología amazónica son femeninas. (Rivero Pinto W. sf)

La costumbre de hacer el amor en las mujeres es de “copulación estática” es cuando las “mujeres toman una postura de inmovilidad durante el acto sexual, a manera de mantener el pene dentro de la vagina el mayor tiempo posible con fines de retardar la eyaculación y el goce sexual” Esta posición estática permite los “orgasmos simultáneos” (Rivero Pinto W. sf).

El acto sexual no es presidido por caricias o excitación, y las manifestaciones no son de convulsiones de éxtasis, pero el orgasmo sexual es normal. Las relaciones sexuales son frecuentes en las fiestas comunales. (Rivero Pinto W. sf)

Entre los estudios de pueblos indígenas no hay estudios que hablen de las relaciones de pareja homosexuales. Encontramos una referencia en Nordenskiöld (2002) al hablar de la vida de los Chané y Chiriguano (cap. Decimotercero) Identifica que existe relaciones homosexuales entre ellos, llamado “*Iktivähi*” entre los choroti y “*Tev*” entre los Chané y Chiriguano. Homosexualidad que también se hace presente en los cuentos y narraciones, sobre todo en los cuentos de los animales, mostrando que existe homosexualidad en el mundo animal. Muestra también, que cuando existe infidelidad de la mujer, los Chané Chiriguano practican la homosexualidad y luego abandonan a la mujer. Ser hombre activo homosexual, no es un oprobio, pero sí lo es cuando pasa a ser pasivo, es decir, estar en el papel de mujer, si es una ofensa.

La homosexualidad puede ser un juego entre los muchachos Chanés y entre los matacos es común los afrodisíacos. (Nordenskiöld, E. 2002). No obstante W. Rivero Pinto afirma en su trabajo que la homosexualidad en sus dos versiones es desconocida por los indígenas. El tomarse la mano entre los hombres es un alto signo de amistad y fraternidad.

En cuanto a este tema para la región andina se hace una leve referencia por Federico Aguiló al catalogarlo como una enfermedad de la inversión del sexo conocida en quechua como: Q’ewa Onqoy. Presentan dos sinónimos: Wari-Macho (Kari macho = maricón = para hombres afeminados). Wari Macho = (mujeres hombrunas). “Qewayllu-onqoy”: el Kewallu es un cactu que tiene un tallo de base que se divide en dos, etimológicamente parece hacer referencia al fenómeno de la inversión sexual, expresada en –Q’ewa=torcido-Allu (órgano sexual masculino) o ayllu (familia consanguínea), el autor identifica que esto podría expresar la ambigüedad del sexo. Describe que los campesinos no atribuyen exactamente cuál es la causa de esta “enfermedad”, dicen que generalmente es por herencia o mala conformación pre-natal, también a veces producida por educación errada en la primera edad, un excesivo apego a los propios padres, por puritanismos educativos o por falta de contactos heterosexuales, etc. En el campo se detecta cuando se observa la tendencia sexual de una persona hacia otras personas del propio sexo, a veces se expresa por querer vestir como la mujer o viceversa, bailar, realizar los trabajos, etc. En este apartado, el autor menciona que esta “enfermedad” no tiene cura, y que generalmente se tiene por “pacha”=algo extraordinario, maravilloso; puede provocar la risa o la ironía, pero mucho más frecuente un respeto (Aguiló F. 1980: 155)

- *Placer/fecundidad:*

Entre los aymaras, el coito no solo tiene función de reproducción sino de placer. Se indica la preparación de brebajes para mejorar la satisfacción de las relaciones sexuales. (Loza, G. 1995) La búsqueda de placer (satisfacción) se encuentra también en los relatos prehispánicos de Chaupiñamca (personaje femenino) quien se satisfacía con una huaca (Rucanocoto) a esta misma huaca los hombres rogaban engrandecer sus penes para satisfacer a las mujeres. El

gran pene no era tanto símbolo de masculinidad u orgullo del hombre, si no era para satisfacer a la mujer. No había supremacía masculina, era la mujer la que buscaba la satisfacción y condicionaba al hombre. (Lemlij M. et al, 1991)

Otro investigador muestra también como la relación entre vida-muerte esta mediada por la sexualidad y búsqueda del placer, pues los mitos e historias sobre “condenados” y “pishtakus” muestran que son seres que vagan en la noche para seducir y secuestrar a los habitantes quienes después del acto sexual son condenados al limbo (Richards K. 1999)

Una investigación más contemporánea en la zona andina sobre las imágenes del cuerpo en las minas muestra que las imágenes son una forma de auto-conocimiento y reflexión de la sexualidad que se aleja del secreto y la censura. Ambas imágenes estudiadas (Tío y Tata Ckajcha) tienen un carácter colectivo y cotidiano. Hay una mirada al sexo, al cuerpo y a la relación sexual. En este contexto se entienden las relaciones de abundancia, fecundidad, fertilidad y riqueza. (Benavides, M. 2004).

Estos personajes se caracterizan por presentar un gran falo erecto (aspecto enfatizado explícitamente). Sus características en cuanto a género son fuertemente masculinas, condición misma para los mineros. La presencia del género femenino está en el cerro entendido como una mujer de doce polleras y de fecundidad en los minerales. El minero y el Tío comparten un imaginario de género y sexualidad masculina. (Benavides, M. 2004)

Asimismo, existen datos en pueblos indígenas amazónicos y chaco-platenses donde el placer y el erotismo se expresan. Entre los Weenhayek el sexo es algo natural (Brieger G. 2001). Aunque la autora plantea que este grupo ha perdido casi todos sus referentes culturales sobre sexualidad, y llega a concluir que el fin de la sexualidad es “la reproducción de los hijos.”. En este sentido, la investigadora llega a ver el uso de métodos anticonceptivos como un “contrasentido” de la finalidad de la sexualidad. Como veremos más adelante, para otros grupos la sexualidad si tiene una finalidad de placer.

Sin embargo, la autora deja entrever algunas prácticas como el *Nikiutitlhih* es “un enamoramiento o pasión pasajera que provoca el adulterio de hombre y mujeres y promueve el abandono de los hogares y los hijos.” (Briedger, G. 2001)

Entre los maticos se observaba que los adolescentes dedicaban gran parte de su tiempo a adornarse, a entonar determinadas canciones y tocar ciertos instrumentos, todo ello con el único objetivo: *seducir*. Dicha situación era denominada por los maticos como *kyutisli*, y que se traduce como enamoramiento. Hoy en día estas prácticas han entrado en un desuso como resultado de la presión misionera que trata de imponer su modelo de representación a los indígenas...” (Idoyaga, A. 1974)

Para la autora, la sexualidad en los jóvenes matico “...es un fin en sí misma, se basa únicamente sobre la atracción física, predomina el componente erótico - expresado en la búsqueda del placer, los juegos sexuales y el uso de la parafernalia -niega la procreación y posee un carácter lúdico y orgiástico”. (Idoyaga, A. 1974)

La satisfacción sexual es expresada con el arte de pintarse exponiendo colores y combinaciones de colores, la policromía contribuye con el embellecimiento, con sus esmerados peinados para ir a los bailes nocturnos. El sentido que adquiere con la presentación del individuo es para seducir “...al respecto cabe señalar con aspectos significativos para el matico

la pintura que transforma a su portador en un ser bello sin excepción, con independencia de las dotes físicas que tuviera antes de ataviarse...” (Idogaya, A. 1974).

Otro de los elementos seductores que encuentra Idoyaga (1972) es la música que es exclusivamente de los jóvenes varones “al igual que el canto cumple un importante papel en la conquista debido a que el mataco cree que ambos son sustancia. Sustancia que fluye desde quien entona las melodías, y es transportada por el viento hasta que penetra en la persona que se encuentra en esa dirección. Considerando esto, sólo basta con colocarse en el lugar adecuado y esperar que el voluptuoso sonido haga su efecto en el ser deseado...” (Idogaya, A. 1974).

Los bailes constituyen sin lugar a dudas, la expresión más orgiástica de las relaciones entre seres *Kyutislí*. Más conocido como el *catinaj* se describe como ir y venir de parejas que se alejan o se suman a la danza del canto, siendo la sexualidad el objetivo de un conjunto de conductas que incluyen la incitación, la broma y la embriaguez. Este cambio continuo de parejas es la norma y el ideal al que apunta el individuo *kyutislí*. Las relaciones empiezan y acaban conforme a que se mantenga o se desvanezca el interés sexual, único fundamento del nexo hombre- mujer. Quien toma las decisiones es la mujer para poder tener relaciones sexuales incluso en el *catinaj*, eso no quiere decir que los varones no se decidan a hacer una conquista. (Idogaya, A 1972).

No obstante este periodo de “euforia sexual” no dura siempre. Entre los mataco esta etapa culmina con la estabilidad matrimonial donde la actividad sexual se transforma en la fidelidad en el matrimonio en la cual ya no depende la atracción física, se desvanece el elemento erótico, hecho que se percibe en el abandono de la parafernalia, se genera un vínculo sólido en la base del matrimonio que permite la reproducción como familia. En la elección de la pareja ya no se fija en el aspecto físico o la belleza, si no la habilidad en las tareas que lo competen a su sexo (Idogaya, A. 1972).

La importancia de los bailes en la construcción de la sexualidad también fue observada por Arnott entre los Tobas y Chiriguano así como lo observa Idoyaga con los matacos.

La sexualidad está relacionada con la fecundidad y la reproducción. En el estudio sobre el cuerpo en la zona andina se observa que en la capilla del Tata Ckajcha se hallan representaciones gráficas, en las paredes, de órganos sexuales masculinos y femeninos, pese a ser este un sitio visitado con flores y velas. Hay una dualidad en las representaciones (frente a un órgano femenino existe otro masculino). Algunos de estos gráficos tienen anotados nombres, varios de los cuales han sido tachados, pero no así los dibujos. Se muestra la centralidad del aspecto de la fecundidad ya que para los mineros, los minerales se pueden regenerar dentro de la mina, hay una analogía entre la mina y los órganos reproductivos femeninos. En este estudio se muestra que la fecundidad es imposible sin la referencia corporal de los órganos sexuales. (Benavides, M. 2004)

- *Ritos de iniciación:*

W. Rivero Pinto dice que entre los indígenas de la región amazónica, los ritos están dados por los cambios de estatus de las personas, como la primera menstruación, que puede ser mostrada por el rapado de la cabeza de la mujer o la perforación del septo nasal, puede darse a partir de los trece años. En los hombres se perfora el septo nasal o la circuncisión del pene, pasado estos ritos se puede contraer el matrimonio. (Rivero Pinto W. sf)

En el estudio de los jóvenes del Chaco (Tobas) el autor identifica que es a partir de una danza de carnaval (“danza del amor”) que los tobas buscan la pareja y se inician las relaciones sexuales. Así esta fiesta marcaba la iniciación de la sexualidad en los jóvenes. (Arnott, J. 1935)

Durante el baile los hombres buscan a las mujeres y si éstas quieren estar con ellos les arañan en señal de aprobación. Así los hombres adquieren prestigio mostrando sus heridas productos de los arañazos. En este estudio también se observa que eran los hombres los que tenían que esperar para ser elegidos. El autor habla de la “residencia de los solteros temporarios” que consiste que los jóvenes que no han sido elegidos por la joven Toba debe esperar la siguiente noche para tener éxito. (Arnott, J. 1935)

Entre los Chácobo de acuerdo a informaciones de Marian Prost, (1970) los ritos de paso que se realizan cuando una mujer tiene su menstruación es un asunto público. Se procede al perforado de las fosas nasales entre los once y doce años, o en la primera menstruación de la mujer. Se la despoja de sus collares y los adornos que llevan alrededor de su cadera. Esto se lo realiza en forma pública anunciando la primera menstruación de la joven y todos acuden a la casa de la joven para verificar la sangre. A la joven se le corta el pelo, su hamaca es ubicada en un rincón de la casa, y se implementan restricciones (alimentación) donde puede alimentarse de una olla aparte. (Prost, M. 1970)

J. Bastien (1996) identifica tres ritos de iniciación relacionados con la identificación de género, el matrimonio y la maternidad. Todos ellos tienen que ver con santuarios y ofrendas a la montaña Kaata, mostrando un vínculo estrecho entre la naturaleza y la cultura de las poblaciones aymaras. (Bastien, J. 1996)

En el Izozo-Guarani, la literatura oral muestra que la regla es muy importante para las mujeres, se requiere de un cuidado especial y de un reposo largo, que puede durar entre los siete meses a un año, donde las adolescentes son encerradas en sus hogares, para cuidarlas por una familiar también mujer. Los primeros tres días son fundamentales, se requiere reposo absoluto. En este periodo es también donde se le enseña los oficios propios de ellas, como el tejer, hilar, moler maíz, etc. En este período los pretendientes pueden acceder a la mano de la iniciada, por medio de los padres, pidiendo que sea su esposa. Si el hombre es aceptado por la familia, es la misma noche donde pueden acostarse con ellas. (Riester, J. 1999)

c) Anticoncepción

▪ *Fecundidad:*

La regulación de la fecundidad ha existido desde tiempos prehispánicos. En la época Inca existían preparados y técnicas para regular la familia que incluso esterilizaban a las mujeres (emplastos a la altura de los ovarios, aplicación de preparados con grasa animal de aves para mejorar la absorción, o el uso de sangre de gallo negro u otro animal muy fértil, calas calas y mechas, sin definición o descripción se mencionan como objetos usados para aumentar la fertilidad en mujeres y hacer reaccionar los ovarios) (Loza, G. 1995).

La regulación de la fertilidad es conocida y aceptada en las diferentes culturas locales. Contrariamente de lo que se piensa respecto a la anticoncepción como una tecnología y una ideología introducida por occidente, varios estudios muestran que las mujeres y los hombres regulaban su fertilidad a través de varios métodos, todos ellos naturales, basados en la observación del ciclo menstrual, la abstinencia, el uso de hierbas y la lactancia.

Lo que es nuevo es la introducción de los llamados métodos anticonceptivos “modernos” (hormonales, dispositivos, condón, cirugías) y que causan temor y rechazo por ser desconocidos y no contar con referentes culturales para explicar los efectos en el cuerpo. Si a esto le agregamos la falta de una buena competencia técnica entre los/as proveedores de salud para explicar bien el uso de los métodos, el manejo de los efectos colaterales, y la eficacia de los mismos, pues se crea un ambiente propicio para el surgimiento de una serie de “creencias” y el consiguiente rechazo.

Por otro lado, las influencias religiosas, la situación social y económica, así como los roles de género asignados a hombres y mujeres sobre la sexualidad y reproducción, hacen que el tema de la anticoncepción sea visto dentro de un complejo sistema de relaciones sociales de poder. El campo de la anticoncepción, al igual que el embarazo, parto y postparto ofrece una oportunidad de encuentro cultural e intercambio de conocimientos basadas en la necesidad que experimentan hombres y mujeres de controlar el número de hijos que desean o no tener.

Factores culturales, marginación económica, desempleo, acceso limitado a la educación, violencia sexual y otros intervienen en decisiones acerca del uso de la anticoncepción.

Como plantea D. Arnold, las concepciones culturales andinas sobre la fertilidad basada en la práctica de la abstinencia y observación del flujo menstrual haría propicia un acercamiento entre la oferta de los métodos naturales ofrecidos por el Ministerio de Salud propiciando el mejor uso de estos métodos. Sin embargo, ello implica que los proveedores dejen determinadas posturas de rechazo y conozcan o sean sensibles al conocimiento y rituales que las mujeres tienen, por ejemplo, con los ciclos de la luna que para ellas influyen en su flujo menstrual.

Contrario a la afirmación que las mujeres conocen su ciclo menstrual en el campo (Arnold, 1994), un estudio en el municipio de Sudañez, Chuquisaca encontró que el nivel de conocimientos y prácticas sobre los métodos naturales no son los adecuados, aumentando el riesgo de embarazos no deseados. Así encontró que la edad promedio de inicio de la actividad coito-genital es 16 años, el 97% de los/as encuestados/as no llevan un control adecuado de la duración del ciclo menstrual, el 77% de los/as encuestados/as no sabe identificar los días fértiles del ciclo menstrual (De la Quintana C, y otros.). Como se puede observar, es importante indagar hasta qué punto se conoce o no los días fértiles, qué sistemas se usan para el conteo, etc.

Son varias las investigaciones sociales e investigaciones en anticoncepción referentes a la aceptabilidad y percepciones de los métodos anticonceptivos. Resaltan aquellos estudios que tienen que ver con el acceso y la aceptabilidad de los servicios de anticoncepción, en tanto, que todavía se requiere profundizar en concepciones de fertilidad y las influencias familiares, institucionales, de género en la toma de decisiones. Así mismo, hay ausencia de estudios clínicos sobre los efectos secundarios, la relación entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso de dispositivos, etc. Tal vez, este tipo de investigaciones ayudarían a brindar información frente a los temores manifestados por las mujeres.

En el mundo andino, I. Dibbits menciona que se supone que las mujeres tienen muchos hijos debido a su ignorancia, pero no es así. Una mujer que tiene varios hijos después de los 35 años, es observada y criticada por su entorno social. E incluso se ha visto a mujeres que ocultan su gravidez por temor al miramiento. (“Yo estaba de miedo que me digan abuela, tayka, o tiene hijos como conejos) (Dibbits, 1994).

Un estudio entre mujeres aymaras urbana de La Paz encontró que la regulación de la fertilidad es importante para las mujeres y que existen normas socioculturales que respaldan la regulación de la fertilidad. Además, se espera que las mujeres “se cuiden ellas mismas”. Se critica a las mujeres por no tener hijos, por tenerlos tan seguidos o cuando son muy jóvenes (Choque E. y otros, 1994).

No obstante, no es fácil abordar los temas de anticoncepción ya que estos remiten a la sexualidad. Es decir, a la pregunta ¿con qué se cuida para no tener wawas tan seguidos o querer tenerlos? La primera respuesta es “no sé”. A veces se toma este dato como falta de información, pero no es así. Cuando se profundizan otros aspectos de la vida de la persona, los deseos, concepciones sobre los hijos/as y sobre las relaciones sexuales van apareciendo. Aquí las mujeres cuentan muchas experiencias que han tenido ellas, sus familiares o amigas en relación con la anticoncepción y el conocimiento que tienen sobre estos métodos. Los diagnósticos cualitativos aplicados en varios departamentos del país por proyectos como MECANO/ PC y Replatina en Santa Cruz, son una fuente de información importante.

De acuerdo con Ma. Choque y otros, en su investigación con mujeres aymaras urbanas el aprendizaje de la regulación de la fertilidad se hace vergonzoso ya que remite a cuestiones de sexualidad. Generalmente, la regulación de la fertilidad se aprende cuando se cohabita en pareja. La mayoría inicia con el método del ritmo que falla por falta de cooperación del marido, haciendo que acudan a otros métodos como el DIU o periodos sostenidos de abstinencia sexual, aborto inducido o infanticidio

Casi todas las investigaciones recalcan el temor hacia los efectos secundarios de anticonceptivos modernos, principalmente asociado a tener o ingerir una sustancia extraña en el cuerpo. Así, se cree que el dispositivo intrauterino “causa cáncer”, “aumento y pérdida de peso”, “manchas faciales”. Las píldoras “matan los glóbulos rojos de la sangre”, “causan leucemia”, “daña la vesícula” y “vuelven a la mujer agresiva”. La ligadura de trompas cambia el carácter de la mujer, produce “dolores de cabeza”, entre otros. Por el contrario creen que los inyectables son “buenos para la salud” pero los temores surgen cuando desaparece la menstruación y creen que se hace “una bola” en el útero o en otro lugar del cuerpo, porque “esa sangre, tiene que salir, si no sale, se acumula”.

Otras creencias relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos encontradas en investigaciones del Centro de Investigación y Educación en Salud – CIES, MECANO, Replatina son:

- Incremento del deseo sexual, sobre todo en las mujeres. Los hombres dicen que se vuelven “locas”.
- La mujer está propensa a tener hijos/as mellizos

Sin embargo, hay falta de investigaciones que puedan mostrar que estas creencias tienen o no una explicación médica. Frente al aumento de la libido con el uso de métodos anticonceptivos el Dr. Díaz explica que esta puede ser una consecuencia ante la disminución del temor al embarazo, por tanto no es que la libido aumente, si no que la satisfacción sexual de la mujer es mayor e incluso puede manifestar su orgasmo. De todas maneras, dice que estas cuestiones son las que hay que indagar para contar con argumentos reales para explicar a las mujeres y a los hombres en las sesiones de orientación.

Otra explicación que se escucha frente a decir del hombre “se vuelven locas” (refiriéndose a que tienen relaciones con otros hombres) es una manera de controlar sexualmente a las mujeres. Es decir si no usa un método, se embaraza, y el embarazo es una manera de control sexual del hombre hacia la mujer. Por ello se escucha a los hombres decir “está esperando para mí” o las mujeres: “estoy esperando familia para él”, refiriéndose a que tuvo relaciones sexuales con su pareja. (OMS, 1996) No obstante, este otro tema que no se ha profundizado.

Las investigaciones también han encontrado que otras actitudes como el trato despectivo, el uso de diminutivos, largas esperas, los desagradados por el examen físico, inciden en la aceptación o la búsqueda de la anticoncepción moderna y halla una preferencia por los métodos naturales. (Choque E., y otros, 1994)

Un hallazgo importante de las investigaciones es que también la preferencia por los métodos naturales, en especial el del “ritmo”, es una de la razones para no tener sexo con el marido o compañero. Hay un rechazo al sexo, y si usan este método pueden estar en abstinencia sexual. Incluso algunas mujeres ven como “buenos maridos aquellos que quieren sexo con poca frecuencia, entre ellas se considera que una mujer que tiene este tipo de marido en una mujer de suerte”. (Ibíd.)

Este hallazgo también está relacionado con la violencia sexual y con la incapacidad de las mujeres por cuestiones de género, de decidir cuándo tener una relación sexual. Por eso, la proliferación de una serie de métodos llamados “naturales” de los cuales no se conoce su acción o no están registrados en la literatura científica como por ejemplo, baños vaginales antes del acto sexual con fósforos, vinagre, limón, coca cola con aspirina, etc.

También se ha podido encontrar que se usa el coitus interruptus y el billing. Este último enseñado por la iglesia. Se encontraron diversas interpretaciones en la manera en cómo se utilizan.

El aborto inducido ante el fracaso o falla de un método anticonceptivo sea este “natural o moderno”, fue referido por algunas personas durante entrevistas de investigaciones, es muy importante la información completa y correcta del uso de los métodos como medida para disminuir las altas tasa de aborto. (Choque E. y otros. 1994).

El estudio sobre *Los determinantes del Comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas*. (1993) muestra que son pocas las mujeres indígenas que usan métodos anticonceptivos, del total de la muestra solo el 3% lo utiliza y el restante no lo hace.

Entre las que utilizan algún método se las identifica como reguladoras; y las que no las usan se las identifica como no reguladoras. El estudio muestra que las que usan métodos anticonceptivos, lo usan luego del segundo hijo. Las reguladoras tienden a ingresar con anterioridad al segundo periodo intergenésico, es decir, que tienen, el segundo hijo más rápido que las no reguladoras, esto es explicado por su anterioridad en la unión de parejas. El periodo de lactancia es de 15.5 meses para ambos grupos, la diferencia es mínima, todo lo afirmado confirma la elevada fecundidad de la población indígena. (Vidal Z. 1993)

La encuesta muestra también que las mujeres con mayor grado de educación desean tener menos hijos que las con menor educación. Las mujeres con 10 años de educación desean tener 1.5 hijos menos que las mujeres sin educación. Al mismo tiempo que tener mayor educación permite tener un mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos. (Vidal Z. 1993)

- *Esterilidad:*

Asimismo el tratamiento de las mujeres estériles continúa siendo importante preocupación para la comunidad pues esto garantiza el éxito de toda la comunidad. (Loza, G. 1995)

- *Aborto*

Al replicar la historia de la sociedad nativa andina, la gestación de cada bebé da realidad a las ideas indígenas sobre su propia "otredad" como una población de perpetuos conversos andinos. Esta analogía histórica se construye a partir de variados y dispersos elementos y discursos que son los que proporcionan a la mujer los recursos imaginativos para sentir, interpretar y reaccionar fisiológicamente frente a los cambios vitales, pero peligrosos y a veces dolorosos que suceden dentro de su cuerpo. En esta teoría de la gestación, el aborto llega a ser indeseado porque la persona social todavía no existe, ni el feto tiene una valoración humana hasta que no haya sido bautizado, más bien, se teme al aborto porque podría soltar un ser pre-social en forma de duende ancestral que terminaría comiendo la sangre de las parturientas de la comunidad. Contra estos duendes, existen medios de protección y se puede relacionar su poder con los peligros de la hemorragia post-natal.

La mujer tiene una determinación de triunfar en la batalla con el feto agresivo, y se fortalece al saber que otros a su alrededor la ayudan a traer un nuevo cristiano solar del vientre pasado lunar, que a la vez da poder a su propio vientre. Aquí se resalta el papel complementario del hombre y de los especialistas rituales que le ofrecen apoyo como un soporte fundamental para la mujer (Platt, T. 2006)

Entre los Toba existía el aborto para los hijos que nacen de esas noches de baile "...el aborto es más común que el infanticidio en el Chaco y es practicado por mujeres ancianas de la familia que, entre otras cosas, golpean el abdomen de las jóvenes embarazadas..." (Arnott, J. 1935).

Arnott (1935) hacia notar que "el aborto y el infanticidio eran frecuentes cuando existe un matrimonio desigual o separación, en el caso de una mujer de edad es abandonada por su esposo, después de varios años de matrimonio, se acostumbra que aborte su hijo, o si este ya ha nacido, que lo mate es por esta razón "... (Arnott, J. 1935).

d) Cáncer Cérvico Uterino

Durante el 2002 y 2003, Engender Health junto al Ministerio de Salud, realizaron un diagnóstico cualitativo para conocer la situación de las mujeres en relación al cáncer cérvico uterino en el país. Dicha investigación tuvo una primera fase en la recolección de la información existente sobre CCU, posteriormente se hizo un diagnóstico con la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para identificar las principales necesidades sobre Cáncer Cérvico Uterino en el País.

Estos dos documentos constituyen una fuente de información muy valiosa dado que no sólo describe en base a entrevistas y observaciones la situación de la salud de las mujeres respecto a este tema, si no que en el estudio estuvieron trabajando especialistas en el tema como el Dr. J. Ríos Dalenz y la Dra. Ruth Calderón. Se recibieron comentarios del Centro de Investigación para Enfermedades del CDD de Atlanta Georgia, y de especialistas en África y Asia sobre este tema y que acompañaron el Diagnóstico. La capacitación para el diagnóstico fue realizada por Reprolatina (MSD, 2003)

La revisión bibliográfica muestra que la morbi-mortalidad por cáncer de útero es alta y que no se le ha prestado la debida atención, por parte de los diversos sectores: estatales, civiles y movimientos de mujeres. La maternalización de la salud de las mujeres ha invisibilizado este problema que es totalmente prevenible si se lo detecta a tiempo

Respecto a la información y actitudes del CCU por parte de las mujeres, el documento señala que en general, se tiene muy poca información sobre actitudes y conocimientos del cáncer de cuello uterino. Por su parte las mujeres que se entrevistaron manifestaron que no acceden a los servicios de salud para realizarse un PAP porque tienen miedo al trato, al examen, por el costo del servicio así como por los tiempos de espera. Además, carecen de información sobre el propósito del PAP, el porqué debería hacerlo y el método para realizarlo. Algunas mujeres dijeron que no ha tenido una infección vaginal, entonces no había una razón para hacerse el Papanicolaou. (Castro MD y Ríos J. 2003)

En varias investigaciones se ha encontrado que tanto en los/as proveedores/as de salud como en la población, el examen de PAP está asociado a cáncer. Cuando se habla del cáncer con mujeres o con proveedores/as de salud, se habla solo del examen de PAP y no del propósito específico de PAP. Además, existen mujeres creen que el PAP sirve para curar el cáncer y por otro lado proveedores creen que ayuda a identificarlo. (OMS/OPS, 1996, IPPF, 2000, PROCOSI, 2001.)

En 1997, CARE condujo una importante investigación en Potosí, que es uno de los departamentos del país con una de las tasas más bajas de calidad de vida del país. Se trató de identificar clases de cáncer de cuello uterino en la mujer en edad fértil a través de una campaña masiva para el examen de Papanicolaou. Se calculó que un total de 20.338 mujeres potosinas en edad fértil deberían acudir al control de PAP en ese año. Se pretendió que la campaña masiva de un mes de duración, permitiera tomar el 10% de esa población, haciendo un total de 2.034 muestras procesadas.

Antes de proceder con la campaña, se capacitó a 70 personas de áreas de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y trabajadoras sociales.) La capacitación fue orientada a técnica de muestra, manipulación, fijación, transporte de láminas, interpretación y acciones consecuentes al diagnóstico de laboratorio, se incluyeron aspectos de orientación y apoyo psicológico. También se equiparon los centros con 12 mesas ginecológicas, 195 espéculos, portaobjetos, guantes y reactivos. Además, hubo una comunicación masiva mediante spots y trípticos.

De las muestras tomadas y enviadas al laboratorio, el 11.3% fueron insuficientes. El 9.5% no fueron hasta ese momento devueltos de laboratorio, resultando que un 20.8% no recibieron el resultado por uno de estos dos factores. Respecto al resultado de laboratorio sólo el 0.7% de las láminas se reportaron como "normal". En tanto que el 96.0% fue categorizado como "inflamatorios", el 2.3% como muestra sospechosa (NIC I y NIC II) y el 1.0% como muestra positiva a cáncer (NIC III). De las muestras inflamatorias, el 60.1% fueron inflamaciones inespecíficas, y el 27.6% con presencia de tricomonas, en un 10.2% con presencia de gardenella y un 2.1% de hongos.

Las 19 mujeres con casos positivos fueron enviadas al Hospital de Sucre. La proporción porcentual de casos positivos en la prueba del PAP está dentro de lo esperado que fue del 0.8% (hasta un 1.0% a nivel nacional). Esta ingestación muestra resultados preocupantes en relación al alto grado de procesos inflamatorios vaginales de las mujeres en este departamento.

Dentro de los principales hallazgos de la investigación se encontró que los factores culturales, como se cree, no influyen para la asistencia a la toma de PAP, las mujeres se mostraban deseosas de saber cómo estaba su matriz, “saber si tenían cáncer”. También el estudio mostró una demanda insatisfecha en esta población.

El estudio de CARE constituye un antecedente de investigaciones integrales que toman en cuenta los factores socioculturales y biomédicos integrándolos para enfrentar una problemática en salud. El enfoque integral de la capacitación, así como la sensibilización y el respeto por las opiniones de las mujeres, así como la rigurosidad en el procesamiento y seguimiento son elementos que muestran cómo puede resultar que una estrategia bien dirigida se tenga resultados concretos.

Otras investigaciones importantes para el análisis y las estadísticas por género sobre el CCU han sido los estudios clínicos del Dr. J. Ríos Dalenz y su equipo de investigadores. Estos estudios han estado auspiciados por el Instituto Internacional de Cáncer – IARC, quien incluso registra mayores datos sobre la situación de cáncer en Bolivia que el propio país.

En un estudio de 46 casos de carcinoma cervicouterino en el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, el Dr. Ríos Dalenz detectó el DNA del papiloma virus en 97.8% de los especímenes que era de variedad histológica de carcinoma escamocelular invasor. En cuanto a los tipos de papiloma virus se destacaron dos por su frecuencia: el tipo 16 con un 39.1% y el tipo 31 con un 28.3%. Esta investigación es un aporte a los estudios sobre la identificación del Virus del Papiloma Humano, que debe servir no sólo para los programas de salud, sino para organizaciones académicas y científicas relacionadas con el tema.

En otra investigación de casos de cáncer recolectados entre 1988 y 1992 de residentes de la ciudad de La Paz y el Alto se analizaron en relación con el sexo y el lugar anatómico afectado. Los cánceres cutáneos incluyendo el melanoma prostático, gástrico, biliar y colorectal como los cinco más frecuentes en el varón, mientras que los cánceres cérvico uterino, mamario, biliar, cutáneo con el melanoma de piel y el ovario tienen las tasas más altas en la mujer. Los resultados muestran que el cáncer en todos los sitios en la mujer es mayor que en el varón. Reflejando la alta incidencia de las neoplasias malignas genitales particularmente del cáncer del cuello uterino. Entre los cinco primeros cánceres en la lista por su frecuencia en la mujer están: el cáncer cérvico-uterino, mamario, biliar, cutáneo y ovárico.

Otro estudio de Ríos Dalenz, comparó la condición socioeconómica y los diferentes tipos de cáncer por sexo y localización anatómica. Entre los índices de parámetros se destaca el índice de pobreza de los hogares que es 44.5 para La Paz y 72.9 para los de El Alto.

El análisis de los diferentes tipos de cáncer revela que los cánceres colorectal, mamario, endometrial y prostático son más frecuentes en La Paz que en el Alto. El cáncer de cuello uterino, de vesiculobiliar y de cutáneo son más frecuentes en las mujeres de El Alto por los índices de pobreza, y la radiación ultravioleta respectivamente.

Esta investigación permite profundizar en la incidencia del cáncer en Bolivia, que a falta de un registro nacional, brinda ejemplos de poblaciones representativas para tener una idea de la situación del cáncer en algunos sectores de la población boliviana. También el estudio confirma que factores asociados a la pobreza son las principales causas de ciertos cánceres. Sin lugar a dudas, abordar el tema de cáncer no implica una acción meramente biológica o médica, si no amerita de un enfoque integral a nivel social, biológico y cultural.

Marie Stopes Bolivia, realizó entrevista a mujeres, hombres, proveedores de salud, mujeres con diagnóstico positivo de cáncer y familiares de fallecidas por cáncer de útero. Algunos relatos ilustran esta situación:

“...en un establecimiento público lo que hace es sacar la muestra y demora por lo menos uno, dos o tres meses.....En este tiempo uno no sabe que va a suceder; entonces la mujer deja de ir a ese establecimiento y pierde crédito, sin embargo no se da cuenta que esa muestra puede ser negativa o positiva.Puesto que en ese proceso de tardanza la mujer se despreocupa y además por culpa de que este hospital no le ha entregado a tiempo” (Entrevista dirigente de la comunidad: Marie Stopes, 2004: 43)

Muchas veces las personas tienen miedo de hacerse los exámenes porque si son positivos no saben que hacer:

Otro es que si la mujer se le detecta que está en la primera etapa del cáncer, no existen los recursos para el tratamiento...pero resulta que como la mujer no tiene recursos, a veces ni para comer, a veces la mujer es tan sabia o querendona de sus hijos que prefiere dar un pan a sus hijos que irse a hacerse ver, sabiendo que ella pasado mañana puede estar en problemas” (Entrevista dirigente de la comunidad: Marie Stopes, 2004: 43)

En relación a los servicios de salud, el diagnóstico encontró que poco se conoce sobre el programa y las normas nacionales, y los proveedores opinaron que pese a que se cuenta con recursos humanos capacitados y un buen potencial de recursos médicos, enfermeras y auxiliares para capacitar en tamizaje, los centros de salud no cumplen con las coberturas programadas, no existen los insumos necesarios para la citología vaginal y demoran en llegar los resultados de PAP. El problema es mayor con relación al tratamiento de CCU, ya que las instituciones públicas especializadas no cuentan con los suficientes equipos.

Una percepción que está muy presente en los/as proveedores/as y en las autoridades es que uno de los mayores problemas es el acceso de las mujeres por razones culturales y sociales, principalmente por su bajo nivel educativo. Esta opinión contrasta con los resultados encontrados por la investigación de CARE en la ciudad de Potosí, en la cual afirma que la mayoría de las mujeres que se sometieron a realizarse un Papanicolaou es porque les preocupa su salud y quieren saber cómo está su matriz, y no tanto así porque sean ignorantes o por su cultura. Este interés se ve en el éxito de algunas campañas que se realizan con coordinación y previa educación y sensibilización como lo han mostrado algunos servicios de salud (Ver parte III de este trabajo) en los distintos departamentos del país.

En otro estudio con tomadores de decisiones sobre el programa de cáncer tanto de ONGs como del sector público, se señala que la mayoría de los entrevistados conocen relativamente bien el problema del cáncer de cuello uterino en Bolivia. Aunque es considerado, por éstos, una prioridad, solamente en dos instancias la Reforma de Salud y el Seguro Básico de Salud, se realizaron acciones específicas relacionadas con tamizaje, diagnóstico y tratamiento temprano (Kaune, 2001.)

El Seguro Básico de Salud incluyó una serie de prestaciones en cuanto al componente de cáncer de cuello de útero, pero existe por la realidad que vive, la preocupación de que los insumos para estas prestaciones no sean suficientes y no lleguen a tiempo a los diferentes servicios (Kaune, 2001). Al mismo tiempo, se opina que el acceso a la detección y el tratamiento se ha mejorado con la inclusión de esta prestación al SBS, pero todavía ésta no es

ampliamente conocida por la población y los centros de salud (Entrevistados, 2001.) Actualmente, el Seguro Materno Infantil no incluye esta prestación.

e) ITS/VIH/SIDA

En 1996 CARE en Tarija condujo un estudio cualitativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las ITS. Los objetivos del estudio fueron identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de las ETS y VIH/SIDA en la población en edad fértil según su comportamiento de riesgo; analizar indicadores de línea de base para sistematizar las intervenciones de prevención, e identificar barreras a la prevención de las ETS/SIDA, para el desarrollo del componente. Entre otros hallazgos figuran los siguientes: se identificó que la desinformación, conceptos erróneos y perspectivas negativas son importantes en el desarrollo de temores, rumores y tabúes con respecto a ETS y VIH/SIDA. Se vio claramente la influencia de género y religión, además de la experiencia previa. Los estigmas y actitudes negativas hacia personas con VIH/SIDA influyen para inhibir la identificación del riesgo propio en las personas del grupo focal.

En 1994 otra investigación de CARE y Population Council conducido en áreas rurales de Cochabamba mostró que la mitad de las mujeres entrevistadas en el área rural no sabían que las enfermedades podían ser transmitidas por el sexo y menos de un tercio de las entrevistadas sabía de la existencia de Papanicolaou o de otros sistemas para detectar el cáncer. Sólo una mujer entrevistada de cada nueve podía identificar el nombre del examen de PAP y dar una idea general sobre para que servía. Con estos antecedentes, las instituciones emprendieron un proceso de capacitación para proveedores de salud, específicamente, auxiliares de enfermería en toma de PAP. Al menos unas 250 muestras de Papanicolaou fueron tomadas por auxiliares de enfermería.

En el 2001 John Snow, OPS/OMS y Marketing S.R.L aplicaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de los conductores de tres departamentos de rutas internacionales e interdepartamentales sobre las ITS, el VIH/SIDA y su prevención en las relaciones sexuales.

La investigación estuvo orientada a conocer e identificar las actitudes y prácticas de riesgo de esta población, sus vías de transmisión y métodos de prevención para que aporte pautas oportunas para la realización posterior de intervenciones de educación y prevención en estas poblaciones. El estudio presenta una variedad de hallazgos entre los cuales destacan que los conductores, pese a que han escuchado hablar de las ITS, un 18% no sabe cómo se transmiten y un 48% no sabe cómo se curan. La mayoría considera que con las actuales relaciones sexuales tienen un alto o mediano riesgo de contraer enfermedades venéreas, aunque usen el condón. El condón fue asociado más como un método anticonceptivo que como un método de protección contra las ITS.

Asocian el contagio con las mujeres trabajadoras del sexo, en tanto que con sus esposas o compañeras estables el riesgo es menor o no existe preocupación por el contagio. La actividad sexual a temprana edad y con múltiples parejas es común en los conductores. El estudio concluye con la consideración que los conductores de camiones y flotas nacionales e internacionales es un grupo que por su comportamiento sexual está en alto riesgo de contraer y transmitir las ITS y el VIH/SIDA, por insuficiente conocimiento, actividad sexual con parejas múltiples, bajo uso del condón, baja responsabilidad en asumir sus actos y tendencia un comportamiento temerario en la transmisión.

Una propuesta de investigación realizada en Monteagudo resaltó que este municipio es uno de los que registra un alto grado de muertes maternas por infecciones de transmisión sexual y abortos. En el año 2002 se registraron 42 casos de ITS y 45 abortos en todo el municipio. En el año 2003 crecieron aun estas tasas, registrando sólo en los primeros meses 142 ITS y 19 abortos en el grupo etario comprendido entre 14 y 45 años. Estas cifras llamaron la atención y plantearon la necesidad de trabajar conjuntamente con proyectos que presenten resultados inmediatos y mediatos, pues por las alarmantes tasas que se registran en este municipio, se constituye en una prioridad en el trabajo que vienen desarrollando instituciones como el UNFPA en el tema de Salud Sexual y Reproductiva junto al CEASS (Centro de Abastecimiento y Suministros)- Regional Chuquisaca.

El objetivo consistió en plantear una estrategia de comunicación con el fin de mejorar el flujo logístico de suministro de anticonceptivos y proporcionar calidad en anticoncepción en el municipio de Monteagudo. De esta manera, esta propuesta de proyecto planteaba la necesidad de fortalecer y capacitar al personal de salud y proveedores de anticonceptivos en los hospitales, centros y puestos de salud de Monteagudo en lo que se refiere a la comunicación interpersonal con el usuario/a, relaciones públicas y adecuado conocimiento del flujo logístico de anticonceptivos. La operativización de esta estrategia beneficiaría a toda la población del municipio de Monteagudo, particularmente a la población en edad fértil entre los 15 a 45 años. (Neumeyer, C. 2002).

La investigación sobre adolescentes en tres municipios de La Paz mostró que la mayoría de los adolescentes tiene conocimiento sobre las ITS y su forma de transmisión y prevención, pero todavía hay un buen porcentaje que no. Con respecto al SIDA hay adolescentes que piensan que se contagia dando la mano. Para la mayoría de estos jóvenes la homosexualidad y el lesbianismo son considerados una desviación o una enfermedad (Flores, P. 2002)

De la revisión realizada hasta el momento solamente se encontró una referencia a un suceso de ITS en poblaciones indígenas: El tema es identificado por Suaznábar (1995) que muestra que una enfermedad venérea esta relacionado con la infidelidad. "...la manera en que la mujer actúa en este caso es recurrir a su *jogasui* (*Red de parentesco*) y hacer pasar a su marido la vergüenza pública de ser tildado como mezquino, avaro, mujeriego o vicioso, razones que según los Ayoréode hacen que un hombre pierda mucho prestigio ante su sociedad..." (Suaznábar, B 1995: 143).

Con el matrimonio se manifiesta y la obligación y deberes que deben cumplir la pareja mediante la fidelidad hacia el otro. Suaznábar, (1995) identifica la violencia conyugal en los jóvenes de 18 a 35 años edad y están muy ligados al consumo del alcohol. En la infidelidad atraviesan diversos factores como ser: estar solo por no acompañarle a su esposa, estar borracho o que la mujer no quiera tener relaciones sexuales con su esposo, la mujer es muy joven y desea ir a bailar o a beber, el marido le mezquina el dinero, el marido o esposa no se preocupan de cuan enfermo están. (Suaznábar, 1995: 143).

Por otro lado, Federico Aguiló (1980) identifica la enfermedad del Juch'uy Onqoy o Blenorrea, Blenorragia. Describe la causa de esta enfermedad al provenir de la suciedad y de hacer el acto sexual de manera indiscriminada, cosa frecuente en los barrios marginales. Se trata de la irritación de la membrana que recubre la uretra y en general de la inflamación en los órganos sexuales. Cuando es persistente se llama blenorrea y se contagia por contacto. En el campo ocurre por hacer el acto sexual con animales domésticos, que recalca el autor, por los años que se realizó esta investigación, esta costumbre seguía vigente. Es notoria la idea de profundizar estos datos e indagar si esta identificación se trata de una ITS o alguna infección en particular

de los órganos sexuales que pudo recolectar en su información Aguiló hace ya varias décadas atrás.

f) Cuerpo

Algunos autores mencionan que la consideración del cuerpo y sus significados es importante para comprender un orden social y simbólico en la salud y en la enfermedad.

Según Gabriel Loza (1995) “En la filosofía aymara vida y materia ni se unen si se separan, cada una tiene su ubicación dentro del cosmos, existe la dualidad perfecta, cada una es independiente pero no pueden existir la una sin la otra...”

En los relatos prehispánicos se identificaban tres diferentes cuerpos: los cuerpos sacralizados de los mallkis o antepasados (que eran las momias que se sacaban en fiestas y se servían como si estuvieran vivas), el cuerpo gozoso de Chaupinamca y el cuerpo esperanzador y doliente de Cristo (pues la fiesta de Chaupinamca y Corpus Christi coinciden en la época cristiana). (Lemlij M. Et Al. 1991)

Las parteras tradicionales acuden a su conocimiento sobre el cuerpo no solo para los cuidados durante el embarazo y parto sino incluso para considerar el riesgo. A partir de la forma del cuerpo de la mujer y su sistema humoral (caliente, frío), el tipo de útero (húmedo, seco), identifica criterios de riesgo y cómo abordarlos. Esto contrasta con la biomedicina que utiliza criterios biológicos y epidemiológicos del “riesgo” y que no repara en las condiciones integrales de vida de la persona. (Arnold y Yapita, 1999.)

g) Género

▪ *Construcción de género(s):*

Es importante mirar las diferentes construcciones de género de acuerdo en cada época y contexto cultural.

En tiempos prehispánicos existía la diferenciación de sexos en términos de apariencia y actividad. Las diferencias entre niños y niñas se establecían a través de las capacidades fisiológicas que lograban desarrollar. La edad no es solamente la sumatoria de los años, sino más bien una evaluación física de sus atributos, habilidades y destrezas. (Guamán Poma de Ayala F. Crónicas)

Las mujeres debían “verse” femeninas. Los hombres ideales debían “actuar” masculinos; la idea de que los hombres deban actuar masculinos parte del hecho de que aparentemente la masculinidad no existiría fuera de la actividad propiamente masculina; la apariencia no aparenta ser un indicador de masculinidad. (Guamán Poma de Ayala F. Crónicas)

Las mujeres manifestarían su femineidad antes que los hombres su masculinidad; sin embargo, las mujeres retornan a un estado andrógono (podríamos decir) antes que los varones, a los 50 (después de la menopausia) lo hombres actúan más tiempo como hombres. A los 50 años, hombres y mujeres adquieren actividades muy prestigiosas como servir a los Principales y leer quipos (Guamán Poma de Ayala. Crónicas)

El autor señala que mientras más jóvenes y más viejos son menos útiles; lo que no quiere decir que sean menos importantes; los únicos más importantes que los viejos y viejas de 80 años, a quienes denomina “los pasados del todo”, que quiere decir que pasaron todas las etapas de la

vida, son los hombres y mujeres de 30 y 33 años que están listos para casarse. (Guamán Poma de Ayala. Crónicas)

Es también importante encontrar otros relatos donde las mujeres son identificadas con atributos masculinos, por ejemplo mujeres que van a la guerra y que son fuertes, en el mito de los hermanos Ayar es una mujer la fundadora del Imperio. (Hernández Astete, F. 2005)

Se habla de un estado de andrógono tanto en la infancia como en la vejez, e incluso más allá de la muerte. Este estado andrógono también es encontrado en la investigación reciente de los textiles en una comunidad de Oruro donde el “achachil wara wara” (el planeta Venus) es usado en los aguayos para referir una situación indiferencia de hombre y mujer y más bien este signo representa ambas identidades de género. (Villarroel, G. 2005)

Esta misma muestra que se mantienen algunas construcciones de género sobre todo en la vestimenta desde tiempos prehispánicos. (Villarroel, G. 2005)

Si bien en esta sistematización no se hace énfasis en los estudios urbanos, es importante mostrar como en los ámbitos urbanos tampoco se puede aplicar una categoría rígida de género y sexo.

En el proceso de socialización de los niños/as en la ciudad de El Alto se encuentra que este proceso combina tanto prácticas ancestrales andinas como las llamadas “occidentales”. En relación a esta situación, las mujeres como socializadoras principales asumen de manera pragmática la articulación de estas dos dimensiones culturales. En ambas dimensiones culturales, la figura materna es importante para la conformación de los patrones de comportamiento social. Sin embargo, en contextos urbanos la ausencia del padre es notoria, quedando prácticamente la responsabilidad a las mujeres de esta tarea. Otros factores como la presencia e influencia de las iglesias o religiones en El Alto, las guarderías y la televisión, se deben tomar en cuenta en el proceso de construcción de valores e identidades diferentes a las ancestrales. (Criales, L. 1995).

La investigación sobre insultos entre homosexuales urbanos introduce una interesante diferenciación genérica relacionada con sus prácticas. Identifica tres tipos transgenéricos de acuerdo con la clase social: -clase media alta: practican el transformismo pero en la cotidianidad mantienen su identidad masculina. Clase media: que son encubiertos y practican el transformismo, y clase popular: maricones públicos que se travisten diario en público y privado. Los dos primeros siguen cánones occidentales urbanos de belleza femenina. Mientras que el tercer grupo practica un transgenismo más local, entre marimacho y señoras. (Flores, J. 2004)

Las distinciones de los términos entre los propios homosexuales tienen un sentido de estigma genérico entre los propios protagonistas: (Términos referidos: maricón/a, gay, travestí, auto asumido, puta, chola, cateras, maestra mayor, imilla y fea) (Flores, J. 2004)

- *Toma de decisiones/relaciones de genero*

Mientras que unas investigaciones muestran que la toma de decisiones en relación a la sexualidad y la reproducción es de las mujeres; en otros por el contrario se muestra una subordinación de ésta a las decisiones masculinas o familiares.

Según un estudio en Mizque la mujer toma las decisiones sobre la salud y el acceso a los servicios en un contexto familiar. Principalmente el esposo es un actor fundamental en decisiones relativas al parto y al uso de planificación familiar. (Siles Soria, S. 1999)

La comunidad acumula las experiencias, dudas, temores y triunfos de cada miembro. Hechos que confluyen en la producción de sentido que determina actitudes y modos de vida (son una referencia para las mujeres). Esta sabiduría extractada de la vida cotidiana, en muchos casos, es más válida que una teoría. (Siles Soria, S. 1999).

En el estudio sobre demografía se concluye que género es un factor influyente clave que condiciona el comportamiento demográfico y limita la construcción de un desarrollo humano, equitativo e intercultural. Con variaciones en las maneras y significados, los hallazgos señalan que la subordinación de género, la violencia contra las mujeres y el rol de mujer-madre se reproducen en todos los contextos y grupos particulares, limitando la autonomía de las mujeres y condicionando su comportamiento demográfico, lo que sin duda afecta su salud y bienestar. (Salinas, S. 2000)

Entre los Weenahyek la investigadora encuentra que es el hombre quien expresa más su sexualidad y la mujer se encuentra sometida a la voluntad del hombre. La violencia sexual contra la mujer “está muy presente.” La consideración de la violencia hacia la mujer es entendida como algo normal. (Brieger G. 2001)

Asimismo, entre los guaraníes se observa que existe un patriarcalismo y que los que toman las grandes decisiones son los hombres. Las mujeres son protegidas de los padres, esposos e hijos finalmente, por lo tanto son siempre protegidas. El guaraní considera que las mujeres no trabajan, no consideran trabajo su labor doméstica, ni su trabajo artesanal, donde se realizan los proyectos. Se afirma que la mujer es siempre menor de edad, solo su esposo le da el estatus de adulta. A los hombres se les enseña a ir al monte, en cambio a la mujer se le infunde miedo al monte. (Canedo, MI, 1999)

Los casos de violencia física y psicológica contra las mujeres guaraníes son cada vez más frecuentes, parece ser que a medida que las mujeres se capacitan y hacen prevalecer sus derechos, crea más problemas al interior de las parejas. La existencia de mayor número de hombres que de mujeres dispone a los hombres que se tenga más celos. (Canedo, MI, 1999)

Finalmente, los abusos de los patrones en las haciendas es un punto que no debe dejar de mencionar, así como de las empresas petroleras que fomentan la prostitución. (Canedo, MI, 1999)

Otras investigaciones muestran que la toma de decisiones opera en un marco de relaciones de cooperación entre hombres y mujeres. El estudio sobre los Ayoréode muestra que los sistemas de organización y la asignación de funciones y responsabilidades al interior de la unidad doméstica se han mantenido mediante la cooperación, solidaridad a través de generaciones. Las mujeres y hombres adultos son los que asumen la mayor responsabilidad de redistribución dentro de la comunidad mientras que las parejas jóvenes se especializan en vender su fuerza de trabajo y mediante ello obtener dinero para adquirir productos manufacturados hasta que se consoliden y que tengan el primer hijo. Las decisiones son conjuntas al interior de la pareja casi nunca sucede que un hombre o una mujer haya decidido en la negociación de productos o dejar al hijo donde los parientes más próximos de la esposa. (Suaznábar, B. 1995). No obstante, la investigación también muestra que las mujeres son el eje central en la organización del parentesco:

“El sistema de parentesco de los Ayoréode están regulados por el “jogasui” que están emparentadas las familias por lazos de consanguinidad y residencia uxorilocal predominante. Antiguamente la uxorilocalidad fue una norma general, hoy se dan algunos casos de virilocalidad y neolocalidad el jogausi se suele agrupar a tres o cuatro generaciones, donde las mujeres están estrechamente emparentadas, y son la base de las relaciones de cooperación mutua y solidaridad”. (Suáznabar, B. 1995)

Otro de los aportes de Suáznabar (1995) es sobre las instancias decisivas y de negociación y poder de las mujeres dentro los grupos de parentesco y residencia, donde al interior de estos, se definen y se negocian las posiciones de género de hombres y mujeres sobre el rol que deben cumplir como pareja, matrimonio, obligaciones y violencia conyugal, autonomía personal, sexualidad y prostitución. (Suáznabar, B.1995)

Hasta cierto punto aunque no profundiza en este aspecto la investigación de Brieger (2001) muestra que entre los Weenhayek, el parentesco cumple una función social importante. Ella refiere que los Weenhayek se identifican prioritariamente con su familia extensa, la cual está identificada o vinculada con un animal, planta o cosa que es su símbolo distintivo, luego con su clan o grupo más grande de la misma comunidad o espacio geográfico, luego con su aldea, posteriormente con todos los llamados “paisanos” que son todos los Weenhayek y todos lo demás indígenas.” (Brieger, G. 2001)

Entre los Yuqui es el padre quien alimenta al feto con su relación en el periodo de embarazo, esto es clave para la identificación de la familia. Los Yuqui dan preferencia a los varones, porque son ellos los que proveerán la carne, antes que la mujer. (Melgar, E. 1990)

La investigación de O. Harris (1974) sobre complementariedad y conflicto en los Andes a partir del estudio de la unidad doméstica del grupo étnico Laymi, muestra que hay relaciones de complementariedad en relación a los intereses económicos (asignación y derechos de propiedad de los bienes materiales), políticos (asignación de poderes según la condición sexual), sociales (asignación de roles domésticos) y culturales (representación simbólica de los anteriores aspectos bajo el concepto de chacha-warmi) de la comunidad, desde una perspectiva de género.

No obstante muestra las limitaciones en el modelo de unidad doméstica Laymi; donde las contradicciones en las que las relaciones ya no reflejan la idea simbólica del chacha-warmi, entendida como armónica. En esta parte, se estudian las actitudes contrarias al ideal andino; en especial: la indiferencia, la desvalorización y la violencia contra la mujer. (Harris, O. 1974)

Otras investigaciones muestran que los centros de salud también han jugado un papel importante en la desestructuración de las decisiones en cuanto a la salud. Tal como está planteado, el centro de salud no sólo impide la satisfacción de las necesidades a las que más claramente apunta (subsistencia y protección), sino que arremete a las necesidades de la identidad y afecto, involucrando dimensiones de la persona que son muy importantes para su autoestima. (Prado, I. 1997)

Las mujeres de Mizque mantienen las prácticas tradicionales de los cuidados del parto. Existe una desconfianza hacia la atención médica del hospital y sus mensajes o campañas por tanto no son comprendidas o incorporadas (Siles Soria, S. 1999)

En La Paz las mujeres migrantes aymaras muestran resistencia al no asistir al parto institucional debido a factores como: poca información del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), atención fuera de sus costumbres, trato deshumanizado, discriminatorio de parte de los médicos y personal de salud (Molina, D. 2005)

La investigación de TAHIPAMU/FCI en relación al involucramiento de los hombres en eventos perinatales en comunidades del Beni, muestra la importancia de la participación de los hombres. Aunque los embarazos no sean planificados, asume una participación en su atención. Los hombres conocen muy bien sobre los cuidados y participación en la salud, tanto de la mujer como del niño, son muy responsables, pero lo hace desde su posición de dominación, a partir de su derecho de decidir en el ámbito doméstico. Existen mujeres con alto grado de autonomía para tomar sus decisiones, pero esto no implica un mejor cuidado de su salud. Las autoras, indican que tal vez debería ponerse más énfasis en la calidad de involucramiento, que en el grado de involucramiento. Los hombres conocen sobre los peligros de sus mujeres luego del parto, que se requiere descanso y que son pocos los que se responsabilizan de las tareas domésticas (Dibbits, I. et Al. 2005)

h) Calidad de Atención/Servicios de SSR

Las lecturas muestran que es preciso mejorar la calidad de la atención en cuanto a: trato humano, información adecuada y oportuna, mejorar ubicación de servicios de salud, provisión de equipamiento e infraestructura para prestar atención, horarios adecuados a las necesidades y disponibilidad de tiempo de las usuarias/os, precios razonables, dotación de medicamentos efectivos y económicos (El Alto).

Se identifica una “cadena de consultas de la familia campesina”, que explica los eslabones de consulta que el individuo tiene que pasar en la comunidad para tomar una decisión, en el caso particular en relación al uso de los métodos anticonceptivos o la toma del PAP. Indica que la cadena para realizar consultas sería como sigue: Familiares más allegados-padrinos-compadres-profesores-curanderos-médicos Esa cadena ha determinado los niveles de grupos con los cuales se han desarrollado capacitaciones sobre el mismo tema. (FNUAP- Servir, s.f)

La revisión de la literatura indica que las mujeres migrantes quechuas no usan los servicios formales porque no tienen las condiciones financieras para pagarlos, no les gusta el tratamiento que reciben cuando acuden y muchos aspectos de los servicios chocan con las ideas de la comunidad sobre la salud de la mujer (CIAES, 1991) Las brigadas móviles constituyen una buena estrategia para lugares aislados o sin acceso a ningún tipo de atención médica (ejemplo: Proyecto SERVIR que llegó a 433 comunidades)

Una interesante investigación antropológica patrocinada por el CSRA (Consejo de Salud Rural Andino) a nivel institucional, fue realizada para la búsqueda de factores que impedían un buen relacionamiento entre los centros de salud y las comunidades de las áreas de trabajo que comprende esta ONG en salud (Ancoraimos, Puerto Acosta, Ambaná, Carabuco, Provincias Omasuyos y Camacho, departamento de La Paz). La temática de la investigación tuvo que ver los puntos de vista en cuanto a SSR desde dos enfoques diferentes, uno por parte del personal de salud y el otro por parte de las personas de las comunidades donde trabaja el CSRA.

La primera parte de la investigación estuvo a cargo por Anne Sebert donde presenta el punto de vista de la institución de salud a partir del análisis del contexto institucional de los centros de salud de Humanata, Ancoraimos, Ambaná y Carabuco. Se analizaron las actividades concretas del personal del campo de SSR, basándose tanto en sus prácticas, sus opiniones y los

procesos cognoscitivos que sustentan su actuar. Para cada problema detectado, la investigadora planteó una sugerencia al personal de salud y/o a la institución para que intente mejorar la situación.

La segunda parte del informe, elaborada por Jacqueline Michaux, reflejó el punto de vista de las comunidades de referencia en el sistema de salud local, analizándose las diferencias existentes entre la cultura occidental y la cultura aymara, así como los factores comunitarios que intervienen en las relaciones con el centro de salud, como institución, y con el personal de salud a nivel comunicacional. En un siguiente apartado, se analizaron las prácticas y concepciones existentes en las comunidades relativas al campo de salud y en particular de SSR. Como punto culminante de la investigación se muestran que los problemas y diferencias culturales sugeridas en las dos partes anteriores pueden generar un verdadero desencuentro entre personal de salud y población aymara. Las opiniones que la comunidad expresa hacia el centro de salud, e inversamente, mostraron como lo recalcan las autoras, que la interculturalidad sigue construida hoy en día sobre el modelo de la incompreensión total, proponiendo sugerencias concretas para poner las bases de una verdadera interculturalidad en los centros de salud y en el campo de la capacitación. En el informe se ha querido mostrar que el personal de salud está enfrentando situaciones y conflictos que no se pueden resolver únicamente con buena voluntad, aún si todo cambio empieza con ella. Se requiere de un esfuerzo de cada uno para entender que la pobreza material de los Aymaras no significa una pobreza espiritual. Al contrario, han querido mostrar que los Aymaras tratan, mal que bien de conservar lo que les ha permitido sobrevivir tantos siglos en medio de la adversidad, a saber su capacidad de privilegiar lo verdaderamente humano sobre lo material. (Michaux, Sebert. 1999)

El año 2002 el CSRA (Consejo de Salud Rural Andino) difunde un análisis y sistematización de la experiencia realizada en Ancoraimos particularmente, a partir de este estudio antropológico llevado a cabo por Michaux y Sebert. De esta manera, se dieron a conocer algunos elementos que han sido incorporados en la práctica sanitaria como el trabajo de la adecuación cultural del Servicio de Salud a sus usuarios/as, así como algunas percepciones tanto del personal de salud y de la comunidad que reflejan algunas acciones que se vienen realizando en este sector. Dos años pasaron desde que se hicieron las recomendaciones por las investigadoras, y se analiza la adaptación cultural de los servicios de salud en el municipio de Ancoraimos con un enfoque de interculturalidad. Se efectuaron de esta manera talleres de sensibilización intercultural tanto con los pobladores como con el personal de salud del hospital de Ancoraimos. Luego del período que se implementó este enfoque, y con un afán de profundizar los conocimientos sobre la percepción de la comunidad y del personal de salud con respecto a los cambios ocurridos, se desarrolló un diagnóstico de situación a cargo del antropólogo Edwin Pinto como una forma de fortalecer la prestación de servicios de salud.

Para establecer los cambios en el diálogo de saberes se hizo un análisis de conocimientos, prácticas y actitudes de los emisores y perceptores. De acuerdo a la experiencia del CSRA en Ancoraimos, presenta como principales resultados: -el incremento de confianza y aceptación por parte de los pobladores hacia el centro de salud. -El diálogo de saberes se encuentra avanzando aunque de forma lenta. -El personal de salud revaloriza las prácticas obstétricas andinas con mayor compromiso y capacidad en sus servicios. -Se ha incrementado la captación oportuna y regular de controles de embarazos. -Existe una mayor demanda de la población para la atención de parto por parte del personal de salud.-En tres años no se ha producido ni una sola muerte materna en el municipio de Ancoraimos. -Existe una mayor demanda para la orientación de planificación familiar y el uso de métodos naturales y modernos. Así también una complementación en el tratamiento de enfermedades con medicamentos naturales.

Las farmacias se constituyen como un importante prestador de servicios que necesita potenciarse, esto es mencionado en algunos estudios al resaltar que las farmacias pueden llegar a tener un rol protagónico para orientar sobre ITS. En muchos casos, por diversos factores, la población urbano-marginal-migrante (Ciudad de El Alto, departamento de La Paz) prefiere recurrir a las farmacias primero que a los servicios de salud, como medios de consulta y de obtención de información, existe mucha gente que no conoce bien las diversas opciones de anticonceptivos (Velasco; De la Quintana; Jove 1996)

i) Medicina tradicional

El uso de la medicina tradicional y sus concepciones acerca de la enfermedad y el cuerpo son importantes y pueden brindar otra información relacionada con la sexualidad y la reproducción.

Existen varias investigaciones que hablan de los actores, agentes, cuidados y prácticas de la medicina tradicional respecto al embarazo, parto y puerperio.

Asimismo existe una amplia información en cuanto a los procesos de salud-enfermedad.

Sin embargo son pocas las investigaciones que muestran el uso de la medicina tradicional (actores y recursos) en la prevención de ITS/VIH/SIDA o de otras como el CCU y de mama.

Jurgen Riester y Suaznábar (1990) muestran que en los Chiquitanos existen más de 250 medicamentos de origen animal de caza que son utilizados para el cuerpo y los malestares físicos (Riester, Suaznábar. 1990).

Los investigadores afirman que los chamanes o ipaye aun existen a pesar de la labor de los misioneros católicos de hacerles olvidar estos sistemas culturales, aún persisten los chamanes donde la población Guarayu acude a ellos para realizar consultas sobre brujería y curaciones que no pueden ser atendidas satisfactoriamente por la medicina occidental. El cheeserúrsch puede atender el parto o acomodarlo al bebe cuando se da la vuelta.

▪ *Las mujeres en la medicina tradicional*

Existencia de las mujeres yatiris provenientes de áreas rurales quienes han desarrollado sus actividades en el ámbito urbano a través de la expresión de un lenguaje ritual femenino en la realización de sus prácticas aprendidas, creadas y reinventadas a lo largo de su camino o thakhi de especialización. Realizan misas u ofrendas a manera de prácticas textuales, expresan su particular universo femenino ritual mediante la palabra de unión, concentrando así en sus obras una afectividad e interioridad como sede de conocimiento y sabiduría que las diferencia de los especialistas rituales masculinos que tienen rituales más públicos (Nava R. 2006).

Al igual que los hombres, ellas han llegado a ser yatiris a través de la experiencia del rayo. Debido a las “estigmatizaciones y persecuciones” por su condición de yatiris, las mujeres de esta condición deben esconder sus prácticas. (Nava, R. 2006)

10. Aspectos éticos

Las investigaciones aludidas refieren a cuáles son los procedimientos éticos utilizados en la investigación y sus propias consideraciones éticas en relación a la sexualidad y la reproducción. En algunos estudios de los Misioneros del ILV (Prost 1955) y de otros investigadores, se deja

entrever una censura a sus comportamientos por el lenguaje utilizado, como por ejemplo: “salvajes” (Arnott 1935).

La única investigación que alude a como se obtuvo la información, es la de Briedger R. (2001) que abiertamente menciona la retribución de alimentos y dinero a los Weenhayek, además de brindar atención médica con profesionales de salud formal.

En relación a la investigación de los insultos: no se hace una referencia a los aspectos éticos pero, a lo largo de la lectura, emplea el término “maricón” y en ningún pasaje aclara su postura al respecto, si es o no la misma que se caracteriza en el texto. No se aclara si el autor entiende, o no, alguna diferenciación entre homosexual hombre y maricón. Esto genera la impresión de que el autor opera con cierto estigma. Al momento de la lectura se produce confusión por el empleo de transgénero, transformista y travestí. (Flores J, 2004)

11. Audiencia

Investigaciones dirigidas a tomadores de decisiones a nivel municipal, departamental y nacional del Ministerio de Salud, educación, género y otras instituciones.

Gran parte de las investigaciones provenientes de la academia están dirigidas a un público académico y muy pocas a tomadores de decisiones, encargados de diseño y ejecución de políticas, programas, etc.

12. Enfoque de género e interculturalidad

Son pocas las investigaciones que aclaran como usaron género e interculturalidad. Parten del supuesto que al trabajar con poblaciones indígenas o con hombres y mujeres ya tienen un enfoque de género.

Sin embargo no se observa cómo se operacionalizan estos enfoques en las investigaciones.

En una sola investigación se menciona que Género “constituye un enfoque transversal que integra participación, equidad e igualdad, empoderamiento e interculturalidad; es concebido como una construcción socio-cultural histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Asimismo, género se constituye en una categoría de análisis para constatar las relaciones desiguales e estructuras socioeconómicas, políticas, legales, etc. (Population Concern 2003)

En las guías de género para poblaciones indígenas (iniciativa SAPIA) se entiende que género es:

-Enfoque de género: significa satisfacer las necesidades específicas en salud de cada sexo. Implica un cambio de actitudes y una transformación social. Su marco general es el desarrollo equitativo y sostenible de la salud (OPS-OMS).

No se aclara o no se trabaja con un marco claro de género se da por supuesto que incorporar mujeres, hombres y adolescentes incluye un enfoque de género.

El empoderamiento: entendiendo que la información es poder, se constituye en un ámbito de derecho imprescindible de cada persona y grupo social a la información para tomar decisiones autónomas y libres, responsables e informadas.

En cuanto al enfoque intercultural, algunas instituciones han adaptado materiales de IEC a las necesidades y características culturales particulares de cada región. La interculturalidad es entendida como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto a las diferencias existentes entre varias culturas en un espacio determinado; condición importante para construir sociedad justa en todos los ámbitos.

El proyecto Bi-Alfabetización plantea que en los sistemas de sexo-género son los conjuntos de prácticas, representaciones, símbolos valores y normas que cada sociedad elabora a partir de la diferencia sexual y que dan sentido a la regulación-satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana, y en general a las relaciones más íntimas entre las personas. (UNFPA, 2002)

En el proyecto Bi-alfabetización la estrategia pedagógica se desenvuelve en un contexto intercultural. A la cultura la entienden en su concepción totalizante, como el elemento que liga la vida de los grupos humanos con su identidad y su entorno. Es la historia, lengua, cosmogonía, costumbres, y símbolos como de las actuales formas de producción, tecnología, organización social y normas de comportamiento (incluidas las conductas reproductivas) de un pueblo. Al parecer lo intercultural está comprendido como alfabetizarse en dos lenguas. El método tiene carácter lúdico. El objetivo de la estrategia es desarrollar competencias básicas en la temática de salud reproductiva por medio de la Bi-alfabetización. Se aprende de las experiencias de cada participante. El método tiene como base el diálogo horizontal, interpersonal y de grupo entre las participantes y la alfabetizadora. Es a través del dibujo y las historias vividas que expresan sus saberes. Por medio de esta técnica, se elaboran mensajes –codificación- que son decodificados por las participantes. Al utilizar códigos (que reflejan la cosmovisión de las participantes del centro) se genera un diálogo de saberes entre las participantes y la alfabetizadora. (UNFPA, 2002)

13. Enfoque participativo y quienes y en calidad de que participaron

Este tipo de investigaciones ven la “participación” como cuando los entrevistados o informantes clave brindan la información. La mayoría de las investigaciones académicas prescinde de enfoques participativos y el rol importante o asume el o la investigadora que es la misma que observa, interpreta y analiza.

14. Algunos aportes identificados

Posibilidad de usar mitos, cuentos, leyendas, como fuente útil para explorar este tema “íntimo” de la sexualidad.

Identificación de los sistemas de parentesco y residencia como determinante en relaciones sociales, formación de grupos de solidaridad y cooperación, relaciones económicas, sociales y políticas que se producen en la comunidad.

Los temas de “placer” y “erotismo” forman parte vital de la sexualidad entre poblaciones indígenas y se las expresa abiertamente, no es un campo “oculto” como se lo ve desde afuera.

Valiosas descripciones acerca de matrimonio/pareja/enamoramiento en los grupos Toba, Chácobo, Chiriguano, Weenhayek.

El género en los Andes se muestra de forma diversa y simbólica en canciones que expresan: la naturaleza, la agricultura, los conocimientos medicinales, etc.

Tomar en cuenta la influencia de la religión evangelista en la salud, como se muestra en el estudio de Potosí, donde varias personas comprenden las enfermedades y sus dolencias como maldición diabólica, prueba de Dios. De esta manera, la curación procede por “oraciones” y “curaciones divinas”. (Ramírez, S. 2005).

Varias investigaciones realizadas en servicios de salud con un enfoque de interculturalidad, destacan la importancia de re-actualizar a los profesionales y proveedores de salud (sobre todo para los que trabajan en el área rural, sin dejar de lado el área urbana), pues los constantes cambios y rotaciones de los años de provincia de los alumnos dificultan la continuidad de los proyectos. Además se hace necesario aplicar una materia no optativa de antropología de la salud en las universidades nacionales privadas y públicas donde se enseña medicina o biomedicina.

Dentro de la concepción del embarazo y parto en las mujeres del Ayllu de Macha, el feto es considerado como un ser pre-social, que desde el momento de su concepción es formado por un alma ancestral hasta su nacimiento con su mellizo “la placenta”, que necesitan los tratamientos rituales necesarios de separación entre la madre y el feto para que se lo bautice y se pueda realizar un bautizo doméstico informal para poder cumplir parte de su identidad social en una nueva vida que deja de ser como una entidad agresiva y voraz (Platt 2006)

Cuestionamiento al uso genérico de “amazonia”, “chaco”, “oriente”, “tierras bajas”. Esta generalización imposibilita ver la diversidad cultural, social y geográfica de estas regiones. (Teijeiro, 2007:13).

15. Algunos vacíos identificados

Se encuentran que las investigaciones sobre sexualidad son escasas en su generalidad, pues en una mayoría existen aquellas investigaciones que se enmarcan más en lo que toca a la salud reproductiva de mujeres (embarazo, parto, post-parto, análisis de tasas de mortalidad materno-infantil), y la sexualidad es solamente tocada de forma indirecta, sobre todo en áreas rurales andinas y amazónicas. De esta manera, este puede considerarse un vacío que necesita de estudios de profundización de las representaciones, expresiones simbólicas, imaginarios sobre el cuerpo, etc., vista desde una mirada de la sexualidad de los diversos pueblos indígenas tanto andinos como amazónicos.

Necesidad de investigaciones en relación al cuerpo como parte importante en las construcciones sociales y culturales de hombres y mujeres.

Escasez de material etnográfico y antropológico actualizado sobre las concepciones de la sexualidad y SSR en la mayoría de grupos étnicos de las regiones amazónicas y chaco-platense. La información documentada es valiosa y general sobre estos tópicos, pero una mayoría se ha realizado hace muchos años atrás: Nordenskiöld 1809, Arnott 1935, Prost, 1970, Idogaya A 1972. Se hace necesario contar con información actualizada sobre esta temática, ya que es importante analizar la forma en que han ido cambiando históricamente varios factores de SSR. Estos factores tienen que ver con la dinámica histórica y social en las que están insertas las diferentes poblaciones indígenas y sus culturas. Así por ejemplo la colonia, la imposición de valores cristianos o la evangelización, la migración, la pobreza y otros han desestructurado las identidades y comportamientos sexuales, genéricos y sociales.

El uso de la medicina tradicional y sus concepciones acerca de la enfermedad y el cuerpo son importantes y pueden brindar otra información relacionada con la sexualidad y la reproducción.

Es necesaria la realización de investigaciones que profundicen el tópico de la anticoncepción en cuanto a las prácticas de métodos de regulación de fertilidad naturales, pues se visualiza la importancia de analizar la aceptabilidad y las percepciones que tienen las poblaciones indígenas de los métodos modernos anticonceptivos. Se resalta también la identificación que se necesita hacer en los estudios acerca de las causas relacionadas con las apreciaciones que se dan a partir de los miedos, temores y tabúes que se han generado en cuanto a los MAC. Es mucho más escasa la información en tierras bajas.

Se requiere hacer investigaciones que profundicen en cuanto a concepciones de fertilidad y las influencias familiares, institucionales, de género en la toma de decisiones. De la misma manera, hay ausencia de estudios clínicos sobre los efectos secundarios, la relación entre ITS y el uso de dispositivos, etc. Este tipo de investigaciones ayudarían a brindar información frente a los temores manifestados por las mujeres.

Existe un vacío de información en cuanto al rol (cual sería este) de las parteras o parteros, o familiares, amigos que toman una presencia importante en el embarazo, parto y post-parto de mujeres pertenecientes a los diversos grupos étnicos de tierras Amazónicas Chaco-platenses. La información que más se encuentra está asentada en tierras andinas a través de estudios con usuyiris o parteras/os.

II. A MANERA DE CONCLUSIÓN: Cuadro comparativo de hallazgos entre Tierras Altas y Bajas

NUMERO DE HIJOS

TIERRAS ALTAS ANDINAS- VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
Gregorio Loza Balsa (1995) al hacer un recuento histórico acerca del impacto de la tenencia de hijos por familia en <u>épocas de la Colonia</u> y evangelización, muestra que en las familias el número de hijos en las comunidades aymaras ex hacienda y cristianizadas era mayor que en las comunidades que estuvieron relativamente aisladas de estas influencias. En la <u>época pre-colonial</u> , cuando acontecía el nacimiento de hijos gemelos, eran mantenidos en secreto por ser considerados como hijos del rayo, conocimiento que se tiene hasta la actualidad por ser niños especiales y divinos, y por lo cual, en aquellas épocas eran considerados objetos de idolatría por los españoles, por lo que familias llegaban a matar a uno de los gemelos.	En el caso del grupo étnico <u>Toba</u> , desaparecido en la actualidad, y cuyas referencias se tienen del año <u>1935</u> realizadas por John Arnott, indica que el nacimiento del primer hijo era fundamental porque marcaba la estabilidad de la pareja como matrimonio, y asimismo la pareja iniciaba una serie de cumplimiento de reglas para asegurar el bienestar del hijo, como por ejemplo, la prohibición del consumo de ciertos alimentos para asegurar que el hijo nazca bien. -En el caso de los <u>matacos</u> (1974) los hijos procedentes de los encuentros amorosos en los bailes son proclives al infanticidio. Esto por diferentes motivos: en primer lugar, porque nadie está dispuesto a cambiar el estilo vida y asumir las responsabilidades que implica la procreación. En segundo lugar influye la visión etnofisiológica del grupo respecto a la concepción. En efecto, para el mataco el padre es el verdadero hacedor del vástago a través de las sucesivas disposiciones

	<p>seminales que determinan por sí mismas la conformación de un nuevo ser, a la madre le cabe el papel de mero receptáculo. Durante los bailes se tiene relaciones sexuales con varios hombres por lo que no se sabe quién es el padre del hijo nacido después de estos. (Idoyaga, A 1974).</p> <p>-Para los <u>Guaraníes (1999)</u> el tener hijos y vivir la maternidad otorga status, pues al poder concebir un hijo se puede llegar a tener autoridad dentro de la comunidad. Esto quiere decir que la maternidad es algo muy importante, aunque si se sufre en algún caso problemas de esterilidad, no llega a ser motivo de divorcio, pero sí de vergüenza y tristeza. (Canedo MI 1999)</p> <p>Para los <u>Esse Ejas</u> el Mono Icháji, quien enseñó a tener hijos a los Ese Ejja cuando habían bajado del cielo y habían olvidado cómo tenerlos. Una pareja que buscaba un árbol para poder tener hijos preguntó al Mono Icháji como tener y este les enseñó copulando con la mujer y posteriormente volviendo a su comunidad, ellos hicieron lo mismo y pudieron tener hijos. (Bamonte G.y Kociaancich S., 2007)</p>
--	---

PARTO

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>En esta temática se puede encontrar una mayoría de investigaciones realizadas en la parte andina por las cuales las prácticas del parto están relacionadas más que todo a los estudios que tienen que ver con la temática de salud reproductiva.</p> <p>En un contexto <u>Quechua</u> en el departamento de <u>Cochabamba</u>, la institución CIAES (1991) realizó una investigación sobre las actitudes, conocimientos y prácticas sobresalientes acerca del ciclo reproductivo, revelando ocho tiempos en el ciclo reproductivo de las mujeres quechuas: 1. El embarazo 2. El parto del niño 3. El alumbramiento de la placenta 4. El puerperio 5. La atención del recién nacido, 6. La lactancia materna, 7. La planificación familiar 8. El aborto.</p>	<p>Las referencias sobre el parto en tierras bajas se encuentran entre los indígenas <u>Toba</u> en el año <u>1935</u>. John Arnott identifica una serie de tabús y mitos que se deben cumplir antes y después del parto. Por ejemplo, después del nacimiento el padre está prohibido utilizar armas de ninguna clase. En el posparto el hombre también guarda reposo, ayuna, se muestra débil y enfermo hasta que el cordón umbilical de su hijo/a esté completamente seco. Después del nacimiento la comunidad participa buscando un nombre para el recién nacido. (Arnott, J. 1935:300).</p> <p>Para el caso de los indígenas <u>Chácobo</u>, (1970) Marian Prost observó que el alumbramiento de las embarazadas se realizaba en lugares claros o detrás de la</p>

El estudio se basó en una interpretación etnofisiológica de los resultados, donde las mujeres quechuas se preocupan por las subidas, bajadas, entradas y salidas dentro y fuera del cuerpo. En la mujer sana las partes cardinales del cuerpo están ubicadas o moviéndose correctamente, estos movimientos se determinan principalmente por la presencia de elementos cálidos y calientes, que incentivan la bajada y salida de partes del cuerpo o los frescos y fríos, que incentivan la entrada y subida de cosas.

Tristan Platt considera en un inicio ideas y prácticas en torno a la concepción y embarazo de las mujeres en el ***ayllu de Macha***. En sus descripciones (1994-1995) analiza la trayectoria del embrión desde el momento de su concepción, cuya chispa vital recién formado es un alma ancestral que se transmite como la emanación de una piedra sagrada kamiri, y luego se reencarna en un nuevo marco de sangre que se forma dentro del vientre después de cuajar el grumo inicial depositado por el hombre con la sangre menstrual femenina. A través del proceso de gestación hasta la expulsión del feto mediante el parto, la relación del bebé y su mellizo, considerada a la placenta, tiene sus respectivos tratamientos rituales de separación y la aparición del feto como una entidad voraz que absorbe sangre hasta poner en peligro la vida de su madre quien debe librar una esforzada lucha para salvarse de esta amenaza mortal.

Se toca el tema en el caso de los fetos abortados que quedan como seres furiosos y vengativos en busca de recuperar su espacio perdido, atacan a alguna mujer embarazada vulnerable que carezca de la protección ritual correspondiente. Asimismo, toca el tema de los ritos de separación entre la madre y el feto una vez que este nace y antes de darle el pecho, los tratamientos postnatales del bebé y la madre para poder realizar al final el bautizo doméstico informal como bebé cristiano con sal cristalina y el nombre que se le da como parte de su identidad social. (Platt, T. 2006).

En la zona ***Aymara de La Paz (comunidades rurales)*** (1996) las parteras son reconocidas

casa. Ellas eran atendidas por el esposo o por una amiga. Algo interesante es que los niños/as y las jóvenes eran animados/as para observar el parto como medio de socialización (aprendizaje) y para saber cómo actuar cuando llegue la ocasión (Prost, M. 1970).

No se encontraron referencias sobre el papel de las parteras o personas que ayudan en el proceso del parto.

por la comunidad, al tener prestigio y estatus social. Tener la especialización no significa que se dediquen exclusivamente a su oficio, pues ellas trabajan en las chacras o venden su fuerza de trabajo como las demás mujeres. El prestigio de una partera no es generalizado, algunas mujeres piensan que hay parteras que atienden bien, pero hay otras que no. Sin embargo este criterio de buena atención está relacionado con los vínculos de parentesco que la paciente tenga con la partera; es decir, se confía en una u otra porque es su tía, o su vecina. (Velasco L. 1996) La que mide la eficacia de una partera es otra partera colega, con la cual comparten los mismos espacios sociales. En el caso de que exista rivalidad entre ellas, se desprestigian mutuamente. Los curanderos y yatiris generalmente no atienden partos, aunque pueden ver a una embarazada para prescribir mates, curar de susto, o de alguna enfermedad más que todo proveniente del posparto mediante la lectura de la hoja de coca. Hay parteras que son naturistas a la vez y pueden cumplir estas dos funciones en forma integral y con mejores resultado. (Ibíd.) Denise Arnold y Juan de Dios Yapita (**Oruro, Potosí, La Paz**) en sus estudios encuentran que las mujeres mayores con experiencia saben identificar un riesgo para la madre y bebé, sea este simbólico o biológico como la hinchazón de los pies. Condori T. en una investigación sobre prácticas y actitudes sobre embarazo, también en Potosí y Oruro, (1998) encuentra que el 56.8% de las mujeres entrevistadas no identificó la preclampsia como un riesgo, y por el contrario, esta es considerada una señal de que el embarazo está bien y que no hay ninguna complicación. Del total de mujeres entrevistadas, el 65% nunca había escuchado hablar sobre los riesgos. (Condori T. 1998.)

Un estudio aborda la maternidad de mujeres indígenas en **10 ayllus de Potosí**, (2003) plantea que las mujeres y las parteras poseen conocimientos y prácticas preventivas durante su maternidad, pero no se brinda información de manera adecuada y respetuosa para ayudar a identificar otros riesgos que culturalmente no se conocen. Se plantea que la incomunicación y subestimación de los

<p>funcionarios de los servicios de salud respecto a las prácticas culturales tradicionales de la maternidad se refleja en las bajas coberturas y en los pocos o inexistentes espacios de diálogo o capacitación dirigida a parteras y madres. Se toma como agentes de estudio a: servicios de salud (proveedores/as de servicio), (Vargas Y., Alemán V., 2003)</p>	
---	--

EMBARAZO

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>En épocas del <u>Incario</u>, las mujeres trataban de lucir su embarazo. Durante la <u>Colonia y la época de hacienda</u> lo trataban de ocultar para no delatarse en caso de aborto. Además la sentencia de la iglesia era fuerte “mientras no es visible el niño no dará que hablar pues es posible que alguien se interese en su estado para hacerle daño, ya sea de una persona o incluso de algún Dios, los males afectaran a toda la comunidad por ello es preferible que no se conozca el embarazo”. (Loza, G. 1995)</p> <p>En las concepciones <u>aymaras</u>, el embarazo tiene que ver con un sistema de creencias que no se relaciona netamente con algo biológico, sino como tratar de buscar que el niño/a nazca en luna nueva para que no tenga problemas físicos o mentales, y para que el alma no tarde en bajar al cuerpo. A partir de la desaparición de la luna hasta luna llena, los espíritus buenos tienen a aproximarse y ayudar a las mujeres parturientas. (Loza, G. 1995). El embarazo no es visto como un todo si no que está dividido en tres etapas: hasta el tercer mes: <i>Japhiri</i>, la segunda fase <i>P'unuptiri</i> desde el cuarto al séptimo mes y los dos últimos meses <i>T'ini</i>. En la primera fase la mujer se para de beber muchos líquidos, en la segunda los bebe en abundancia, mientras que en el tercero nuevamente decrece. (Loza, G. 1995)</p> <p><u>En La Paz y Cochabamba</u> se encontró que los factores socioeconómicos de la familia influyen en los sentimientos relativos al embarazo. En ambos contextos rurales se nota que a nivel familiar resalta la tristeza con que la mujer asume su nuevo embarazo por las condiciones económicas en las que se encuentra.</p>	<p>En poblaciones amazónicas W. Rivero Pinto plantea el embarazo esta asociado a tabúes, cuando una mujer soltera se embaraza se recurre al aborto mediante practicas naturales, entre los ayoreos se acepta que nazca y se lo entierra junto a la placenta. Cuando la mujer está embarazada hay prohibiciones en el régimen alimenticio, las mujeres no comen algunas frutas y carnes, lo mismo ocurre con el hombre que no puede cazar determinados animales. Luego del parto la abstención en las relaciones sexuales es por mucho tiempo, para garantizar la salud del niño. (Rivero Pinto, W. sf)</p> <p>En el caso de las mujeres <u>guaranís</u>, (1999) muchas de ellas son madres solteras, esto es resultado de la mucha libertad que gozan y la ignorancia -sobre todo de las mujeres- que tienen del funcionamiento de su cuerpo y el desconocimiento de cómo evitar un embarazo no deseado. Otro factor se debe a que los hombres que adquieren autoridad, dinero y poder, (como los dirigentes) acceden a varias mujeres, como símbolo de poder. Esto responde a la cultura y al entorno machista. Finalmente, es la migración a la ciudad donde terminan embarazadas. (Canedo, MI. 1999).</p>

En algunas comunidades de ***Chuquisaca***, se indagó que ni los hombres, ni las mujeres sienten felicidad por el embarazo. (Charalay D, 1996). Es importante considerar la salud mental de las embarazadas en las clínicas, ya que muchas de ellas van, quizá a buscar un apoyo psicológico más que biológico. (Michaux, 1996).

La participación de los hombres en la etapa del ciclo reproductivo de las mujeres muestra en algunas investigaciones que la mayoría tiende a mostrar que el apoyo psicológico y físico en las últimas etapas del embarazo, tomando roles importantes en la atención del parto, alumbramiento y disposición de la placenta. En algunas comunidades es recién al séptimo mes que el hombre interviene, y en otras tan pronto se entera del embarazo. Pero la decisión por comunicar el embarazo al hombre es tardía, generalmente se anuncia cuando el embarazo empieza a notarse. (Charalay D., 1996). En el campo las mujeres continúan trabajando durante el embarazo, recibiendo la ayuda del esposo cuando el embarazo está avanzado y más que todo en el primer embarazo, sucediendo que esta ayuda va disminuyendo con cada embarazo. (Izko y otros, citado en Llanos E. 1991). Dibbits I y Terrazas M de TAHIPAMU (2002) llevaron a cabo una investigación sobre involucramiento de los hombres en la atención de salud perinatal en El Alto. Se investigó sobre las formas de involucramiento de los hombres en el período del embarazo, parto y post parto y el apoyo concreto que brindan a su compañera (prácticas y conocimientos), así como sus conflictos, sentimientos, modos de actuar y de concebir su rol. Se intentó entender mejor las dinámicas de interacción y negociación en el proceso de toma de decisiones de la pareja con respecto al cuidado prenatal, el lugar y la persona que atenderá el parto, la utilización de métodos anticonceptivos y otros aspectos de la salud perinatal. Se vio las necesidades de los hombres como promotores y proveedores de cuidados a las mujeres en la etapa prenatal, durante el parto y período post parto.

SEXUALIDAD
CASAMIENTO/MATRIMONIO/PAREJA

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>Durante el incario era fundamental el casamiento y hacer pareja, pues el matrimonio contribuyó bastante en el funcionamiento y equilibrio del Tawantinsuyo, ya que la pareja era la unidad productiva y, por lo mismo, se la consideraba como una unidad contable y ritual para determinar las obligaciones de la mita. (Hernández Astete, F. 2005). De acuerdo con las crónicas de Guamán Poma de Ayala, se observa que la edad de casamiento en el incario en hombres era a los 30 años y en mujeres a los 33, y no eran considerados adultos hasta que se casaban. A partir de que se casaban las parejas podían tener cuántos hijos quisieran, mientras más mejor. El control social que existía al respecto era bastante duro pues antes de la edad del casamiento las mujeres y hombres debían ser vírgenes, si no, ello era severamente castigado (se los colgaba de peñascos, se los azotaba con plantas como la ortiga y se los enterraba vivos, al igual que a los adúlteros) (Guamán Poma de Ayala, F. Crónicas).</p> <p>En la actualidad, la concepción aymara señala que las mujeres solteras adultas no son aceptadas como iguales. La madre soltera se considera como la crítica negativa aún peor de la comunidad. Estas mujeres suelen ser marginadas en absoluto, por considerárselas deshonorosas. La mujer casada se considera como el “único papel legítimo para la mujer adulta”. La situación de la mujer viuda, divorciada y anciana se considera en la marginación, falta de respeto y abandono que sufren estas mujeres por parte de la comunidad o los hijos respectivamente (Mamani, V 1999). Vicenta Mamani asimismo cuestiona el Chacha- Warmi, en el sentido que en lo cotidiano se llega a constatar que las desigualdades sociales favorecen a los hombres más que a las mujeres. Además se tiene en cuenta el problema de la violencia familiar. (Bernabé V. 1999)</p> <p>- En la región andina, la referencia que se encuentra sobre el tema de <u>homosexualidad</u></p>	<p>Entre los indígenas tobas del Chaco (1935) el hacer pareja era también fundamental. Un había un rechazo, esto podía implicar un suicidio o el rapto de la muchacha. La magia desempeñaba una parte importantísima en la vida de los jóvenes enamorados Tobas. Cada enamorado recurría a sortilegios de diversa índole para “obligar” al indiferente objeto de su amor a corresponderle...” (Arnott, J. 1935). Arnott clasifica los filtros de amor entre los menos efectivos, los intermedios y los más efectivos o los infalibles, y describe sobre los amuletos que consiguen del monte los Tobas y que pasos debían seguir cuando a alguien se está pretendiendo. Practicaban los “matrimonios a prueba”. La nueva pareja se alojaba en la casa del padre de la joven y si después de unos cuantos meses de vida conyugal los jóvenes decidían separarse, no se producía conflicto alguno, pues, no se consideraba que una pareja este realmente casada hasta que le haya nacido un hijo...” (Arnott, J. 1935).</p> <p>Marian Prost (1970) menciona que en el matrimonio entre los Chácobo no existe ningún ritual o ceremonia para la unión de la pareja, sino que cada hombre pretendía a una joven por esposa pidiéndole permiso a la madre o a su tutor. En otros casos el joven Chácobo pretendiente le ofrecía carne para asarla a su elegida, sí ella lo aceptaba el podía sentirse admitido y casarse con ella. Así como el matrimonio es importante, también puede disolverse por distintos motivos. M. Prost menciona cuando algunos hombres Chácobos cuentan que han botado a una o dos esposas.</p> <p>Cuando existen estas separaciones entre los Chácobos hay una división de los hijos; los hijos menores de cinco años se quedan con la madre y los hijos mayores a cinco se quedan con el padre. En los Chácobos está permitido las alianzas matrimoniales entre primos cruzados, la poligamia está permitido entre ellos, (Cabe mencionar que producto de la evangelización del ILV, la poligamia desapareció como sistema social entre los</p>

(1980), está presente en la catalogación de enfermedad que hace Federico Aguiló al hacer un estudio de las concepciones de enfermedad y cuerpo de los Aymaras y Quechuas (departamento de Potosí) refiere a la enfermedad de la inversión del sexo conocida en quechua como: Q'ewa Onqoy. Presentan dos sinónimos: Wari-Macho (Kari macho = maricón = para hombres afeminados). Wari Macho = (mujeres hombrunas). "Qewayllu-onqoy": el Kewallu es un cactu que tiene un tallo de base que se divide en dos, etimológicamente parece hacer referencia al fenómeno de la inversión sexual, expresada en -Q'ewa=torcido-Allu (órgano sexual masculino) o ayllu (familia consanguínea), el autor identifica que esto podría expresar la ambigüedad del sexo. Los campesinos de la región dicen que la enfermedad se da por herencia o mala conformación pre-natal, también a veces producida por educación errada en la primera edad, un excesivo apego a los propios padres, por puritanismos educativos o por falta de contactos heterosexuales, etc. Aguiló señala que esta "enfermedad" no tiene cura, y que generalmente se da por "pacha"=algo extraordinario, maravilloso; puede provocar la risa o la ironía, pero mucho más frecuente un respeto (Aguiló F. 1980: 155)

Chácobo). (Prost, 1970:53)

Los Yuquis (1990) se casan a una edad temprana, llamando al matrimonio *yacuaqui*, que es el proceso sexual que toda chica Yuqui pasa para llegar a ser adulta. La mujer cuando inicia su menstruación es iniciada sexualmente por su pareja o algún miembro de la familia. Es pintada de azul, que significa unión, si está comprometida, se pinta a su pareja también. Los Yuquis se desenvuelven en dos polos, carne-sexo y hombre-mujer. En ese sentido la lucha por la carne es la lucha por los derechos sexuales. Si el hombre no trae carne puede perder a su mujer, las mujeres adultas no pueden recibir carne cuando menstrúan y menos hombres menores. El poder de la carne les da poder sobre la sexualidad de las mujeres, como a los cazadores que tienen derecho sobre las hermanas menores de la mujer. Ambos tienen derecho a compañeros sexuales fuera del matrimonio; la mujer incluso puede pedir a otra mujer tener relaciones sexuales con su marido cuando la mujer está en su menstruación, en su parto o cuando él está ausente. La masculinidad se da por la obligación de cumplir y traer carne-caza y se da a través de la mujer. Cuando las mujeres dejan de menstruar, pasan a otra categoría y sus prohibiciones de comer carne van disminuyendo o se anulan. (Melgar, E. 1990)

-En el caso de los Ayoréode (1990), el matrimonio de hombres y mujeres jóvenes tienen o pueden tener una serie de experiencias de convivencia o relacionamiento sexual sin restricciones, salvo las prescritas por el tabú del incesto y parcialmente la exogamia de clanes por demás, tanto el propio grupo familiar de los o las jóvenes, así como esto de la comunidad asume con la más absoluta normalidad el que esos individuos inicien su vida sexual sin establecerse como matrimonio. Utilizan el término de *gapuá* para referirse a una joven que ya menstrua y puede tener hombre pero aún no tiene hijo; llaman *nacarí* al joven que ya puede tener mujer pero que todavía no tiene hijo. Estas experiencias de convivencia previas al matrimonio, no

	<p>plantean ningún tipo obligaciones a los miembros de la pareja... (Suaznábar, B. 1995: 139). Los Ayoréode manifiestan una autonomía personal en relación a la sexualidad de hombres y mujeres, deciden libremente sobre su comportamiento sexual. La pareja puede dormir algunas veces en la casa de los padres de su esposa o donde los parientes más próximos de su mujer. El hombre no reclama que la mujer cocine para él y ella tampoco exige que le dé dinero. Si ella lava la ropa de ambos y él le compra ropa u otro regalo, es por voluntad propia de agradar al otro. Aunque ambos están completamente libres de exigencias, es en este período donde hombre y mujer muestran su voluntad y cariño por el otro al asumir voluntariamente algunos roles de pareja, ambos suelen salir con frecuencia, ya sea de visita o por trabajo fuera de la comunidad. La relación que mantienen con los parientes del otro miembro de la pareja tiende a ser muy cordial cuando existe voluntad de mantenerse como pareja. Si en el transcurso uno de ambos quiere tener otra pareja, la relación se da por terminada, raras veces eso sucede sin conflicto, pero al final la decisión del otro es aceptada con mayor facilidad que entre los matrimonios. La violencia física entre los miembros de la pareja es algo completamente raro en esta etapa. Si se produce un embarazo en esta fase de convivencia la pareja no está obligada a establecerse como matrimonio, existe la posibilidad (cada vez menor) de dejar que el recién nacido sea sepultado vivo, especialmente si tiene algún defecto físico, la otra alternativa, (más vigente hoy), es regalarlo a los parientes de ella. En ambos casos, la pareja es ayudada por los parientes de la mujer y no se llega a forzar a los jóvenes si no quieren una relación. Obviamente si la pareja acepta lo suficiente, también puede decidir criar al niño como su hijo y establecer un hogar, entonces se trata ya de un matrimonio. (Suaznábar, B. 1995: 140-141). Deben ser tolerantes con el nuevo matrimonio joven al apoyar a hombres y mujeres jóvenes en el cuidado de los niños. En el caso de que suceda la muerte del niño de alguna pareja, las exigencias sociales y conyugales se presentan en esta etapa al</p>
--	---

reconstruir, investigar y cuestionar quien fue el culpable de este hecho. Se comentará la flojera de la mujer, falta de atención, limpieza o descuido en la alimentación del niño; por otro lado, si el niño no fue auxiliado médicamente a tiempo, no se esforzó por conseguir alimentos para la familia o para pagar la atención de su hijo, se culpa al hombre por su muerte. Es grave si el hombre o la mujer tienen algún vicio, se inician una serie de comentarios o censuras por parte de los familiares de la mujer o de ambos, llegando a ser incluso un tema público. Otra exigencia de matrimonio es la demanda de la mujer por ser ella quien administre el dinero de la familia

Existe libertad de elegir a la pareja al asumir un compromiso de pareja y fidelidad, libre de decidir tener la relación por cuánto tiempo quieran hasta llegar a formar una familia. La posibilidad de retirarse y de terminar la pareja está abierta sin que sean limitantes el matrimonio o los hijos.

La prostitución en los Ayoréode es identificado como un proceso de maduración sexual y en la actividad económica de las mujeres Ayoré, pero también a la vez genera conflictos sociales de difícil solución porque se practica en un contexto ajeno a la comunidad asociado a la drogadicción, violencia y alcoholismo. (Suaznábar, B. 1995: 140-142).

En los Guaraníes no se encuentra una etapa de enamoramiento. Cuando jóvenes, se casan y viven en la casa de algunos de los padres de ellos, si viven en la casa del hombre, la mujer debe cumplir todo lo que le pida la suegra. (Canedo Ma. Isabel, 1999)

Para el grupo Weenhayek, hoy en día (2001) no tienen restricciones para el matrimonio, llegando incluso a aceptar relaciones y formar pareja con gente "criolla" o de otros grupos étnicos (Aymaras, quechuas, etc.), siendo lo más importante que la pareja se quede a residir en el lugar y preserve el idioma, que viene a ser un rol importante de la mujer. En general, la primera relación sexual no implica compromisos o, en su caso, puede provocar el "juntamiento temporal". (Brieger, G. 2001).

	<p><u>En los Esse eja</u>: Entre los Esse Eja, la sexualidad esta relacionada con la actividad de la caza, la cual involucraba una serie de restricciones sexuales, como el de evitar las relaciones sexuales para tener éxito en la casería, la infidelidad tanto del hombre como de la mujer hace que las flechas sean desviadas. Otra prohibición sexual es la prohibición sexual hasta terminar la carne del animal casado, o el pescado para que no se pudra. En el caso de la yuca si se lo recoge y se tiene relaciones sexuales y se los come la boca queda torcida. La prohibición de las relaciones sexuales luego del parto es explicada por el olor de la sangre que sería más intenso en este lapso de tiempo, lo que dificultaría en la caza en el olor de los humanos. (BAMONTE G. y KOCIAANCICH, S.ergio, 2007)</p> <p>La <u>homosexualidad (1809)</u> se encuentra en los relatos del siglo pasado realizados por Erland Nordenskiöld al identificar sobre los Chané y Chiriguanos las relaciones homosexuales entre ellos, se llaman "<i>Ictivähri</i>" entre los choroti y "<i>Tev</i>" entre los Chané y Chiriguano. Cuando existe infidelidad de la mujer, los Chané Chiriguanos practican la homosexualidad y luego abandonan a la mujer. Ser hombre activo homosexual, no es malo, pero sí lo es cuando pasa a ser pasivo, es decir, estar en el papel de mujer, que ya significa una ofensa. La homosexualidad puede ser un juego entre los muchachos Chanés y entre los maticos es común los afrodisíacos. Importante ver los cambios que se han producido hoy en día. (Nordenskiöld 2002)</p>
--	--

PLACER/FECUNDIDAD

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
En los <u>relatos prehispánicos</u> se encuentra información acerca de la búsqueda del placer	Los adolescentes <u>Mataco</u> (1974) pasan gran tiempo adornándose, cantando canciones y

<p>(satisfacción); Chaupiñamca (personaje femenino) quien se satisfacía con una huaca (Rucanocoto) a esta misma huaca los hombres rogaban engrandecer sus penes para satisfacer a las mujeres. El gran pene no era tanto símbolo de masculinidad u orgullo del hombre, si no era para satisfacer a la mujer. No había supremacía masculina, era la mujer la que buscaba la satisfacción y condicionaba al hombre. (Lemlij M. et al, 1991).</p> <p>En los Aymaras el coito no solo tiene una función de reproducción, sino también de placer. Se indica la preparación de brebajes para mejorar la satisfacción de las relaciones sexuales. (Loza, G. 1995)</p> <p>En una investigación realizada en Porco, (Potosí) (2004) sobre las imágenes del cuerpo en las minas, muestra que éstas son una forma de auto-conocimiento y reflexión de la sexualidad que se aleja del secreto y la censura. Ambas imágenes estudiadas (Tío y Tata Ckajcha) tienen un carácter colectivo y cotidiano. Hay una mirada al sexo, al cuerpo y a la relación sexual. En este contexto, se entienden las relaciones de abundancia, fecundidad, fertilidad y riqueza. Estos personajes se caracterizan por presentar un gran falo erecto (aspecto enfatizado explícitamente). Sus características en cuanto a género son fuertemente masculinas, condición misma para los mineros. La presencia del género femenino está en el cerro entendido como una mujer de doce polleras y de fecundidad en los minerales. El minero y el Tío comparten un imaginario de género y sexualidad masculina. (Benavides, M. 2004)</p>	<p>tocando instrumentos específicos con el objetivo de seducir. Esta situación se denomina como <i>kyutislí</i> y significa enamoramiento. Sin embargo hoy en día estas prácticas han entrado en un desuso por las misiones evangelizadoras que han entrado a la región. En los jóvenes en la atracción física predomina lo erótico, el placer, los juegos sexuales y el uso de parafernalia (lúdico y orgiástico). La satisfacción sexual se expresa en el pintado y uso de diversos colores y peinados que manifiestan un embellecimiento para los bailes nocturnos. La seducción significa un embellecimiento del mataco y el uso de cierto tipo de música utilizado exclusivamente por los hombres (Idoyaga, A. 1974)</p> <p>En el grupo Weenhayek del Chaco (2001), el placer y erotismo también se expresan notando que el sexo es algo natural. Algunas prácticas como el <i>Nikiutitlhih</i> tratan de un enamoramiento o pasión pasajera que provoca el adulterio de hombre y mujeres, y promueve el abandono de los hogares y los hijos. La sexualidad es considerada como la reproducción de los hijos. En este sentido, la investigadora llega a ver el uso de métodos anticonceptivos como un “contrasentido” de la finalidad de la sexualidad. (Briedger, G. 2001)</p>
--	---

RITOS DE INICIACION

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>Joseph Bastien en la comunidad de Kaata, provincia Saavedra (departamento de La Paz) identifica tres ritos de iniciación que tienen que ver con Kaata, la montaña sagrada, relacionados al género, el matrimonio y la maternidad. En el matrimonio el grupo de la novia va a “pagar” (ofrecer un ritual) al lado del ayllu del novio; la noche antes de la boda</p>	<p>En 1935 Arnott observa que en los jóvenes Toba del Chaco, a partir de la danza del amor, que es una danza del carnaval buscan pareja y se inician sexualmente. En el baile los hombres buscan a las mujeres, y si son aprobados, son arañados por ella, como una marca o señal de aprobación que marca un prestigio. Los hombres eran los que</p>

<p>se ofrecen coca y alcohol a los santuarios del hogar, a los santuarios del novio y de la novia (montañas y santuarios masculinos y femeninos). Existe una concepción simbólica y ritual entre el nacimiento, la maternidad y el matrimonio de los miembros de la comunidad con los lugares sagrados de la montaña y también con los antepasados familiares. (Bastien 1996)</p>	<p>esperaban para ser elegidos, existía una “residencia de solteros temporarios”, que consistía en que los jóvenes que no han sido elegidos por la muchacha, debía esperar a la segunda noche para tener éxito. . (Arnott, J. 1935)</p> <p>Los ritos de paso que se realizan entre los <u>Chácobo</u>, según informaciones de Marian Prost por el año 1970, señala que cuando a una mujer le llega su menstruación se torna en un asunto público. A partir de ahí se perfora las fosas nasales de las muchachas entre 11 y 12 años. Le quitan los collares que llevan en su cadera de forma pública anunciando la llegada de su primera menstruación donde todos acuden a la casa de la joven para confirmar la sangre. Posteriormente, se corta el cabello a la joven, se la ubica con su hamaca en un rincón de la casa y se le dan restricciones con la alimentación, al tener que comer de una olla separada. (Prost, M. 1970)</p> <p>En una investigación más contemporánea de Juergen Riester de los <u>Izozo- Guaraní</u>, señala que la menstruación tiene una importancia en las mujeres, ya que requiere de cuidados especiales y largos reposos (entre siete meses a un año). Los primeros tres días son fundamentales para la joven, pues aparte del reposo absoluto que deben realizar, se les enseña oficios como tejer, hilar, moler maíz, etc. Las adolescentes son encerradas en su hogar para ser cuidadas por un familiar. En este período pretendientes pueden acceder a la mano de la joven iniciada pidiendo a los padres que sea su esposa; sin son aceptados por los padres, pueden iniciar sexualmente a la joven esa misma noche. (Riester, J. 1999)</p>
---	--

ANTICONCEPCION

<p>TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES</p>	<p>TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES</p>
<p>La regulación de la fertilidad ya existía desde tiempo prehispánicos, en la época <u>Inca</u> se realizaban preparados como emplastos a la altura de los ovarios, grasas de aves para mejorar la absorción, el uso de sangre de gallo negro u otro animal muy fértil, calas calas, mechas etc. Incluso con algunos</p>	<p><u>ABORTO</u> Entre los indígenas <u>Toba del Chaco</u> (1935) los abortos se producían si eran concebidos en las noches de baile, este era más común que el infanticidio y era realizado por las mujeres ancianas de la familia que golpeaban el abdomen de las jóvenes embarazadas.</p>

preparados esterilizaban a las mujeres o usaban otros para aumentar la fertilidad en mujeres y hacer reaccionar a los ovarios (Loza, G. 1995).

La regulación de la fertilidad en regiones **andinas** fue conocida y aceptada por diferentes culturas locales con la utilización de métodos naturales basados en la observación del ciclo menstrual, la abstinencia, el uso de hierbas y la lactancia. Lo que es nuevo es la introducción de los llamados métodos anticonceptivos “modernos” (hormonales, dispositivos, condón, cirugías) y que causan temor y rechazo por ser desconocidos y no contar con referentes culturales para explicar los efectos en el cuerpo (Castro MD, 2007)

Cuando una mujer pasa los 35 años, y sigue teniendo hijos en la zona andina **Aymara**, es criticada socialmente (Dibbits 1994). Para las mujeres Aymaras la regulación de la fertilidad es muy importante ya que deben cuidarse ellas mismas; existe para esto normas socioculturales que respaldan esta regulación de la fertilidad. Son criticadas si no tienen hijos, si tienen hijos muy seguidos o si tienen hijos muy jovencitas. Las mujeres migrantes en el área urbana sienten vergüenza para el aprendizaje de la regulación de la fertilidad ya que remite a cuestiones de sexualidad, generalmente se aprende cuando ya viven con su pareja. La mayoría inicia con el método del ritmo que falla por falta de cooperación del marido, haciendo que acudan a otros métodos como el DIU o periodos sostenidos de abstinencia sexual, aborto inducido o infanticidio. (Choque E. y otros, 1994).

Un estudio realizado en el municipio Sudañez de Chuquisaca, reveló que los conocimientos, actitudes y prácticas no tienen un nivel adecuado aumentando el riesgo de embarazos no deseados. El inicio de las relaciones sexuales ocurre a los 16 años, donde un 97% de los encuestados no sabía llevar un control del ciclo menstrual, y un 77% no sabía identificar los días fértiles del ciclo menstrual.

ABORTO

En un estudio realizado por Tristan Platt (1994-1995) en el **ayllu Macha**, provincia Chayanta (departamento de Potosí) analiza en

También era común cuando existía separación o desigualdades en el matrimonio. Si una mujer después de muchos años de matrimonio resultaba abandonada por el marido, era costumbre que debía abortar, si el hijo ya había nacido, lo tenía que matar. (Arnott 1935)

<p>sus descripciones la trayectoria del embrión desde su concepción, formada por un alma ancestral. A través del proceso de gestación hasta la expulsión del feto mediante el parto, la relación del bebé y su mellizo, considerada a la placenta, tiene sus respectivos tratamientos rituales de separación y la aparición del feto como una entidad voraz que absorbe sangre hasta poner en peligro la vida de su madre quien debe librar una esforzada lucha para salvarse de esta amenaza mortal. En el caso de los fetos abortados, quedan como seres furiosos y vengativos en busca de recuperar su espacio perdido, atacan a alguna mujer embarazada vulnerable que carezca de la protección ritual correspondiente. (Platt T, 2006)</p> <p>Investigaciones muestran el temor que tienen mujeres por utilizar los métodos anticonceptivos modernos por los efectos secundarios, asociado a tener un agente extraño dentro de su cuerpo. Estos temores tienen que ver con las creencias de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con el DIU: causa cáncer, salen manchas en la cara, aumento o pérdida de peso. -Píldoras: causan leucemia, dañan la vesícula, la mujer se vuelve agresiva -Ligadura de trompas: la mujer cambia su carácter, ocurren dolores de cabeza, otros. -Usando estos métodos las mujeres se vuelven "locas", incrementa su deseo sexual. (Castro MD, 2007) 	
--	--

ITS

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>En la zona <u>andina</u>, (<u>Potosí</u>) (1980) se identifica a la enfermedad del Juch'uy Onqoy o Blenorrea, Blenorragia. Federico Aguiló describe que esta enfermedad proviene de la suciedad o y de hacer el acto sexual de manera indiscriminada, cuestión que para aquellas épocas se realizaba constantemente en barrios marginales. Esta enfermedad trata de la irritación de la membrana que recubre la uretra, y en general, de la inflamación de los órganos sexuales. Si es persistente se llama blenorrea y se contagia por contacto. Esto también puede suceder de tener relaciones sexuales con animales domésticos, cosa que sigue frecuente en el campo (Aguiló F, 1980)</p>	<p>Suaznábar señala en su estudio de los <u>Ayoréode</u> (1995) que una enfermedad venérea está relacionada con la infidelidad. En estos casos las mujeres actúan recurriendo a su <u>jogasui</u> (<u>Red de parentesco</u>) y hacer pasar la vergüenza pública a su marido para que sea tildado como mezquino, avaro, mujeriego o vicioso, que son razones para que un hombre pierda su prestigio en ante su sociedad. El matrimonio significa un estado de obligaciones y deberes que cumple la pareja mediante la fidelidad de ambos. Se identifica la violencia conyugal en jóvenes de 18 a 35, muy relacionada al consumo de alcohol. La infidelidad puede ocurrir por varios factores,</p>

	que son: estar borracho, estar solo sin su esposa, que la mujer no quiera tener relaciones con su esposo, la mujer es muy joven y quiere salir a bailar o beber, el marido mezquina dinero, cuando uno de ellos no se preocupa por la enfermedad de otro. (Suaznábar, 1995: 143).
--	---

CUERPO

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>En los relatos <i>prehispánicos</i> se identifican tres clases de cuerpos: cuerpos sacralizados de los mallkis o antepasados (que eran las momias que se sacaban en las fiestas y eran servidas vivas), el cuerpo gozoso de Chaupinamca, y el cuerpo esperanzador y doliente de Cristo (Fiesta de Chaupinamca y Chorus Cristi coinciden en la misma fecha).(Lemlij M. Et Al. 1991)</p> <p>Las parteras de la región <i>andina</i> conocen el cuerpo de las embarazadas, a través del cual realizan los cuidados del embarazo y parto, e incluso identifican los riesgos. A partir de la forma del cuerpo de la mujer y su sistema humoral (caliente, frío), el tipo de útero (húmedo, seco), identifica criterios de riesgo y cómo abordarlos. Esto contrasta con la biomedicina que utiliza criterios biológicos y epidemiológicos del “riesgo” y que no repara en las condiciones integrales de vida de la persona. (Arnold y Yapita, 1999.)</p>	<p>Introducir datos del estudio de FCI Bolivia que fue entregado posterior a este informe</p>

CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO

TIERRAS ALTAS ANDINAS-VALLES	TIERRAS BAJAS AMAZONICAS CHACO PLATENSES
<p>En tiempos <i>prehispánicos</i> existía la diferenciación de sexo en términos de apariencia y actividad. Los niños y niñas se establecían en sus diferencias a través de las capacidades fisiológicas que lograban desarrollar. Las mujeres tenían que verse “femeninas” y los hombres actuar “masculinos” (como masculinos se entendía que parte del hecho de que aparentemente la masculinidad no existiría fuera de la actividad propiamente masculina; la apariencia no aparenta ser un indicador de masculinidad). Las mujeres manifestarían su femineidad antes que los hombres su masculinidad; sin embargo, las mujeres retornan a un estado</p>	

andrógono (podríamos decir) antes que los varones, a los 50 (después de la menopausia) lo hombres actúan más tiempo como hombres. A los 50 años, hombres y mujeres adquieren actividades muy prestigiosas como servir a los Principales y leer quipos. En éstas épocas, mientras más jóvenes o viejos eran menos útiles, pero no menos importantes. Los que gozaban de importancia eran los que estaban listos para casarse (hombres y mujeres de 30 y 33 años); y aquellos que pasaban los 80 años eran los denominados “los pasados del todo” (que quería decir los que habían pasado todas las etapas de la vida). (Guamán Poma de Ayala. Crónicas) En otros relatos, las mujeres eran identificadas con atributos masculinos (mujeres fuertes que van a la guerra, o en el caso del mito de los hermanos Ayar es una mujer la que funda el Imperio) (Hernández Astete, F. 2005)

En un estudio más contemporáneo (2005) las construcción de género en la **comunidad Chojiñacota**, (provincia San Pedro de Totora, depto. de Oruro) realizado en los textiles, muestra como un estado andrógono, tanto en la infancia como en la vejez y más allá de la muerte, el “achachil wara wara” (el planeta Venus) es usado en los aguayos para referir una situación indiferencia de hombre y mujer, y más bien este signo, representa ambas identidades de género. (Villarroel, G. 2005)